

**Representación Social del Psicólogo. Una Descripción Discursiva de la Subjetividad en el
Ámbito Clínico**

Christian André Bautista Gutiérrez

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor

Carlos Germán Celis

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Programa de Psicología

Bucaramanga

2015

Contenido

| | Pág. |
|--|------|
| Introducción | 6 |
| Planteamiento del problema..... | 8 |
| Objetivos | 10 |
| Objetivo general..... | 10 |
| Objetivos específicos | 10 |
| Justificación | 11 |
| Marco Metodológico..... | 13 |
| Nivel de la investigación..... | 18 |
| Diseño de la investigación | 19 |
| Población y muestra..... | 23 |
| Proceso investigativo | 25 |
| Marco teórico | 28 |
| Antecedentes y bases teóricas de la representación social..... | 28 |
| Antecedentes Investigativos de la representación social | 31 |
| Capítulo I: Historia de la formación del psicólogo clínico, repercusiones en la práctica clínica . | 37 |
| La crisis de la escucha y el auge de la observación | 43 |
| Psicología y Clínica | 46 |
| La institución Asilar..... | 50 |
| La función “psi”. Diferencia entre lo terapéutico y lo disciplinar | 53 |

| | |
|--|-----------|
| La vida del sujeto como objeto del poder psiquiátrico | 57 |
| Discusión..... | 59 |
| Capítulo II: Sobre la representación social, condiciones de emergencia y posibilidad | 62 |
| El sujeto de la representación | 64 |
| ¿Cómo se estructuran las representaciones? | 65 |
| ¿Cómo se analizan las representaciones sociales? | 68 |
| ¿Cuáles son los límites de las representaciones sociales? | 72 |
| Discusión..... | 74 |
| <i>Resultados: Interpretación codificación axial y Análisis categorial.....</i> | <i>76</i> |
| <i>El cuadrado semiótico.</i> | <i>83</i> |
| <i>Aproximación a la representación social</i> | <i>85</i> |
| Discusión final | 88 |
| Conclusiones | 91 |
| Bibliografía | 93 |
| Anexos | 96 |

Lista de Anexos

| | Pág. |
|--|------|
| Anexo A. Transcripción de la información – Codificación abierta..... | 96 |
| Anexo B. Preguntas del grupo focal | 122 |
| Anexo C. Consentimiento informado | 123 |

Resumen

El siguiente trabajo contiene un acercamiento a la representación social del psicólogo en pacientes psiquiátricos, con el fin de ubicar hacia a donde apunta el pensamiento social, con respecto a la figura del psicólogo y su práctica, para ello se empleó una metodología cualitativa, en este caso la Grounded Theory o Teoría Fundamentada con la intención de organizar en categorías emergentes la información recolectada, así mismo, se decidió hacer uso de algunas herramientas analíticas propias del psicoanálisis con el fin de ofrecer un espacio al sujeto y su discurso, para de esta forma llevar las conclusiones al nivel de la propuesta apartándose de los enunciados repetitivos y excluyentes.

Abstract

The next document contains the social representation of the psychologist in psychiatric patients, with the intention of understanding the social thought points with respect to the psychologist and his practice, to do this, was used a qualitative methodology in this case, the Grounded Theory, to organize the information collected emerging categories, likewise, it decided to use some of its own analytical tools of psychoanalysis in order to provide space to the subject and his speech in this way bring the conclusions to the level of the proposal away from repetitive and exclusionary statements.

Introducción

Esta investigación es el resultado de un recorrido investigativo, cuyo primer momento corresponde al surgimiento de la pregunta de investigación, el cual se dio durante el desarrollo de la práctica académica al interior de una institución psiquiátrica. Dicho interrogante adquirió sentido a partir de las inquietudes epistemológicas que apuntan hacia el significado de la figura del psicólogo para los pacientes, el lugar del sujeto en la terapia, la función del discurso como método de producción y la escucha como proceso terapéutico, al interior del orden médico y específicamente, en el poder psiquiátrico orientada por la psicología aplicada de las Terapias Cognitivo Conductuales.

En consecuencia, el concepto de representación social tomó relevancia y ocupó un lugar en la investigación, como una noción que permitiría un acercamiento a la concepción del pensamiento social que se tiene del psicólogo y a su práctica. Para tal fin, fueron tenidos en cuenta la función enunciativa, el discurso y el sujeto, ya que sería la subjetividad misma la encargada de construir un decir propio correspondiente a las experiencias particulares de cada participante.

Posteriormente, se procedió a ubicar, delimitar y rastrear la representación social como concepto a partir de sus antecedentes epistemológicos, teóricos e investigativos, con el fin de aportar un soporte histórico a la investigación y a sus intenciones.

Así mismo, al involucrar la práctica de la psicología contemporánea se tornó indispensable trazar un abordaje por la formación del psicólogo en el contexto latinoamericano, su historia y

transformación, con el propósito de describir la metamorfosis de los procesos terapéuticos en la aplicación de los protocolos, técnicas y procedimientos que suponen efectividad al subordinarse a la demanda, entendiendo de este modo, cómo se dio la transformación de la escucha en observación y la diferenciación entre la clínica terapéutica al interior de la psicología contemporánea.

En consonancia con lo señalado, la problemática que supone la transformación de lo terapéutico en lo disciplinar, conduce a la descripción hecha por Michel Foucault y su análisis de la función “*psi*”, su infiltración en las instituciones y el objetivo de ejercer un control sobre lo anormal, de tal modo que sea posible vigilar y mantener una idea de normalidad que sustente la homogeneidad social.

Dicho fenómeno fue abordado a partir de la representación social, analizado particularmente en el contexto de las instituciones psiquiátricas, para de este modo concluir en función del establecimiento del pensamiento social y la consideración de la función en tanto la utilidad de la figura del psicólogo pasando por la historia de la formación del mismo, analizando los efectos resultantes de una práctica disciplinar, soportada en los enunciados de un grupo de participantes institucionalizados en una clínica psiquiátrica en el departamento de Santander. -El tratamiento completo de la información se encuentra plasmada en los anexos-.

Planteamiento del problema

En la historia reciente de la Psicología, la disciplina ha lidiado con disimilitudes epistemológicas evidentes entre teoría y práctica, marcando la pauta de su intención de mantener un lugar al interior del orden médico, atendiendo a la búsqueda de prestigio ejerciendo una práctica, la cual actualmente se centra en la severidad de responder a la demanda, sugiriendo efectividad según la velocidad del tratamiento para disminuir y disipar síntomas. En este sentido, la importancia discursiva de la subjetividad intenta dotar de sentido a las prácticas sociales; tal sentido remite a la función de cómo se articulan distintos ejes que involucran la experiencia de forma pasada, presente y futura, luego entonces, no hay un solo modo de articulación y por lo tanto no hay un solo sentido sino una multiplicidad de ellos (Zemelman, 1997). Lo anterior es difícil de abordar a través de la mirada científica positivista, en la cual el sujeto y la subjetividad se han diluido en el trabajo práctico y la uniforme aplicación de técnicas, debido que la objetividad positivista exige una rigidez inexorable, pero aunque estos enunciados sean presentados como puntos inflexibles, lo cierto es que en el fondo son entrecruzamientos discursivos¹, los cuales dan forma a los conceptos y a los saberes aplicados.

Lo anterior remite automáticamente a que en este movimiento técnico -en donde la intención es acudir a la demanda y dar pronta solución a lo que se plantea como problema- el psicólogo debe hacer uso de las técnicas sobre las cuales fue entrenado y de esta manera, dar remedio de la forma más rápida posible a la situación en cuestión. Sin embargo, el asunto investigativo se

¹ Según Michel Foucault los entrecruzamientos discursivos son estrategias que regulan la aparición de los objetos, los juegos de conceptos, son aquello a partir de lo cual se construyen proporciones coherentes, se desarrollan descripciones maso menos exactas forman lo previo y el terreno sobre el cual se despliegan teorías.

centra en analizar el discurso de los pacientes y su posición respecto al psicólogo y su práctica, con el fin de abrir un espacio en donde sea el sujeto el que hable y no el número o el dato en forma de estadística tautológica aludiendo a la tendencia contemporánea derivada de la ciencia, en donde el porcentaje proporciona evidencia y representatividad.

Por consiguiente, al pasar inadvertida la formación clínica como proceso terapéutico que implica la producción discursiva y la inclusión del otro -como sujeto de la enunciación y portador de un saber único sobre un padecimiento- la práctica se convierte en la aplicación de un entrenamiento procedimental, obviando la característica terapéutica del discurso. En efecto, tal como señala Erich Fromm (1993)

[...] son tres los factores que determinan este efecto terapéutico: 1. El aumento de libertad al comprenderse los conflictos verdaderos; 2. El aumento de energía psíquica al liberarse la energía ligada a la represión y la resistencia; y 3. La liberación del afán innato de curación (pág. 93).

En consonancia con lo expuesto, construir y conocer la representación social de los pacientes psiquiátricos, permitirá un acercamiento a la perspectiva y la postura discursiva que tiene un grupo acerca del psicólogo como sujeto portador de un saber-poder, de tal suerte que con base en ella sea posible construir una formación discursiva hecha por el sujeto, su postura y su discurso, lo cual permitirá fijar algunos elementos que acepten un acercamiento a la situación actual de la práctica clínica y su contexto en algunos pacientes psiquiátricos de Santander.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la representación social del psicólogo con sus respectivos fenómenos discursivos en un grupo de pacientes psiquiátricos.

Objetivos específicos

- Formalizar una representación social del psicólogo a partir del discurso de pacientes psiquiátricos.
- Analizar la representación social del psicólogo contrastándola con competencias estipuladas como necesarias en la formación clínica de los psicólogos contemporáneos.
- Contrastar, las categorías emergentes generadas a partir de los enunciados de los participantes, con el fin de valorar la práctica del psicólogo al interior del orden médico.

Justificación

Es realmente común ver cómo las investigaciones actuales en Psicología, tienden a diluir al sujeto entre cifras y porcentajes ocupando el lugar del decir, dando por sentado el discurso y aquello que pudo haber sido dicho, únicamente con la intención de poder situar la investigación en un marco concreto de objetividad que trae consigo un efecto de exclusión, en este caso el propósito es acudir a la precisión en el lenguaje como sinónimo de rigor y validez en términos investigativos.

Ya que sin embargo, existe también la posibilidad de construir investigación sin estadística, condición que no desestima la rigurosidad, ni la validez de una intención investigativa y su proceso. Por tanto, el visualizar al otro como un sujeto con la posibilidad de hablar sobre qué representa para él el psicólogo, puede aportar una noción -sobre la manera de cómo es entendido el psicólogo en términos prácticos-, diferente a la versión presentada por la academia y la objetividad científica positivista, teniendo en cuenta el contexto clínico en el que se enmarca la figura del psicólogo actualmente.

Tal noción permitiría identificar cuál es la representación que rodea al psicólogo al interior del ámbito clínico. No obstante, al incluir al otro como portador de un discurso, se infiltra la posibilidad de abrir un espacio a la subjetividad, justificada en el discurso y la enunciación a partir de las experiencias manifiestas de la participación directa del paciente con el psicólogo en el acto terapéutico.

Aquí ya no se trata de medir al psicólogo por su efectividad estadística, correspondiente a los porcentajes inocuos expuestos al hablar de las intervenciones, sino más bien de situar al psicólogo en una posición de vulnerabilidad discursiva, en donde sea el paciente el que enuncie que significa un psicólogo para él como sujeto participante en la escena clínica, lo que alude a la construcción del ideal en grupo, en una colectividad que ha estado en contacto con los procesos técnicos de las intervenciones psicológicas, dado que el objeto de la investigación “es el sujeto que habla, hay que buscar la precisión en el terreno del lenguaje y ordenar el campo de los fenómenos a partir de una hipótesis”. (Gallo & Ramírez, 2012, p. 87).

Ahora bien, el potencial de la investigación no se encuentra ni en el procedimiento, ni en la forma concluyente de exhibir resultados. Se trata entonces del efecto que la investigación pueda llegar a tener en cuanto a la formulación crítica y su repercusión en la inscripción de la práctica clínica de la Psicología actual, no para obligar ni proponer una restructuración de la misma, sino para sembrar una inquietud epistemológica que le permita progresar y retomar principios olvidados, que expandan la práctica hacia la profundidad de incluir al paciente como sujeto de la enunciación, con un saber no técnico sobre su sufrimiento, capacitado para movilizarse hacia una posición responsable frente su malestar, otorgándole un lugar entre la propuesta instrumentalista y protocolar actual, analizando la formación genérica y la producción de profesionales, en donde lo anterior funcione como un aporte en la formación clínica independiente de la orientación que se decida adoptar en términos de intervención, estimulando sujetos que sean impulsados por el deseo escuchar de una manera diferente.

Marco Metodológico

Para comenzar a delimitar el marco metodológico es pertinente realizar la diferenciación entre lo metodológico y lo procedimental, en lo concerniente a esta investigación es necesario entender lo metodológico remitiéndose al psicoanálisis como método de investigación, en donde es el deseo el que conduce, orienta y enfoca la investigación manteniendo criterios de rigurosidad investigativa sin inscribirla en el campo de lo técnico o lo procedimental, campo en el cual existe una serie de pasos preconcebidos los cuales conducen a conocer el comienzo y el final incluso antes de comenzar a investigar. Es por otra parte el método psicoanalítico, una actitud investigativa, la cual busca arriesgarse y preguntarse por lo que otros métodos no están interesados en saber. Así que no se trata de replicar, pero tampoco de imponer un método mejor, único e indiscutible, se trata de proponer y asumir lo metodológico como una oportunidad de crear y aportar un espacio que privilegie la escritura como forma de dar un lugar a la subjetividad², dando una contraparte a los procedimientos positivistas.

Para garantizar precisión en el propósito investigativo, es necesario construir un proceso que aporte firmeza a la investigación, para ello es indispensable puntualizar, que el discurso constituye en todo su conjunto el material fundamental de producción de análisis, ya que sin objeto no hay análisis, pero también sin sujeto no hay discurso. Por otra parte, para conseguir rigurosidad, es pertinente resaltar que al tratarse de la noción de representaciones sociales, es

²El término subjetividad, en este caso hace referencia al ángulo particular desde el cual es posible abordar la realidad social, se refiere al campo de acción y representación en el cual se permiten las interpretaciones y las valoraciones hechas por los sujetos, expresadas en el dinamismo singular del discurso enmarcado los diferentes aspectos de las experiencias .

necesario emplear diversas herramientas del análisis *cualitativo y discursivo*, ya que no se busca encontrar causas ni registros que identifiquen correspondencia entre eventos, sino que por el contrario, el esfuerzo se encuentra dirigido a lograr la descripción delimitada de un fenómeno social a través de la mejor versión de una representación social, explícita y manifiesta.

La metodología a emplear es efecto del trabajo de investigación que se lleva a cabo al interior del grupo de investigación *violencia lenguaje y estudios culturales* y en particular en el semillero: *sujeto y psicoanálisis*, a partir de un proceso de creación y discusión con su respectivo rigor metodológico, debido a que las metodologías tradicionales arrojan una postura mucho menos detallada, más rígida y cerrada, en cuanto a los términos de conclusión se refiere. Así, que siguiendo esta lógica un enunciado que resume el proceso investigativo sería el siguiente:

no se trata de seguir el camino más corto, el más largo, el más tortuoso o el más fácil, sino el que garantice mayor precisión, que sin duda ha de ser el principio más adecuado y válido para alcanzar el objetivo propuesto en la aventura investigativa (Gallo & Ramírez, 2012, p. 77).

En ese sentido, la investigación se apropió de algunas herramientas de la metodología cualitativa, la cual en palabras de la socióloga María Galeano es “más que un conjunto de técnicas para recolectar datos: es un modo de encarar el mundo de la interioridad de los sujetos sociales y de las relaciones que establecen con los contextos y con otros actores sociales” (2004, p. 16). Esta metodología –es la empleada en las ciencias sociales para acercarse a los fenómenos de su interés, sus manifestaciones y representaciones-, presenta múltiples alternativas, además de una flexibilidad metodológica que permite incluir al discurso como enunciado y tratarlo como tal, en donde la trascendencia está de lado del orden del discurso y no del acontecimiento, es

decir que el discurso implica ir más allá del empirismo y considerar la información como algo más que un dato, en este caso se busca dar un sentido al enfoque cualitativo aplicándolo en un pequeño grupo de sujetos.

Es decir que en términos formales el marco metodológico es resultado de la construcción y el uso de herramientas *cualitativas*, como el análisis categorial propuesto por Strauss y Cobrin en 1990, además del uso de las técnicas como el grupo focal y la entrevista semiestructurada, pero por otra parte participan sustancialmente herramientas de análisis discursivo como *la arqueología* propuesta por Michel Foucault en donde los entrecruzamientos y las condiciones de emergencia son puntos clave, para desencadenar un análisis transversal que contribuya a expandir la investigación y así ubicarla en un terreno en el cual sea posible trabajar con sujetos y sus discursos sin caer en el espacio de la desacreditación que ha impuesto el saber científico positivista.

De este modo, las metodologías tradicionales poseen elementos que a primera vista parecerían incompatibles con los esfuerzos analíticos de la subjetividad, y es entonces un atrevimiento entrecruzarlos, con el fin de ampliar el espectro del análisis, pero resulta necesario ya que así se nutre el análisis de posturas epistemológicas diferentes pero no discordantes, de allí que se privilegie el uso de las “Representaciones sociales” ya que en esta investigación no son consideradas únicamente como una formalización conceptual, sino como una noción que envuelve todo un conjunto de significaciones, posiciones y funciones enunciativas que entretejen una visión determinada referente a la figura del psicólogo y su práctica, esto con la intención de poder realizar un análisis frondoso el cual contribuyan a otorgar un espacio a la subjetividad, sin

enmascárala detrás de la tautología estadística, ya que “cuando un investigador de lo subjetivo y lo social decide obedecer a esquemas metodológicos rígidos y preestablecidos, que determinan ‘de antemano que hacer y cómo hacerlo’, lo hará más por comodidad que por precisión”. (Gallo & Ramírez, 2012, p. 86).

Por ende, lo realizado y aludiendo a lo netamente procedimental, consistió en organizar a los participantes y realizar una entrevista grupal en donde se formalizaron 6 preguntas para la cuales participaron 10 sujetos, posteriormente se hizo una entrevista individual con cada uno de ellos en forma conversación abierta pero claramente encaminada a que los participantes ampliaran y concedieran su discurso para posteriormente organizarlo en categorías emergentes y así realizar el análisis en cuestión.

A continuación, el investigador fue el encargado de intervenir el discurso, con el fin de analizarlo de forma detallada y así evaluar las producciones y los manifestaciones que trascienden al individuo y participan en el colectivo configurados en forma de representaciones, las cuales son propagadas en los registros de los vínculos individuales, el contexto y los fenómenos que allí confluyen.

Finalmente se incluyó una herramienta Semiótica que permite explicar, entender y sintetizar los resultados de la investigación en una forma heurística, lo cual permite exponer de manera organizada las puntualizaciones hechas como consecuencia del proceso investigativo.

Esta herramienta es el *cuadrado semiótico*, el cual se encuentra descrito en el libro la construcción de sí mismo a partir del discurso narrativo como proceso semiótico:

“Respecto al cuadrado semiótico, este permite establecer las principales opciones de carácter binario que forman parte de la estructura del texto. El sistema posee una organización axiológica que dispone de un polo negativo y uno positivo, en el que se expresa el sistema de valores en el que sucede la narración” (Celis Estupiñan, 2009, p. 154-155)

Por esta razón no hay que perder de vista que el centro de la situación investigativa apunta a mirar hacia la otra orilla, y así diferir de lo exhibido en las investigaciones tradicionales, el esfuerzo ha se ha hecho por implementar recursos metodológicos como la Teoría Fundamentada, como técnica cualitativa, además de apoyarse en los recursos lingüísticos como a Semiología y las posturas investigativas del psicoanálisis, conservando el carácter propositivo discrepando de los resultados estadísticos que presumen efectividad en forma de imperativos categóricos, en los cuales e hace difícil ubicar al sujeto ya que lo que se muestra es el resultado y el procedimiento sin tener en cuenta características que hacen distinta una investigación de la otra.

Nivel de la investigación

Hasta este momento se ha hecho especial hincapié en especificar que la investigación mantiene un carácter *descriptivo* y *arqueológico* en cuanto a lo teórico incluyendo herramientas de la investigación **cuantitativa** como la teórica fundamentada, ya que el objetivo es la caracterización de la representación social del psicólogo en pacientes psiquiátricos. Pero al entrecruzarse con elementos propios como el discurso³ y las posiciones enunciativas, apunta automáticamente a un nivel de análisis hondo y exhaustivo, ahora bien, también es claro que el nivel de la investigación dependerá del desarrollo de la profundidad del objetivo, por esto es importante aludir también al *trabajo con el discurso*, los momentos permanentes de producción durante el transcurso de la investigación y el *trabajo de campo*, debido a que es indispensable incluirse e interactuar con el grupo de sujetos que actuarán como participantes, lo cual permite el acceso a una fuente de información formal.

