

# ConSciencia

de la Escuela de Psicología



Guitarra - Juan Gris

# Contenido

## Editorial

### Psiconoticias

Psic. Rosa Isabel Castillo Carvajal

**Entretejidos de psicología y arte, anotaciones teóricas y experiencias del Encuentro Interdisciplinario La Silla del Psicólogo**

Elena Soto Chico

**Antropología médica: Influencia cultural en la medicina**

Lic. Fernando Chiquini

**El conocimiento: Una necesidad en las organizaciones**

Carlos Soto Chico

**El proceso psicoterapéutico desde el marco teórico psicoanalítico: Un panorama general**

Marie Jannine Fong Vargas

**Identidad profesional del psicólogo y su rol como agente de cambio social: Un modelo de desarrollo**

### Consejo Editorial

Cecilia Sierra Heredia  
Patricia Gómez Ramírez  
Ofelia Rivera Jiménez  
José Antonio Rangel Faz  
Pablo Martínez Lacy

### Representación estudiantil

1ª Generación: Georgina González  
2ª Generación: Úrsula E. Rincón González, Claudia Tapia Guerrero  
3ª Generación: Laura Guillén Grajeda, Francisco A. García Martínez  
4ª Generación: Elsa Trujillo Pereyra, Cristina Pintos Gómez  
5ª Generación: María Fernanda González Fernández  
6ª Generación: Tanya P. Snyder Salgado  
7ª Generación: Violeta Córdova Isla  
8ª Generación: Alejandra Quiroz Mireles, Leslie M. Bahena Olivares  
9ª Generación: Sofía Álvarez Reza, Marie J. Fong Vargas

### Consejo Científico:

Francisco Alanís ULSAC, Adriana Castañeda ULSAC, Eliana Cárdenas ULSAC, Gloria Chávez UPN, Patricia Gutiérrez-Otero UIAP, Adela Hernández ULSAC-UAEM, Rosa Elena Lara E. ULSAC, Ma. Elena Liñán ULSAC, Óscar Macedo ULSAC, Herminio Quaresma ULSAC, Artemio Ramírez ULSAC, Guadalupe Rodríguez ULSAC, Cecilia Sierra H. ULSAC, Patricia Shepard ULSAC, Carlos Soto Ch. ITESM, ULSAC, Esther Vargas ULSAM; Ma. Lourdes Vázquez Flores ULSAC, UNAM.

**Revisión:** Dabi Xavier Hernández Kaiser

**Editor responsable:** Pablo Martínez Lacy

**Diseño portada:** Departamento de Publicaciones ULSAC

*REVISTA CONSCIENCIA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA, Año 8, No. 16, enero-junio 2012, es una publicación semestral editada por la Universidad La Salle Cuernavaca, a través de la Escuela de Psicología. Nueva Inglaterra S/N, Col. San Cristóbal, C.P. 62230, Cuernavaca, Morelos. Tel. (777) 311 5525, Fax. (777) 311 3528, www.ulsac.edu.mx. Editor responsable: Pablo Martínez Lacy. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2010-052510230100-102, ISSN: en trámite. Impreso por Digitalizaciones e Impresiones, S.A. de C.V., Sucursal Vicente Guerrero 101, Col. Lomas de La Selva, C.P. 62270, Cuernavaca, Morelos. Tel/Fax: (777) 364 5455 Fecha 29 de abril del 2012 con un tiraje de 200 ejemplares. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho.*

# Editorial

En este 16° número de la revista ConSciencia celebramos ocho años de su publicación semestral y ocho años de la carrera de Psicología en la Universidad La Salle Cuernavaca (ULSAC). A pesar de que esto obliga a hacer un recuento de los hechos y alcances así como de las vicisitudes y dificultades, recordemos que el contenido del número anterior de la revista (número 15) fue un índice comentado de la mayoría de los temas publicados hasta ese momento, además de celebrar los 20 años de la ULSAC, así que el recuento está hecho. Ahora nuestro interés es atrevernos a pensar en el futuro, no sólo de este proyecto editorial o de la carrera de Psicología, sino de los posibles escenarios de esta disciplina. Sin embargo, no queremos hacer un abordaje prospectivo ni mucho menos profético de esta ciencia. Nuestro propósito es mucho más modesto: queremos reiterar una vez más nuestra convicción de que el modelo educativo que la ULSAC ha promovido, basado en la educación integral y una enseñanza de calidad fundada en el aprendizaje significativo, la formación de profesionistas con responsabilidad, capacidad, independientes y creativos. Por lo que nos atrevemos a pensar que los problemas a los que puede aspirar el abordaje de la psicología y sus posibles soluciones está en aquellos egresados que han sido capaces de formular propuestas concretas y especialmente creativas para enfrentar diversas situaciones laborales y profesionales.

Así, el presente proyecto editorial se ha convertido en un monitor de las tendencias teóricas y prácticas de la ciencia psicológica que permite entrever diversas situaciones con las cuales trabajan los psicólogos día a día. El primer artículo contenido en este número es el de la Psic. Rosa Isabel Castillo Carvajal, y se denomina Entrelazados de psicología y arte, anotaciones teóricas y experiencias del Encuentro Interdisciplinario La Silla del Psicólogo, delibera en torno a la postura del artista y sus emociones cuando va a crear su obra y cómo el psicólogo hace un análisis a partir de ello.

Elena Soto Chico en su artículo Antropología médica: Influencia cultural en la medicina toca un

tema que tradicionalmente ha sido enriquecedor, ya que ayuda a comprender la influencia de la cultura en el desarrollo de las enfermedades, es un planteamiento desde sociedades no occidentales, que permite delimitar y vislumbrar la importancia de la comprensión del concepto salud-enfermedad lo cual da nuevas perspectivas a la medicina.

El Lic. Fernando Chiquini, en su ensayo Los resultados: una necesidad en las organizaciones, propone aspectos muy puntuales acerca del papel del psicólogo en el cambio social y empresarial. Esta área a la que la psicología ha hecho aportaciones diversas, Chiquini las aborda desde la perspectiva del conocimiento especializado en donde el psicólogo se convierte en un factor de cambio y en cierto sentido de valor agregado, pero sin perder de vista el aspecto humano que a final de cuentas es el importante.

Carlos Soto Chico, en su ensayo El proceso psicoterapéutico desde el marco teórico psicoanalítico: Un panorama general, intenta ofrecer un panorama de las fases del tratamiento orientado analíticamente y resaltar sus características. Para este autor es importante conocer las fases del proceso terapéutico para contextualizar sus intervenciones y metas. Finalmente resalta la necesidad de cuidar los aspectos contratransferenciales, pues deben de ser trabajados en el análisis del terapeuta y mantener una constante supervisión para conservar fresca la flexibilidad y creatividad terapéutica.

La estudiante Marie Jannine Fong Vargas, del primer semestre de la carrera, nos ofrece reflexiones similares a la de Carlos Soto Chico en su ensayo Identidad profesional del psicólogo y su rol como agente de cambio social: Un modelo de desarrollo. La autora, después de reflexionar sobre la profesión, llega a la conclusión de que ejercer la psicología añade un aspecto importante en el desarrollo del profesionista: la parte trascendental e intangible del ser humano. Es un proceso en etapas progresivas ascendentes y de revisión y redefinición de lo ya vivido. La identidad del profesional es una

combinación de identidad personal, identidad grupal (colegas) e identidad social (la comunidad en la que ejerce). Es indispensable, señala Marie J. Fong, como estudiante, tenerlo en cuenta.

Como podemos apreciar, en gran medida los trabajos presentados en este 16° número de la revista ConSciencia tratan sobre diversos aspectos relacionados de la vida, como lo son: el arte, el papel del psicólogo, su identidad, las vicisitudes del terapeuta, la creatividad; es decir, estos temas patentizan que la psicología no puede mantenerse ajena al cambio social, y su papel es importante en los escenarios altamente complejos a lo que nos reta el futuro y en donde cada vez se hace más necesario un conocimiento especializado (y científico) sin llegar a perder el sentido humano. Así hablamos al inicio de esta editorial, que no deseábamos ser profetas, sin embargo sí vislumbramos un futuro con mucho trabajo y retos para la ciencia psicológica.

## Psiconoticias

El pasado mes de septiembre, los días 20 y 22, se efectuó la defensa de los trabajos de investigación que se presentaron al Concurso de Investigación en Psicología de Instituciones Lasallistas en su primera versión. A la convocatoria respondieron de la Universidad La Salle Noroeste con dos investigaciones, la Universidad La Salle Pachuca con un trabajo de investigación, la Universidad Autónoma del Estado de Morelos con una investigación y la Universidad La Salle Cuernavaca con cuatro investigaciones.

Este concurso se propone promover la investigación de la ciencia psicológica, con la finalidad de generar una cultura del conocimiento que incida positivamente en la calidad educativa de la disciplina y en la búsqueda de propuestas en el campo de la psicología.

Se planteó que el concurso se efectúe anualmente y que participen los estudiantes de psicología y ciencias afines en tres categorías: novel (hasta 4º semestre de la Licenciatura), avanzados (5º semestre en adelante de Licenciatura) y experto (nivel posgrado).

Para el primero, segundo y tercer lugar de cada categoría se otorgó un diploma y la publicación de la investigación en una antología, que actualmente está en proceso de ser publicada. El jurado del concurso fue integrado por especialistas designados por el Comité Organizador.

Para la evaluación de los trabajos en su primera etapa se diseñó una rúbrica en la que se determinó cuáles fueron los trabajos que reunieron los requisitos mínimos de calidad para ser defendidos. Una vez que se aceptaron los ocho, se clasificaron de acuerdo a las categorías mencionadas en las bases.

En la segunda etapa los trabajos se defendieron los días 20 y 22 de septiembre en la sala de educación a distancia de la ULSAC, donde se expusieron presencialmente cinco trabajos: uno de la UAEM y cuatro de la ULSAC; y los otros tres, vía sistema

de educación a distancia –dos trabajos de la ULSA Noroeste y el de la ULSA Pachuca-. Para evaluar esta etapa, se diseñó una rúbrica específica, que fue utilizada por tres sinodales quienes revisaron cada trabajo en forma independiente. Después de entregadas las rúbricas, se promediaron los resultados de cada una y se sumaron los porcentajes de cada uno de los tres evaluadores, y se obtuvieron los siguientes resultados:

En la categoría de expertos, el primer lugar lo obtuvo María Cristina Pintos Gómez de la ULSAC, con el trabajo: Rasgos de personalidad de los estudiantes de primer año de la Licenciatura en Psicología. El segundo lugar fue para Anayeli Adame Tapia de la ULSAC, por su investigación: Revisión de la validez y confiabilidad del Test de Aptitudes Diferenciales (DAT) en poblaciones mexicanas. El tercer lugar fue para Christel Brizedia Hernández Ortiz de la ULSAC, por su investigación: Agresividad: conductas antisociales y delictivas asociadas al rendimiento académico.