En efecto, la orientación descriptiva del trabajo de campo no consiste solamente en registrar los eventos relevantes en las entrevistas, sino seguirlos a través de las ideas y construcciones hechas por los sujetos durante su presencia en el campo (Rey, 2000), es decir, no se trata del trabajo de campo en el cual la prioridad es la observación y el registro, sino que esta propuesta busca incentivar el tacto investigativo del sujeto que propone e indaga y así exigir un momento de producción y análisis constante, con la única finalidad de contribuir al progreso epistemológico en el estudio de las representaciones sociales, además de la inclusión del sujeto, la subjetividad y

³ El término discurso en la investigación es entendido no como una referencia del objeto, sino como una fuente constitutiva del mismo, remitiendo también a la noción de poder, ya que desde Foucault, el lenguaje adquiere esta connotación en tanto sea ejercida para sentar una opinión, una idea o una postura, de aquí que sea el discurso el eje fundamental de producción en la investigación.

los elementos propios de una práctica clínica que en varios aspectos debe retomar principios fundamentales como la escucha.

Diseño de la investigación

La construcción de un diseño coherente requiere por una parte, que exista un proceso riguroso de delimitación, y por otro, que se usen herramientas que permitan un acercamiento y una inclusión del sujeto para que de este modo, éste acceda a otorgar su discurso de la manera más original, única y fluidamente posible.

En este sentido, hay que resaltar nuevamente que no es necesario asumir a cabalidad los criterios de objetivación de la ciencia positivista, puesto que al romper la lógica instrumentalista, se rescata el valor de las ideas como proceso de producción y creación de saberes en tanto discurso, como sucedió -por ejemplo-, con el Psicoanálisis, el cual alcanzó su desarrollo y madurez apartándose de la base positivista, optando por sostenerse mediante el desarrollo de una práctica basada en la escucha, entendida de un modo auténticamente terapéutico. De esta manera, tal como afirma Rey “otras formas y prácticas, se legitiman por su significación en el momento de la producción de conocimiento, para lo cual no necesitan fundamentación estadística, ni ser el resultado de un experimento o de una técnica científicamente válida y estandarizada” (2000, p. 68).

Ahora bien, la mayoría de investigadores suelen seguir modelos tradicionales de investigación y recolección de datos, aplicando estándares con ideas preconcebidas, sobre la predicción de

sentido que obtendrán en sus hallazgos. Sobre este aspecto Rey (2000) señala que “esto convierte la investigación en una tarea de clasificación, más que de producción de conocimientos” (p. 64).

Es por eso que el trabajo de campo como herramienta participativa e incluyente se convierte en un aspecto fundamental al momento de acercarse a los sujetos que contribuyen con el objeto de investigación. Por consiguiente como el objetivo es ubicar una representación social del psicólogo a nivel discursivo, la opción de acercamiento en materia de la técnica es el *grupo focal* ya que por grupo se entiende una formación social, organizada por unas características propias de los sujetos involucrados (Battegay, 1978).

Por otra parte grupo focal se define como una técnica de recolección de información su justificación y validación teórica se funda sobre un postulado básico, en el sentido de ser una representación colectiva a nivel micro de lo que sucede a nivel macro social, toda vez que en el discurso de los participantes, se generan imágenes, conceptos, lugares comunes, etc. Esto significa que el grupo focal cumple con el objetivo de recoger información con el fin de resolver preguntas de investigación centrándose en la interacción del grupo (Escobar & Bonilla, 2011).

Para esta investigación, el grupo focal cuentan con un máximo de 20 sujetos por sesión, ya que un número mayor contribuye a que la información sea sobresaturada e incluso desordenada, lo cual implica un diseño aún más complejo. En este caso el grupo ideal abarcar 10 participantes, los cuales son suficientes para construir e identificar la representación a partir del pensamiento social y grupal, sin seguir ningún criterio de representatividad estadística.

Una vez realizado este acercamiento, la *entrevista semiestructurada* será la encargada de ampliar las ideas, en este caso de manera particular e individual, con el fin de conseguir una extensión de los aportes realizados durante la entrevista grupal, con el propósito de crear un diálogo basado en la subjetividad del paciente que emerge a través de su decir, dándole sensibilidad y autenticidad a la entrevista.

Es indispensable también señalar que las preguntas que se estructuraron para ser desarrolladas en el grupo focal fueron formuladas bajo la razón que sustenta lo que la Psicología promueve como base del proceso de evaluación psicológica, la cual envuelve su estructura bajo las preguntas ¿Qué piensa? ¿Qué siente? Y ¿Qué hace?

En este caso claramente las preguntas fueron enfocadas a las experiencias previas con los psicólogos y las terapias, consecutivamente, como las representaciones sociales incluyen creencias y expectativas para la creación del núcleo figurativo, la pregunta resultante fue ¿Qué espera de un psicólogo? Con el fin de esbozar la posibilidad y el interés de los pacientes en las terapias, siguiendo por este camino al referirse a las expectativas se introduce la necesidad que llevo al sujeto a consulta psicológica, de modo tal, que la pregunta emergente fue ¿Por qué va usted al psicólogo? Y así conocer las razones que el sujeto atribuye a acudir a las instancias de la institución psiquiátrica y con ello a las intervenciones psicológicas. Finalmente, hizo aparición el tema y la noción de la utilidad según la valoración subjetiva hecha por cada paciente, así el sujeto construye un pensamiento que se presenta como juicio valorativo en función del psicólogo y su práctica invitando al sujeto a comprometerse con su respuesta según haya sido su experiencia, para ello se organizó la pregunta ¿Cree que le ha sido útil ir al psicólogo? Estas 6

preguntas se desarrollaron durante una sola sesión en la que se reunieron a los 10 participantes del grupo focal, dando paso a la recolección de la información.

Una vez realizado el grupo focal, cada participante accedió a tener una entrevista individual en la cual se habló con cada participante para de este modo ampliar las respuestas y conocer más a fondo sus opiniones acerca de los temas desarrollados durante el grupo focal.

Población y muestra

En este punto hay que demarcar que los términos población y muestra no son más que vocablos orientadores que ayudan a precisar cuáles serán los sujetos participantes, ya que la investigación no cuenta con ningún criterio de representatividad estadística. Por otro lado las características que definen a la población, se fundamenta en la razón que entiende que son los pacientes psiquiátricos los que indiscutiblemente han estado en contacto con los métodos y procesos psicoterapéuticos, algunos de ellos incluso durante periodos superiores a los dos años, de este modo quien mejor para enunciar una representación que los actores directamente implicados en las experiencias propias las intervenciones clínicas.

Por otro lado las características con las que cuentan los participantes son: que no evidencien ningún tipo de desorganización en el lenguaje, ya que será el material principal de producción en la investigación.

El tipo de diagnóstico es indiferente y no constituyó motivo de exclusión, siempre y cuando se trate de personas mayores de edad que accedan por voluntad propia a participar en la entrevista y el grupo focal. Los participantes idóneos para la investigación son los que se encuentran en estado de remisión, o en su defecto eulálicos, euproséxicos y eutímicos, ya que de esta forma será posible desarrollar las entrevistas con mayor eficacia.

Además, es de resaltar que la identidad de los participantes o cualquier otro tipo de información personal o institucional se consideró confidencial, por resultar irrelevante para la investigación. El objetivo de ubicar a los pacientes en una institución psiquiátrica fue, con el fin

de dar consistencia a la información tomando a los sujetos como *población fija*, y no como *población flotante*.

Proceso investigativo

Toda investigación debe contar con un proceso investigativo que constate la producción, haciéndola accesible y exponiendo el recorrido realizado desde el surgimiento de la pregunta hasta aparición de la discusión final. En este caso la inquietud que gestó y dio inicio al camino investigativo, remite a un anterior proyecto realizado en el semillero *sujeto y psicoanálisis*, proyecto el cual se centró en la el “Trastorno como unidad enunciativa, y su función en tanto diagnóstico”, allí se realizó un recorrido arqueológico por el desarrollo histórico del mismo, con el fin de entender las condiciones de emergencia que le entregaron el lugar que ocupa hoy en día, además del destino alienador que trae consigo el uso indiscriminado del diagnóstico, como muchos otros efectos que son consecuencia del uso irresponsable de la etiqueta diagnóstica al interior del orden médico.

Posteriormente, durante el desarrollo de la práctica clínica, comenzó a tomar forma la pregunta investigativa por el lugar del sujeto y su discurso entre el azaroso afán de protocolarización en las intervenciones, este es considerado el primer momento investigativo, entendido como el acercamiento con la población psiquiátrica al interior del ISNOR, en donde se desempeñaron las labores dispuestas por el departamento de Psicología por de la institución, en calidad de practicante durante el segundo semestre de 2014, tiempo comprendido entre julio hasta noviembre de dicho año. En consecuencia, se formalizó la pregunta sobre ¿cuáles son las condiciones de emergencia que conducen a la representación social del psicólogo en pacientes psiquiátricos? Otorgando indudablemente un lugar privilegiado al discurso de los pacientes,

consecuentemente se hizo uso de la revisión en la literatura para desarrollar la pregunta y llevarla al campo formal de investigación.

En un segundo momento, se concretó el ante proyecto y la propuesta con el fin de obtener autorización de la institución para la realización de las entrevistas, tanto como para el grupo focal como las entrevistas individuales, una vez obtenido el consentimiento por parte de la clínica y el apoyo del departamento de Psicología de la institución, se le comunico a los pacientes internos el objetivo de la investigación y la posibilidad de participar en ella a través del consentimiento informado que se les mostró, una vez reunidos los participantes que aceptaron conformar el grupo focal se dispuso a hacer la respectiva recolección de información, en tanto fue el discurso el material recolectado durante las dos sesiones realizadas, (grupo focal y entrevista individual).

El tercer momento investigativo corresponde, a la organización, transcripción, interpretación y análisis de las entrevistas, por medio de la formalización de las categorías a través del tratamiento estructural de los discursos, primero construyendo las categorías por medio de una codificación axial y abierta, de este modo fue posible contrastar los diferentes enunciados, identificar posturas discursivas y comenzar a generar un acercamiento a la representación social, con sus respectivos los significados individuales, para de este modo identificar correspondencias y diferencias entre las experiencias y las posturas subjetivas referenciadas por los pacientes en cada una de sus enunciaciones particulares.

Una vez realizado el análisis, es momento de proponer, entonces una de las últimas instancias investigativas va de la mano con la intención de construir una discusión que contribuya a integrar

los resultados como un discurso que disponga de argumentos metodológicos que permitan entender y concluir a favor del rescate del discurso como herramienta fundamental y central en la terapia, además de evidenciar como se crea toda una representación de utilidad e inutilidad alrededor del psicólogo, entendiendo así cómo y porque es imprescindible dar un espacio para el otro, un lugar a la subjetividad la cual se resiste a desaparecer entre tratamientos herméticos.

Marco teórico

Antecedentes y bases teóricas de la representación social.

Para comenzar, como fue definido anteriormente y haciendo una síntesis excesiva, las representaciones sociales se pueden definir como, una construcción hecha por un individuo y su forma de percibir, organizar e interpretar los fenómenos que le rodean, contando con la influencia de los otros, para así producir su propia realidad.

Siguiendo esta trayectoria, es de resaltar que Moscovici fue el primero en proponer la representación social como formalización conceptual, pero para comenzar a hablar sobre ella, hay que mencionar que existieron unas condiciones que permitieron su emergencia, además de unas posturas ideológicas, que dieron paso a su construcción discursiva, la cual actualmente aún sigue siendo inacabada en tanto no es un concepto terminado o de único consenso.

Una de estas nociones fue el *interaccionismo simbólico* de *George Mead* (1967) quien fue un sociólogo y filósofo pragmático el cual integro posturas como el *signo* propuesto por Charles Pears y la noción simbólica de la subjetividad. La intención de Mead fue plantear el interaccionismo simbólico para aspirar a analizar el sentido del *acto social* desde la perspectiva de los participantes de una determinada situación, haciendo especial hincapié en la forma como esta propuesta concibe la comunicación como una producción de sentido único en un universo simbólico determinado.

Esta noción se vincula con la representación social en la postura que mantienen ambas para considerar el nivel de lo simbólico como fenómeno crucial al momento de ofrecer sentido a los procesos del pensamiento social, aunque diferenciándose, de la representación social ya que es de precisar toda una estructura para poder organizar las producciones simbólicas y presentarlas de una forma coherente y ordenada. Todas las puntualizaciones hechas George Mead se encuentran en el libro *Mind, Self and Society*, editado por la prensa de la Universidad de Chicago y nombradas como el interaccionismo simbólico (Mora, 2002).

Esta postura es considerada como un antecedente de la representación, ya que incluye a un grupo como colectivo, en función de sus pensamientos y actos, enfatizando la noción simbólica de los mismos. Ahora, uno de los criterios más destacables de la propuesta de Mead es que anticipa la visión epistemológica que cuestiona lo científico y lo no científico, a través del consenso significativo, proponiendo el criterio de objetividad como una construcción simbólica; esto le permite a un grupo determinar y someter a consideración, cuándo, cómo y bajo qué criterios asumir la relevancia de alguna propuesta en términos sociales. Esto le concedió al interaccionismo simbólico tomar como referencia la relatividad de lo simbólico y analizar las condiciones que permiten lograr consenso en un grupo además de la forma como cada sujeto es el encargado de tomar partida de forma individual sobre aquello que comparte y no asiente en cada postura de pensamiento social concerniente.

Otro concepto que se encuentra cronológicamente ligado a la representación social de Moscovici es la *representación colectiva* propuesta por el sociólogo *Émile Durkheim*, en 1898, el cual defendió la idea de que lo colectivo trascendía al discurso individual y era la conciencia

colectiva la encargada de difundirse a los individuos como una fuerza implícita en los fenómenos culturales, como sucede por ejemplo en los mitos, la religión, las creencias y demás productos colectivos (Vera, 2002).

Si bien Durkheim acertó al describir la trascendencia de los enunciados culturales en las colectividades, desde la postura epistemológica de esta investigación, es imprescindible considerar que estas manifestaciones sociales son discursos, que claramente no son independientes del sujeto, además de no ser únicas y exclusivas de las colectividades; es el resultado de esa comunicación grupal lo que continúa, en la sociedad, en forma de representación, siendo estos asimilados y propagados como transmisiones culturales (Mora, 2002).

Por otro lado, Durkheim al proponer la representación colectiva, también se concibió delimitar el estudio de las representaciones, diferenciándolas entre dos campos epistemológicos diferentes, por un lado estaba la disciplina Psicológica y la disciplina Sociológica. Según Durkheim a la primera le correspondía analizar todo lo que vincula a las representaciones como formaciones individuales y a la segunda, lo propio de la colectividad y sus producciones, ya que según el este autor, existen diferencias epistémicas en el origen de los análisis, situación que marcó un corte en la manera de concebir los análisis hechos con las representaciones, ya que es completamente cierto que existen incongruencias epistemológicas debido a que el concepto de representación social surgió en el campo de la sociología, y fue convenientemente transportado hacia la Psicología social, de una forma provechosa, evidenciando un entrecruzamiento de discursos aplicados al estudio de la realidad social.

Finalmente, tuvieron que pasar varios años para que Serge Moscovici, en 1960 retomara estos planteamientos hechos por George Mead y Emile Durkheim para concretarlos en una teoría que ubicó su terreno epistemológico en la Psicología social para así justificar su uso y aplicarlo al estudio de lo simbólico en los grupos sociales, ya que en esta época “el común denominador de las investigaciones en Psicología era lo individual, por la influencia norteamericana” (Mora, 2002, p. 6).

Lo expuesto anteriormente permite dilucidar un pequeño recorrido por la transformación y formalización de la representación social como concepto, además de dejar entrever cómo ha sido antigua la tradición de introducir concepto ajenos en la Psicología, con el fin de argumentar conceptualmente una práctica, siendo de esta forma bastante evidente la influencia de la idealización marcada en los modelos teóricos durante del siglo XIX.

Antecedentes Investigativos de la representación social

Siguiendo el camino de las representaciones sociales, una vez realizada su incursión en la Psicología, se han venido realizando innumerables investigaciones, cada una de ellas desarrolladas y analizadas con diferentes tipos de metodologías y distintas formas de acercamiento e interpretación. Aunque la plasticidad impuesta del concepto permite ubicarle entre diferentes posturas epistemológicas, existen varias investigaciones contemporáneas, las cuales permiten entender sus formas de articulación.

El primer antecedente formal que es posible ubicar, corresponde al trabajo de grado de Serge Moscovici quien formalizó sus estudios empíricos realizados en 1960, bajo el título de *El psicoanálisis su imagen y su público*, el interés de la investigación de Moscovici se centró en identificar, describir y analizar cómo la sociedad francesa percibía y entendía el psicoanálisis a través de los distintos medios de comunicación que hacían eco en la estructura ideológica de la cultura parisina. Moscovici organizó a los participantes en categorías, según los estratos y la representación ideológica, entre las que se encontraban la clase media, la clase obrera, la de estilo liberal y la población estudiantil. Para realizar la investigación Moscovici estructuró un cuaderno el cual funcionaría como el cuestionario que se encargaría de recoger la información que en consecuencia haría posible el acercamiento a la representación social. Por otro lado el método utilizado por el autor para emprender el análisis, fue descrito como una técnica sistemática y cualitativa de descripción de contenido.

Moscovici una vez realizó la respectiva recolección de información y su posterior análisis, a manera de observaciones finales, propone que gran parte de la representación social que rodea al psicoanálisis es consecuencia de la propaganda usada como proceso de instrumentalización y de mantenimiento de una ideología propia del estado, describe que la representación es creada por el lenguaje y usada con el carácter de construcción mediante el cual una sociedad asume un estilo de pensamiento frente a algo.

En esta investigación Moscovici no entrega una representación cerrada o concluyente, sino que propone toda una discusión que según él es necesario profundizar con el fin de entender los fenómenos y efectos que se desprenden de las representaciones sociales (Moscovici, 1979).

Otro antecedente mucho más cercano cronológicamente, corresponde a la investigación realizada la realizada en 1990 en la universidad nacional titulada *La representación social del psicólogo* cuyo objetivo fue realizar un estudio exploratorio sobre la caracterización de la representación social del psicólogo en una muestra de sujetos de la ciudad de Bogotá, el estudio se realizó a través de encuestas estructuradas y la información fue analizada de manera cuantitativa, estampando resultados estadísticos, entre los cuales se destacan la frecuencia con la que fue relacionada la profesión del psicólogo, entendida como el trabajo con locos, enfermos mentales y mongólicos. (Bejarano & Burgos, 1990).

Otro de los antecedentes investigativos encontrado, es un proyecto realizado en la universidad autónoma de Bucaramanga en el año 2009 titulada el *estudio de la representación social del psicólogo en egresados de su programa de Psicología*, el objetivo de la investigación consistió en describir la representación social de del psicólogo y la concepción de su práctica, los participantes fueron organizados categorías, según como fuese entendida la Psicología, si como una ciencia, como una disciplina o como una profesión, para el estudio se entrevistó a un grupo de egresados del programa de Psicología de la UNAB, el trabajo se realizó de manera cualitativa, y se analizó la información a través de la creación de un árbol de categorías; entre los resultados descriptivos es posible resaltar el carácter técnico que se tiene de la profesión en tanto las conclusiones apuntaron a que la Psicología es entendida como una profesión científica, dedicada a aplicación de técnicas además, al desenvolvimiento en un campo práctico específico, también concluyó que su función principal es considerada la evaluación, la promoción y la prevención como la apropiación de su rol al momento de intervenir (Sarmiento, 2009).

Siguiendo entre los antecedentes investigativos, otro de los encontrados en la revisión documental fue, el artículo publicado con el nombre de *Representaciones sociales sobre el psicólogo, investigación cualitativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud*; este estudio se realizó en la universidad de Guadalajara, México y se ocupó de entrevistar a 10 estudiantes recién ingresados a una facultad de Psicología y a otros 10 sujetos que terminaban la carrera y comenzaban su ejercicio profesional, el análisis fue realizado con ayuda de una técnica etnográfica y la ayuda de un software para crear categorías, según cuales fueran los temas más destacados durante cada una de las entrevistas, según la categorización de los discursos las conclusiones apuntaron hacia la resignificación y transformación de las representaciones de los estudiantes durante el periodo de entrenamiento académico, comparadas con respecto a las construcciones hechas por los recién egresados, es decir que los estudiantes recién ingresados muestran ideas relacionadas con sus expectativas futuras, sus deseos de ayudar y trabajar, mientras que la representaciones de los egresados son construcciones más elaboradas sostenidas en una práctica y un saber que se ejerce como profesión, entre estas se destaca, que dichas representaciones giran en términos al hacer experto, involucrando las técnicas de intervención y la ética profesional. Del mismo modo, los participantes concordaron que es indispensable que el profesional tenga determinadas características según el lugar y el entorno donde se realiza el trabajo. Finalmente los investigadores concluyen que la representación es un acercamiento a la definición del perfil profesional la cual es concretada durante el ejercicio profesional (Torres, Maheda, & Aranda, 2004).

Uno de los últimos antecedentes investigativos considerados relevantes fue el realizado en la universidad del magdalena en el año 2013, el título de la investigación corresponde a la

Representación social del psicólogo en el área de la salud: un estudio cualitativo en la facultad de ciencias de la salud de la universidad del Magdalena, dicha investigación contó con el objetivo de describir la representación del psicólogo en profesionales-docentes de dicha universidad, la técnica con la cual contó el estudio fue una perspectiva etnometodológica, además de técnicas cualitativas, distribuidas en grupos focales y entrevistas semiestructuradas, el estudio contó con una muestra de 16 participantes, de este modo la investigación situó 6 categorías principales, destacando la percepción del psicólogo, sus funciones en el campo de la salud, el abordaje integral, el trabajo interdisciplinar y la opinión que rodea al psicólogo, consecuentemente entre las conclusiones y reflexiones finales se explicó que el trabajo del psicólogo es entendido por los demás profesionales como la orientación hacia la resolución de problemas emocionales, de este modo funciona como un apoyo al equipo interdisciplinar al momento de entregar diagnósticos, además de ser necesario en situaciones de crisis o en aquellos momentos en los que no hay una explicación física a la molestia del paciente (Gómez Plata, y otros, 2013).

Ahora, aunque todas los antecedentes mencionados involucran directamente la representación social como concepto central, asumen posturas metodológicas distintas, guiadas por las intenciones particulares de cada estudio, si bien la intención de esto es dar un soporte histórico a la investigación lo fundamental de este apartando se centra en resaltar cómo cada investigación trae consigo un proceso investigativo independiente, diferente y abierto mostrando que es el investigador el que se apropia de la pregunta y le trasfiere los aspectos inherentes y singulares, propios de la subjetividad del autor. En otras palabras aunque las anteriores investigaciones se acercan de algún manera a la intención investigativa del presente estudio, son únicamente

antecedentes, ya que la investigación desarrollada cuenta con una postura arqueológica, donde su desarrollo depende de la orientación e implicación con la pregunta, mas no con el procedimiento.

Para desarrollar la idea de la arqueología como metodología es pertinente mencionar que resulta orientativo en cuanto advierte que aquellos dispositivos son invenciones y por lo tanto pertenecen al orden discursivo. En fin, el trabajo articulado de estos dos enfoques permite dilucidar que el fenómeno en cuestión no es más que efecto de cambios en discursos ligados al interés de la época, que hacen parte del gran simulacro que sostiene la idea de objetividad.

Foucault describe el método arqueológico como un término que no incita a la búsqueda de ningún comienzo, no enlaza el vocablo con ninguna excavación o sondeo geológico, “Designa el tema general de una descripción que interroga lo ya dicho al nivel de su existencia” (Foucault, 1979, p. 223), se trata de describir las condiciones que posibilitan una práctica, unos cambios y una manera de actuar y proceder en este caso en la psicología clínica contemporánea.

Capítulo I: Historia de la formación del psicólogo clínico, repercusiones en la práctica clínica

Actualmente, el término psicólogo clínico, alude a lo que el imaginario colectivo asume como su función, confundiéndole con el psiquiatra y sus gestiones. “De todo esto se deduce un que ambos profesionales tienen un heteroestereotipo muy parecido, ya que el psicólogo clínico tiene más puntos de contacto con los psiquiatras, psicoterapeutas, pedagogos y los asistentes sociales que con los ingenieros” (Schraml, 1975, p. 645). Entonces, el psicólogo clínico en su formación representa a un profesional entrenado en técnicas disciplinares, justificadas según sea el enfoque epistemológico de la institución, en donde la mayoría de las ocasiones son técnicas de readaptación, cambio y estabilización conductual, las cuales cumplen la función de reorganizar al individuo, para lograr que éste pueda continuar o en su defecto alcanzar un nivel de productividad y funcionalidad dentro de los parámetros establecidos como normales.

Lo anterior conlleva un proceso de adiestramiento del psicólogo, el cual tiene lugar durante la formación académica, lo que implica su inserción en un orden y el desarrollo de una práctica que en ocasiones no trasciende de la simple aplicación de protocolos y técnicas que configuran su diario quehacer.

La situación descrita posee múltiples historias que permiten entender su consolidación, específicamente en el contexto Colombiano. En este sentido, el objetivo del apartado es proponer un análisis de la evolución científica de la Psicología, describiendo y analizando momentos en

los cuales han ocurrido exclusiones y transformaciones enunciativas, las cuales son efecto de las metamorfosis conceptuales que fundamentan la práctica de la Psicología clínica actual.

Para comenzar a hacer una descripción de los abundantes entrecruzamientos en el discurso de la Psicología clínica, es necesario comprender que la Psicología como profesión y academia ha existido en América Latina durante más de medio siglo (Ardila, 1981). De ahí que se proponga abordar, en un primer momento, la propuesta que permea el pensamiento psicológico desde el siglo XIX hasta la actualidad.

Inicialmente, fue la teoría biologicista de la evolución acuñada por Charles Darwin, la que se incrustó en el pensamiento psicológico. Por ese motivo, aspectos como los procesos mentales, ya no eran identificados con elementos únicos y exclusivos de los humanos, sino que ahora, sería posible analizarlos y compararlos en animales inferiores.

Esto condujo a que todas las acciones humanas, desde las más complejas hasta las más sencillas, fuesen consideradas y observadas como simples conductas, a partir de lo cual se desprendió un modelo que asume a la conducta humana como acciones indiferenciadas y susceptibles de ser modificadas, debido a que son únicamente dependientes del medio y sus estímulos externos (Correal, 1993).

Derivado de lo anterior, la noción de conciencia ha tenido y conservado un lugar fijo en la disciplina psicológica. Esta idea fue construida durante los siglos XIX y XX, alcanzado un papel trascendente, ya que una vez agotados los recursos físicos para ubicar a la patología mental en el

cuerpo, fue el cerebro el elegido como el órgano especial, encargado de controlar y dominar las diferentes funciones de la mente, ofreciendo así la posibilidad de ser el punto de localización exacta de los problemas desadaptativos de los seres humanos, de tal forma que diagnóstico y el trastorno psicológico encontraron su lugar como enfermedad clínica, propia del orden médico.

En este sentido, teniendo al cerebro como órgano principal, encargado de hacer funcionar al ser humano, acciones tales como ver, oír, olfatear y otras formas de sentir, fueron vistas como funciones cerebrales. Esta visión dio paso a que situaciones más complejas comenzaran a verse reducidas a comportamientos justificados por la validación empírica del estímulo cerebral y la respuesta física, equiparando lo psíquico a lo mental y transportando el empleo de los términos a un punto en donde pareciera no existir diferencia alguna en el uso de los términos hoy en día.

Al mismo tiempo fue incluida la concepción ambientalista, donde el contexto circunstancial es el encargado de enviar estímulos para producir consecuencias. De este modo, se entiende que no es importante escuchar lo que el sujeto tiene por decir, sino que por otro lado, lo relevante es poder observar para modificar las posibles contingencias, que indiscutiblemente mantienen las conductas indeseables en los individuos inadaptados. Así la noción mente-cuerpo se fue convirtiendo en una institución tan poderosa que la Psicología comenzó a argüir sus postulados y nuevos descubrimientos a esta venerable tradición.

Por otra parte, en Colombia la Psicología como ciencia apareció como en muchos otros países, ligada a la fundación del primer instituto de Psicología aplicada en la Universidad Nacional en 1948. Allí se organizó el primer departamento de Psicología, el cual ha producido

psicólogos hasta la actualidad. En este lugar comenzó a estructurarse lo que sería el pensamiento “científico” positivista de la Psicología en el país, caracterizado por replicar modelos extranjeros e intentar acercar a la Psicología al carácter objetivo de la ciencia.

Con la apertura de este laboratorio se dio inicio a la etapa experimental en el país, por medio de la investigación empírica, la cual un principio se basó en la aplicación de pruebas psicológicas y su análisis a través del método correlacional, posteriormente y hasta la actualidad las investigaciones se realizan en base *al análisis experimental del comportamiento* aplicado y extendido a todos los ámbitos en los cuales ha podido introducirse, apartando cada vez más el discurso y al sujeto mismo, junto al interés clínico y terapéutico sobre el cual fue construida la justificación de la intención de la Psicología en la práctica.

Si bien el objetivo de apartado no es la desestimación científica, es evidente que el auge experimental ha traído consigo un marco de exclusión, en donde cualquier juicio para ser considerado relevante debe cumplir con los criterios de generalización propuestos por la ciencia.

Entendiendo esta perspectiva, ahora es claro como las instituciones en Colombia se han preocupado por entender la Psicología como una profesión, junto a la presión del orden médico, en donde lo importante va de la mano con la asignación y cumplimiento de tareas, más que con desempeñar una labor terapéutica, de este modo para definir la formación y el entrenamiento de psicólogos en Estados Unidos se realizaron diferentes conferencias entre las cuales se destacan Boulder en 1949, Trayer en 1954, Stanford 1955, Miami en 1958, Chicago en 1965 y Vail en 1973. Todas estas conferencias buscaron generar un consenso entre lo que debía ser y hacer un

psicólogo en sus diferentes ámbitos, entre estas se destacan la conferencia de Boulder y Vail las cuales se centraron en la formación clínica del psicólogo y los modelos académicos que debían incluirse dentro de la producción del mismo, en las demás conferencias se refinaron detalles aunque sin cambios sustanciales (Ardila, 1981).

La principal reunión que aun hace eco en la formación de psicólogos actualmente, fue la conferencia de Boulder a la que asistieron 73 participantes reunidos durante 15 días, donde como resultado principal se acuñó lo que hoy en días es llamado “*El modelo Boulder*”, que recomienda la doble formación del Psicólogo clínico como un CIENTÍFICO-PROFESIONAL. Un profesional con formación teórico-práctica de manera objetiva y científica, con un debido entrenamiento clínico profesional fundamentado en el conocimiento objetivo, entonces para que esto ocurriera se recomendaba que el currículum cubriera las siguientes áreas: fisiología humana, el estudio de la personalidad, la Psicología del desarrollo, las relaciones sociales, la psicopatología, y el manejo de las técnicas clínicas.

Aunque el resultado de este currículum nunca fue de carácter obligatorio si tuvo una expansión masiva en EEUU ya que la Asociación Americana de Psicología argumentó que de este modo era posible trazar estándares y pautas de orientación que refirieran a la calidad.

Curiosamente a nivel latinoamericano también se dio una conferencia que es preciso mencionar. La primera y única conferencia latinoamericana sobre el entrenamiento en Psicología, fue organizada en Bogotá, del 17 al 18 de diciembre de 1974, este evento fue el primero que discutió la formación académica y profesional del psicólogo en la región de américa

latina. Cabe aclarar, que esta conferencia fue la primera y la única que se concretó a nivel regional ya que ni antes ni después de aquella, se volvió a organizar un evento de similares características.

La organización de este evento surgió como una reproducción de la Conferencia ocurrida 30 años atrás en Colorado e inmediatamente 1 año después de la conferencia de Vail, de hecho la conferencia se desarrolla por una parte, como réplica de la conferencia de Boulder bajo el argumento de evaluar críticamente el énfasis en la formación clínica y, por otra parte por la necesidad de adoptar el doble rol de la Psicología como ciencia y profesión para la formalización de la formación académica en Psicología.

Fue tal el asunto de la réplica en Latinoamérica que el resultado de la conferencia fue el “modelo Bogotá” o “modelo Latinoamérica” que sorprendentemente es casi un reflejo del modelo americano y es tal la innovación que 50 años después siguen en pie las consideraciones concluyentes de la conferencia, siendo evidenciadas en la teoría y en la práctica sin al parecer tener modificación alguna.

Esto debería aclarar que la Psicología contemporánea se encuentra sentada bajo ideales creados, contruidos y concretados en la Norte América de mitad del XIX, de allí proviene la visión parcializada del uso y aplicación de técnicas las cuales fueron generalizadas como un estilo de pensamiento, como una ideología, un deber ser y hacer del profesional al interior de la Psicología como práctica disciplinar. A consideración queda entender como tristemente replicamos esquemas y modelos de la Psicología aplicada de otros países y con ellos repetimos y

asumimos como propios, sus vicios y sus problemas, aplicándolos como nuestros a las características idiosincráticas del medio sociocultural Colombiano.

La crisis de la escucha y el auge de la observación

Desde la ocurrencia de las conferencias anteriores, al definirse la formación del psicólogo en Estados Unidos, se especificaron otras áreas de participación, pero hubo un importante señalamiento al rededor del carácter clínico, con el cual la Psicología se abrió paso en la postguerra de la segunda guerra mundial, labor que más que terapéutica, tomo el asunto como la oportunidad de encontrar un lugar entre la sociedad, como disciplina clínica.

Fue a partir de la necesidad de readaptar a los soldados afectados por efectos posteriores que había tenido la guerra en cada sujeto, que la Psicología formalizó muchos de sus procedimientos actuales, es sin embargo la labor terapéutica y el carácter clínico que han adquirido este punto su visión social de ajuste y readaptación, lo que muestra como la escucha, a pesar de ser propuesta como un elemento fundamental se ha visto envuelta en la parcialidad dependiente de la necesidad exigida por la norma social (Fromm, 1993).

En este sentido, para el acto terapéutico es la escucha la que epistemológicamente sostiene, una importancia fundamental e indispensable dentro del asunto. Pero en cuanto a lo que a terapia psicológica se refiere, la academia dice proponer la escucha como un concepto central para el desarrollo de la terapia en tanto a técnica se refiere, pero escuchar va más allá de dar atención a lo que el sujeto puede decir acerca de lo que siente, piensa y hace.

La escucha es considerada como una característica indispensable en el ámbito clínico, así que es catalogada como una de las llamadas *habilidades terapéuticas*, propuesta bajo el nombre de *escucha activa*, en los protocolos de aplicación para el tratamiento de trastornos psicológicos.

Como es descrito en un protocolo publicado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, la escucha activa implica tres acciones: a) Recibir el mensaje, lo que comprende demostrar atención e interés en lo que el cliente dice, b) prestar atención a diferentes aspectos que expresa el cliente como: la comunicación no verbal, lo cual no es escuchar sino observar los movimientos kinestésicos del paciente y compararlos con su expresión verbal; y por último c) emitir respuestas que denoten atención, entre estas hay varias opciones, es conveniente dar asentimientos de cabeza, inclinación y orientación corporal hacia el cliente, expresión facial de interés y comentarios del tipo “ya veo”, “sí”, “entiendo”, “uhm”, “continúe, le escucho” (Grau, 2011).

La propuesta protocolar anterior, evidencia una manera de oír y observar desde un nivel mínimo de compromiso, de forma mecánica y casi emulada, es en esta con postura que el acto de oír de manera deficiente, se camufla bajo el nombre de la escucha. Esto no es más que la transformación del término usado para hablar de observación directa, donde los planteamientos subjetivos y discursivos desaparecen en un segundo plano.

Aunque la Psicología intente llamar de diferente manera a esta protocolización auditiva, como por ejemplo, escucha activa, lenguaje no verbal o cualquiera que sea el término, todos aluden a la observación, ya que es lo que el terapeuta pueda evidenciar en el paciente lo que conduce a

escarbar en el pasado del mismo para oír un enunciado que confirme y cierre la sospechas del terapeuta, sobre el padecimiento que solo el clínico puede asegurar que existe.

Por lo mencionado anteriormente no hace falta señalar que aunque es bien conocido que esta noción de escucha protocolar, es rígida y cerrada, no cabe duda de por qué fue la escogida en la *disciplina* psicológica, la cual dice tener unas intenciones clínicas que se han tergiversado para dar paso a la curación en términos de readaptación en contraste a la norma social, ya que es de este modo será posible acercarse y mantener el objetivo del reconocimiento científico. Además este movimiento técnico es el que le permite mostrarse como una disciplina útil ante la creciente necesidad de readaptación social. Dicho esto, el asunto es entender como es soslayada la escucha por la observación, debido a las intenciones científicas siendo transmitida sin ningún tipo de advertencia o señalamiento en tanto a sus limitaciones y deficiencias.

Por otro lado, la intención terapéutica que aún se resiste a ceder todo su espacio al interior de la Psicología, sigue estando del lado de la escucha, como función centrada en la producción discursiva por medio del lenguaje, en donde la escucha no es el camino para producir enfermos, sino para elaborar los síntomas y de este modo construir una postura que implique al sujeto frente a su necesidad, de esto se trata la escucha analítica y su función terapéutica, alejándose de la figura actual donde “titulamos síntoma a lo que estorba a la función social. Por eso, se cree sano a quien no es capaz de tener la menor experiencia subjetiva y solo ve las cosas con perfecto <<realismo>>” (Fromm, 1993, p. 50).

Es entonces necesario acudir al repaso de la historia de la formación del psicólogo en el ámbito clínico para poder fijar puntos de rigor, lo cuales podrán bordear una explicación acerca de la incidencia que podría estar llegando a tener, la formación actual de psicólogos clínicos en la práctica contemporánea.

Psicología y Clínica

Ahora prosiguiendo en retrospectiva, en el encadenamiento de acontecimientos se hace necesario, aludir, mencionar y describir la clínica junto a su función terapéutica y al significado de clínica para la Psicología conductual contemporánea, lo que mostrará como la precisión en el lenguaje es un argumento epistemológico, que a pesar de ser dejado de lado cuenta con un pasado práctico y teórico, en donde es posible entender como a partir de enunciados es posible sostener prácticas, únicamente tergiversando conceptos, para responder a las intenciones que otorguen mayor seguridad a determinado orden y a sus intereses.

Antes de comenzar a señalar fechas con la intención de argumentar el establecimiento de la práctica clínica, es necesario retomar la idea de cómo la Psicología y la clínica como práctica se encontraron debido a unas intenciones y unos intereses particulares, los cuales buscaban legitimar el hacer científico de la disciplina y así entregarle un lugar dentro del orden médico⁴ a mediados del siglo XX. Esta precisión es importante para comprender que fue en un momento tardío en el cual la Psicología se refirió a la clínica como práctica, ya que en el principio estaba

⁴ El término del orden médico, fue propuesto por Jean Clavreul quien usa este término para referirse al discurso del amo, o en otras palabras a las determinaciones institucionales propias de la interrelación existente entre la economía, la medicina, la política y la psiquiatría para así mantener una homogeneidad según la idea de normalidad establecida durante el siglo XIX, para así determinar el tratamiento de los enfermos, los locos y los desadaptados.

más interesada en lograr determinar y describir su objeto de estudio, que en intentar curar los padecimientos que el mismo orden estableció.

Entonces para comenzar a hablar de *práctica clínica* es fundamental entenderla como un discurso, ya que así es como serán tratadas las nociones al interior de esta investigación, consecuentemente, la intención es entenderla y analizarla como el conjunto de reglas que configuran el trabajo realizado entre sujetos, (Foucault, 1979) en este caso entre paciente y psicólogo; trabajo el cual inicialmente se fundamentó en la palabra y su producción función que con el paso del tiempo se fue “refinando” hasta convertirse en el proceso de evaluación–diagnostico-intervención utilizado para la rehabilitación de individuos anormales.

Por otra parte al encontrarse la Psicología ante una necesidad conceptual de objetividad que le permitiera trabajar científicamente con la locura, condujo a la apropiación de la idea, de que el único modo de lograr científicidad era ofreciendo uniformidad y categorización en el objeto de estudio, por consiguiente era necesario eliminar sesgos que pudieran desvirtuar los resultados, entonces excluir la subjetividad sería lo ideal, ya que es considerada sinónimo de ambigüedad y de este modo el paso siguiente sería asumir lo científicamente correcto, eligiendo un paradigma sentado en las bases de la ciencia y protegido por los efectos infranqueables de la estadística.

Ahora, para decantar la noción de clínica como formalización discursiva, en el psicoanálisis la clínica es propuesta, como un efecto que se presenta a manera de interrogación, la cual no es ajena a la experiencia, sino que por el contrario es causada por la misma, esa experiencia que envuelve al sujeto del lenguaje e implica lo insoportable que se encuentra a la raíz del síntoma y

el goce al que el sujeto permanece atado; siguiendo esta lógica el término clínica es el que emana como proceso, como construcción soportada en el lenguaje y la intención terapéutica de la escucha y la elaboración. Como señala Lombardi (2000) no se llega a lo insostenible del síntoma desde afuera, sino desde una posición.

Por otro lado es ahora necesario poner en consideración con quien o con que se realiza la llamada práctica clínica hoy en día. Al pensarlo una primera vez, la respuesta supone que el trabajo se realiza con lo que hoy llamamos paciente, paciente que dejó de ser un sujeto el cual poseía un saber y un discurso con el cual se daba acogida a la descripción del sufrimiento, su padecimiento único y singular, para convertirse en el objeto trastornado, dispuesto por una serie de síntomas, que según su duración en el tiempo y la intensidad del malestar clínico significativo, constituyen ahora un individuo enfermo listo para recibir la ayuda terapéutica de las técnicas de la intervención psicológica. Lo anterior nos ubica en cómo se ha reemplazado la singularidad terapéutica y la escucha por la generalización entendida por la validación experimental y empírica.

Consecuentemente si vamos al acontecimiento, es indispensable mencionar al *primer laboratorio de Psicología experimental* el cual fue inaugurado por W. Wundt en Leipzig, Alemania en 1879; ya que este es el momento que ha sido tradicionalmente transmitido a lo largo del tiempo como punto de referencia del establecimiento científico de la Psicología en general; a través del tiempo esta disciplina se ha mantenido 'impresentable' ante las ciencias positivas debido al dualismo mente-cuerpo que se tomó como objeto de análisis, así que en una búsqueda de mayor precisión se asumió a la conducta y los procesos observables como objeto específico

de estudio en lo que sería la Psicología conductual, modelo el cual tendría su auge durante el siglo XX. Posteriormente, fue *Lightner Witmer en 1907* el primer psicólogo en establecer una práctica denominada propiamente “Psicología clínica” en la Universidad de Pennsylvania. Witmer se enfocó en niñas y niños con déficits intelectuales, y definió a la Psicología clínica como el estudio de individuos por observación y experimentación, con la intención de promover cambios (González J. A., 2003).