En la categoría de avanzados, el primer lugar lo obtuvo Antonio Castro Palominos de la ULSAC con la investigación: Relación entre el Test de Evaluación de las Funciones del Yo (EFY) y el Test de Evaluación de Capacidades Intelectuales Generales (Beta II). El segundo lugar lo obtuvieron Aline M. Bacasegua Camacho, Ana Maribel Esquer Avilés, Karla G. Montes Quiroz, Cristina Preciado Arreola de la ULSA Noroeste, con el trabajo de investigación: Impacto en el nivel de comprensión lectora a través de un programa con estrategias de enseñanza aprendizaje en alumnos de primer ingreso. El tercer lugar se declaró desierto.

En la categoría novel, el primer lugar lo obtuvieron Guadalupe B. Gutiérrez Chávez, Diana M. Gómez Bautista, Mariana Valdez Aguilar de la ULSA Pachuca, con el trabajo: Detección de factores psicológicos que influyen en los problemas de aprendizaje de niños que cursan la primaria CONAFE, Explanada El Palmar de Pachuca, Hidalgo. El segundo y tercer lugar se declararon desiertos.

El pasado 1 de septiembre de 2011 se presentó el número 15 de la revista ConSciencia, número conmemorativo de los siete años de la revista y veinte años de la Universidad La Salle Cuernavaca. El contenido es un índice comentado de todos los materiales publicados por este proyecto editorial a la fecha.

La presentación fue realizada por la Dra. Gloria Chávez, la Mtra. Elián Gómez A. y por el psic. Gabriel Dorantes Argandar, coordinados por el Mtro. Pablo Martínez Lacy.

Se discutió sobre el futuro de una revista como la de ConSciencia ya que su tiraje es limitado, consta de 200 ejemplares. Su evolución y consolidación ha pasado por diversas etapas, centrándose en dar continuidad a la publicación semestral, dar a conocer el estado de la discusión científica de esta disciplina y especialmente ser un espacio de difusión de trabajos de los estudiantes de la carrera de Psicología. Por otro lado, se señaló la importancia del proyecto editorial y de su factibilidad económica. En este punto se destacó la importancia de la revista ConSciencia, que no pierda el objetivo para lo que fue creada.

Por su parte, la Dra. Gloria C. Chávez afirmó que llegar al número 15 de un espacio editorial como es la revista ConSciencia, puede tener más de un significado en función del tiempo que ello representa para cada uno de los que han construido este espacio de divulgación.

Para la Doctora es importante que los estudiantes valoren un escrito en función del tiempo que tiene de circular entre los lectores, enfrentándose a la categoría de lo que representa el espacio temporal, ya que: "... El tiempo, rigurosamente hablando, es impensable sin la creación; de otra manera el tiempo sería sólo una cuarta dimensión espacial supernumeraria, el autor es contundente al decir 'el tiempo no es nada o es creación'" (Castoriadis 1998:64).

En esta tónica, los siete años transcurridos desde aquel agosto de 2004 en que se presentó el primer número de la revista, tendríamos que asumirlo como un ejercicio para recuperar las particularidades de una dinámica de construcción histórica, articulada por aportes individuales y colectivos, que hoy nos permite tener en la ULSA Cuernavaca una Escuela de Psicología, espacio educativo que desde sus inicios acogió el extraordinario reto de abrir un lugar de construcción colectiva a través de su revista ConSciencia. Así lo expresó la Doctora.

En sus orígenes, nos recuerda, este espacio editorial se erigió con los propósitos de: 1. "... ser un foro de reflexión y análisis de la ciencia psicológica de la comunidad en la ULSA-C..."; 2. "... un espacio de comunicación entre las instituciones Lasallistas interesadas en el estudio de la ciencia en general y de la psicología en particular convirtiéndose en un foro universitario para compartir experiencias y conocimientos que contribuyan en la misión de la educación Lasaliana" (2004).

Afirma también que, en el fondo, la inquietud del grupo de académicos responsables de la iniciativa de impulsar la revista ConSciencia, convenía en la necesidad de ofrecer a la emergente comunidad académica, un lugar para exponer su pensamiento y circular la palabra, como testimonio del compromiso de formar psicólogos capaces de responder al entorno histórico y social que demanda recuperar la condición de ser humano con el derecho de ser respetado en todo cuanto vale ser una persona.

La unidad analítica que propone Castoriadis en la tesis de creación y tiempo, citada por la Dra. Chávez, la lleva a tomar aquella que representa el horizonte temporal de siete años y recuperar la inmensurable cadena de esfuerzos de creación implicados en los 14 números anteriores de la revista así como en su más reciente edición. En síntesis, para la Doctora una idea de creación significa una creación auténtica, una creación ontológica, la creación de nuevas formas, según palabras de Castoriadis (1998).

Por último, esta autora se pregunta: ¿cuál es la naturaleza del proyecto de creación volcado en la iniciativa de proponer una revista como ConSciencia? Y a manera de respuesta afirma: "Hoy la revista ConSciencia es una modalidad de trabajo académico a través de la cual se han emprendido muy diversos esfuerzos en torno a la divulgación del conocimiento. Como espacio abierto a la comunidad, contiene trabajos de estudiantes, profesores e invitados, con intereses afines a un proyecto de compartir un saber originado en el campo disciplinario de la psicología y el psicoanálisis; en ellos se ensayan propuestas con distintos niveles de construcción, que parten desde miradas múltiples e interdisciplinarias hasta generar un trabajo que aborda la complejidad para acercarse a la transdisciplina."

Finamente, la Dra. Chávez sostiene que ConSciencia es una vertiente de formación central para los estudiantes de Psicología, desde el ofrecimiento de escribir momentos significativos del proceso de formación de asignaturas teóricas o las propias prácticas de intervención que realizan en distintas instituciones y comunidades.

Para concluir el evento, se realizó la entrega de reconocimientos a los estudiantes con calificaciones de nueve o mayor de nueve.

La Maestría en Psicoterapia Dinámica inició el pasado mes de septiembre de 2011 con un grupo de 11 estudiantes. Esta maestría surgió a partir de la especialidad en la Psicoterapia Dinámica que se impartía desde algunos años en esta universidad. Por lo que existe la posibilidad de que los estudiantes egresados de especialidad por medio de un proceso de revalidación de estudios, ocho materias, se incorporen a este programa de posgrado. Para el inicio del segundo cuatrimestre en enero de este año, y gracias a la estructura flexible del programa de la Maestría, fue posible que se inscribieran cuatro estudiantes, lo que permite pensar en la buena acogida de este programa.

Cabe mencionar que también cuenta con alumnos procedentes de Acapulco, Taxco y otros lugares de Guerrero y del interior del estado de Morelos.

La última generación con la currícula diseñada en 2003 está por terminar en este año, así como la generación de sexto semestre que se está formando con el programa de 2009.

El miércoles 14 de diciembre se llevó a cabo la sesión final de las Prácticas de Integración (PI), en la que se presentaron los informes y trabajos individuales y por grupo de acuerdo a cada escenario.

Los alumnos de tercer semestre PI-II asistieron a cuatro centros e instituciones educativas regulares y de educación especial con poblaciones dentro y fuera de la norma; lo anterior permitió a los estudiantes llevar a cabo reflexiones más allá de la teoría para contrastarlas con la realidad. Los trabajos presentados en la sesión muestran algunos aspectos aplicados de la metodología de investigación de corte cualitativo. Uno de los temas fue el de la violencia que se manifiesta en estos pequeños de preescolar, bajo modalidades más o menos específicas pero teniendo un referente familiar y acentuadamente dominado por los medios de comunicación.

Los estudiantes de quinto semestre PI-IV asistieron a espacios de población para la tercera edad, asilos y centros de día. Las instituciones también representan espacios privados donde se ofrece este servicio de atención así como los del estado, para contrastar y conocer diversas modalidades del servicio. Entre las instituciones públicas a las que asistieron fue muy interesante la apertura del DIF estatal, que permitió la presencia de los estudiantes en cuatro centros denominados de día: dos en el municipio de Zapata, uno en Jiutepec y otro en esta ciudad; en los que se implementa un programa que,

además de otras actividades, tiene por objetivo apoyar un trabajo referente a aspectos de la salud mental en esta etapa de la vida.

En las instituciones privadas, los informes de los alumnos revelan algunos aspectos como apoyos y talleres de estimulación cognitiva que les permitieron elaborar a partir de sus proyectos terminales de la carrera, mismos que previamente se les había autorizado aplicarlos en las correspondientes instituciones.

El séptimo semestre PI-VI representa un reto para el área de la Psicología Clínica y de la Salud. A pesar del antecedente sobre la poca importancia que las instituciones médicas y hospitalarias conceden al trabajo del psicólogo, fue posible que los estudiantes plantearan diversas formas de presencia e intervención en apoyo a diversos procesos mórbidos, con objetivos claros de apoyo y adhesión a tratamientos en beneficio y restablecimiento de la salud. El equipo de trabajo en la dirección de enseñanza e investigación y el Departamento de Servicio Social del Hospital del ISSSTE, desde que se encontraba ubicado en Cuernavaca (Hospital

Carlos Calero) y actualmente en sus nuevas instalaciones en Xochitepec, el Hospital de Alta Especialidad "Centenario de la Revolución" ha apoyado permanentemente la presencia de nuestras estudiantes, con el soporte de asesoras que han ido orientando el trabajo de manera sensible y eficiente. En este semestre las actividades de los alumnos se llevaron a cabo en los servicios de Hemodiálisis, Pediatría, Rehabilitación, Ginecología y Psicología Clínica. En el área de adicciones, representa un espacio de riesgo en el que los estudiantes y los asesores trabajan en equipo de análisis, y la intervención es siempre supervisada también por la institución y orientada las más de las veces al apoyo de actividades y talleres grupales. El escenario para esta área fue una clínica privada.

Fe de erratas: en el artículo publicado en la revista ConSciencia número 12, El papel del psicólogo clínico en la terapia sexual: un panorama general, de Carlos F. Soto Chico, no se incluyó el nombre de la coautora: Tanya Paloma Snyder Salgado, estudiante de Psicología de esta universidad.

# Entretejidos de psicología y arte, anotaciones teóricas y experiencias del Encuentro Interdisciplinario La Silla del Psicólogo

Psic. Rosa Isabel Castillo Carvajal 1

"La madurez del hombre es haber vuelto a encontrar

la seriedad con que jugaba cuando era niño."

F. Nietzsche.

Rosi, ¿sabes cómo me siento? Me siento como esa pintura, ésa de Munch –hace gestos poniéndose las manos en la cara, como en El grito–, así siento que estoy por dentro. Hace años, trabajando en un hospital, llegó un adolescente, se trataba de un chico al que le resultaba difícil hablar de sus emociones, simbolizar con la palabra las sensaciones corporales ligadas a la angustia o la tristeza. Le resultaba difícil hablar libremente. Pero tenía otros medios para iniciar su comunicación, uno de ellos era el arte; para ser más precisa, las imágenes de obras conocidas por él y por muchos de nosotros. Yo no sabía mucho de eso, se desataron preguntas: ¿me puedes describir cómo es eso?, ¿cuándo?, ¿qué te hace sentir así? Después de decirle que no conocía esa obra de arte, él tenía que contarme de ella y de él mismo.