Es entonces en este momento donde la Psicología clínica adquiere sus 3 indispensables funciones, la *evaluación* el *diagnóstico* y la *intervención* ya que fue en durante el siglo XX que se dieron las grandes innovaciones *Psicodiagnósticas* lo que significó la estandarización, el uso de la estadística y de las pruebas psicométricas con Alfred Binet, dando lugar a las célebres escalas Binet-Simon y Stanford-Binet., luego vendrían las escalas acuñadas a Arnold Gesel y a David Wechsler.

Tampoco puede faltar aquí la referencia a Charles Spearman y Edward L. Thorndike, al hablar de la medida de la inteligencia. Aunque estos son sucesos y acontecimientos contemporáneos, que validan y dan significancia a la Psicología empírica hoy día, ocurrieron otros eventos incluso más significativos para la consolidación de la práctica clínica, los cuales se mantienen al margen de la historia oficial ya que no representan un aporte a la historia científica de la disciplina psicológica.

Hasta acá, se han contextualizado fechas y personajes los cuales resultan significativos al momento de organizar la historia de la Psicología clínica y sus piruetas epistemológicas que de

algún modo legitiman, la intención de acercarse a la ciencia su inclusión en el orden médico, donde finalmente obtendría un lugar como herramienta disciplinar y correctiva al interior del mismo.

Ahora bien, si situamos este recorrido dentro del contexto de la investigación es importante reconocer en que momento una práctica como la llamada Psicología clínica acepto ser incluida en los asilos, en que momento tomo su función correctiva al interior de las instituciones, buscando un espacio que le otorgara un sentido suficiente para ser considerada como una disciplina científicamente útil.

La institución Asilar.

A lo largo del tiempo cronológico, al sujeto que hoy en día llamamos paciente las épocas y las intenciones del orden psiquiátrico le han considerado y tratado de muchas formas, dependiendo claramente de las intenciones que permean cada época. Existe información como menciona José Luis González (2004), de algunas ciudades alemanas como Hildesheim y Nuremberg, donde los locos o lunáticos, eran deportados en embarcaciones y navíos hacia la deriva, ya que eran considerados una carga inútil en la sociedad y nadie quería hacerse responsable de ellos, pero estas acciones no eran tan sencillas de llevar a cabo por lo cual la acción lógica y siguiente consistió en acumular a los dementes en sitios específicos.

Si bien es posible rastrear al hospital y más específicamente al hospital psiquiátrico a lo largo del tiempo, es de destacar que las características de las instituciones asilares han ido

transformándose según las exigencias de los intereses propios de cada época. Hoy en día el hospital psiquiátrico es una institución fundamentalmente organizada para ofrecer auxilio disciplinar en forma de tratamiento médico a individuos, los cuales deben cumplir unos requisitos necesarios para obtener el estatus de pacientes, lo cual los inserta automáticamente al orden médico, siendo ahora personas en situación de vulnerabilidad, ávidas de ayuda por parte del poder psiquiátrico.

En este sentido, para comenzar a hablar de las transformaciones de las instituciones asilares, es de acentuar la época del *renacimiento*, época comprendida entre los siglos XV y XVI, ya que según Montealegre (1975) fue debido a los diferentes acontecimientos sociales ocurridos durante esta época, que el concepto del hombre cambio con relación al mundo en el que vivía.

Fue en esta época donde los hospitales comenzaron a ser dependientes de la autoridad civil y el concepto de caridad se fue transformando para darle paso a un modelo de beneficencia-filantropía el cual representaba el mejor servicio prestado desde los poderes públicos; poco a poco la planta física de los hospitales fue cambiando y haciéndose más funcional, con el fin de observar, vigilar y sobre todo cuidar al paciente durante su estadía en el lugar.

El concepto para denominar este fenómeno es descrito por Foucault (2005) en su curso en el Collège de France pero fue propuesto y desarrollado en su plenitud por Jeremy Bentham (1799) el concepto conserva el nombre de *panóptico*, el cual se constituye como un tipo de arquitectura carcelaria que se trasladó hasta el hospital para permitir al guardián, en este caso al representante del orden médico, observar a todos los prisioneros, en este caso a los pacientes que se encuentran

hospitalizados en las habitaciones y así velar por la seguridad y el bienestar de los individuos instutucionalizados.

Para mencionar un ejemplo específico de uno de los primeros hospicios contemporáneos voy a mencionar al primer hospital psiquiátrico conocido en Europa, conocido por dar un show de lunáticos los lunes, además de ser el sitio donde posteriormente el psiquiatra Philippe Pinel logró desatar a los enfermos de las cadenas y concederles el estatuto de enfermos mentales.

Se trata entonces, del hospital Bethlem fundado en 1247 el cual en un principio funcionó como un priorato de los hermanos y hermanas de Bethlehem, de allí que recibiera su nombre, posteriormente fue en 1337 que se convirtió en hospital, aunque no fue sino hasta dentro de 20 años después en 1357 que se consideró una institución psiquiátrica como tal, cuando el gobierno de la ciudad de Londres asumió la gestión y el control de la institución cuando Eduardo II impuso la primera legislación para “locos” como comenta Montealegre (1975) a partir de entonces los enfermos mentales y sus bienes tenían que ser administrados por el Estado.

Pero no fue por ser la primera institución psiquiátrica que el hospital de Bethlem se hizo conocido, fue por el brutal tratamiento mental que ofrecían a los enfermos al interior de asilo que la institución tomo renombre. En un principio contaban con 31 enfermos, los más violentos y peligrosos por lo cual permanecían encadenados la mayor parte del tiempo, entonces las autoridades del hospital, con el fin de cubrir los gastos del establecimiento crearon “el show de Bethlem” en el cual los ciudadanos londinenses, pagando un penique como entrada podían ir a observar a los lunáticos dentro de sus celdas.

Así se mantuvo la situación que alimentaba el morbo y sostenía la institución de los ciudadanos londinenses, hasta que en 1700 por primera vez se llamó pacientes a los lunáticos y se incluyó la humanización con la introducción del estatuto de enfermo mental en los tratamientos, lo que marco un corte en la historia del tratamiento psiquiátrico; un antes y un después de las cadenas, actualmente comparable a un antes y un después del fármaco.

Actualmente el hospital de Bethlem es considerado uno de los sitios que se mantiene a la vanguardia de los tratamientos psiquiátricos, cuenta con la documentación referente a la salud mental más extensa de todo el reino unido y es mayormente conocido en todo el mundo como el hospital de "Bedlam" lo cual al español traduce la casa de locos.

La función "psi". Diferencia entre lo terapéutico y lo disciplinar

Fue entonces en el nuevo hospicio donde se comenzaron a acumular y posteriormente a organizar a los enfermos mentales, lo cual concedió la disposición de asilo al nuevo lugar destinado a encerrar, mantener y rehabilitar a los desadaptados mentales, esto resolvía las preguntas sobre quien debía hacerse cargo de los enfermos y en qué lugar debían ser atendidos.

Es acá donde se abrió paso y se estableció para no marcharse, lo que Foucault (2005) identifico como la función *psi*, presente y aplicada en todas las acciones disciplinares enmascaradas en las terapias de formación o reacondicionamiento mental. Ya que la estabilización conductual y emocional, tienen como objetivo, entregar un individuo homeostático y productivo, es por medio de la función *psi* que se da el encubrimiento, formalización y

expansión de técnicas disciplinares entregadas bajo el disfraz de técnicas terapéuticas, las cuales han proliferado en las diferentes instituciones asilares pasando por la escuela, donde hace su ingreso por el sesgo del niño idiota, prosiguiendo a la institución carcelaria donde se ejerce el control del individuo peligroso y en la institución psiquiátrica, en donde cumple la función de readaptación conductual del anormal, el débil, el deficiente, y cualquier otro calificativo moral al margen de la normalidad, esta ha sido la forma de mantenimiento y legitimación de la realidad como poder.

Ahora, es el valor del estatuto científico, y las propiedades justificadoras de la estadística, funcionan como creadores y protectores del prestigio del orden médico, al que se encuentra adherido el poder psiquiátrico⁵, entonces con el reconocimiento de las técnicas psicológicas como técnicas útiles en lo disciplinar, fue a este saber-poder el que finalmente le permitió Psicología situarse en calidad de herramienta al interior del orden médico a cual había, desesperadamente intentado ingresar desde su surgimiento.

Continuando con en el orden del acontecimiento, entonces a modo de interrogación se hace pertinente preguntarse, si ya existe el lugar de reclusión y las técnicas disciplinares de readaptación para los desequilibrados, cómo es que la Psicología exhibe sus procedimientos como terapéuticos cuando en términos prácticos la única función que han cumplido ha sido readaptativa y alienadora, en términos de la protección de la homogeneidad social, respondiendo siempre a la disposición del orden médico.

⁵ Esta noción remite a Michel Foucault y se refiere a la escena en la que se involucra todo el proceso de disciplinar de diagnóstico e intervención, pasando por la farmacología y el haz de relaciones que incluyen el control ejercido el cuerpo y la locura a partir del siglo XVIII junto a la institucionalización y de la inclusión de la llamada función "psi" en los distintos contextos concernientes a la formación de los pilares sociales.

Es la formalización de la función *Psi*, hecha por Foucault, la que permite introducir la duda epistemológica, en cuanto a la función del psicólogo, entendida como el saber-poder ejercido al interior del orden al médico, el cual funciona como un dispositivo del cual siempre se podrá disponer, para disciplinar, organizar y mantener los intereses de la sociedad contemporánea y sus instituciones. Un claro ejemplo de cómo se enmascara lo terapéutico con lo disciplinar es mencionado en el libro el arte de escuchar donde Erich Formm expresa:

También se puede curar con terror. En la primera guerra mundial, el médico alemán Kaufmann descubrió que los soldados aquejados por neurosis de guerra, con pánico invencible, se podían curar mediante un electrochoque en el cuerpo, que realmente hacía daño, mucho daño. Se lo llamo el tratamiento Kaufmann. Era un tratamiento médico, porque estaba destinado a curar. Pero, en realidad no era más que tortura (1993, p. 69).

Esta es la lógica correspondiente a los tratamientos del orden médico, entrando en una juicio calificador en donde el fin justifica los medios; en medicina no interesa si las técnicas resultan excluyentes o incluso perjudiciales, siempre y cuando el objetivo de cura sea cumplido, la cura entendía como la desaparición de los síntomas y la posterior adaptación a una vida funcional, si la cura resulta efectiva en términos de satisfacción, ese es otro tema, pero cuando la cura resulta secundariamente perjudicial, le resulta indiferente al orden ya que se atienden la demanda inmediata y se cumple con el objetivo de suprimir los síntomas, cumpliendo así con los criterios propuestos por la mirada científica, ya que resultan procedimientos y métodos reproducibles validados por su objetividad empírica, así que esto deja en entre dicho la respuesta a cómo resulta análogo el tratamiento psicológico al tratamiento médico y cómo se disciplina antes que incurrir en lo ciertamente clínico y terapéutico.

Todo lo anterior nos permite considerar como es descrito en el apartado anterior, que la Psicología y la clínica son dos enunciados completamente distintos y que a partir de la legitimación ofrecida por el estatuto científico, la Psicología ha luchado por tener un acercamiento con el orden y el discurso médico, situación que ha mantenido a la Psicología entre incongruencias epistemológicas desde su surgimiento.

Desde esta perspectiva es posible analizar que ni la locura, ni los pacientes, ni la forma de abordarlos e intervenirlos ha sido la misma, se han transformado, se han incluido y excluido diferentes discursos que les permiten justificar su evolución. Es fundamental reconocer que no siempre han existido los locos, pero si es a partir del reconocimiento del mismo que surgen como un problema de salud pública, entonces aparecen las instituciones y el orden permite trabajar en un juego alienador donde participa el terapeuta y el paciente, la terapia y la cura, esto como resultado de un sistema de discriminación que le permitió al psicólogo convertirse en esa especie de relevo reforzador perpetuo de todo funcionamiento institucional, ya advertido por Foucault en la historia de la locura "Sería peligroso simplificar, ya que el mundo de la locura no era uniforme en la época clásica" (1998, p. 95) y fue en esa búsqueda de uniformidad y objetividad que cobraron y han mantenido su importancia las terapias y técnicas clínicas disciplinares contemporáneas.

La vida del sujeto como objeto del poder psiquiátrico

Ahora, la época contemporánea se ha caracterizado por sus intenciones de controlar, esta prioridad se dio con el movimiento en el cual a la cabeza esta la psiquiatría, y su función dominante a la hora de explicar, corregir y mantener la homogeneidad social, en términos de lo que actualmente significa la normalidad en la salud mental. Entonces para organizar la locura y la desadaptación, fue indispensable crear una taxonomía, una clasificación que le otorgara al diagnóstico, su característica principal de inscribir al sujeto en algún categoría, casi sin necesidad de pedir permiso, consecuentemente el sujeto pasaba tácitamente a estar inmerso en un orden el cual tendría la labor de vigilarlo y aún mejor, debería procurar por curarlo y adaptarlo.

Ejercer este control sobre la vida de los sujetos estadísticamente anormales, convirtió al hospicio en el lugar de reclusión de aquellos a los cuales se les fue impuesta la necesidad de ayuda, entonces siguiendo esta lógica, ahora el encargado de decidir el tratamiento será el orden médico.

Curiosamente cuando el orden médico argumenta qué intención es curar, aparece el asunto de la exclusión ya que este es el criterio base sobre el cual funciona la psiquiatría, debido al modelo dicotómico sobre el cual fue construida la disciplina y así funcionar alrededor de la locura, es decir que depende del juicio moral emitido por el profesional, donde es posible definir si está loco o no, dependerá entonces de esta imposición de saber en tanto verdad, que sin importar los argumentos o el discurso, el ahora paciente es puesto en situación de necesidad, listo para recibir

un tratamiento que regule el desajuste, siempre visto desde el punto como ha sido construida la actual practica que define lo normal y lo anormal.

Desde esta perspectiva, como propone Foucault en el su curso en el Collège de France durante 1973, propone como el sujeto está atravesado por relaciones de poder, y es casi imposible considerarlo por fuera de las mismas, esta es una noción propia del biopoder y el control sobre el cuerpo, en donde han sido las instituciones las que velan por mantener el orden y la homogeneidad, salvaguardando sus intereses, estatales y económicos, bien puede verse desbaratado pensarlo así, pero al momento de delimitar un análisis, si se investiga de manera rigurosa cada entrecruzamiento, será posible encontrar relaciones tacitas pero evidentes, entre economía, política, y los diferentes micropoderes ⁶como la medicina y la estadística.

Esta ha sido la función del orden a partir del siglo XIX, en donde generalizar cuerpos, facilita el trabajo, reduciendo, tiempo y costos, seguidamente el sujeto y lo que este tenga por decir resulta irrelevante para el médico, ya es significativamente más importante lo que podemos ver que lo que podemos escuchar acerca del otro, en este sentido el objetivo del orden es individualizar al sujeto problemático y mantener al cuerpo, atado a las decisiones normativas del poder psiquiátrico.

⁶ Los Micropoderes son otro concepto explicado por Michel Foucault, en el cual se hace referencia a las distintas relaciones inteligibles al interior de los órdenes y los poderes institucionales establecidos como los son el médico, el económico entre otros, de modo que de estas relaciones internas resultan normas, convenios, acuerdos y contratos sociales que se organizan con el fin de proteger el orden establecido.

Discusión

Cuando un sujeto se inscribe a un programa de pregrado en alguna de las múltiples instituciones académicas, al escoger una disciplina como la Psicología, ocurre una incursión en un orden específico, muchas veces de manera ingenua pero voluntaria, en donde tras años de entrenamiento en técnicas de intervención y procedimientos administrativos, inevitablemente llega el momento de aplicar el conocimiento en el contexto práctico y es allí donde la demanda exige soluciones. En este punto, existe la posibilidad de enfrentar tal realidad, sin advertencia alguna y por consiguiente, ceder a la demanda disciplinando de manera lisa y superficial, argumentando estadísticamente que el procedimiento usado en la intervención es el más útil y el más efectivo.

Sin embargo, es indudable que desde el recorrido histórico y epistemológico anterior, es posible describir a la Psicología y su funcionamiento como uno de los dispositivos de saber-poder pertenecientes al orden médico y al servicio del poder económico, en donde el compromiso de la disciplina es la solución de los dilemas y los restos sobre los cuales la psiquiatría ha decidido no encargarse.

Por tanto, con el propósito de no perder el lugar que ha obtenido al interior del orden médico, a partir de las diversas exclusiones enunciativas que se han producido a lo largo de su historia, la Psicología ha asumido lineamientos ajenos y procesos de formación extranjeros para realizar una práctica real, que en la mayoría de los casos son aplicados sin advertir su devenir histórico, sus efectos, y los evidentes entrecruzamientos.

Por consiguiente, es acertado afirmar que en la actualidad la Psicología es un discurso necesario, pero entenderlo de forma excluyente no aporta nada nuevo, excepto la ampliación de cifras estadísticas y la justificación inocua de una práctica que exhibe efectividad en los números. No obstante, entender arqueológicamente refiere a la inclusión del sujeto, el discurso, los fenómenos sociales y clínicos que allí confluyen, esto permite crear una visión más amplia de lo que se muestra como resultado en las instituciones actuales, que a primera vista parece ser una unidad indiscutiblemente sólida y cerrada.

Frente a lo expuesto, cuando el interés académico e institucional se une con el deseo investigativo, se genera un campo de emergencia con base en el cual se prepara al sujeto para apoderarse de una posición como profesional y simultáneamente, desarrollar un criterio que le permita comprometerse con su práctica, involucrarse con su profesión y desarrollarla de manera eficaz, pero incluyente.

Tal campo de emergencia adquiere una connotación especial en una disciplina en la cual por alguna razón la subjetividad se resiste a desaparecer, contando aun con entrecruzamientos de principios que aluden a lo terapéutico y se niegan a perder terreno en el campo de lo científico.

Finalmente, el sentido del capítulo se mantuvo orientado a poner de presente, algunos de los errores que ha obviado la Psicología contemporánea al asimilar su práctica como profesión mediante el trasplante de modelos extranjeros que son mostrados y usados como propios, pasando también por la inserción de la Psicología en el orden médico, lo cual implica la exclusión innecesaria del discurso y la sustitución del sujeto por la observación y la conducta. De

ahí, que tenga lugar traer a colación la frase del historiador inglés Paul Preston, el cual expresó que “Quien no conoce su historia está condenado a repetir sus errores”.

Capítulo II: Sobre la representación social, condiciones de emergencia y posibilidad

Para comenzar, hay que mencionar que la palabra *representación* por sí sola podría ser interpretada de muchas formas, en este caso el término que le acompaña es *social*, lo cual le imprime un sentido de construcción de carácter colectivo. Si bien es cierto, una representación social comienza a ser generada por contenidos simbólicos de forma individual, dichas representaciones se encuentran indiscutiblemente influenciadas por los otros.

De esa manera, el término *representación*, como lo señala Jodelet (1984), es hacer un equivalente. En un sentido literal, apunta a volver a presentar algo, en este caso es la construcción discursiva sobre el psicólogo clínico bajo unos términos muy específicos. En un sentido general, las representaciones sociales constituyen sistemas en donde es posible identificar estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación debido a experiencias previas con el otro.

Ahora bien, emprender una investigación que aborde el término ‘representación social’ implica una manera de acercarse a los modos de articulación y construcción del pensamiento social, a partir de personas directamente inmersas en una realidad determinada. Además, concede la posibilidad de acercarse a las posiciones y entrecruzamientos discursivos existentes al interior de un orden, de tal forma que se puedan analizar directamente los discursos que atraviesan la representación social y que de una u otra forma se vinculan a ella.

En ese sentido, para lograr un acercamiento a la representación social es necesario aclarar que los entrecruzamientos son apropiaciones de nociones discursivas externas y en muchos casos,

ajenas a las disciplinas en cuestión. Por esta razón, resulta curioso pensar cómo ideas ajenas son presentadas como conceptos propios encargados de sostener prácticas.

Por lo tanto, vemos que la noción de representación social, proveniente del campo de la sociología, fue absorbida por la Psicología social en un intento por formalizar un concepto que permitiera definir, entender y controlar las conductas de los grupos, para lo cual fue preciso tergiversar su entendimiento como una forma de acercamiento, interpretación y análisis de los fenómenos simbólicos propios de las estructuras sociales.

Entonces, al momento de delimitar el concepto de representación social como uno de los conceptos orientadores de la investigación, es importante mencionar que si bien éste funciona como un supuesto en la Psicología -que busca de una u otra forma comprender y controlar las manifestaciones del comportamiento y el pensamiento social-, en esta investigación, lo destacable de esta noción es su apreciación como construcción colectiva y su función simbólica, sin aislar al discurso del sujeto de la enunciación.

La aproximación a la representación social en pacientes psiquiátricos, no obedece a la intención de entregar conclusiones que permitan ubicar focos de desadaptación, o errores en términos estadísticos. Por el contrario, la investigación consiste en analizar los discursos en su dispersión y así investigar el devenir de cada postura, de manera puntual y específica.

El sujeto de la representación

En Psicología, es común y contradictorio escuchar distintas maneras de llamar al otro, respondiendo a términos como: el individuo, el paciente, el cliente o el usuario. Aunque las definiciones teóricas sean diferentes, en la práctica todos estos términos parecen homologarse, ya que en definitiva el interés es responder a la demanda y específicamente, resguardar los intereses de la disciplina, donde según una serie de determinantes, el ser humano será considerado de una u otra forma, con el fin de preservar el orden.

De este modo, para efectos de esta investigación es necesario precisar que los términos paciente, cliente y usuario son posiciones discursivas y enunciados categóricos dependientes de un orden, por lo que resultan impuestos y en otros casos sencillamente aceptados por los sujetos.