Durante la formación psicoterapéutica discutimos muchos temas, teorías y técnicas de entrevista, de psicoterapia, los distintos modelos que aportan sendas formas de trabajo. Estudiamos la psicopatología, tenemos supervisión; podría seguir enlistando las áreas de formación. Sin embargo, nunca tuve la oportunidad de revisar cómo el arte funge como medio de comunicación y también como un espacio de desarrollo personal o de aplicación de técnicas terapéuticas. Creo que incluso, en ese momento, me hubiera parecido una forma de aplicación silvestre de las técnicas psicoterapéuticas o de las teorías psicológicas.

Han pasado los años y esto ya no lo veo así. La experiencia de trabajo con personas como la que cité, quien me hizo adentrarme en el mundo del arte, primero como necesidad y luego por fascinación, me ha orientado al estudio en esta área.

La relación entre la psicología y el arte es evidente a lo largo de la historia y dentro del desarrollo de la psicología. Malpartida (2006) hace un recuento en donde refiere que Freud escribió 22 trabajos sobre arte, creatividad y cultura; "estética" es una palabra que aparece 48 veces en un total de 28 trabajos. Aun así, es en las últimas décadas que se ha dado un acercamiento más constante entre las dos disciplinas. Los diferentes modelos en psicología plantean y profundizan sus explicaciones sobre lo que pasa en el proceso creativo; de la misma manera hablan de qué manera puede utilizarse el arte como herramienta terapéutica.

Empezaré entonces describiendo algunas aportaciones desde el psicoanálisis. Para el psicoanálisis (Schneider, 1974), la pieza final, la obra del artista, funciona como un espejo en donde el Yo permite la expresión tanto de contenidos conscientes como inconscientes que se reflejan y muestran el contenido ambivalente de la psique. Desde esta idea, el artista puede ver su reflejo más completo en su obra, reconocerse y expandir su dominio consciente en tanto sea emocionalmente posible para él. Sin embargo, con temor de decir

Maestra en Psicología Clínica Infantil, psicoterapeuta y docente de la Universidad Marista de Mérida. Desde 2009 coordina, junto con el artista visual José Luis García, el encuentro Interdisciplinario "La silla del psicólogo", el cual busca generar foros de discusión en diferentes espacios culturales y universitarios sobre los procesos creativos, la mirada de la psicología de ellos y recuperar la experiencia de los artistas para favorecer el acercamiento a las artes como medio de expresión y desarrollo personal. Contacto: Rosa Isabel: risabel70@yahoo.com y <http://lasilladelpsicologo.blogspot.com>

lo obvio, es importante recordar que el mensaje o la información que se devuelve en la obra no es literal, ya que representa una imagen elaborada, impregnada tanto del proceso primario como secundario pero que, filtrada por el Yo, poco tiene de literal. Del Conde (2002) refiere que el impulso por comunicar hace que se vierta cualquier contenido, pero no de cualquier forma, ya que el cómo está filtrado por el Yo y sujeto a la flexibilidad del Súper Yo.

*Una gran obra de arte es un sueño que se ha convertido en realidad tangible; es una brillante percepción y representación de las formas imposibles e impermisibles en que nos lanzamos contra la realidad y, al fallar, convertimos en un sueño, en el que se resume la acción y su consecuencia, cuando dormimos en nuestro propio mundo interior de deseos (Schneider, 1974, p. 306).*

Aquello que simbolizamos en el sueño, lo que olvidamos por efecto del proceso secundario, queda plasmado en una pintura, poema o cualquier otro producto artístico. Como si lo oculto no lo pudiera ser más y se convirtiera en color y forma, en símbolos que el artista repite a veces, generando una forma particular de comunicación para sí y para los otros. De esta manera, dicen González y Nahoul (2008), el arte, como forma de comunicación, nos permite acercarnos a las inconformidades, los sueños, los deseos del artista que pretende impactar con su mensaje el mundo que habita. García (2009) refiere que en su obra, él plasma sus deseos, lo que espera del mundo, lo que idealiza para sus hijos, para él, para los otros (entrevista disponible en red, <http://lasilladelpsicologo.blogspot.com/>).

Sin embargo, este proceso no es fácil: permitir la actividad creadora requiere, de forma ideal, de un Yo suficientemente saludable, que permita ejercer el juego entre la fuerza y la debilidad, la regresión adaptativa al servicio del Yo, la regresión constante, sin temor de perder la organización. Uno de los síntomas más importantes de la psicopatología infantil es la ausencia de actividad lúdica. No jugar para un niño es, en muchos casos, una forma de defensa ante los productos del juego, el temor inconsciente de verse reflejado en esta actividad. El artista juega con sus materiales, con las palabras, la roca, el lápiz, la pintura. Requiere de la fuerza suficiente para encontrarse consigo mismo en sus productos, con esa parte que no ve pero que se le refleja, y también la angustia que provoca la unidad del Yo al poder reconocerse ambivalente.



Figura 1. José Luis García, Misericordia, colección De la magia.

¿Qué implica esto? Para muchos de nosotras y nosotros, psicoterapeutas interesados en el arte, estas afirmaciones implican que, además del estudio de la iconografía y la psicobiografía como caminos para la interpretación de la obra del artista, el acto creativo puede ser un medio de desarrollo, de expansión de los dominios conscientes del Yo. ¿Por qué? Porque el contenido psíquico sale, enviste la obra y ésta le regresa un nuevo contenido a la persona. El arte permite al creador, reconstruirse. No pretendo decir que esto sucede siempre. Es una posibilidad. También sabemos que ante la catarsis continua sin posibilidad del Yo de reunificarse, puede ocurrir una crisis en el artista.

Rogers, entrando en otro terreno teórico, refiere que la actividad creadora requiere de la apertura a nuevas experiencias. Esto implica que un Yo que ha perdido el contacto con el organismo, que ha perdido la autenticidad en las experiencias, tiene menos posibilidad de entregarse a la creación; la originalidad incluye la capacidad de producir de forma, además de novedosa, impredecible, sorpresiva y unificada. Implica alejarse de la racionalidad, conectar símbolos propios, conectarse con los recuerdos significativos en el presente, tender a la autorrealización.

“La silla del psicólogo” es un proyecto en el que nos hemos reunido tanto artistas como psicólogas y psicólogos, explicando la propia experiencia y la postura teórica desde que entendemos lo que

sucede en el proceso creativo, con el objetivo de generar un foro en el cual los estudiantes de psicología y artes de la península de Yucatán, en espacios culturales diversos y distintas sedes universitarias, comparten también su experiencia y entendimiento. En estos foros hemos podido observar cómo algunas y algunos artistas que empiezan su camino en el área, refieren que al inicio sólo copiaban, tenían temor de expresarse libremente, ajustando su producción a lo que podríamos llamar la aceptación condicionada de la que habla Rogers como elemento no favorecedor del desarrollo. Conforme se hace más sólida su identidad como artista, se permite además la creación más libre, más auténtica, más revolucionaria, cambiante, no sólo del mundo ante el que se inconforma si no de sí mismo, del sí mismo.

Octavio Peniche, músico y artista visual que participó en el encuentro más reciente, comentó acerca de su proceso personal, el cual le ha implicado tanto dolor psíquico como satisfacción ante su obra. Ha sentido continuamente el conflicto producto del cuestionamiento de su realidad, de sus relaciones, que provoca una lucha interna constante. Peniche refirió que le hace sentir vivo y pleno, no necesariamente feliz todo el tiempo (comunicación verbal, 27 de mayo de 2011, Encuentro Interdisciplinario La Silla del Psicólogo, Mérida, Yucatán). Parece un descripción de lo que podría pasar en un encuentro facilitador del desarrollo desde la mirada humanista.



Figura 2. José Luis García, Dos figuras cantando al universo, colección De la magia.

En Valladolid, Yucatán, Salvador Lemis comentaba que escribiendo podía pasarse las horas sin darse cuenta; podía no comer, dormir poco, ya que hay una inmersión completa en el proceso. Esta misma experiencia la encontramos descrita en la literatura y, explicada desde otra mirada, la de la psicología positiva. La vivencia del *fluir*, descrita por Csikszentmihalyi, provoca en el Yo la pérdida de la sensación de autoconciencia, la cual se recupera con el logro de la meta o la obra. Esta experiencia es una de las más gratificantes que puede tener una persona porque involucra una actividad en donde comprometemos nuestras habilidades con nuevos retos, haciéndonos sentir competentes pero también innovadores. Carr (2007) refiere que cuando la persona se permite entrar en un proceso creativo, se abre una espiral de crecimiento; experimentamos emociones positivas que alientan la permanencia en la actividad creadora, ampliamos, con los retos de la nueva tarea, nuestro repertorio de habilidades que favorecen el fortalecimiento de recursos personales permitiendo su transformación.

Pero, ¿qué es lo que sucede? ¿Se transforma el Yo? ¿Se enriquece? ¿Se expande? A través de las nueve sedes de “La silla”, hemos encontrado voces que responden no desde la teoría sino desde la vivencia. El Yo se enriquece y se expande. En la actividad creadora la identidad se matiza, se permite vivenciar emociones no integradas, las incorpora; metaboliza pérdidas, cristaliza aspectos del Yo ideal, dialoga con ellos. Sin embargo, esto podría suponer que el arte sólo sirve para el propio creador y no es eso lo que se ha encontrado en la investigación.

Como producto de la investigación sobre la felicidad, tenemos ahora la información que nos dice que tendemos a heredar el nivel de felicidad que experimentamos, pero esos rangos de felicidad varían de acuerdo a las fortalezas que desarrollamos y las experiencias que nos provocamos. Así, aprender a perdonar, hacer ejercicio, escuchar buena música y ver obras de arte, entre otras experiencias, elevan nuestro nivel de felicidad experimentado (Carr, op. cit.). Pero ¿cómo? El camino más sencillo es a través de la estimulación de los sentidos, la contemplación del arte los activa, amplía nuestra experiencia. Aunque esto se puede potencializar si tomamos la invitación de González y Nahoul (op. cit.) para ejercitarnos en la contemplación, abriendo un diálogo imaginario con lo que veo (o leo, o escucho), registrar la respuesta, imaginar una charla con el autor y preguntarnos ¿qué nos dice?; un diálogo sin la intención de analizarlo a él, sino de entender qué nos mueve a nosotras, porque cada obra puede agitar nuestro mundo interior, y si escuchamos los ecos podemos enriquecernos.

En nuestra primera sede, Rosi, una estudiante de psicología, decía en el foro, luego de escuchar al artista visual invitado, a las dos psicólogas hablando de distintas miradas del proceso creativo, que ella se iba del encuentro con el aprendizaje de que una obra valía no sólo por el desarrollo de la técnica por parte del autor, por su propuesta, sino por lo que podía decirle a ella sobre sí misma, que vería una siguiente obra intentando no juzgar ni analizar sino preguntándose ¿qué me dice a mí?

Los artistas son testigos y narradores de su tiempo, de su historia personal y de su entorno. Son, desde mi mirada y la de otros, activistas y contestatarios, sin embargo en alguna charla he escuchado decir que el arte ha muerto. No estoy segura si se refiere a que las formas tradicionales de arte se han modificado o si es una denuncia, y lamento la menor actividad creativa, pero me hizo preguntarme ¿por qué existiría el riesgo de ver morir a la creatividad? Creo que tengo una respuesta personal. Ante un mundo tan lleno de estereotipos, de metas personales puestas a priori, el acatamiento es la forma más frecuente de adaptación a la sociedad y también la base más enfermiza de desarrollo personal. Si nos atrevemos a vincularnos de forma creativa, de vernos a nosotras mismas más allá de las definiciones personales, si nos atrevemos a expresar y buscar la resonancia de esa expresión en los Otros, es posible que el desarrollo funcionaría más como esa espiral ascendente de crecimiento, permitiendo que distintas áreas de nuestro ejercicio como personas se fortalezcan. El arte es a la libertad, como la identidad “saludable” es también a la libertad, la diferenciación, la autonomía. La psicóloga Alejandra, con un trabajo personal dentro de las artes, me dijo: “cuando no escribía, me sentía pesada, cargada; cuando volví a escribir me sentí de nuevo libre”.

Podemos usar nuestro conocimiento para entender cómo funcionaba la psique de los grandes artistas, podemos usarlo también para entender la psicopatología y el desarrollo humano a través del estudio de las biografías y su relación con las obras más significativas. Pero en este trabajo he querido ponerme en un ángulo distinto y comparar las aportaciones de distintas posturas teóricas sobre el efecto favorecedor de la actividad creadora en el desarrollo. Yo no leo divergencias significativas. Atrevemos a la expresión creativa, en las relaciones, en nuestra construcción de la identidad, en la producción artística permite desplegarse hacia un estado óptimo.

Mérida, Yucatán, 2011.

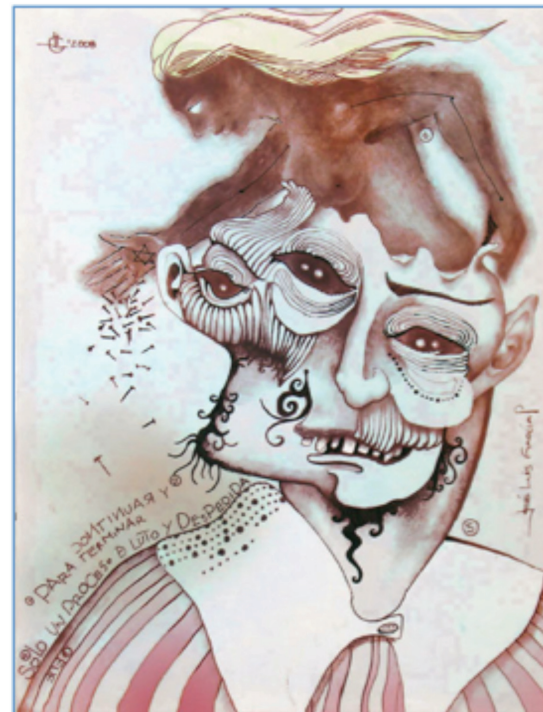


Figura 3. José Luis García, *De luto y despedida*, colección *La Silla del Psicólogo*.

#### Bibliografía

- Carr, A. (2007). *Psicología positiva, la ciencia de la felicidad*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Del Conde, T. (2002). *Arte y psique*. México: Editorial Plaza y Janés.
- García, J. (2009). Entrevista al maestro José Luis García, exposición *La silla del psicólogo*. Disponible en <http://lasilladelpsicologo.blogspot.com/2010/03/fragmento-de-la-entrevista-al-maestro.html>
- González, J. y Nahoul V. (2008). *Psicología psicoanalítica del arte*. México: Editorial Manual Moderno.
- Nietzsche, F. (1999). *Más allá del bien y del mal*. México: Editorial Fontamara.
- Rogers, C. (1996). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. México: Editorial Paidós.
- Schneider, D. (1974). *El psicoanalista y el artista*. México: Fondo de Cultura Económica.

# Antropología médica: Influencia cultural en la medicina

Elena Soto Chico<sup>2</sup>

#### Resumen

La antropología médica sirve para entender la salud de los seres humanos dentro de su contexto cultural. En este sentido, se reconoce que la cultura de las personas influye en la manera en la que perciben y tratan sus enfermedades. La antropología médica representa un estudio integral que involucra las variables biológicas y culturales para explicar la forma en la que las enfermedades afectan a la humanidad.

#### Abstract

Medical anthropology serves to understand the health of the human beings in their cultural context. In this sense, it recognizes that the culture of the people influences the way in which illness is perceived and treated. Medical anthropology represents an integral study that involves biological and cultural variables in order to explain the way illness affects humankind.

#### Palabras clave

Antropología, medicina, cultura, enfermedad, etnomedicina.

#### Keywords

Anthropology, medicine, culture, illness, etnomedicine.

#### Introducción

La enfermedad y el cuidado a la salud son comunes para todas las sociedades. Sin embargo, las maneras en que cada sociedad percibe y trata sus enfermedades son variables. La cultura determina el curso del tratamiento que sigue cada persona. En este tenor, la antropología médica se puede considerar el estudio comparativo y holístico de la cultura y su influencia en la enfermedad y cuidado a la salud (Logan & Hunt, 1978, p. 4).

La antropología médica es una de las áreas de especialización de crecimiento más rápido dentro de la antropología y permite entender el papel

significativo que la cultura tiene en la etiología de la enfermedad y la conducta del paciente. En muchas universidades alrededor del mundo se imparten programas de antropología médica debido a su gran importancia en el ámbito de las ciencias sociales, ciencias médicas y humanidades. Este estudio se ha podido desarrollar por la creciente conciencia del papel de la cultura en la salud.

Este artículo tiene como propósito entender la relación que existe entre la evolución y la etiología de la enfermedad, las creencias y prácticas médicas de culturas no occidentales, y la complejidad del sistema de salud en sociedades pluralistas. Asimismo, se busca entender la influencia de la cultura en el cuidado a la salud. Es decir, se intenta tener una visión holística que considera una multiplicidad de factores que interactúan en el estudio de la antropología médica. Y se busca revelar la importancia de la cultura en la medicina y apreciar las maneras en las que la cultura influye en la salud en diferentes escenarios.

Para una mayor organización del panorama general que intenta plasmar este artículo sobre la antropología médica, se ha dividido en tres partes fundamentales. En la primera parte trata de comprender de manera holística en qué consiste y cómo surge la antropología médica, y cuáles son sus fundamentos teóricos. En la segunda parte se profundiza en el aspecto biológico y las bases científicas que debe considerar la antropología médica y su interrelación con la evolución de la cultura. Finalmente, se expone el papel que tiene la etnomedicina en la actual sociedad moderna y sus implicaciones prácticas en un ambiente de pluralismo cultural.

#### 1. Perspectivas y aproximaciones de la antropología médica

El objetivo de este apartado es ilustrar y definir la posición de la antropología médica en relación con las ciencias conductuales, sociales, biológicas y médicas. Primero es importante definir lo que se entiende por antropología médica, cuáles son sus



límites y sus principales puntos de enfoque. De esta manera, también se revisa el modo en el que se ha desarrollado la antropología médica para comprender sus alcances. Asimismo, es de gran importancia revisar las orientaciones teóricas dentro de la antropología médica para entender de forma holística todo lo que abarca su estudio.

### 1.1. ¿Qué es la antropología médica?

La antropología médica ha crecido gracias a las investigaciones y contribuciones de distintas áreas de estudio como la anatomía, odontología, historia de la medicina, salud pública, nutrición, estudios de población, psicología y psiquiatría. Al comprender el panorama general en el cual se desarrolla esta rama de la antropología, se pueden encontrar puntos que la unen y la separan de otras ciencias. A pesar de que la antropología médica es ecléctica, ésta encuentra su unificación en el concepto de cultura (Logan & Hunt, 1978, p. 1).

Lo más importante en el estudio de la antropología es el hombre y lo más importante en el estudio de la medicina y la salud es el hombre también (Hasan, 1975). Aun así, el enfoque que toma la antropología respecto al hombre es siempre el de la cultura. Ésta es la compleja totalidad que incluye conocimiento, creencias, arte, moral, ley, costumbre y cualquier otra capacidad y hábito adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad (Burnet, 1962). La cultura comprende la conducta observada de los seres humanos, incluyendo el lenguaje, simbolismo y los logros tecnológicos. Para Robert Carneiro (1968, 551) cultura es algo que el hombre interpone entre él mismo y su ambiente para asegurar su seguridad y supervivencia. El antropólogo se pregunta acerca de las afiliaciones culturales y étnicas, prácticas y creencias, valores y premisas de la gente. El antropólogo médico observa las diferencias culturales que separan al médico del paciente y hace énfasis en la comunicación y el problema de percepción, así como el diferente papel de las expectativas desde distintos ambientes culturales.

La antropología médica puede ser definida como la rama de la ciencia que estudia los aspectos biológicos y culturales (incluyendo históricos) del hombre para poder entender los problemas médico-históricos, médico-legales, médico-sociales y de salud pública<sup>3</sup> de los seres humanos (Hasan & Prasad, 1959). En la actualidad, los antropólogos médicos trabajan en hospitales, clínicas, organizaciones de investigación y agencias de gobierno. Sus contribuciones en la enseñanza e investigación en diferentes universidades se observan sobre todo en el campo de la medicina, odontología, enfermería y salud pública.

Como estudio total del hombre, la importancia de la antropología médica radica en que ha contribuido con información y técnicas valiosas a varias ramas de la medicina y la salud, como a la enfermería, odontología, salud pública, anatomía, historia de la medicina, medicina forense, medicina social y preventiva, psiquiatría, pediatría, nutrición, geriatría, epidemiología, y otros aspectos de la salud relacionados con la conducta (Hasan & Prasad, 1959).

La antropología médica no es sólo una manera de ver el estado de salud o enfermedad en la sociedad, si no la manera de ver a la sociedad. El estudio antropológico de la influencia social y cultural en la medicina incluye tanto temas de relevancia terapéutica, así como fenómenos de especial interés debido a sus efectos a lo largo de la evolución humana.

La salud y la enfermedad miden la efectividad de adaptación de un grupo de humanos a su medio ambiente debido a la combinación de los aspectos biológicos y culturales que los rodean. La medicina moderna define el concepto de enfermedad como cualquier estado, orgánico o psíquico, real o imaginario, que afecta el bienestar de una persona, mientras que la salud es la ausencia de cualquier enfermedad en una persona (Dubos, 1968). Debido a la relación que se da entre salud y enfermedad, y los factores culturales y biológicos, existe un gran interés antropológico en cuanto a temas de carácter médico y cultural (Lieban, 1974).

Desde los primeros sistemas médicos de los que se tiene conocimiento histórico hasta el presente, se ha podido observar la constante en la que las variaciones en la salud tienden a relacionarse con variaciones en las circunstancias sociales.

La salud y la enfermedad no sólo se ven afectadas por factores biológicos, sino que también se ven afectadas por aspectos culturales y comportamientos sociales. Ackerknecht define la situación de la siguiente forma: “las enfermedades y sus tratamientos son puramente procesos biológicos en lo abstracto, factores como la manera en la que una persona se enferma, qué tipo de enfermedad adquiere y el tipo de tratamiento que recibe depende ampliamente en factores sociales” (Ackerknecht, 1947). El concepto de causas múltiples para una enfermedad es aceptado hoy en día. Esto significa que no es nada más un fenómeno biológico, sino también un fenómeno social y cultural (Hasan K. A., 1975).