Ahora bien, es el sujeto quien puede dar cuenta de estas posiciones enunciativas a través de su discurso y su implicación con el mismo. Por ese motivo, en esta investigación, el sujeto será entendido como es propuesto por el psicoanálisis, el *sujeto* del inconsciente, ese sujeto que se mueve entre lo que dice y lo que quiere decir, el sujeto que se desplaza según su posición discursiva frente a la realidad.

Tal como es descrito por Jacques Lacan, lo importante aquí es que existe un sujeto que piensa, que se sitúa, eso cuenta, es contado, y en esa cuenta, el que cuenta ya está en ella. Sólo después el sujeto tiene que reconocerse allí como contante (Miller, 1987).

Por tanto, el sujeto es el actor y productor fundamental en la representación social, el sujeto del discurso y el sujeto hablado que se relaciona con su decir, ya que es a éste al que se puede identificar como portador de un saber.

Este sujeto es diferente del sujeto cartesiano, que se ubica entre lo correcto y lo erróneo, entre el alma y el cuerpo. En este caso la noción cartesiana y su dualismo asegura la división ontológica respecto al individuo, asegurando objetividad al tomarlo como objeto de conocimiento, soslayando al discurso y al sujeto de la enunciación.

De ese modo, si se sigue el camino trazado por la Psicología, el sujeto no sería considerado más que un objeto parlante, el sujeto de la conciencia, cuyo concepto, según Elizabeth Roudinesco, “es empleado para designar al individuo en tanto es a la vez observador de los otros y observado por los otros” (Roudinesco & Plon, 2008, p. 1066).

Por consiguiente, dicho individuo generalizado limita el análisis discursivo eliminando las particularidades que pueden ofrecer detalles relevantes, así que para que existan representaciones frondosas sin análisis estériles, la inclusión del sujeto en sus dimensiones tanto subjetiva como discursiva se tornan fundamentales.

¿Cómo se estructuran las representaciones?

Tal como se enunció en el apartado anterior, el hecho de *representar* implica una sustitución aparente, es decir, poner algo en el lugar de otra cosa. Este hecho genera una intersección donde

convergen lo psicológico y lo social, ya que la teoría de las representaciones sociales responde a tres necesidades, en las que el sujeto debe y necesita organizar la información que recibe del entorno, la cual se encuentra llena de prejuicios e ideas ajenas, con las que el sujeto debe contrastar y de algún modo, coincidir y discrepar.

De esta forma, el sujeto se sitúa frente al mundo, elige una postura y una razón crítica que expresa a través de su discurso. En efecto, tal como es propuesto por Sandra Araya, “conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe -información-, qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa –actitud-” (Umaña, 2002, p. 41).

A partir de lo anterior, las representaciones sociales podrían acercarse a varios conceptos propuestos por la Psicología cognitiva y sus intentos por explicar cómo es que el ser humano entiende y asimila el mundo. Por ende, aunque existan puntos comunes, la función del concepto de la representación social en esta investigación es poner de relieve la subjetividad a la que se vincula, que si bien implica la creación de una posición frente a algo, existe a través de la intersección entre lo discursivo y lo empírico, visto como construcción social ajustada por la experiencia individual.

Para poder establecer una formalización del concepto, Moscovici propuso 2 instancias fundamentales que determinarían la formación de una representación social de manera consecuente: la primera etapa es la *objetivación*, la cual alude a la creación de un significante que permite ubicar y contextualizar al objeto del pensamiento en el mundo real y así tener un

punto de comparación entre lo que se piensa, se cree y se ve. La importancia de esta etapa reside en que pone a disposición del público una imagen o esquema concreto, a partir de un ente abstracto que reside en el discurso individual o colectivo (Moscovici, 1991).

La segunda etapa que considera Moscovici como indispensable para el proceso de formación de una representación es el *anclaje*, ya que en él la representación adquiere su carácter colectivo, en razón a que la sociedad transforma el objeto a representar en un instrumento del cual puede disponer, el cual es ubicado en un nivel de preferencia según las relaciones sociales existentes.

En otros términos, la representación sitúa al objeto de acuerdo a una serie de características compartidas por el grupo. Sin embargo, lo interesante de este fenómeno, no es solamente poder determinar las características comunes y compartidas que permiten ubicar al objeto en una determinada escala de preferencia, sino poder determinar cómo estas características comunes pueden existir, aun cuando surgen de subjetividades distintas y de posiciones discursivas únicas.

Ahora bien, en lo relativo al orden de contenido de la representación social, es necesario mencionar qué es y para qué sirve el denominado *esquema figurativo*. Éste hace referencia al punto en el cual los distintos discursos toman una forma y apuntan hacia una o varias esferas comunes, lo cual permite al grupo entender sobre qué y hacia qué se están refiriendo. Tal noción tiene un lugar fundamental, ya que la propuesta del esquema figurativo tiene implicaciones tanto para el establecimiento como para el cambio de una representación.

En efecto, el esquema figurativo hace referencia a la parte central y básica que constituye una representación, puesto que de él depende el significado global de la misma. Éste se puede identificar a partir de la condensación del discurso, lo cual de manera concreta permite organizar y expresar una idea determinada acerca del objeto en cuestión. Estas dimensiones, halladas por Moscovici, forman un conjunto que debe separarse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual.

¿Cómo se analizan las representaciones sociales?

El análisis de una o varias representaciones, entendidas éstas como construcciones colectivas, implica tomar al discurso como su elemento fundamental, de modo que se realiza en función de lo dicho, lo enunciado explícitamente y su contenido, el cual siempre constituye y acompaña a la representación sin excepción alguna.

Existen distintas maneras de realizar análisis y en esta investigación, el análisis consiste en contrastar los discursos, identificar puntos comunes y sus diferencias, incluyendo al otro, con su opinión y posición, así que en este sentido la situación de análisis es, la oportunidad de detallar rigurosamente una representación, considerando sus partes, enunciando sus características y cualidades, pero sobre todo entendiendo cómo puede llegar a construirse una representación simbólica y compartida a partir de unas prácticas reales, las cuales repercuten tanto en la subjetividad como en la colectividad de un grupo.

Ahora, aunque existan muchas maneras de generar análisis e intuir conclusiones, las metodologías de análisis cualitativo son básicamente una construcción de conocimiento en base a un objeto y un concepto previamente enunciado, explicado y comprendido (Strauss & Cobrin, 2002).

Prosiguiendo con esta idea, en este punto hay que aclarar que una cosa es el *análisis descriptivo*, el cual se enfoca directamente en la representación como una totalidad y por otro lado está el *análisis relacional* que asume una postura más estructural enfocada a los componentes de la representación y sus interconexiones en el centro del análisis.

Una técnica cualitativa que parece respetar los lineamientos de la investigación fue propuesto por (Strauss & Cobrin, 2002) bajo el nombre del método *comparativo constante* o también conocido como el procedimiento de la *Grounded Theory - teoría fundamentada*.

Al aplicar los lineamientos de la Grounded Theory, el investigador debe realizar una labor inductiva y a abierta a la propuesta, disponiendo para ello de un diseño metodológico flexible que le permita integrar información inesperada, contrastar con la información recolectada y enfrentarla a las distintas hipótesis, aclarando que este procedimiento vincula las hipótesis como razonamientos que van surgiendo como resultado del análisis, y no están atadas a los imperativos, lo cual les permite cambiar o ajustar según el proceso de análisis.

Esta metodología, al ser cualitativa trabaja organizando la información en *categorías*, las cuales emergen y se organizan según el investigador y unos criterios específicos, el beneficio de

las categorías es que permiten ampliar las posibilidades para lograr un acercamiento contrastable entre las hipótesis y la información recolectada.

Los criterios más significativos para la creación de categorías son sustentados por dos ideas básicas, la primera es que resuman la información de la manera más confiable posible, es decir que el título de la categoría albergue frases y discursos que apunten hacia un mismo sentido, ya que más allá de la frecuencia y la repetición de ciertas palabras se encuentra el sentido de la oración, esto será determinante para que un discurso se situé en una categoría o en otra.

Una vez organizada la información en las llamadas categorías de análisis, la primera etapa remite automáticamente al análisis descriptivo, el cual consiste en construir códigos abstractos a partir de datos particulares. Para ello, el primer paso es la codificación de los datos obtenidos. La codificación incluye todas las operaciones a través de las cuales los datos son fragmentados, conceptualizados y luego articulados analíticamente por el investigador. Los conceptos y códigos generados a través de la codificación tienen un carácter provisional, este tipo de codificación se denomina *codificación abierta* y su objetivo principal es abrir la indagación.

Para realizar lo anterior, el material a ser analizado, es fragmentado, a fin de examinarlo línea por línea. Los discursos obtenidos luego se agrupan en categorías, las cuales son organizados jerárquicamente y el producto final de este proceso inductivo será un conjunto de conceptos relacionados entre sí, que permite dar cuenta de las *cualidades* y una descripción del objeto analizado.

La particularidad de la herramienta llamada Grounded Theory, está en que la estrategia aplicada a los datos codificados es la comparación permanente o constante, así que los resultados que se van generando a partir de estas comparaciones se registran y se van desarrollando, a partir de allí comienzan a estructurarse las diferencias y similitudes más relevantes entre las categorías y sus enunciados, dichas diferencias van tomando sentido a medida que progresa el análisis.

Siguiendo con esta idea, es por medio del análisis descriptivo que se puede presentar todo el abanico de contenidos o significados implicados en una representación. Asimismo, este análisis permite identificar los principales componentes, las categorías principales y así organizar sus contenidos.

Ahora, es posible utilizar la herramienta del análisis comparativo constante a las representaciones debido a su carácter cualitativo, aunque en un principio la teoría fundamentada fue creada con una intención cuantitativa, pero al trabajar con enunciados que ofrecían más que una simple cuantificación estadística, posteriormente se alejó de la idea que afirma que los datos hablaban por si solos, entonces Strauss le dio vuelta al enfoque y lo llamo la Grounded Theory de enfoque constructivista, esto amplió la estructura de la propuesta e incluyo la posibilidad de introducir el discurso, en calidad de dato, permitiendo la posibilidad de ampliar la descripción analítica para dejar la interpretación al investigador según su sentido (Strauss & Cobrin, 2002).

A modo de apropiación, de la teoría fundamentada o la Grounded Theory, resulta más arduo pero más productivo, generar los análisis, de manera manual, descrita en forma de lectura y relectura de las referencias textuales de los participantes, sin ayuda de un software el cual

permitiría organizar las categorías, en función de la frecuencia y repetición de una palabra o frase, en este sentido, realizar manualmente el análisis igualmente permitirá, generar las categorías en función del sentido y sus contrastes de una manera que admita tener en cuenta el tacto del investigador, para formar, las relaciones categoriales según su criterio y así desprender un análisis singular, sin ubica repeticiones innecesarias.

¿Cuáles son los límites de las representaciones sociales?

Como sucede al interior de la mayoría de las disciplinas, que buscan el constante reconocimiento de la postura científica positivista, ocurre que de algún modo encuentran la manera de cerrar sus formalizaciones conceptuales para evitar la constante evaluación y crítica, situación que es contraria al análisis enunciativo en donde es posible investigar el devenir discursivo tanto de un concepto como de una práctica, ya que son dichas formalizaciones son las que mantienen el saber que en tanto discursos encargados de sostener y argumentar órdenes que a su vez legitiman prácticas.

Fijando esta idea, una de las críticas que recibe *la representación social* atraviesa el campo conceptual, ya que no es posible ubicarle únicamente como concepto categoría o teoría de manera determinista, ya que ni siquiera existe una definición acabada, o definitiva sobre la noción.

Si bien es una cuestión ideal centrar el enunciado en una función específica, lo importante de este, es su plasticidad conceptual la cual permite ajustarse a diferentes campos con el fin de

generar un análisis a partir de su construcción. Esto convierte a la representación social en un enunciado útil, aunque claramente diferente a los considerados de rigor científico objetivo.

Si bien es cierto que construir una sola denominación para un enunciado ofrece un soporte lógico, en mi opinión, se cierra el enunciado haciéndolo excluyente, limitando las posibilidades del mismo para generar conocimiento. En este sentido al “definir las representaciones sociales como un concepto cerrado y universalmente válido anularía las posibilidades creativas de su uso” (Vargas, 2015, p. 4).

Esto no alude a que la representación social no mantenga un solo sentido, ya que de no ser así podría llegar a significar, casi cualquier cosa, el asunto de la plasticidad conceptual está dada en términos de uso y su adaptación al campo investigativo. Si bien la representación social, podría ser vista como concepto, como construcción teórica o muchas otras categorizaciones, esto dependerá de la mirada y la postura investigativa que se quiera asumir; como fue propuesto por Moscovici, existen dos tipos de teorías:

Algunas son estructuras conceptuales que nos permiten descubrir algún aspecto nuevo y fructífero de los hechos, interpretarlos y discutirlos, lo cual no es una contribución despreciable. Otras teorías son sistemas de hipótesis que se derivan de los hechos y que pueden ser verificadas o falseadas (Moscovici, 2003, p. 103)

Consecuentemente, las verdaderas limitaciones del concepto van de la mano con las restricciones que el investigador pueda identificar y los límites investigativos que él decida establecer, si bien los alcances metodológicos son suficientes para ofrecer análisis discursivos de

fenómenos sociales, el concepto cuenta con ya la anteriormente dicha flexibilidad que le permite adaptarse a las circunstancias de la investigación e incluir la subjetividad sin desvirtuarse, es por esta razón que se permite ampliar su espectro y entregar un avance propositivo en su aplicación y uso como noción discursiva.

Discusión

Durante las puntualizaciones anteriores se han abordado asuntos referentes a la representación social. Ahora bien, si una de las intenciones es lograr un acercamiento discursivo a la representación social del psicólogo, la presente investigación no busca dar por sentado la representación como un imperativo cerrado en forma de afirmación categórica, ni menos aún, modificar los discursos para entregar una representación determinista y sesgada.

Se trata entonces de dar una advertencia, bajo los términos de que si bien la representación pudiese llegar a ser una construcción positiva o negativa vista a los ojos del profesional y la disciplina, el psicólogo trae consigo una historia, que incide en sus prácticas al interior de las instituciones, para las cuales éste es entrenado actualmente en la generalización indiscriminada de técnicas de readaptación, que deberían ser igual de útiles y efectivas sin importar a quien, ni en donde sean aplicadas. De este modo, sería interesante poner en situación de vulnerabilidad los diferentes discursos que conforman la llamada práctica clínica y así, generar una inquietud epistemológica al interior de la Academia y quien mejor para hacerlo que los mismo pacientes.

En consecuencia, la idea de entender al paciente como sujeto, pretende dejar de lado el discurso orgánicamente constituido, en donde el protagonismo y la responsabilidad de la cura recae en el psicólogo, la ejecución de protocolos, el diagnóstico y la intervención, de tal modo que se da un lugar al discurso y al sujeto, en la relación lineal e isomorfa de la práctica clínica contemporánea.

Por otra parte, las representaciones sociales cuentan con una estructura que permite, comprender el pensamiento de un grupo con respecto a algo, pero en este sentido y resaltando las propiedades heurísticas del concepto, al aplicar herramientas analíticas, es posible incursionar en el terreno de lo subjetivo y así comprender que las practicas traen consigo efectos discursivos, que trascienden el dato estadístico.

Siguiendo con esta lógica es posible entender que dentro de las condiciones de emergencia de la representación social del psicólogo, se encuentra el estilo y el tipo de la intervención realizada por el profesional, el tiempo como factor determinante para fijar una satisfacción, la resolución del motivo de la consulta y aún más importante el momento el espacio dado a la escucha, ya que son estas las condiciones que parecen enmarcar en cada caso de una manera particular si la representación es favorable o no para el psicólogo.

Entonces debería ser el psicólogo, un sujeto capaz de ofrecer alternativas distintas y suficientes sin ceder a la demanda, creando un espacio para que sea el paciente sea quien decida y no el profesional, pero esto no parece suceder, ya que la academia atiende a estar más enfocada en ceder a la demanda del orden médico y económico antes instruir la creación de una cultura de la

salud mental que se centre una ética sentada en la responsabilidad subjetiva.

Resultados: Interpretación codificación axial y Análisis categorial

Para hablar de interpretación, como a lo largo de toda la investigación hay que desemparejar el *análisis de contenido* del *análisis discursivo* para así advertir el sentido de la interpretación, ya que el análisis de contenido es simplemente un término genérico utilizado para el tratamiento de los datos aludiendo únicamente a la forma empleada para organizarlos.

Entonces como la de herramienta cualitativa escogida fue la codificación axial y abierta, el primer paso es realizar una *lectura intuitiva*, la cual consiste leer y releer varias veces las entrevistas, haciendo un repaso hermenéutico, seleccionando las frases que parezcan destacar por su sentido y así comenzar a organizar las categorías que desembocaran en el análisis de contenido. De manera consecuente las categorías emergentes fueron: ***Expectativa, Utilidad y Valoración***, estas tres categorías contienen de manera organizada los enunciados que aluden de una u otra forma el sentido de cada categoría con respecto a los psicólogos y su práctica en tanto representación social.

A continuación se encuentran especificadas cada una de las categorías generales que fueron construidas, con sus respectivas unidades enunciativas:

Para comenzar la primera categoría en organizarse fue la de ***Expectativas***, la cual comprende los enunciados que indican lo que espera el sujeto del psicólogo y sus técnicas, como figura

portadora de un saber-poder, de este modo el intento es hacer evidente la perspectiva y las exigencias de los pacientes hacia el psicólogo y la terapia:

“-Espero- Una cura”.

“-Espero- una psicoterapia instructiva, para sentirme mejor”.

“debería haber algo más que pueda hacer el psicólogo aparte de hablar y aconsejar”.

“Espero que me ayude a obtener paz conmigo misma”.

“hay varias clases de psicólogos, los buenos y los malos, los que ayudan y los que no”.

“necesito un guía que me ayude con diferentes terapias y así mejorar mi calidad de vida”.

“son como una herramienta que orienta, enseña y nos dice que debemos hacer para mejorarnos”.

“yo llego buscando ayuda, que me curen esta maluquera y uno va y a veces sale igual, enferma...

aunque si un poquito aliviada por hablar de los problemas”.

“Espero apoyo, comprensión, que no me juzguen y que me ayuden”.

“si uno va, confía y entrega los problema, el psicólogo debería poder ayudarlo a uno a resolver, pero igual hay gente que no se ayuda... debe ser de parte y parte”.

“yo pensaba que eso era para los locos, hoy en día me doy cuenta que son de mucha importancia para llevar una vida un poco más tranquila”.

“Espero que me escuche y así poder sacar un poco de todo lo que me afecta”.

“El psicólogo debe estar preparado para remediar, especialmente para convencer y dar soluciones a la situación porque si no, para que va uno”.

“¿Será que los psicólogos pueden ayudar en los problemas que uno tiene?”.

La segunda categoría corresponde a la *Utilidad* del psicólogo y las terapias, en términos de la función que cumple la práctica, correspondiente a las experiencias de los participantes, en esta categoría se destacan los siguientes enunciados:

“son buenos consejeros, casi siempre me aconsejan para tomar las decisiones correctas y no dejarme llevar por pensamientos irracionales”.

“es la herramienta para mi enfermedad, ellos me ayudan y me dicen que hacer para mejorarme”.

“De adulta tuve una situación que me llevo a la depresión, me quería morir, todo estaba mal y entonces me remitieron a psiquiatría y tuve que trabajar con el psicólogo de la clínica y mejore bastante, así que ahora si considero importante ir a consulta con el psicólogo”.

“son una ayuda, un apoyo forzoso cuando vengo y me quedo internado”.

“que otra cosa pueden hacer aparte de dejarlo a uno acá encerrado, tomándose las pastillas, desintoxicándose y hablando con los psicólogos y todo eso”.

“parece que hay alguien que se interesa por ayudarlo a uno así no lo ayude en nada”.

“aunque sean medio molestos para algo sirven”.

“son gente profesional, que se preocupa por mi como paciente, al tratar de identificar y sanar la enfermedad que tengo”.

“Que yo sepa el psicólogo es una instancia anterior al psiquiatra, por lo tanto creo que hay problemas que los psicólogos no pueden resolver”.

“son doctores especializados en la mente”.

“yo opino que los psicólogos son personas que están ahí para apoyarlo a uno, para dar la mano en momentos difíciles, lo que pasa es que a la gente no le gusta ir”.

“En mi opinión yo no creo en la psicología, fui donde un psicólogo, porque me obligaron, no fui

sincero, dije puras mentiras y manipule las situaciones y él ni siquiera se dio cuenta”

“-me es útil para- tener una buena salud mental para recuperar mi trabajo y mi familia”.

La tercera categoría alude a la **Valoración** en términos del significado y la relevancia que han tenido sus experiencias en los procesos terapéuticos de la psicología clínica con su respectiva significación discursiva:

“me ha ayudado muchísimo con mi estado de ánimo”.

“fue la persona que primordialmente me ayudo cuando empezaron mis crisis”.

“pues en algo me ha ayudado, a mí no me gusta es que empiezan con una preguntadera que me incomoda”.

“ayudan pero no solucionan todo”

“me sentí escuchada, veía que enserio le importaba ofrecer ayuda y poco a poco, con las terapias y el tiempo me fui sintiendo mejor”.

“ellos también me han ayudado mucho, pero a mí me da pereza ir para que me pongan a hacer sopas de letras y todo eso, eso lo hago en mi casa tranquilo”.

“uno va y cuenta y no le dicen a uno nada, y uno se queda esperando a ver cómo resolver o quitar la ansiedad”.

“pagar porque me pregunten cosas y no me den soluciones no me parece”.

“no creo que sea indispensable hablar con un psicólogo siempre, a veces es molesto que pregunten todo el tiempo porque hay cosas que uno no quiere o no puede decir, pero en casos de emergencia es muy bueno tener alguien que lo escuche”.

“personalmente no me gusta ir al psicólogo, porque todos dicen casi lo mismo y siempre me toca contar la misma historia”.

“me he sentido más tranquila desde que empecé a hablar con uno” (con un psicólogo).

“No tengo queja hasta el punto de que para mí la medicación significa un 10% y la psicología y la terapia un 90% del beneficio para mantenerme bien psicológicamente”.

“con la psicóloga puedo planear el futuro, evitar las crisis y prepararme para superar el pasado y asumir el futuro, es como si tuviera un norte”.

“soy consciente que no puedo depender de ir al psicólogo”

“es con ustedes (los psicólogos) es con los únicos que uno medio puede hablar de los problemas el resto son pacientes que están peor que uno y los médicos casi ni lo miran a uno a los ojos”

“En mi caso no, -no ha sido útil- pues el tratamiento que necesito requiere de un psiquiatra”.

“a mí nunca me ha ayudado a psicología, creo más en el autorazonamiento”.

“hablar puedo hablar con cualquiera, así como lo estamos haciendo en este momento y que me cobren por ir a hablar es muy abusivo”.

“yo creo que es gracias a los medicamentos que estoy bien, las veces que fui a psicología no me preguntaron porque ni nada, ni me escuchó, solo me dijo que yo estaba mal y que tenía que cambiar de hábitos”

“tal vez todo el mundo en algún momento si debería ir al hablar con psicólogo, para que ponga a prueba su salud mental”.

“Me ha orientado hacia lo que debo hacer por mi cuenta para tranquilizarme y retomar mi vida”.

No obstante, la intención interpretativa, va de la mano con no usar un software, para la creación de las anteriores categorías, ya que el propósito no es codificar la información según una frecuencia de aparición, sino conservar el tacto investigativo que involucra e implica al sujeto como investigador al trabajar con la subjetividad haciéndolo de forma manual.

Ahora, aunque es posible organizar y crear un cuantioso número de subcategorías, esto no forma parte del interés de la investigación, el análisis discursivo y arqueológico propone una delimitación suficiente pero no excesiva con el fin de evitar individualizar frases para entregar un conclusiones determinantes, si bien ese sería el trabajo del software el cual permitirá introducir un número mucho mayor de sujetos y la caracterización de categorías y sus relaciones en términos de frecuencia.

Por otro lado, una vez realizada la *lectura Intuitiva y temática* se han seleccionado los enunciados más significativos de cada entrevista, con la finalidad de justificar uno los intereses de la investigación, el cual ha sido identificar algunas posiciones enunciativas y es por medio de las 3 grandes categorías construidas que es posible situar en cada sujeto de la enunciación una posición propia de la subjetividad y la singularidad.

En este sentido, ocurre que al leer los enunciados, es posible disponer de la mayoría de los discursos en posición del *paciente*, ya que en su gran mayoría los sujetos participantes de una u otra forma han aceptado y asumido esa identidad entregada, aprobada y en algunos casos impuesta implícitamente con el diagnóstico, esto trae consigo un efecto en donde los *pacientes* ya no solo esperan recibir el tratamiento, sino que de alguna forma exigen reacciones puntuales provenientes de la terapia, en términos de algunos participantes el pedido es “una cura” En este sentido el paciente no es solo paciente, en tanto exige una retribución, aparece también la posición discursiva del *cliente* quien espera que a cambio de su participación en la terapias y sus instancias en la clínica confía en tomar o recibir a cambio un alivio, un atenuante que desaparezca o al menos disipe el problema, con el que se llega a consulta.

Es por esto que si conectamos lo anterior con el análisis discursivo, es importante resaltar que en su gran mayoría los enunciados están dados como *juicios de valor*, expresados y descritos en forma de exigencia, en forma de críticas y los elogios a la figura del psicólogo, sus intervenciones e incluso al orden médico en general.

Como se puede observar en las entrevistas existe una diferencia bastante extrema entre varios enunciados, esto es efecto de la subjetividad misma. Esta subjetividad obligada no puede ni debe ser reducida a procedimientos numéricos, es por esto que el esfuerzo no se hace por normalizar los discursos para ofrecer un análisis plano, sino que por otro lado el intento es por incluir la diferencia, al igual que los discursos marginales que dicen estar en desacuerdo de una u otra forma con la psicología y sus técnicas.

Ahora dentro del marco metodológico se mencionó al método comparativo constante, en el cual las hipótesis son el resultado del proceso investigativo al hacer la comparación y el contraste de los discursos inmersos en las categorías, esto permite una discusión que de paso a concluir de forma heurística el estudio, sin cerrarlo, cediendo un espacio para el debate y el desacuerdo, con el fin de sentar posturas argumentadas abiertas que permitan la conversación resistente y razonable con respecto a la práctica como proceso técnico y su entendimiento terapéutico.

El cuadrado semiótico.

El siguiente cuadro describe las categorías generadas a partir del análisis discursivo realizado con la información recolectada en las entrevistas. Así mismo el cuadrado semiótico permite realizar una lectura organizada, desde 4 puntos específicos concibiendo cuando es posible razonar utilidad y satisfacción o inutilidad e innecesaridad según como corresponda a una experiencia específica.

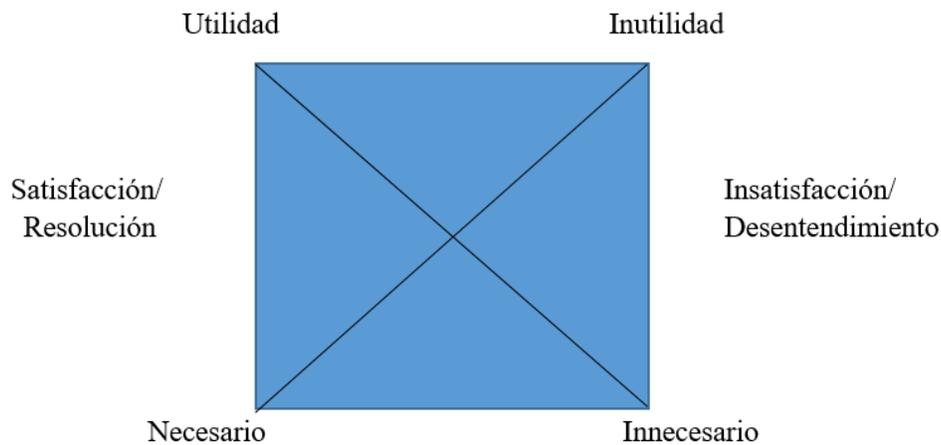


Figura 10. Cuadrado semiótico.

Ahora bien, el cuadrado semiótico es una herramienta utilizada para explicar desde un nivel estructural la trascendencia de varios conceptos, sustentado en las operaciones lógicas más simples, las cuales son la aserción y la negación, de allí que se mantenga la presencia binaria de los términos, es decir que por esta razón en cada una de las aristas se encuentran conceptos excluyentes entre sí, ya que de este modo es posible dar a entender posturas opuestas las cuales son efecto de la creación de las categorías emergentes en la investigación.

Para la lectura del cuadrado es necesario situarse en alguna de las aristas sin importar el orden, y que al seguir por cada una de ellas es posible hacer una relación entre cada concepto y su opuesto, de este modo es posible organizar el sentido lo útil y lo indispensable según sea el criterio de solución o insatisfacción de cada sujeto.

Continuando con el cuadrado semiótico, este posee una estructura de esta construcción, la cual mantiene una organización axiológica, esto es lo que permite describir los valores de las categorías de utilidad y necesidad según sean las posiciones y la valoración que el sujeto haga con respecto al psicólogo y sus intervenciones.

Además, el gráfico posee las características propias de los axiomas, lo que permite una interpretación única y propia, una vez realizada la lectura de la investigación, comprendiendo los lineamientos de la intención investigativa.

En este sentido una de las múltiples lecturas que se pueden realizar del cuadrado semiótico resulta al observar el recorrido de cada categoría y su opuesto binario, situadas en cada una de las aristas, al hacer esto es posible hacerse a una idea que apunte hacia un significado de la utilidad y la necesidad que puede considerarse según la satisfacción o el desentendimiento ocurrido en cada una de las experiencias enunciadas por los participantes, las cuales conforman la ya mencionada y descrita la representación social.

De este modo se hace evidentes e imborrables tanto las posturas opuestas como también las favorables frente a las intervenciones psicológicas, alegando insatisfacción o agrado fijando empíricamente las experiencias pasadas, casi siempre apuntando a la resolución inmediata de los

conflictos.

Aproximación a la representación social

Como ha sido descrito insistentemente, la representación social conserva un carácter colectivo, por lo cual necesita de un grupo y un contexto que delimite su aparición, es por esto que dicha construcción será efecto únicamente del análisis la información obtenida en el grupo focal.

Consecuentemente, el siguiente grafico describe el proceso de acercamiento y construcción de la representación social como un asunto circular que guarda un orden en donde se involucra tanto al psicólogo clínico y su práctica, como las experiencias de cada uno de los participantes de un grupo de pacientes psiquiátricos.

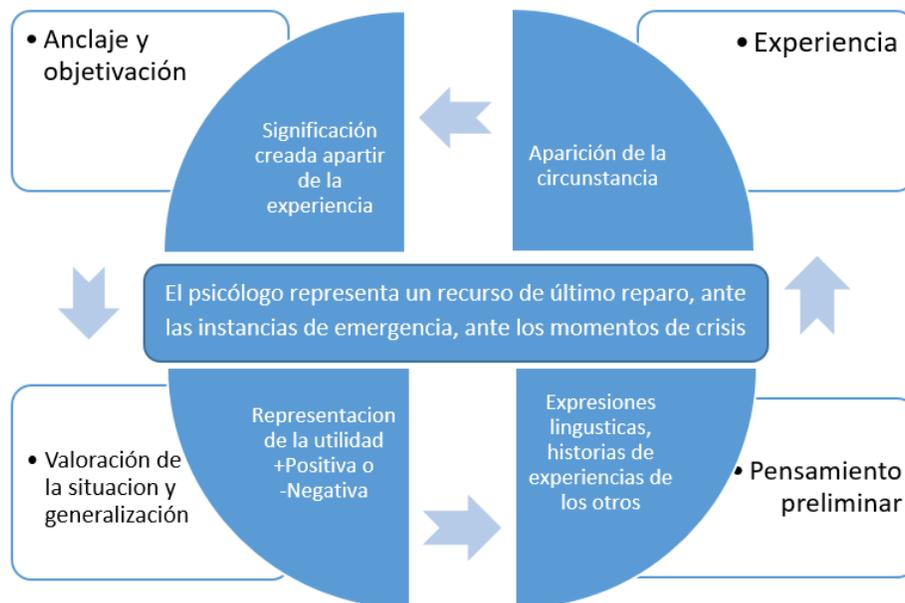


Figura 2. Aproximación a la representación social.

En forma de explicación, el centro de la gráfica incorpora el núcleo figurativo de la representación social como el resultado del sentido y la significación otorgada por los discursos de los pacientes involucrados en la investigación, siendo el psicólogo un recurso de última instancia, necesario solo en los momentos de crisis, entonces pasando a los momentos propuestos por Moscovici, el primero corresponde al proceso de formación de la representación en donde se encuentran las ideas, la percepción, la expectativa que existe en torno al psicólogo y su hacer, con esta idea básica y diferente en cada sujeto pasamos a la circunstancia, en donde el sujeto por una situación muy específica entra en contacto con la Psicología en forma de intervención.

A partir de allí, en el momento en el que por algún motivo el paciente se encuentra frente a un psicólogo para recibir tratamiento, se materializa la experiencia, la cual ahora hace contraste con las ideas iniciales con las expectativas previas, es en este punto, es donde se encuentran tanto la realidad de la intervención con las exigencias del paciente y ocurre el *anclaje*, la *objetivación* que aluden al establecimiento de una idea que rodea a la figura del psicólogo según las experiencias con el mismo, para de este modo atribuir una correspondencia según la *valoración* que el sujeto hace de la intervención y el psicólogo como representante de la disciplina; por esta razón como consecuencia al preguntarle al sujeto por la relevancia del psicólogo es posible que arroje un juicio valorativo correspondiente a sus experiencias significativas, manifestando satisfacción o no según cual fuera su expectativa .

Finalmente en este proceso, según sea la valoración que se haga de las experiencias, se generaliza y difunde a través del uso del lenguaje llevando a que se propaguen imágenes, en este caso representaciones que giran en torno a la práctica del psicólogo al interior del orden médico.

En este caso, la representación parece encontrarse en un terreno donde el psicólogo, no es visto como alguien indispensable, si bien se reconoce su utilidad, únicamente en los casos de crisis en donde ya no es posible resolver de manera autónoma el problema. Es decir que en este sentido solo se acude al psicólogo bajo la premisa de que él sabrá que hacer y cómo solucionarlo, lo que deja en entredicho el imaginario que se tiene de las intervenciones psicológicas en Santander.

Discusión final

Al hablar de representación social, aludimos a la construcción de pensamiento colectivo al interior de un grupo que comparte características similares. En este caso la muestra de investigación se encuentra conformada por pacientes psiquiátricos, cuyo diagnóstico es irrelevante, pero respecto de los cuales es importante mencionar que su egreso y reingreso a la institución son frecuentes.

Esta aclaración se hace con el fin de explicar que son varios pacientes -específicamente 7- quienes han tenido un tratamiento con Psicología que se ha prolongado durante más de un año, además de ser los que específicamente ofrecen una mirada favorable y una explicación positiva del psicólogo y su práctica.

Por el contrario, los otros 3 participantes fueron los que ofrecieron respuestas menos favorables y más discordantes en relación con la terapia y sus experiencias con el psicólogo. Cabe aclarar que estos últimos, son sujetos que por una u otra razón se han resistido a recibir terapia psicológica, lo cual representa un punto de diferenciación entre las expresiones positivas y negativas dadas en las entrevistas.

Ahora bien, en lo atinente al análisis del discurso como elemento para la elaboración de la representación social, el discurso de la Psicología ha sido entendido como el ejercicio de poder técnico e institucional, por lo que se ha puesto en situación de vulnerabilidad discursiva a la práctica misma, siendo así que al hablar de la noción de utilidad y la valoración hecha por los

pacientes, se pone en tela de juicio la apreciación de eficacia del psicólogo, esta vez expresada en términos discursivos y no de forma estadística, rodeando los ámbitos institucionales, específicamente el ámbito psiquiátrico propio del orden médico.

Es así, como los pacientes resaltan que es ventajoso, pero extraño ir al psicólogo, lo cual se puede dilucidar incluso en aquellos con un largo recorrido terapéutico. Por consiguiente, es válido afirmar que existe un compromiso parcial con los tratamientos psicoterapéuticos, asumidos en la mayoría de ocasiones como una opción, en otras, como un deber o un compromiso impuesto, y en otros casos como una situación irrelevante.

Desde este punto de vista, las enunciaciones hechas por los pacientes aluden a que la figura del psicólogo representa una imagen sin una utilidad definida en el contexto terapéutico y clínico. Sin embargo, la mayoría de ellos resaltan las propiedades valiosas y necesarias del discurso y la escucha, los cuales pese a ser uno de los aspectos centrales en la terapia, no parecen ser suficientes, al igual que sucede con las técnicas de modificación conductual, ya que existe una insatisfacción desenfocada ante la no resolución de los conflictos de manera inmediata.

No obstante, lo anterior permite hablar sobre el imaginario que rodea a la Psicología, ya que el paciente en general parece acudir al psicólogo solo en una instancia final, usándolo como un último recurso, una vez que sus capacidades se ven desbordadas, y su funcionamiento es ahora marginal y contrario a su estilo de vida. Esta descripción permite ver la manera en que se estructura el pensamiento en un colectivo Santandereano en relación con las condiciones de modo, lugar y tiempo en que es necesario acudir al psicólogo.

Según cifras del año 2014, Colombia es el cuarto país del mundo con mayor presencia de trastornos mentales, lo que indica la gran cantidad la gran proporción de sujetos que han acudido a consulta psiquiátrica al menos una vez en el país ya que “Cifras de MinSalud indican que en el país cuatro de cada diez personas sufren de algún trastorno mental, el 16% ha tenido depresión o ansiedad en último año y el 7% ha visitado al psiquiatra en el último mes.” (Sabana, 2014, pág. 1). Esto alude directamente a la idea de cómo es vista la salud mental en el país y la utilidad del psicólogo vista bajo la premisa de ir solo cuando ya no existe otra opción.

Lo expuesto previamente, da lugar a la discusión sobre lo beneficioso, lo conveniente y lo apropiado de la Psicología, no sólo en el contexto clínico, ya que si se considera esa utilidad indefinida en los lugares en donde la Psicología se ha hecho un lugar a pulso, podría decirse que ésta no es indispensable como disciplina, pero extrañamente parece que a los ojos de la sociedad es imprescindible que exista una figura que funcione como representante del bien común, como un agente que represente la salud mental, aunque paradójicamente no exista una cultura que identifique a la salud mental, más allá de algo que hay que recuperar, solo una vez que se ha perdido.

Es así como entonces es plausible ver como la psicología funciona como lo propuso Braunstein (1978) señalando que la disciplina psicológica constituye un aparato ideológico del estado, el cual cumple con la función principal de mantener la homogeneidad social y el orden establecido, a través de la adaptación de los individuos que siempre será necesario corregir.

Conclusiones

La insatisfacción de algunos sujetos con respecto al psicólogo y su práctica va de la mano con, la equiparación que se ha venido haciendo entre la figura del psicólogo y la del médico, efecto de las intenciones y esperanzas de identificar un saber y su práctica, con otro que se gesta y aplica de manera epistemológicamente distinta, es debido a esto que el sujeto exige una cura inmediata, una solución oportuna, rápida y sobre todo eficaz, lo cual causa que ante la confusión establecida entre practicas el sujeto encuentre una decepcionante realidad con respecto a las expectativas que se crean alrededor del pensamiento y el imaginario social de las intervenciones.

En cuanto a la subjetividad, otorgar un espacio a la misma, significa permitir que el otro hable, se vincule como sujeto responsable y tome una posición frente a algo, ya que cuando la necesidad de juzgar moralmente es anulada, se abre un espacio a la conversación analítica desligada de los prejuicios técnicos, entonces es ahí donde es el sujeto el que decide apoderarse de su decir y hacerse responsable de su discurso, lo que permite que sea el sujeto quien se apropie de su situación y decida resolver de forma autónoma, tomando decisiones que encaminen de manera consecuente su deseo, esto sería una vía de transformación que con el tiempo transfiguraría el imaginario que supone efectividad en el psicólogo como la que un médico tendría al momento de recetar un tratamiento.

Con respecto al acercamiento hecho a la representación social del psicólogo en el ámbito clínico, primero esta permite entender como el un grupo o colectivo con características específicas, entiende la salud mental, como la vive y como asume la función del psicólogo

equiparándola a una herramienta necesaria solo en momentos de crisis, solo una vez que se ha visto excedido en su situación, lo cual deja en entre dicho la inexistente cultura frente a la salud mental y la imposibilidad de asistir al psicólogo cuando se está mentalmente estable.

Con respecto a la formación de psicólogo, es difusa la aspiración de la Academia en contexto colombiano, ya que durante más de 50 años, no se ha dedicado a otra cosa más que replicar modelos lo cual hace muy difícil la construcción de una idiosincrasia propia y acorde con las realidades sociales e individuales del contexto nacional. Entonces si la intención es formar individuos aptos para ceder a la demanda, las funciones están dadas por los entrenamientos en los movimientos técnicos, lo cuales buscan resolver antes que comprender. Finalmente esto desvirtuaría la función terapéutica que la Psicología clínica dice conservar y que de alguna forma aun resiste en forma de producciones discursivas.

Bibliografía

- Ardila, R. (1981). *La profesión del psicólogo*. México D.F: Prensa Mexicana S.A.
- Battegay, R. (1978). *El hombre en el grupo*. Barcelona: Editorial Herder.
- Bejarano, G., & Burgos, C. (1990). *La representación social del psicólogo*. Bogota: Universidad Nacional .
- Braunstein. (1978). *Psicología: ideología y ciencia*. . Mexico D.F: México: Siglo XX.
- Celis Estupiñan, C. G. (2009). *La construcción de sí mismo a partir del discurso narrativo como un proceso semiótico*. Bucaramanga: División de publicaciones UIS.
- Correal, T. E. (1993). La psicología en Colombia: Historia de una disciplina y una profesión . *Historia Social de la Ciencia en Colombia - Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, COLCIENCIAS, IX*, 62.
- Escobar, J., & Bonilla, F. (2011). Grupos focales: Una guía conceptual y Metodológica. *cuadernos hispanoamericanos de Psicología*, 51-67.
- Foucault, M. (1979). *La arqueología del saber*. (A. Garzón, Trad.) Bogota D.C: Siglo veintiuno de Colombia, Ltda.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Bogota D.C: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico - Curso en el Collège de France (1973-1974)*. (H. Pons, Trad.) Buenos Aires: Fondo de cultura Económica.
- Fromm, E. (1993). *El arte de escuchar*. Barcelona : Paidós Iberica S.A .
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Gallo, H., & Ramírez, M. E. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Buenos Aires : Grama ediciones .
- Gómez Plata, M., Chamorro Molina, G., Obispo Salazar, K., Parra Villa, Y., Paba Barbosa, C., & Rodríguez de Ávila, U. (Enero de 2013). Representación social del psicólogo en el área de la salud: un estudio cualitativo en la facultad de ciencias de la salud de la universidad del Magdalena. *Psicología desde el Caribe*, 91-122.
- González, J. A. (2003). La formación del psicólogo en una perspectiva internacional. 83.
- González, J. I. (2004). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 16.