El interés en cuanto a las dimensiones sociales y culturales de las enfermedades, alcanzó su tope en occidente en el siglo XIX debido a los problemas de salud que surgieron después de la Revolución Industrial. Durante ese periodo el máximo desarrollo de la medicina social estaba a cargo de Villerme en Francia y Virchow en Alemania. Ellos enfatizaban la importancia de la realización de investigaciones científicas sobre el impacto en la salud de las condiciones sociales y económicas, así como la obligación de la sociedad por asegurar la salud de sus miembros (Ackerknecht, 1947).

A finales del siglo XIX, la medicina moderna se comenzó a preocupar por los agentes micro-orgánicos como principales causantes de las enfermedades, con lo que se dejaron a un lado los factores sociales y culturales, disminuyendo el interés que se tenía por ellos (Galdston, 1959).

Según Galdston, los desórdenes y enfermedades que dominan actualmente no son producto de agentes patógenos, si no a factores económicos, sociales, políticos y culturales: “La mayoría de la sociedad debido al ritmo de vida al que se someten

día con día se ven perjudicados por los factores sociales, políticos, culturales y económicos que necesitan ser tratados de una manera muy distinta a las enfermedades causadas por agentes patógenos tratadas mediante la medicina moderna” (Galdston, 1963).

Asimismo, muchos médicos y biólogos han contribuido al desarrollo de la ciencia del hombre, gracias a sus aportaciones en cuanto a las ramas de biología, anatomía, paleontología, serología, genética, etcétera (Hasan K. A., 1975).

### 1.2. Orientaciones teóricas

Investigaciones realizadas en el siglo pasado a tribus africanas, americanas y australianas, dan suficiente evidencia de la salud que se puede alcanzar bajo condiciones de vida primitivas y en climas extremos.<sup>4</sup> De estos estudios se concluye que el humano tiene por naturaleza el potencial de alcanzar un alto nivel de bienestar físico y mental, a pesar de las condiciones de vida a las que se encuentre sometido.

En la actualidad, no existe todavía un gran desarrollo teórico en antropología médica. Aún no se ha podido llegar a un consenso tal para instaurar teorías generalizadas que expliquen todos los aspectos que cubre la antropología médica. Por esto, no se puede hablar de teorías, sino de orientaciones teóricas que son fundamentales para entender los puntos clave de este estudio.

Desde los inicios de la antropología médica, los antropólogos, científicos, biólogos y médicos se dedicaron a estudiar las regularidades repetidamente observadas en la naturaleza de las enfermedades en el hombre. De esta manera, se encontraron tres regularidades en todas las culturas humanas:

1. La enfermedad es un hecho universal de la vida humana, ocurre en todos los tiempos, lugares y sociedades.

3. La salud pública es confundida a veces con medicina preventiva, medicina social o medicina comunitaria. La salud pública surgió como intento de controlar enfermedades comunicables y epidemias, y para el saneamiento del ambiente. Se considera que para lograr los objetivos de la salud pública no sólo se debe encontrar las causas biológicas de las enfermedades, sino también lograr cambiar culturalmente la conducta regulada (Leavell & Clark, 1965, pp. 7-13).

4. En los años sesenta los médicos, antropólogos y biólogos occidentales estudiaron a los MebanNegroes del este de África y a la tribu Chavanté de Brasil, los cuales viven aislados en pueblos primitivos, con fuentes de alimento limitadas, bajo condiciones climáticas extremas y sin contacto con la medicina y tecnología de los pueblos occidentales. Se observó que los hombres de la tribu no contaban con caries en sus dientes, ni alta presión, ni cáncer, ni la presencia de otras enfermedades degenerativas comunes en las sociedades civilizadas.

## 2. Todos los grupos humanos desarrollan métodos para lidiar o responder a enfermedades.

3. Todos los grupos humanos desarrollan conjuntos de creencias y percepciones consistentes con su cultura para definir la enfermedad (Rivers, 1924).

A pesar de esto, los primeros investigadores y antropólogos médicos sólo se limitan a describir las regularidades observadas pero no las explican del todo.

Rivers (1864-1922) es considerado un médico pionero en el desarrollo de una orientación teórica que propone una relación sistemática entre la medicina nativa y otros aspectos de la organización cultural y social. Crea un modelo conceptual para entender la relación entre las percepciones culturales, las creencias acerca de las enfermedades y las prácticas o conductas para tratarlas. Explica que existe una percepción cultural mágica en la que la enfermedad es causada por fuerzas mágicas (manipulación humana) y su cura es a través de hechiceros. Otra percepción cultural es la religiosa, en la que las enfermedades son causadas por fuerzas sobrenaturales y sólo se curan por los mismos medios; y la percepción naturalista donde las enfermedades son causadas por procesos naturales y se curan a través de tratamientos empíricos específicos. Rivers hace énfasis en la diferencia entre la medicina moderna (naturalista-científica) y la primitiva (mágico-religiosa) (Logan & Hunt, 1978, pp. 25-27).

Ackerknecht desarrolla las ideas de Rivers y establece una orientación teórica similar haciendo énfasis en el estudio de la etnomedicina dentro de la sociedad occidental: "la medicina primitiva es principalmente mágico-religiosa, utilizando unos pocos elementos racionales, mientras que nuestra [moderna occidental] medicina es predominantemente racional y científica empleando unos pocos elementos mágicos" (Ackerknecht, 1947, p. 467).

Finalmente, la orientación teórica más aceptada en el campo de la antropología médica es la del modelo ecológico. En ésta se explica de manera integral la interrelación de los factores culturales estudiados por la antropología con la teoría biológica de la evolución. De este modo, se constituyen los factores culturales, biológicos y ambientales para comprender la evolución de las enfermedades en los seres humanos.

## 2. Evolución cultural, biológica y de enfermedades

Al comprender las orientaciones teóricas en las que se fundamenta la antropología médica, se puede profundizar en la última orientación teórica del modelo ecológico, que toma en cuenta la evolución y distribución geográfica de la enfermedad, los medios por los cuales las sociedades han aprendido a lidiar con enfermedades y las maneras de mejorar el sistema de medicina moderno en escenarios tradicionales.

Así, se comprende el papel de la adaptabilidad biológica en relación con los cambios culturales en el hombre y cómo ambos han afectado en la evolución de las enfermedades humanas y su manera de tratarlas.

El modelo ecológico intenta comprender la adaptabilidad biológica del humano, la evolución cultural y su relación con la evolución de enfermedades.

En este sentido, la salud se debe entender en términos de las interrelaciones que unen a la biología, el ambiente y la cultura a través del tiempo. Los cambios graduales pero profundos en la demografía, subsistencia y tecnología han alterado las enfermedades que afectan a los seres humanos. Los problemas de salud de la sociedad moderna son drásticamente diferentes a los que existían antes. Se debe tener en consideración los aspectos culturales de las prácticas del cuidado de la salud en sociedades tradicionales y modernas para poder recrear los cambios que han tomado lugar en la sociedad y que han afectado en la creación de nuevas enfermedades.

## 2.1. Paleopatología

La paleopatología estudia la longevidad, lesiones y enfermedades de los primeros humanos. Gracias a las recientes aportaciones, el antropólogo médico puede reconstruir lo que un humano antiguo pudo haber vivido antes de la evolución de los sistemas de cuidado a la salud.

La paleopatología es el estudio de la morbilidad y mortalidad en poblaciones prehistóricas. Desde esta perspectiva, se ve a la enfermedad como un fenómeno en constante cambio. Las enfermedades que afectan a los grupos humanos son productos de condiciones ecológicas. Sin embargo, se puede considerar que la evolución cultural es un proceso que afecta al tipo y la frecuencia de las enfermedades en las poblaciones humanas.

La manera en la que se realizan los trabajos paleopatológicos es mediante la investigación de evidencia encontrada de enfermedades prehistóricas en restos de huesos humanos, restos fósiles, obras de arte y momias encontradas. Pueden revelar las relaciones hereditarias, la adaptación de las poblaciones a enfermedades y los tiempos y rutas de migración de los humanos prehistóricos (Logan & Hunt, 1978). La paleopatología puede proveer información importante acerca de la evidencia de enfermedades antiguas para entender el proceso de estas enfermedades y comprender las vidas, relaciones hereditarias, prácticas culturales y dietas de las personas prehistóricas <sup>5</sup> (Kerley & Bass, 1967).

La paleopatología hace énfasis en el estudio científico de las enfermedades padecidas por las personas de la antigüedad. Y se volvió una disciplina muy importante durante las primeras tres décadas del siglo XX. La patología de una sociedad refleja sus condiciones generales y su crecimiento, y ofrece pistas e información para un mejor entendimiento de las sociedades actuales.

Las enfermedades infecciosas resultan de la interacción de tres factores: el portador, el parásito y el medio ambiente. Sin embargo, se pueden distinguir diferentes etapas culturales en la historia del hombre y en cada una se observan la creación y propagación de diversas enfermedades infecciosas con distintas características. Entre las etapas culturales más importantes del hombre se encuentran el primer hombre, el hombre de la agricultura, el hombre industrial y el hombre de la actualidad.

Se cree que algunos de los parásitos e infecciones con los que contaban los primates precursores del hombre todavía existen, pero en formas modificadas. Con la aparición de los primeros humanos, algunas de las infecciones con las que contaban eran las que heredaron de sus antecesores primates. Sin embargo, los humanos recibieron un mayor número de infecciones y parásitos debido a los alimentos que consumían (insectos, peces, aves, etc.). Otro tipo de infecciones a las que estuvieron expuestos fueron las recibidas por otros animales, como las garrapatas, ácaros y los mosquitos que tenían interacción con ellos. También fueron expuestos a enfermedades infecciosas como el ántrax y el botulismo, las cuales se dan principalmente debido a la interacción y consumo de animales infectados por dichas bacterias.

Cuando el hombre deja de ser nómada y se vuelve un ser sedentario mediante el desarrollo de la agricultura, se puede decir que sufrió más de las infecciones, ya que perdió su movilidad y se quedó atado a su tierra, donde podía tener excesos de comida y sufrir periodos de sequías. Además, la población comenzó a crecer y hubo mayor contacto entre las personas en un mismo lugar, lo que tendió a un incremento de agentes infecciosos. Asimismo, el sedentarismo promovió el acercamiento de animales a las comunidades, no sólo de los que fueron domesticados como las vacas, puercos,

5. Mediante el estudio paleopatológico de los huesos se han encontrado múltiples traumatismos, como fracturas en el hombre de Neanderthal y más extensamente en el europeo neolítico y en el antiguo Egipto. Además, en algunos restos del hombre de Cro-Magnon, hombre de Neanderthal, el europeo neolítico y la antigua América se han encontrado fracturas en los cráneos debido al uso de armas como los mazos. También la paleopatología ha ayudado al descubrimiento de malformaciones en las antiguas civilizaciones, por ejemplo se han encontrado restos en el antiguo Egipto presentando enanismo, así como restos de Perú, que muestra malformaciones congénitas en el esternón y en la columna vertebral. Asimismo, ha ayudado al descubrimiento de la presencia de enfermedades más específicas, como la sífilis y la tuberculosis en las civilizaciones precolombinas de América debido al estudio detallado de los restos de huesos encontrados. Se han encontrado restos con presencia de tumores malignos en los huesos en las civilizaciones europeas del neolítico y en Perú, pero es muy raro comparado con lo común que sucede dicha enfermedad en nuestros días.

borregos, perros y gatos, sino también de ratas, pulgas y garrapatas que promovían mayor suciedad y mayor número de agentes infecciosos. En los campos de agricultura se comenzaron a utilizar las heces y la orina como fertilizantes de las plantas, lo cual ponía en riesgo a los agricultores de ser contaminados por agentes patógenos ante su constante contacto con ellas. En ocasiones, dichos agentes patógenos eran adquiridos por las plantas, generando epidemias en toda la comunidad debido al consumo de sus alimentos (Cockburn, 1971).

## 2.2 Adaptabilidad biológica y evolución cultural

Los humanos son vistos como evolucionariamente únicos, utilizando y transmitiendo cultura como instrumento eficiente para adaptarse y controlar su ambiente. En la adaptación existe un proceso cultural y biológico. El humano usa la cultura para cambiar el ambiente y este cambio actúa como agente selectivo en la estructura física y de conducta (Alland, 1970). Alland presenta una interrelación entre cultura, biología, ambiente y enfermedad en el proceso adaptativo.

McCraken (1971) intenta relacionar la evolución cultural y las prácticas culturales con la distribución de un rasgo biológico para comprobar la interrelación entre las variables culturales y biológicas.<sup>6</sup>

En este sentido, se ha demostrado que la orientación teórica conocida como modelo ecológico, que combina las ciencias biológicas (sobre todo la biología evolucionaria) con los conceptos socioculturales de la antropología y las ciencias sociales, es la que mejor explica las variables biológicas (enfermedad o salud) como expresiones de las relaciones dinámicas entre poblaciones, sus culturas y sus ambientes (Logan & Hunt, 1978).

6. Para entender la relación entre las variables culturales y biológicas, McCraken estudia un hecho que los antropólogos creían sólo cultural: el hecho de que algunas personas presentan aversión hacia la leche. McCraken propone que esto no es nada más un rasgo cultural sino también biológico, ya que la tolerancia a la lactosa se ha desarrollado en los humanos gracias al cambio en la dieta y la domesticación de animales. En la cultura occidental es común que la gente adulta beba leche, pero se ha comprobado que en otras culturas se presenta una intolerancia a la lactosa. McCraken relaciona con este ejemplo la evolución cultural con la evolución biológica (Logan & Hunt, 1978).

8. En los estudios de Hunt se observa que la piel blanca en humanos se encuentra generalmente en regiones frías. Hunt argumenta que la piel blanca tiene mayor habilidad para sintetizar la vitamina D en el frío (Loomis, 1967). Este estudio también se menciona en McCraken acerca de la tolerancia a la lactosa en sociedades europeas. En éste, argumenta que la leche tiene vitamina D y puede ser un factor por el cual gente de piel blanca necesitaba la leche (Logan & Hunt, 1978).

Al examinar la adaptación humana y la enfermedad desde un modelo ecológico, se entiende mejor las interrelaciones entre el hombre y su ecosistema.

## 2.3. Modelo ecológico

Desde el punto de vista antropológico, la adaptación humana no se considera sólo un proceso evolutivo a través de la selección adaptativa de los primates, sino que también se considera la adaptabilidad biológica como un atributo humano (Lasker, 1969). En este aspecto, Lasker considera diferentes niveles de adaptabilidad humana.

Primero, toma en cuenta que existen diferencias (forma corporal, pigmento de la piel, capacidades) en las poblaciones expuestas a diferentes condiciones en distintas zonas climáticas. Desde una perspectiva evolucionaria, algunas características biológicas y la sensibilidad a enfermedades de la gente de descendencia europea son anormales comparadas con el resto de la especie humana.<sup>7</sup> Los científicos toman como evidencia las comunidades humanas pero también sus ambientes, para explicar fenómenos como la prevalencia de una enfermedad, por ejemplo la malaria o la frecuencia de un gen como el productor de lactasa.

Por otro lado, también se toman en cuenta los otros dos niveles de adaptabilidad del hombre: las adaptaciones adquiridas durante el periodo de crecimiento (necesidad reducida de calorías por dietas bajas en calorías en la infancia), y la aclimatización reversible a las condiciones inmediatas (los cambios que permiten poder trabajar en altitudes altas después de unos días en ese lugar). En este sentido, se consideran importantes los cambios en el ambiente y se incluyen no sólo los elementos bióticos, geológicos, climáticos y geográficos, sino también los aspectos culturales. El estudio del hombre y su cultura debe comprender el

papel preponderante de la adaptación como forma de controlar el ambiente. Una vez hecho esto, se puede llegar a comprender mejor los patrones de enfermedades de los seres humanos.

La relación entre la cultura y la enfermedad se basa en que los cambios en la adaptación cultural resultan del crecimiento de la población y cambio en el balance ecológico, y esto a su vez altera los patrones de enfermedad en los seres humanos. Polgar sugiere cinco etapas en la historia de la enfermedad en el hombre: cazador y recolector, pueblos establecidos, ciudades preindustriales, ciudades industriales y el presente (Armélagos, Goodman, & Jacobs, 1976). En cada etapa existen diferentes patrones de enfermedad que van cambiando según las necesidades biológicas y culturales de las sociedades. Se determina que el desarrollo de la agricultura y de las comunidades urbanas fue lo que más afectó a la salud y bienestar de las poblaciones.<sup>8</sup> En este estudio se dividen a las enfermedades en dos categorías: las que persisten por largo tiempo y son endémicas, y las que mueren rápido. Se considera que las segundas no son perpetuadas y no influyen en la evolución cultural de las sociedades ni afectan la constitución genética de los humanos. Recientemente la aparición de enfermedades altamente endémicas ha hecho que el ser humano se haya tenido que adaptar a éstas en muy poco tiempo (Armélagos, Goodman, & Jacobs, 1976).<sup>9</sup>

La aproximación ecológica permite que el antropólogo aprenda acerca de las enfermedades en poblaciones prehistóricas, los efectos de la adaptación humana y el papel de la evolución cultural en la historia y los patrones de las enfermedades en los diferentes grupos humanos.

8. La revolución agrícola fue beneficiosa para el hombre en el sentido de que pudo obtener comida con mayor facilidad todo el año y aumentó la población, pero también fue perjudicial porque marcó el inicio de cambios en los patrones de las enfermedades por los microambientes que rodeaban al hombre. El sedentarismo trajo anomalías en la dieta, problemas de contaminación del agua y drenaje, deforestación y transmisión de enfermedades de animales domésticos y de roedores. Todo esto contribuyó al cambio y deterioro de la salud y bienestar del hombre. Asimismo, la sobrepoblación y el contacto con otras sociedades influyó en la propagación de enfermedades (Brothwell, 1969).

9. Una importante causa de enfermedades en la época de la exploración de los otros continentes, fue el hecho de que los europeos traían consigo microbios a los que ya habían desarrollado anticuerpos y no eran dañinos para ellos. Sin embargo, al tener contacto con las razas primitivas dichos microbios se hospedaban en los primitivos causándoles grandes problemas de salud e incluso la muerte debido a la falta de resistencia a dichos micro-organismos. En aproximadamente 200 años, el nuevo mundo y el viejo mundo tuvieron un intercambio de enfermedades de las cuales, debido a la mezcla cultural y la migración, las poblaciones han ido adaptándose y creando anticuerpos para resistir esas enfermedades. En la época de la colonización en México, los indígenas de la región se vieron altamente perjudicados debido a las enfermedades traídas por los españoles y por los esclavos africanos llevados a la colonia para el arduo trabajo. La principal causa de mortalidad durante esta época para los indígenas fue la malaria, contagiada por los esclavos africanos.

El futuro de la antropología médica depende de su vinculación con la aproximación evolucionaria. El modelo ecológico provee una aproximación integral que toma en cuenta variables culturales y biológicas para entender la interacción del individuo, el ambiente y la población en el proceso de enfermedad. Puede servir para predecir o reconstruir situaciones epidemiológicas o experiencias de enfermedades pasadas. Por eso, muchos autores esperan que la ciencia ecológica se expanda dentro de la antropología médica, ya que es la manera más completa que toma en cuenta los factores cultural-genético-ecológico para explicar la evolución de las enfermedades y la salud en el ser humano. Por eso, Alland argumenta que “la antropología médica puede servir como vínculo importante entre la antropología física y cultural, particularmente en las áreas de evolución biológica y cultural” (Alland, 1970, pág. 100).

## 3. Etnomedicina, modernización y pluralismo cultural

Así como las enfermedades varían según la cultura, también lo hacen las maneras en las que cada cultura define y trate sus enfermedades. Un concepto universal importante entre las personas está en su intento de entender y curar las enfermedades. La forma en la que la gente explica y responde a la enfermedad es aprendida y varía de sociedad en sociedad. Los síntomas pueden ser atribuidos a diferentes causas según la cultura. Gracias a ésta, la gente aprende a ver y tratar sus enfermedades de maneras diferentes.

La etnomedicina es el estudio de las prácticas y creencias médicas no occidentales (Logan et al., 1978). Los curadores en la etnomedicina llenan una

necesidad espiritual o religiosa, así como una física. Esto ayuda a mejorar la salud mental y la moral. Las creencias y prácticas sobre salud de la gente tradicional son factores importantes no sólo en términos de adaptación biológica sino en el control de la conducta individual también.

### 3.1. Etnomedicina

Todas las sociedades poseen creencias respecto a la naturaleza, causa y tratamiento de sus enfermedades, así como sus propios especialistas en salud o curanderos. Según Leslie, la etnomedicina es el conjunto de prácticas y creencias sobre salud de los pueblos no occidentales, también llamados tradicionales. A diferencia de la medicina moderna, ésta se ha ido construyendo a través de los años mediante la práctica y la experiencia de los distintos pueblos (Leslie, 1969).<sup>10</sup> Hughes expone que la etnomedicina son las prácticas y creencias respecto a las enfermedades producto del desarrollo cultural indígena y no son derivadas del marco de la medicina moderna (Hughes, 1968). Asimismo, señala que inclusive en sociedades modernas pueden existir creencias y prácticas respecto a la enfermedad y su tratamiento que pueden estar basadas en concepciones mágicas o religiosas en lugar de científicas.

Para Lieban la clasificación de enfermedades en la medicina moderna se da en una sola taxonomía de categorías universales, lo que le da un poder transcultural a la medicina por el hecho de que las enfermedades se conocen igual en todas partes del mundo, mientras que los sistemas médicos indígenas tienden a clasificarlas de una manera más limitada con relación a lo que los rodea y existe una variación entre cada cultura<sup>11</sup> (Lieban, 1974). La etnomedicina se desarrolló en cada pueblo por separado, por lo que cada uno de ellos implementó diferentes técnicas y creencias.<sup>12</sup>

Existen aspectos culturales respecto a la etnomedicina, debido a que la manera en la que una persona enferma reacciona a los síntomas, se ve significativamente influenciada por la cultura

de la sociedad a la que pertenece.<sup>13</sup> Las prácticas médicas nativas están inspiradas por las ideas concernientes a la causa de la enfermedad: “Las prácticas médicas nativas son parte de la cultura y constituyen una institución social” (Rivers, 1924, p. 51).