- Grau, A. B. (16 de 06 de 2011). *Habilidades Terapéuticas*. (E. y. Departamento de Personalidad, Ed.) Barcelona, Cataluña, España.
- Jodelet, D. (08 de 04 de 2003). *La representación social fenómenos conceptos y teoría*. Buenos Aires, Argentina.
- Lombardi, G. (2000). ¿Qué es la clínica psicoanalítica? *Lacanianana Vol. III.*, 85-92.
- Mead, G. (1967). *Mind self and society*. Estados Unidos : The University of Chicago Press.
- Miller, J.-A. (1987). *El seminario de Jaques Lacan Libro 11 Los cuatro conceptos fundamentales 1964*. Buenos Aires : Ediciones Paidós .
- Montealegre, J. M. (Marzo de 1975). Historia de los hospitales. *Hospitales de Costa Rica*, 4, 15.
- Mora, M. (12 de Octubre de 2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 25. Obtenido de <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su publico*. Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, S. (1991). *Psicología Social I*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Moscovici, S. (2003). Notas hacia una descripción de la psicología social. *Revista Internacional de Psicología Social*, 67-118.
- Rey, L. F. (2000). *Investigación Cualitativa en Psicología (Rumbos y desafíos)*. México D.F: Internacional Thomson Editores, S.A.
- Roudinesco, É., & Plon, M. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis* . Buenos Aires : Paidós SAICF.
- Sabana, U. d. (29 de 10 de 2014). *Universia*. Obtenido de <http://noticias.universia.net.co/actualidad/noticia/2014/10/28/1114038/colombia-paises-padece-enfermedades-trastornos-mentales.html>
- Sarmiento, A. (2009). *Representación Social de Psicólogo en profesionales egresados del programa de psicología de la u.n.a.b*. Bucaramanga: Universidad Autonoma de Bucaramanga .
- Schraml, W. (1975). *Psicología Clínica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Strauss, A., & Cobrin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín : Editorial Universidad de Antioquia .
- Torres, T., Maheda, E., & Aranda, C. (2004). Representaciones sociales sobre el psicólogo: investigación cualitativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo* 2., 30-42.
- Umaña, S. A. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. San José : Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Vargas, O. M. (20 de Julio de 2015). *Representaciones sociales: debates y atributos para el estudio de la educación*. Obtenido de SciELO:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2011000100006&lng=es&tlng=es . .

Vera, H. (2002). Representaciones y clasificaciones colectivas. La teoría Sociológica de conocimiento de Durkheim. *Revista Sociológica*, 103-121.

Zemelman, H. (1997). *Subjetividad: umbraes del pensamiento social*. Barcelona: Anthropos editorial Rubí.

Anexos

Anexo A. Transcripción de la información – Codificación abierta.

La información recolectada es el resultado de dos momentos investigativos, el primero corresponde al grupo focal desarrollado con los 10 participantes que aceptaron tomar parte en la investigación, dicha población correspondiente a la población fija de la *clínica del sistema nervioso del oriente*, dada la condición de ser pacientes psiquiátricos.

El segundo momento correspondió a las entrevistas individuales realizadas con cada uno de los participantes, con el fin de ampliar la información, sentar una la posición y así posteriormente realizar el análisis discursivo correspondiente, a fin de realizar el acercamiento a la representación social del psicólogo creada a partir de cada una de las experiencias de los sujetos entrevistados.

Es importante mencionar que el desarrollo del grupo focal se desarrolló de una forma estructurada, en donde el entrevistador realizó 6 preguntas que fueron construidas con el fin de atrapar la intención investigativa; el orden de la sesión consistió en organizar a los participantes en donde se enumeraron del 1 al 10, posteriormente se realizó cada, esta pregunta, esta era discutida entre los participante, de tal forma que existiera interacción social y a continuación cada participante contestaba a la pregunta según el orden en el cual se enumerados.

Como un momento separado al grupo focal se realizó la entrevista individual, donde de manera abierta se amplió la información y generando un ambiente de plática que incluyera temas como las experiencias con el psicólogo y las terapias, para así abrir un espacio a la subjetividad en forma de enunciados emergentes, los cuales fueron surgiendo durante la conversación, con cada uno de los participantes.

A continuación se encuentra la información transcrita respetando los criterios de literalidad y transparencia en la información, haciendo especial énfasis en el de lenguaje oral y lo explícito, es decir en orden netamente discursivo, siendo la información organizada de forma textual en donde se presentan primero los enunciados hechos con respecto a las preguntas en grupo focal y posteriormente la conversación correspondiente a la entrevista individual.

Sujeto #1:

Grupo focal:

E: ¿Qué piensa usted de los psicólogos?

SI: “Que son buenos consejeros, casi siempre me aconsejan para tomar las decisiones correctas y no dejarme llevar por pensamientos irracionales”.

E: ¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?

*SI: “Siento que puedo desahogarme, casi siempre que me internan **veo la posibilidad de hablar con alguien que parece escucharme**”.*

E: ¿Qué hace usted con el psicólogo?

SI: “Hablar, hablar del mal que tengo en el momento, de cómo me siento en este momento y porque estoy en la clínica de nuevo”.

E: *¿Qué espera de un psicólogo?*

SI: “Una cura”.

E: *¿Por qué va usted al psicólogo?*

SI: “Buscando ayuda profesional, porque en un principio no sabía qué hacer y me enferme”.

E: *¿Le ha sido útil ir al psicólogo?*

SI: Sí, gracias a ellos estoy más o menos bien.

Entrevista individual:

E: Buenas tardes, usted estuvo muy participativa durante el grupo focal, yo quisiera que habláramos sobre sus experiencias con psicólogos, cuando fue la primera vez y la última que vio a uno.

SI: “Lo que pasa, es que yo he venido a la clínica varias veces porque parece que me aliento y al poco tiempo vuelvo y me enfermo, se me meten unas ideas raras en la cabeza y no puedo dormir ni comer, se me quita el hambre y las ganas de todo, así fue la primera vez que yo vine, porque ya no podía más, no dormía no comía, no iba a trabajar y mi esposo me trajo casi a las malas, ahí me internaron y fue la primera vez que hable con un psicólogo, el me escuchó y me tranquilizo hablar con él, el resto fueron participación en terapias grupales de la clínica, medicamentos y controles con psiquiatra”.

E: *¿Y qué pensaba antes de ver al psicólogo la primera vez? ¿Y qué paso después de que hablo con él, volvió a consulta?*

SI: “Pues yo creía que me iban a decir que estaba loca, además yo creía que podía sola con esos problemas, no había necesidad de buscar ayuda ni nada de eso, pero cuando ya me trajeron acá me di cuenta que a veces toca, aunque uno no quiera y con los psicólogos pues bien, con el primero yo no quiera ni hablar pero poco a poco fui aflojando y empecé a conversar, eso es cuestión de confianza y pues si he vuelto porque me toca venir a los controles con psiquiatría, pero me pasa que cuando salgo pasan unos meses y estoy bien, y al poco tiempo esas ideas inoportunas de hacerme daño y todo eso vuelven y me toca salir corriendo para acá porque me da miedo que algo malo pase.

E: Muchas veces la gente cree que cuando va al psicólogo va salir con la vida solucionada, ¿usted qué opina?

SI: “Bueno, yo creo que debería ser así porque, yo llego buscando ayuda, que me curen esta maluquera y uno va y a veces sale igual, enferma... aunque si un poquito aliviada por hablar de los problemas, a veces me aconsejan y eso me sirve mucho pero uno sale confundido, como con inseguridad de lo que hay que hacer, no lo curan a uno porque no son como los médicos cierto?”.

E: Claro, es que a veces es más fácil que nos digan que hacer y la cosa se complica cuando es a uno mismo, al que le toca decidir ¿no le parece?

SI: “: Pues sí, creo que tiene razón, de todos modos debería haber algo más que pueda hacer el psicólogo aparte de hablar y aconsejar ¿no le parece?

E: Claro que sí, seguramente hay mucho que el psicólogo puede hacer por usted, pero como lo haría sino es hablando, ahora ya para terminar me gustaría saber qué imagen tiene una sobre los psicólogos, ¿positiva o negativa?.

S1: “Positiva, porque han hecho algo por mí de alguna manera”.

E: Bueno, es usted muy amable, gracias por compartir su tiempo y por participar en el proyecto.

Sujeto #2:

Grupo focal:

E: *¿Qué piensa usted de los psicólogos?*

S2: “Que es la herramienta para mi enfermedad, ellos me ayudan y me dicen que hacer para **mejorarme**”.

E: *¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?*

S2: “Mucha paz, como mucha tranquilidad porque cuando voy creo que si hay solución para mis problemas”.

E: *¿Qué hace usted con el psicólogo?*

S2: “Hablo mucho de todo, de lo que me pasa, de lo que pienso que no me deja tranquila”.

E: *¿Qué espera de un psicólogo?*

S2: “Que me ayude a obtener paz conmigo misma”.

E: *¿Por qué va usted al psicólogo?*

S2: “Por la tristeza, Por la depresión”.

E: *¿Le ha sido útil ir al psicólogo?*

S2: “Pues creo que sí, porque me ha ayudado muchísimo con mi estado de ánimo”.

Entrevista individual:

E: Buenos días, hoy quisiera que habláramos un poco sobre el grupo focal de ayer, acerca de los psicólogos, sus experiencias con ellos y que han significado para usted, ¿está de acuerdo?

S2: “Sí”.

E: Bueno entonces cuénteme si usted visita seguido al psicólogo

S2: “Se puede decir que todos los días en las terapias grupales de la mañana”, bueno eso mientras estoy hospitalizada o en el programa hospital de día, que vengo a las charlas en la clínica”.

E: ¿Y cuándo esta por fuera de la clínica en su vida cotidiana?

S2: “Cuando no estoy en la clínica no voy a psicólogo, porque estoy bien y no me toca. Por aquí vengo a los controles de psiquiatría y por medicamentos y eso”.

E: Entonces como y cuando fue la primera vez que hablo con un psicólogo.

S2: “Pues la primera vez fue cuando era adolescente, pero no me gusto porque me obligaron a ir y sentía que no servía para nada, luego ya de adulta tuve una situación que me llevo a la depresión, me quería morir, todo estaba mal y entonces me remitieron a psiquiatría y tuve que trabajar con el psicólogo de la clínica y mejore bastante, así que ahora si considero importante ir a consulta con el psicólogo”.

E: ¿Y en que consiste el trabajo con el psicólogo?

S2: “Tratamos temas relacionados con mi depresión, la dependencia emocional, buscamos puntos en los cuales debo tomar cartas en el asunto para sentirme bien conmigo misma, porque si a uno no lo quieren como es, es problema de los otros no mío”.

E: ¿Y si ha funcionado?

S2: “claro, ahora me siento mejor, a veces vuelvo a decaer pero con los medicamentos y la psicoterapia creo que voy bien”

E: ¿Vas bien hacia a dónde?

S2: “(risa), pues hacia la estabilidad emocional, así puedo trabajar mejor, tener mejores relaciones personales y en general ser más feliz”.

E: ¿Entonces usted cree que el psicólogo ha sido indispensable en su proceso?

S2: “sí, aunque no sé si indispensable, porque yo no lo tomaba en serio, pero ahora me doy cuenta para que sirven... casi siempre es complicado abrirse y hablar con alguien que uno no conoce, de pronto es necesario a veces pero no indispensable porque yo puedo hablar con cualquiera así no con un psicólogo y eso me hubiese podido ayudar”.

E: ¿Podrías explicarlo un poco más?

S2: “La cosa es que yo creo que depende del momento, no creo que sea indispensable hablar con un psicólogo siempre, a veces es molesto que pregunten todo el tiempo porque hay cosas que uno no quiere o no puede decir, pero en casos de emergencia es muy bueno tener alguien que lo escuche, pero hay que ganarse la confianza.

E: Entiendo, entonces no siendo más le agradezco por su tiempo y sus respuestas.

Sujeto #3:

Grupo focal:

E: ¿Qué piensa usted de los psicólogos?

S3: “Que hay varias clases de psicólogos, los buenos y los malos, los que ayudan y los que no”.

E: ¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?

S3: “aburrimiento, porque no me puedo acomodar a veces a dialogar, no puedo”.

E: *¿Qué hace usted con el psicólogo?*

S3: “Trato de hablar de mis problemas, dialogar”

E: *¿Qué espera de un psicólogo?*

S3: “Ayuda, sinceridad en las conversaciones para saber si puede solucionar mis problemas”.

E: *¿Por qué va usted al psicólogo?*

S3: “Porque necesito un guía que me ayude con diferentes terapias y así mejorar mi calidad de vida”.

E: *¿Le ha sido útil ir al psicólogo?*

S3: “Mucho porque fue la persona que primordialmente me ayudo cuando empezaron mis crisis”.

Entrevista individual:

E: Buenos días, ¿le parece si hablamos un rato sobre las experiencias tuyas con los psicólogos y como ha resultado todo eso de las terapias?

S3: “Si, hágale que no tengo nada más que hacer...”.

E: Siendo así, entonces cuénteme que opina de los psicólogos en general, que piensa cuando le menciono la palabra ‘psicólogo’.

S3: “Yo creo que son como una herramienta que orienta, enseña y nos dice que debemos hacer para mejorarnos, porque acá estamos muchos perdidos sin saber cómo hacer para estar como antes”.

E: *¿Cómo antes? A que se refiere con “como antes”.*

S3: “Pues así, como antes por ejemplo antes de que empezara esa ansiedad por todo, esa preocupación terrible por todo, antes yo no me preocupaba casi y estaba más tranquilo”.

E: ¿Y la psicología le ha servido para algo, le ha ayudado con su ansiedad?

S3: Jum, pues en algo me ha ayudado, a mí no me gusta es que empiezan con una preguntadera que me incomoda, cosas del pasado, que me pasaron antes... yo no entiendo para que me preguntan tanto y eso me indispone, pero si ayudado a bajar la ansiedad, cuando hablamos del problema si me parece bueno.

E: Bueno, ¿pero no ha pensado que de pronto esas preguntas pueden ayudar a que usted conozca mejor el asunto de lo que usted dice que es ansiedad?

S3: “Pues yo no lo había pensado así, pero es que uno va y cuenta y no le dicen a uno nada, y uno se queda esperando a ver cómo resolver o quitar la ansiedad”.

E: Seguramente la situación no pasa por, quitar la ansiedad como si fuera un parasito, tal vez hay que entender primero los asuntos que la rodean y así tomar decisiones,

S3: “Eso suena complicado, pero bueno esto tiene que tener solución de alguna forma.

E: Efectivamente, entonces así como para terminar, ¿de pronto considera asistir a psicología cuando terminé la hospitalización?

S3: “Yo no sé, de pronto si me lo ordenen como controles y eso, pero si me toca pagarlo no creo, porque pagar porque me pregunten cosas y no me den soluciones no me parece”.

E: Esta bien, muchas gracias por el tiempo y la disposición.

Sujeto #4:

Grupo focal:

E: ¿Qué piensa usted de los psicólogos?

S4: “Que son una ayuda, un apoyo forzoso cuando vengo y me quedo internado”.

E: ¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?

S4: “Siento que comodidad para expresarme y eso porque a mí me gusta hablar bastante”.

E: *¿Qué hace usted con el psicólogo?*

S4: “Hablo mucho, explicando las cosas que me han sucedido”:

E: *¿Qué espera de un psicólogo?*

S4: “Espero apoyo, comprensión, que no me juzguen y que me ayuden”.

E: *¿Por qué va usted al psicólogo?*

S4: “Porque tengo problemas y ya no puedo más solo, tengo mi vida llena de dudas”.

E: *¿Le ha sido útil ir al psicólogo?*

S4: “Algunas veces sí, pero otras no tanto porque salgo y sigo en las mismas y no parezco mejorar”.

Entrevista individual:

E: Bueno, en la entrevista que vamos a hacer, vamos a hablar sobre sus experiencias con los psicólogos en general, está relacionado con la participación de ayer en el grupo focal. ¿De acuerdo?

S4: “Esta bien, hablemos a ver”.

E: Entonces, cuénteme como le ha ido yendo a terapia con los psicólogos, ¿se siente cómodo?, ¿funciona?

S4: “Pues que le digo yo, personalmente no me gusta ir al psicólogo, porque todos dicen casi lo mismo y siempre me toca contar la misma historia, una que otra vez uno se encuentra con alguien interesante para hablar, pero otros solo le dicen a uno... mire no fume, no se drogue, que la salud y la familia y todo eso, pero la verdad es que las terapias de rehabilitación a veces lo motivan a uno a cambiar y eso, pero es complicado, porque casi siempre uno vuelve y cae”.

E: ¿Y porque será que vuelve y cae? ¿Será culpa de la terapia o del psicólogo? Usted que cree.

S4: No sé, de pronto no es culpa ni de los psicólogos, sino mía, es uno el que dice que si va a cambiar y pone buena cara, pero cuando uno sale vuelve y juega, hay momentos en los que yo creo que realmente voy a cambiar y me motivo que hasta yo me lo creo, pero luego salgo y duro sobrio un tiempo pero me aburro y vuelven las malas amistades y tenga...”.

E: ¿Entonces es culpa suya?

S4:” Pues sí, porque uno viene por acá a que lo ayuden y que otra cosa pueden hacer aparte de dejarlo a uno acá encerrado, tomándose las pastillas, desintoxicándose y hablando con los psicólogos y todo eso, la cosa es que acá todo parece fácil de arreglar todo pero ellos no pueden cambiarme la familia, mis amigos, mis gustos y los vicios”.

E: Los psicólogos no pero, usted si puede cambiarlos ¿no le parece?

S4: “Es bien difícil pero si usted lo dice yo le creo”.

E: Bueno, entonces para acabar, ¿le parece útil ir al psicólogo, le ve alguna importancia?

S4: “Pues sí, no sé, yo creo que al menos parece que hay alguien que se interesa por ayudarlo a uno así no lo ayude en nada, como que da moral para salir adelante, aunque uno no quiera, toca ir, aunque sean medio molestos para algo sirven”.

Sujeto #5:

Grupo focal:

E: ¿Qué piensa usted de los psicólogos?

S5: “¿Será que los psicólogos pueden ayudar en los problemas que uno tiene?”.

E: ¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?

S5: “Incertidumbre, porque uno no sabe si realmente pude ayudar”.

E: *¿Qué hace usted con el psicólogo?*

S5: “Hablamos, y trabajamos en mi memoria porque se me olvidan las cosas”.

E: *¿Qué espera de un psicólogo?*

S5: “Que sea sincero”

E: *¿Por qué va usted al psicólogo?*

S5: “Porque me quedo grande el problema que tengo”.

E: *¿Le ha sido útil ir al psicólogo?*

S5: “Eso parece, porque he mejorado, ya logro recordar con mayor facilidad un poco, aunque no es que me guste mucho ir”.

Entrevista individual:

E: Bueno, buenas tardes, está bien si conversamos un poco sobre el grupo focal de ayer y ampliamos la información sobre su opinión acerca de los psicólogos?

S5: “está bien, por mi conversemos un rato”.

E: *¿Recuerda que respondió ayer durante el grupo focal cuando les pregunte que pensaban sobre los psicólogos?*

S5: “La verdad no me acuerdo, es que yo sufro de la memoria y es difícil recodar cosas como esa”.

E: Bueno la pregunta era que pensaba, o qué opinión tiene sobre los psicólogos y usted me contesto con otra pregunta, me dijo “¿será que los psicólogos pueden ayudar en los problemas que uno tiene? Me parece una muy buena pregunta y quiera que la respondiera usted mismo.

S5: “¿Que si será que los psicólogos pueden ayudar en los problemas de uno? Yo creo que sí, ayudan pero no solucionan todo, por ejemplo yo llevo muchísimo tiempo con medicación y

terapia y lo único que me mandan con ejercicios para la memoria, al principio eran solo sopas de letras y cosas así pero no sé si eso me pueda recuperar completamente”.

E: ¿Puedo preguntarle a causa de que son los problemas de memoria?

S5: “Es que yo trabajaba en una empresa de producción agrícola y tuve un accidente laboral, yo no tenía puesto el caso y ahora tengo amnesias, se me olvidan cosas por momentos, antes era más grave porque después del accidente me dijeron que no sabía ni quien era ni donde estaba, pero ya después de un año estoy mejor.

E: ¿y gracias a que cree usted que está mejor?

S5: “yo creo que gracias a dios y pues claro por los tratamientos con los médicos?

E: ¿y los psicólogos?

S5: “a, sí, pues ellos también me han ayudado mucho, pero a mí me da pereza ir para que me pongan a hacer sopas de letras y todo eso, eso lo hago en mi casa tranquilo”.

E: ¿Entonces no le parece que el psicólogo ha sido importante en su recuperación?

S5: “Pues sí, pero al principio, porque es que ya después de tanto tiempo y todavía me pone a hacer las mismas cosas, eso aburre”.

E: ¿y no se lo ha comentado su psicólogo?