Asimismo, las prácticas preventivas o terapéuticas dentro de la etnomedicina pueden estar basadas en técnicas empíricas o sugestivas. Se ha encontrado que en repetidas ocasiones la etnomedicina resulta eficaz empíricamente desde los estándares de la medicina moderna. Sin embargo, la religión, la medicina y la moral se entrelazan en este tipo de prácticas. El factor sobrenatural se traduce a una forma de control de los poderes del curador hacia la persona. Cabe recalcar que los curadores pueden restaurar la salud pero también pueden causar enfermedad, si lo desea. El aspecto sobrenatural debe ser entendido en el contexto cultural como un reflejo de la conducta social que convierte las tensiones y disrupciones de un grupo social en fuentes externas de malevolencia (Lee, 1967). En todas las sociedades las heridas, el dolor y las enfermedades requieren de la atención de aquellos con conocimientos especializados o esotéricos.

Algunas prácticas y creencias de la etnomedicina son adaptativas biológicamente. El cuidado de la salud de las sociedades tradicionales no está basado sólo en superstición ilógica. Más bien, es una respuesta coherente, sistemática y efectiva de lidiar con la amenaza de las enfermedades.

### 3.2. Modernización

La percepción que se tiene sobre la enfermedad tiene efectos no sólo en el cuidado de la salud, sino también en la reacción a la medicina moderna y las prácticas de salud pública. El mundo se está modernizando tan rápido que casi todas las sociedades están en cierto grado de contacto con las medicinas y servicios de salud. Existen diferentes barreras por las cuales las sociedades no se adaptan completamente a la medicina moderna, pero el factor más importante es la base

cultural desde la cual los pacientes comprenden las causas de sus enfermedades y lo que constituye un tratamiento adecuado para ellos.

El hombre ha evolucionado de ser un mamífero razonablemente adaptado a la naturaleza a ser una especie que tolera la contaminación y sobrepoblación, las cuales provocan una deficiencia en su bienestar de salud. Enfermedades modernas como la apendicitis, paros cardíacos, diabetes, obesidad, trombosis y hemorroides son más comunes en las sociedades occidentales que en otras comunidades. La intensidad y el tiempo de exposición a nuevos factores ambientales pueden ser los que hayan llevado a la creación y perpetuación de estas nuevas enfermedades.<sup>14</sup> Asimismo, se puede decir que mientras la complejidad de una sociedad aumenta, también lo harán las enfermedades confrontadas por esa sociedad (Logan & Hunt, 1978).

### 3.3. Pluralismo cultural

En las sociedades modernas actuales conviven diferentes culturas en un mismo lugar. Esto lleva a una mezcla de prácticas y creencias que, a pesar de aceptar el modelo de medicina moderna, también buscan otras alternativas de tratamiento más vinculadas con la etnomedicina. Dado el limitado papel de la medicina científica en la sociedad (en cuanto a satisfacción moral y espiritual) y la inevitabilidad de las enfermedades, se puede decir que es muy probable que la etnomedicina persista en lugares, aun en occidente, donde exista un pluralismo cultural y donde personas de distintos bagajes culturales coexistan.

La salud de una población sólo puede mejorar cuando la medicina importada es aceptable para esa población. La manera en la cual las personas de culturas tradicionales responden a la medicina moderna (en un ambiente de pluralismo cultural) ha sido una de aceptación. Sin embargo, muchas personas siguen recurriendo a la etnomedicina como alternativa o complemento a la medicina moderna. El efecto de la implementación de un cuidado de la salud occidental en una cultura tradicional puede fallar debido a diferencias culturales (barreras de comunicación, educación y tratamiento). La salud de las sociedades tradicionales no puede mejorar sólo al exportar conocimiento médico y asumiendo que éstas cambiarán su cultura para adoptar el nuevo sistema de medicina moderna. La comprensión del contexto cultural de la entrega de este sistema es indispensable para el funcionamiento de la medicina moderna en lugares donde existe un pluralismo cultural.

Médicos, enfermeras y otros especialistas de la salud modernos tienen sólo una comprensión

vaga de lo que es la antropología médica y cómo contribuye a mejorar la obtención de sus metas profesionales. Si los médicos occidentales adoptan una conciencia acerca de la importancia de los factores culturales en sus pacientes, la medicina moderna podrá romper las barreras culturales, y una comunicación más efectiva podrá darse entre el médico y el paciente que se traducirá en un mejor seguimiento del tratamiento en contra de las enfermedades. La comunicación intercultural entre médicos y pacientes es esencial para el tratamiento efectivo y la educación de la salud de los pacientes.

### Conclusiones

Si se toman en cuenta los factores sociales y culturales y se tratan a las enfermedades con una orientación biosocial y multicausal, se podrá entender y aplicar el papel práctico y teórico de las ciencias sociales y la antropología en la medicina. De esta forma, se puede entender el sentido práctico de la antropología médica. Los antropólogos médicos pueden funcionar como mediadores culturales entre médicos modernos y pacientes de diferentes herencias culturales.

La importancia de la antropología médica como una ciencia aplicada radica en que representa una unión entre las ciencias conductuales, sociales, biológicas y las humanidades.

La antropología médica es especialmente valiosa para las ciencias médicas y otras profesiones relacionadas con la salud y puede dar paso a la colaboración entre científicos médicos, profesionales de salud y antropólogos.

Puede contribuir en gran medida a la educación en salud y en el cuidado a la salud de la sociedad. La cooperación entre profesionales de la salud y antropólogos médicos es esencial para la mejora integral de las sociedades actuales.

En este artículo se ha revelado la importancia que tiene la antropología médica en reconocer que la cultura es una variable esencial en el control y tratamiento de las enfermedades humanas estudiadas por la medicina. Se recomienda profundizar más en los estudios de casos que han proporcionado los antropólogos médicos a lo largo de la historia, para tener una visión más amplia de los alcances en este tipo de antropología.

10. Leslie menciona que ha observado que los estudiantes de los procesos de modernización médica han rechazado las tradiciones científicas médicas de los indígenas debido a que asumen que el único conocimiento científico y las instituciones relevantes para la modernidad son las occidentales.

11. Por ejemplo, los aldeanos egipcios creen que las enfermedades deben relacionarse con el dolor, por lo que ciertas infecciones por parásitos no son consideradas como tal y no requieren tratamientos. En las aldeas africanas los gusanos intestinales son tan comunes, que se consideran importantes y necesarios para la digestión (Leslie, 1969).

12. En la cultura de Java, la etnomedicina se desarrolló a través de los dukun, que son las personas capaces de hacer curaciones, hechizos y ceremonias dentro de la comunidad. Se piensa que es peligroso ser un dukun, debido a que la enorme cantidad de poder que manejan puede destruirlos si no son fuertes espiritualmente. Existen varios tipos de dukun y cada uno se enfoca en actividades específicas, por ejemplo los Prijajidukuns tienden a pasar largos momentos de meditación y su poder es puramente espiritual, los Santris fundamentan sus curaciones en conocimiento científico médico que se encuentra en el Corán, los Abangan dukun basan sus hechizos y curaciones en el uso de técnicas específicas, amuletos y hierbas. La manera de convertirse en un dukun es por medio de la enseñanza de otro dukun; todo lo que aprende es llamado ilmu –considerado como un conocimiento abstracto o una habilidad sobrenatural–. A pesar de todas las cosas que los dukuns pueden hacer, la base de su prestigio son sus poderes curativos. Las etapas del tratamiento son: diagnóstico y selección del tratamiento. El diagnóstico se realiza mediante numerología, intuición a través de meditación o un análisis de los síntomas. El proceso de numerología es el más simple y consiste en una serie de cálculos mediante la fecha de nacimiento y la fecha en la que apareció la enfermedad, y el número resultante corresponde a un tratamiento específico. El método de intuición por meditación es más complicado y su entrenamiento toma varios años de práctica, en la cual a partir de un sentimiento le dice qué enfermedad y qué cura deben de tener (Geertz, 1960).

13. Por ejemplo, en el estudio de Landy se encontró que en México los hombres son enseñados a ser machos, por lo que tienden a aguantarse los dolores producidos por las enfermedades hasta que ya no puedan con ellos (Landy, 1974).

14. Según Burkitt, las enfermedades características de la civilización moderna occidental se puede explicar por una deficiencia de fibra no digerida, en particular fibra de cereales. En este sentido, se hace énfasis en los peligros del exceso de consumo de azúcar refinada que forma parte de la dieta de la sociedad occidental moderna. El autor toma en cuenta la distribución geográfica, la emergencia cronológica y su interrelación para sustentar su argumento (Burkitt, 1973).

**Bibliografía**

- Ackerknecht, E. H. (1947). Primitive Surgery. *American Anthropologist*, 49, pp. 25-45.
- Alland, A. (1970). *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology*. Nueva York: Columbia University Press.
- Armelagos, G. J., Goodman, A., & Jacobs, K. H. (1976). Disease and the ecological perspective. *The Ecologist*, 6 (2).
- Brothwell, D. (1969). Food in antiquity. *American Journal of Physical Anthropology*, 33, p. 333.
- Burkitt, D. P. (1973). Some diseases characteristic of modern Western civilization. *British Medical Journal*, 1, pp. 274-278.
- Burnet, S. F. (1962). *Natural History of Infectious Disease*. Inglaterra: Cambridge University Press.
- Carnerio, R. L. (1968). Cultural Adaptation. En *International Encyclopedia of the Social Sciences*. Nueva York: Macmillan.
- Cockburn, T. A. (1971). Infectious Diseases in Ancient Populations. *Current Anthropology*, 12, pp. 45-62.
- Dubos, R. (1968). Determinants of Health and Disease. En *Man, Medicine and Environment* (pp. 87-113). Nueva York: Mentor Books, New American Library.
- Galdston, I. (1959). *Medicine and Anthropology*. Nueva York: International Universities Press.
- Galdston, I. (1963). Retrospect and Prospect. En *Man's Image in Medicine and Anthropology*. Nueva York: International Universities Press.
- Geertz, C. (1960). *The Religion of Java*. Nueva York: The Free Press.
- Hasan, K. A. (1975). What is medical anthropology? *Medical Anthropology Newsletter*, 6 (3).
- Hasan, K. A., & Prasad, B. G. (1959). A note on the contributions of Anthropology to Medical Science. *Journal of the Indian Medical Association*, 33, pp. 182-190.
- Hughes, C. (1968). Medical care: ethnomedicine. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 20, pp. 87-92.
- Kerley, E. R., & Bass, W. M. (1967). Paleopathology: meeting ground for many disciplines. *Science*, 157, p. 638.
- Landy, D. (1974). Role adaptation: traditional curers under the impact of Western medicine. *American Ethnologist*, 1 (1).
- Lasker, G. W. (1969). Human biological adaptability: the ecological approach in physical anthropology. *Science*, 166, pp. 1480-1486.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Primitive Medicine for the Doctor in His Community*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lee, R. (1967). Trance cure of the Kung Bushmen. *Natural History*.
- Leslie, C. (1969). *Traditionalism and Modernization in Asian Health Cultures*. Nueva Orleans: American Anthropological Association.
- Lieban, R. W. (1974). Medical Anthropology. En *Handbook of Social and Cultural Anthropology*. Chicago: Rand, McNally and Co.
- Logan, M. H., & Hunt, E. E. (1978). *Health and the human condition*. Massachusetts: Duxbury Press.
- Loomis, W. (1967). Skin pigment regulation of vitamin D biosynthesis in man. *Science*, 157, pp. 501-506.
- Rivers, W. H. (1924). *Medicine, Magic and Religion*. Nueva York: Harcourt Brace.