S5: “Pues la doctora me ayudo bastante, pero no le dicho que me aburre porque qué tal se ofenda, entonces pues cuando me toca ir voy y ya, pero si me gustaría que cambiáramos la rutina”.

E: “Y como le gustaría que fuera el proceso”.

S5: “Es que no sé, porque siento que ya no tengo nada que hacer con ella, ya le conté todo y ya la depresión que me había dado después del accidente se me quito, ya el problema es solo la memoria”.

E: ¿Entonces no va a visitar al psicólogo cuando no le toque control?

S5: “Pues para que, si me siento triste, yo creo que sí, pero si me va a mandar sopas de letras yo creo que no (Risa).”

E: Bueno, entonces con eso es suficiente información, le agradezco por su tiempo y que tenga buen día.

Sujeto #6:

Grupo focal:

E: *¿Qué piensa usted de los psicólogos?*

S6: “Que son gente profesional, que se preocupa por mi como paciente, al tratar de identificar y sanar la enfermedad que tengo”.

E: *¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?*

S6: “Algo de nervios porque hablar de uno mismo no es fácil”.

E: *¿Qué hace usted con el psicólogo?*

S6: “Realizamos charlas, leo libros que me ayudan y hacemos ejercicios de terapia emocional.”

E: *¿Qué espera de un psicólogo?*

S6: “Que tenga secreto profesional, que sea honesto y me dé soluciones”.

E: *¿Por qué va usted al psicólogo?*

S6: “Por una serie de enfermedades psiquiátricas, depresión y delirios de persecución”.

E: *¿Le ha sido útil ir al psicólogo?*

S6: “Sí, me he sentido más tranquila desde que empecé a hablar con uno”.

Entrevista individual:

E: Hola, buenos días mi señora, quisiera hablar conmigo sobre lo que conversamos el otro día en el grupo focal, así yo puedo ampliar información y conocer mejor lo que representan los psicólogos y los tratamientos.

S6: “Bueno, ¿y que quiere saber?”

E: Pues para empezar quisiera que me contara como le ha ido yendo a donde los psicólogos, como han venido siendo sus experiencias, con los psicólogos y las terapias

S6: “En mi caso, es una psicóloga la que me ayuda mucho, le comento como me encuentro anímicamente, que es lo que más me **afecta y lo discutimos, si tengo ideas muy pesimistas o que me causan temor o ansiedad, las hablamos. No tengo queja hasta el punto de que para mí la medicación significa un 10% y la psicología y la terapia un 90% del beneficio para mantenerme bien psicológicamente**”.

E: ¿Desde el comienzo han sido buenas las experiencias al ir al psicólogo?

S6: “Yo diría que sí, porque pues al principio fue un poco raro, pero yo llegue desecha y después de hablar me sentí mejor, cómoda para de ahogarme porque **me sentí escuchada, veía que enserio le importaba ofrecer ayuda y poco a poco, con las terapias y el tiempo me fui sintiendo mejor**”.

E: ¿Cómo son las sesiones de psicoterapia y cada cuanto vas a consulta?

S6: “**Cuando me encuentro más débil nos vemos cada mes, si me encuentro normal cada tres meses**. En consulta hablamos de mi autoestima, de mi autoconcepto, de mis ideas y proyectos. Intento aprender a manejar mis pensamientos y emociones evitar que me hagan daño... en realidad evitar hacerme daño innecesario a mí misma”.

E: ¿Hace cuánto tiempo que vienes haciendo terapia con psicología?

S6: “Hace como un año y medio, algo así”-

E: ¿Y antes de la terapia y los medicamentos que tal estaban las cosas?

S6: “Tenía mi vida desorganizada, era más caótica porque no tengo muchos amigos y me cuesta confiar en la gente, con la psicóloga puedo planear el futuro, evitar las crisis y prepararme para superar el pasado y asumir el futuro, es como si tuviera un norte”.

E: Entonces la psicoterapia te ordeno la vida.

S6: “(risa) Pues sí, aunque soy consciente que no puedo depender de ir al psicólogo, enserio creo que me ayuda, pero no pasa con todos los psicólogos, me ha sido útil la última de la que he estado hablando y pues tengo que aprovecharlo ahora que puedo ir”.

E: ¿Y cuando no puedas ir va a pasar?

S6: “Tal vez intente resolverlo sola, aunque si me empiezo a sentir mal y a decaer, será buscar ayuda de nuevo porque no quiero volver a estar tan mal como hace un año”.

E: Bueno y para finalizar ¿por qué será que hay unas personas a las que les funciona la psicoterapia y a otras no?

S6: “Eso no lo se, de pronto porque no encajan con el psicólogo, o simplemente es el psicólogo el que falla, si uno va, confía y entrega los problema, el psicólogo debería poder ayudarlo a uno a resolver, pero igual hay gente que no se ayuda, entonces debe ser de parte y parte”.

E: Bien, señora, yo creo que con eso es suficiente, muchas gracias por colaborar y que pase buen día.

Sujeto #7:

Grupo focal:

E: ¿Qué piensa usted de los psicólogos?

S7: “Yo pensaba que eso era para los locos, hoy en día me doy cuenta que son de mucha importancia para llevar una vida un poco más tranquila”.

E: *¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?*

S7: “confianza y tranquilidad”

E: *¿Qué hace usted con el psicólogo?*

S7: Pues casi siempre nos sentamos a hablar, en las terapias grupales, en los talleres, donde me enseñan a llevar una vida equilibrada”.

E: *¿Qué espera de un psicólogo?*

S7: “Espero que me escuche y así poder sacar un poco de todo lo que me afecta”.

E: *¿Por qué va usted al psicólogo?*

S7: “porque siento la necesidad de hablar, antes yo no hablaba con nadie y creo que por eso me enferme”.

E: *¿Le ha sido útil ir al psicólogo?*

S7: “al principio creía que no, pero me di a oportunidad y aunque aún me falta confianza para hablar de ciertas cosas me siento más aliviada”.

Entrevista individual:

E: Bueno, de antemano le agradezco por participar durante el grupo focal y ahora, en esta entrevista donde vamos a tocar el tema de las terapias, las experiencias que ha tenido con ellos entonces, para empezar ¿le gustaría hablarme sobre algo en especial que considere importante del psicólogo?

S7: “Bueno, yo opino que los psicólogos son personas que están ahí para apoyarlo a uno, para dar la mano en momentos difíciles, lo que pasa es que a la gente no le gusta ir”.

E: ¿Y a usted le gusta ir al psicólogo?

S7: “Ahora sí, pero al principio yo era muy terca y pensaba que no tenía que buscar ayuda y pensaba que eso era como perder el tiempo y nada más.”

E: “¿Y qué paso? ¿Que hizo que esa idea cambiara?”

S7: “Es que yo tengo muchos problemas familiares y eso me fue desgastando al punto en el que me dio una crisis muy fuerte y vine acá por urgencias y me hospitalizaron, ahí empecé a asistir a las terapias grupales a escuchar las charlas de los practicantes y me gusto porque eran cosas claras y cuando hable por primera vez con el psicólogo me dio consejos muy buenos, indicaciones precisas y eso me ayudó mucho.

E: Ya veo, entonces le ha sido útil ¿porque le han dicho lo que debe hacer?

S7: “Es que me han dado consejos muy utilices, como llevar hábitos saludables, como recomendaciones para mejorar, a veces uno vuelve y se deprime y vuelve y empieza como ese cirulo vicioso, por eso vuelvo acá, no es que me agrade la idea pero quiero evitar tocar fondo porque es peligroso y me da miedo”.

E: ¿Miedo de que?

S7: “De perder el control, de deprimirme al punto que todo pierda sentido, la primera vez fue muy fuerte y pensé que no salía de esa”.

E: ¿Entonces la psicología si ha sido útil?

S7: “ Claro, no ve que es con ustedes con los únicos que uno medio puede hablar de los problemas el resto son pacientes que están peor que uno y los médicos casi ni lo miran a uno a los ojos para recetar las pastillas, entonces toca aprovechar cuando vienen a conversar”.

E: Me imagino, ya finalmente quiero preguntarle si continuará acudiendo a consulta psicológica cuando termine el proceso en la clínica

S7: “Cuando lo considere necesario, ya con el tiempo uno va aprendiendo cuando necesita ayuda y cuando no, la primera vez por terca me enferme, pero creo que ya puedo evitarlo”.

E: Si puedes evitarlo, ¿puedo saber porque sales y entras tan seguidos a la clínica?

S7: “...Es que hay situaciones que me llevan a hacerlo, la última fue una separación que tuve que no supe cómo llevarlo y sentí que me quede sola, que me abandonaron y a mí me da mucho miedo la soledad, pero en realidad solo he estado interna acá dos veces, la primera hace rato a los 35 y yo tengo 42”.

E: Ya entiendo, ahora, de nuevo vuelvo y le agradezco por su tiempo y le deseo un buen día señora.

Sujeto #8:

Grupo focal:

E: ¿Qué piensa usted de los psicólogos?

S8: “Que yo sepa el psicólogo es una instancia anterior al psiquiatra, por lo tanto creo que hay problemas que los psicólogos no pueden resolver”.

E: ¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?

S8: “No he tenido muchas experiencias yendo al psicólogo, les di 3 oportunidades y no me convencieron”.

E: ¿Qué hace usted con el psicólogo?

S8: “Voy y me pongo de acuerdo”.

E: ¿Qué espera de un psicólogo?

S8: “Que esté preparado para remediar, especialmente para convencer y dar soluciones a la situación porque si no, para que va uno”.

E: ¿Por qué va usted al psicólogo?

S8: “Porque cuando el medico lo manda a uno, toca ir”

E: ¿Le ha sido útil ir al psicólogo?

S8: “En mi caso no pues el tratamiento que necesito requiere de un psiquiatra”.

Entrevista individual:

E: Bien, buenos días, gracias de nuevo por participar en el grupo focal y en la entrevista, la verdad tengo bastante curiosidad por las repuestas que dio ayer durante el grupo focal, ¿le gustaría contarme como ha sido su experiencia con los psicólogos?

S8: “En mi opinión yo no creo en la psicología, fui donde un psicólogo, porque me obligaron, no fui sincero, dije puras mentiras y manipule las situaciones y él ni siquiera se dio cuenta”.

E: ¿y porque mintió, acaso era necesario?

S8: “Es que yo pienso que nadie es sincero al hablar con alguien que no conoce, además a los psicólogos no les importa mucho lo que pase, por ahí ayudan con los problemas emocionales y eso, pero lo que más les importa es lo que cobran ¿o me equivoco?”-

E: ¿Pero usted no está pagando acá en la clínica o sí?

S8: “No, pero a lo que me refiero es a que a mí nunca me ha ayudado la psicología, creo más en el autorazonamiento, no en que otro venga y me analice”.

E: ¿Bueno, pero a veces es necesario hablar con el otro no?, eso es lo que dice mucha gente.

S8: “Pero es que hablar puedo hablar con cualquiera, así como lo estamos haciendo en este momento y que me cobren por ir a hablar es muy abusivo”.

E: Pues, es su opinión, igual usted sabe que esta conversación es gratis (risa). Ahora explíqueme por qué le pareció tan malo, ir al psicólogo?

S8: “Es que me dijo que era adicto a los medicamentos, que mis crisis de angustia las podía manejar yo solo, que las podía controlar si me relajaba y me controlaba”.

E: Bueno, usted me dijo que, creía en el autorazonamiento, entonces qué puede autorazonar sobre eso.

S8: “Me dijo que era adicto al alprazolam y hace más de 1 año que no me lo tomo pero lo tengo en mi casa por si acaso, y si viajo lo llevo en la maleta, entonces según él eso ya es una adicción”.

E: ¿Bueno, se acuerda que en el grupo focal usted me dijo que el tratamiento que necesitaba era con un psiquiatra? ¿Por qué?

S8: “Porque yo creo que es gracias a los medicamentos que estoy bien, las veces que fui a psicología no me preguntaron porque, ni nada, ni me escuchó, solo me dijo que yo estaba mal y que tenía que cambiar de hábitos”.

E: Bueno, pues yo considero que ya es cuestión suya don F, sin embargo yo considero que debería darse otra oportunidad con la terapia y con otro psicólogo a ver qué pasa; y ya no siendo más, con eso considero que es suficiente, muchas gracias por su paciencia.

Sujeto #9:

Grupo focal:

E: ¿Qué piensa usted de los psicólogos?

S9: “Que son doctores especializados en la mente”.

E: ¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?

S9: “Dolor de cabeza, porque salgo cansada de pensar y hablar tanto”.

E: ¿Qué hace usted con el psicólogo?

S9:” Me dan charlas sobre distintos temas de psicología”.

E: ¿Qué espera de un psicólogo?

S9: “Que me enseñe que hacer, como en las clases de psicología”.

E: ¿Por qué va usted al psicólogo?

S9: “Porque me toca”.

E: ¿Le ha sido útil ir al psicólogo?

S9: “mmm pues más o menos, creo que no pero siempre me ofrecen su ayuda”.

Entrevista individual:

E: Entonces, como a los demás, voy a agradecerle por su tiempo y la participación en la investigación, para empezar me podría contar a cuantos psicólogos a visitado usted a lo largo de su vida.

S9: “Han sido varios, pero no duro mucho con ellos, todos hablan de lo mismo, uno va a las terapias y todos hablan de lo mismo, muestra videos y los discutimos, pero ya después de un tiempo, cuando uno viene a una clínica como está uno se aburre de oír siempre lo mismo”.

E: ¿Pero entonces usted si va al psicólogo con frecuencia?

S9: “se podría decir que si, subo a las charlas grupales todos días, al principio yo me reprimía mucho, poco a poco me fui acostumbrando y es que las charlas son buenas uno aprende mucho, es ahí donde uno puede expresarse libremente.

E: ¿y qué opina le parece productivo, le servido para algo?

S9: A mí me pasa es que yo no entiendo bien para que sirve ir al psicólogo, a mí me ha tocado porque he sentido la necesidad de hablar y porque el psiquiatra me lo recomendó.

E: Entonces si le ha servido.

S9: “Sí, pero tampoco es que me halla arreglo mis problemas”

E: ¿Y debería el psicólogo arreglarle sus problema?

S9: “Pues poniéndolo así no sé, pero para eso es que estudian ¿no?”

E: Yo escuche una vez que en la psicología es el negocio donde el cliente nunca tiene la razón (risa). Pero más allá de eso, entonces usted que cree ¿Qué es indispensable ir al psicólogo?

S9: **Indispensable no, pero tal vez todo el mundo en algún momento si debería ir al hablar con psicólogo, para que ponga a prueba su salud mental.**

E: Bueno señora, es usted muy amable, gracias por su tiempo.

Sujeto #10:

Grupo focal:

E: ¿Qué piensa usted de los psicólogos?

S10: “Que son personas útiles para nosotros los pacientes y la sociedad”.

E: ¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?

S10: **“Pánico... porque a nadie le gusta hablar de cosas que no puede, me da como miedo”.**

E: ¿Qué hace usted con el psicólogo?

S10: “Intentamos hablar sobre lo malo que me pasa”.

E: ¿Qué espera de un psicólogo?

S10: “Una psicoterapia instructiva, para sentirme mejor”.

E: ¿Por qué va usted al psicólogo?

S10: “Porque necesito tener una buena salud mental para recuperar mi trabajo y mi familia”.

E: ¿Le ha sido útil ir al psicólogo?

S10: “Me ha sido útil en partes, por ejemplo las psicoterapias en asertividad, en proyecto de vida, resiliencia, adherencia al tratamiento y el uso de las emociones, he aprendido mucho”.

Entrevista individual:

E: Buenas, señor, como a los demás le agradezco por su tiempo y su participación, vamos a hablar sobre los psicólogos como en el grupo focal, entonces, ¿cómo se ha sentido usted con las terapias que ha recibido adentro y afuera de la clínica?

S10: “Reconozco que no soy fácil de tratar. Por mi profesión, necesito a alguien que sepa ir por delante de mí como 3 pasos más, para que yo no los vea venir”.

E: ¿Cuál es su profesión?

S10: “Yo soy filósofo y escribo, me gusta pensar bastante”.

E: usted decía ayer en el grupo focal que necesita una buena salud mental, ¿Cómo sería eso?

S10: “Pues es que yo era una persona que dormía poco y pasaba por situaciones de estrés, ansiedad, por conflictos de inseguridad personal y laboral, en fin, casi todo me preocupa en exceso periódicamente y la cosas me superaban, entonces la buena salud mental, sería poder trabajar, estando más estable, más seguro de mí mismo, sin colapsar tan fácil”.

E: ¿Entonces la terapia con psicología le ha favorecido?

S10: “Pues si he aprendido mucho, ahora se sobre resiliencia, asertividad y toma de decisiones”.

E: ¿Le ha brindado soluciones?

S10: “Me ha orientado hacia lo que debo hacer por mi cuenta para tranquilizarme y retomar mi vida, también el medicamento, me ha ayudado mucho eso me ha calmado, porque a veces la ansiedad me hacía sentir terrible, desde que me los tomo con juicio, ya no pasa más”.

E: ¿Cuándo fue la primera vez que fue al psicólogo?”

S10: “Cuando me hospitalizaron por urgencias, en la primera crisis que tuve”.

E: ¿Y planea volver a consultas?

S10: “Yo no lo he pensado, si me lo ordena el médico o la e.p.s sí”.

E: Bueno, de nuevo gracias por la colaboración, el tiempo y el momento para conversar.

Anexo B. Preguntas del grupo focal

¿Qué piensa usted de los psicólogos?

¿Qué siente usted cuando va al psicólogo?

¿Qué hace usted con el psicólogo?

¿Qué espera de un psicólogo?

¿Por qué va usted al psicólogo?

¿Cree que le ha sido útil ir al psicólogo?

Anexo C. Consentimiento informado

Consentimiento informado para la participación en la investigación representación social del psicólogo, una descripción discursiva de la subjetividad en el ámbito clínico.

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Programa de Psicología

Investigador principal: Christian André Bautista Gutiérrez

1. Introducción

Desde el programa de psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga estamos le invitamos a participar en una investigación que tiene como objetivo obtener información respecto la representación social de los psicólogos construida en pacientes en una institución psiquiátrica, los alcances que serán obtenidos en esta investigación servirán para comprender la concepción tanto del psicólogo como su practica la práctica psicológica actual y sus efectos comprendidos por la población psiquiátrica, la información obtenida será usada con fines académicos.

Queremos que usted conozca que:

- Su participación en esta investigación es absolutamente voluntaria.

- Si usted lo desea, puede negar su participación o retirarse de la investigación en cualquier momento, sin tener que explicar sus razones.
- Usted no recibirá ningún beneficio monetario ni en especie por la participación en la investigación. El conocimiento que resulte de esta investigación contribuirá a la generación de saber y conocimiento al interior de la universidad.
- La investigación será supervisada por psicólogos y docentes, según lo dispuesto en el manual deontológico y bioético del psicólogo, correspondiente al artículo 2 de la ley 1090 del 2006 respecto a los principios generales de beneficencia y no maleficencia, por lo cual en la presente investigación no habrá ningún riesgo que ponga en peligro su salud.

2. Información sobre el estudio

A continuación se describen los detalles que usted deberá tener en cuenta para la participación en esta investigación. Antes de tomar cualquier decisión sobre su participación, por favor analice la información aquí expuesta, y siéntese en libertad de preguntar, indagar y discutir todos los aspectos que considere necesarios.

2.1 Procedimiento

La participación en la investigación implica la participación de un grupo focal en el cual se encontraran varias personas, los cuales contestaran una serie de preguntas relacionadas con la representación del psicólogo clínico, esto no le implicara a usted o sus hijos algún riesgo mayor para la salud, las conclusiones son de carácter confidencial, si usted lo desea podrá solicitar

retroalimentación de los mismos, para ello deberá comunicarse al teléfono o correo electrónico de contacto que se encuentra al final del presente documento

2.2 Beneficios

La participación en esta investigación contribuye a la generación y desarrollo de conocimiento en la formación de profesionales en la disciplina psicológica, además de contribuir al reconocimiento del discurso de los pacientes y su posición frente al tema en cuestión. Solo con la contribución solidaria de personas como usted, será posible para los profesionales que trabajan con áreas relacionadas con las ciencias sociales proponer soluciones que mejoren a futuro el hacer de la práctica psicológica.

2.3 Reserva de la información y secreto

La Ley 1090 de 2006 en su artículo 2, ordinal 5, y en los artículos 10, 11, y del 23 al 30 de esta misma ley; La información personal que usted nos proporcione en el curso de la investigación permanecerá en secreto y NO será revelada, bajo ninguna circunstancia, a persona alguna distinta a usted y a quien realiza esta investigación. Usted podrá tener certeza de que su integridad será protegida en este estudio.

2.4 Derecho a retirarse del estudio

Usted se puede retirar en el momento que desee hacerlo, sin prejuicio o consecuencias negativas.

3. Consentimiento informado

Yo _____ con documento (s) de identidad _____ Después de leer y comprender toda la información contenida en este documento con relación a la investigación sobre representación social del psicólogo clínico y habiendo recibido explicaciones que satisfacen mis inquietudes; disponiendo de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión; libre, consciente y voluntariamente manifiesto que dispongo a participar en esta investigación.

En constancia, firmo este documento de Consentimiento informado, en presencia del investigador _____ y un testigo, en la ciudad de Bucaramanga el día _____, del mes _____ del año _____

Para cualquier duda o inquietud, favor comunicarse a las dirección de correo electrónico cbautista34@unab.edu.co.

Nombre, firma y documento de identidad del participante.

Nombre: _____

Firma: _____

C.C.: _____