# El conocimiento: Una necesidad en las organizaciones

Lic. Fernando Chiquini<sup>15</sup>

Se dice que la transformación es el eje del cambio, y en una sociedad como la nuestra en donde todos los días se transforman una infinidad de productos, servicios, necesidades, satisfactores, etc., significa que vivimos permanentemente en el cambio.

Para poder orientar el rumbo de las empresas y hacer frente a esta evolución, es evidente que tenemos que pensar en primera instancia en quiénes serán los "suertudos" que lleguen a dirigir este movimiento que se puede identificar en su inicio, pero no así en su terminación.

Podríamos establecer una premisa: quienes logren encabezar el movimiento, necesariamente deberán ser personas preparadas. Y ¿quiénes son? Los que estudian mucho, los que cuentan con grados académicos, los que tienen gran experiencia; los empresarios, los trabajadores.

Si profundizamos un poco en el Ser, nos cuestionaríamos fundamentalmente en el origen; si analizamos en el Deber Ser, encontraríamos una gran cantidad de ventanas en donde visualizaremos un sinnúmero de oportunidades que nos alentarían a perfeccionar nuestra formación. Dentro de todas ellas, unas más atractivas que otras, podremos identificar el CONOCIMIENTO.

El conocimiento es la parte fundamental del saber y se inicia desde el momento en que aparecemos en la vida. Desde temprana edad empezamos a intuir como parte preparatoria del razonar, del procesar la información y con ello generar las bases fundamentales de nuestro comportamiento orientado a la obtención de un resultado.

De los conceptos anteriores me gustaría deducir que el conocimiento será la llave que nos lleve a liderar las empresas para hacer frente al cambio y que se va a complementar con nuevas estrategias y teorías que los profesionistas de hoy implementan en el mercado de trabajo.

Es claro observar que las universidades se han preocupado en apoyar la aparición de estas nuevas

teorías, creando profesiones o subprofesiones orientadas fundamentalmente al cambio de las especializaciones. Así observamos que un contador público o licenciado en contaduría puede ser un experto en el campo fiscal, o en auditoría, contabilidad, tesorería, finanzas, etc.; un licenciado en administración ahora se desempeña en recursos humanos, mercadotecnia, hotelería, turismo, administración de riesgos; un abogado puede especializarse en las áreas laboral, administrativo, mercantil, penal, y qué decir de las especializaciones de los médicos y de los ingenieros.

Lo anterior nos demuestra que hoy, quienes aspiramos a participar en el proceso de cambio del país, debemos de tener una visión clara de todos los campos del conocimiento que existen y que las competencias de un profesionista le permitan incursionar en muchos de ellos.

Algunos piensan que hay profesiones que no cambian ni se diversifican, no lo creo; aun en la ciencia madre, la filosofía, la ciencia de la verdad, estamos lejos de conocer toda la riqueza de la cultura que formó el conocimiento base de la humanidad: la cultura griega.

Hace pocos días, un buen amigo me preguntaba si la psicología también se diversifica, si tiene sus especialidades. No soy el experto en ese campo, pero creo que sí y quizá mucho.

Para respaldar mi afirmación, quisiera recordar qué significa el término Psicología. Deriva del griego psico- (alma-actividad mental) y logía (estudio). Se trata de la ciencia que estudia los procesos mentales a través de tres dimensiones: cognitiva, afectiva y conductual.

En pocas palabras, estudia la mente del hombre, nada más. Entre otras cosas, esta ciencia estudia la conducta del hombre, y resulta que el factor más importante en las empresas son las personas. Una buena deducción será establecer que todos los líderes que dirigen las empresas orientadas permanentemente al cambio, deberán ser

psicólogos pues sólo así podrán conocer las bases técnicas y científicas del comportamiento humano.

Ante la imposibilidad de que todos los directores de empresa sean psicólogos, se han venido conformando dentro de las organizaciones de diversas áreas en oportunidad, donde el perfil del profesionista se correlaciona en forma armónica y aporta valor agregado a los resultados que se esperan.

Dentro de los diversos campos de la psicología, encontramos el clínico, el social, el laboral, el industrial, y observamos que, al igual que muchas otras profesiones, también se ha diversificado como consecuencia natural del avance de los tiempos.

Una gran mayoría de psicólogos participa en el campo clínico y hace de la terapia un proceso científicamente probado para el tratamiento de enfermedades o síntomas de carácter psicológico.

Considerando que la gran riqueza del conocimiento en esta profesión, entre otros objetos de estudio, es el comportamiento de las personas y se abre un abanico de escenarios en donde es necesaria su actuación para hacer del hombre y de la mujer la plataforma de crecimiento de todo un país.

#### Campos alternativos de actuación:

- Selección del personal: En apoyo a la integración de personal y apoyándose en diversas baterías de tests, su aportación es el tener un índice de asertividad efectivo para que su factor de rotación se encuentre dentro de un parámetro establecido.

- Capacitación y desarrollo: Conociendo la naturaleza del ser humano y alineando los objetivos de la empresa, su especialidad le permitirá implementar eficazmente el proceso de Detección de Necesidades de Capacitación y las propuestas adecuadas para dinamizar la actuación del personal en función a sus objetivos.

- Plan de vida y carrera: A través de diversas técnicas de evaluación (Assesment Center), un psicólogo sería la persona más indicada para orientar a los colaboradores de una institución sobre su futuro y cada una de las etapas que lo constituyen dentro de las empresas.

- Coaching: Asesoramiento personalizado a los hombres clave de las organizaciones alineados a la misión y visión de la empresa. Este proceso siempre se encuentra a la vista de la Dirección General.

- Cuadros de reemplazo: Es la composición de los cuadros de reserva para la sustitución del personal. Aquí se observarán las competencias y la potencialidad del personal sujeto a promocionarse en primera instancia.

- Outplacement: Es el proceso a través del cual la empresa orienta al personal que va a separarse para su reubicación en otra empresa y, en su caso, cómo sobrellevar el tiempo de desempleo entre una y otra. Para ello se requiere de un psicólogo que logre identificar la autoestima de la persona y le permita transitar adecuadamente en este proceso.

- Academia: Regresar a nuestra escuela siempre es grato y más cuando lo hacemos para compartir nuestro conocimiento a otras generaciones; además, nos permitirá tener contacto con una realidad muy identificada, que es la juventud y su influencia en la sociedad actual.

- Investigación: Ningún conocimiento es suficiente, por ello la investigación siempre se hace necesaria. Es tener una visión actualizada sobre nuestro campo de actuación y conocer no sólo nuestro entorno sino lo que sucede fuera de él.

Considero que deberá de haber otros muchos campos de actuación para que el psicólogo pueda cumplir su tarea profesional. Al final del día se convertirá en un líder natural dentro del mercado laboral y que con su actuación siempre estará apoyando a la alta Dirección en la consecución de Buenos Resultados.

# El proceso psicoterapéutico desde el marco teórico psicoanalítico: Un panorama general

Carlos Soto Chico <sup>16</sup>

“El vínculo entre terapeuta y paciente es una verdadera relación de trabajo, en la que cada uno desempeña la función que le corresponde y aporta lo que existe en su interior.”

Coderch, J. (1990)

“El único valor que ha de presidir el proceso terapéutico es el amor a la verdad.”

Freud, S. (1937)

## Introducción

A continuación se presenta un ensayo que hace referencia a las etapas y las características teóricas, técnicas y prácticas de cada etapa de un proceso terapéutico basado, principalmente, en los aportes de Joan Coderch (1990) y de las revisiones teóricas de los Bleichmar (1989, 2001), intentando llegar a vincular la información revisada en torno a estos dos autores con la finalidad de brindar un panorama lo más claro posible de las fases del tratamiento analíticamente orientado y resaltar sus características más importantes. Para lograr lo anteriormente planteado y darle continuidad al ensayo denominado “La psicoterapia psicoanalítica: un panorama general”, se comenzará con la revisión crítica de los principales postulados postfreudianos (Escuela kleiniana y poskleiniana, la Psicología del Yo, el grupo británico, y algunos autores como Lacan, Mahler, Bion y Kohut, entre otros). La idea general de este ensayo es lograr pasar de los aportes teóricos y técnicos de estas escuelas hacia la descripción de las fases y sus características en la psicoterapia psicoanalítica, para lo cual se tomarán primero las lecturas de los Bleichmar para pasar posteriormente a la revisión de los postulados de Coderch y terminar con una conclusión del ensayo.

### *Los aportes teóricos y técnicos de las escuelas postfreudianas y su importancia para la psicoterapia de orientación analítica*

Muchos son los aportes teóricos y técnicos de diferentes escuelas de pensamiento analítico después de Freud, lo cual han enriquecido los planteamientos iniciales de forma importante y ha aumentado la comprensión del tratamiento analítico beneficioso a los pacientes. Es indudable la deuda que tienen las escuelas postfreudianas con el método

desarrollo por Sigmund Freud, quien elaboró de forma original el planteamiento de la asociación libre como la principal tarea del paciente, con lo que se ponían de manifiesto los diferentes conflictos intrapsíquicos entre pulsiones y defensas, formándose síntomas y los trastornos del carácter. A pesar del ingenio de Freud, es importante recordar que sus aportaciones fueron revisadas y reeditadas por él mismo a lo largo de sus trabajos, ampliando su comprensión de la dinámica terapéutica con el concepto de transferencia, utilizándola como método de comprensión y que llega a, según Bleichmar, et al. (2001): “... desasir la libido de los conflictos inconscientes (lo cual) permite al yo disponer nuevamente de esa energía psíquica que había quedado estancada en los mecanismos de defensa”. Freud puntualizó que su principal elemento para modificar esta dinámica mental del paciente era la interpretación, utilizando el análisis sistemático de la transferencia y de las resistencias, sin olvidarse de la utilización de la atención flotante, los sueños y otras formaciones del inconsciente que servirían para investigar los conflictos del pasado que han promovido las fijaciones que producen los síntomas del paciente, pero además su principal tarea es la elaboración del material descubierto y analizado. Todas estas maniobras del tratamiento analítico fueron innovaciones técnicas que aún hoy tienen mucho peso.

Es muy importante rescatar la concepción de Freud acerca de la aplicación del tratamiento analítico a patologías leves, que permite un mejor pronóstico y permite manejar de mejor forma la omnipotencia terapéutica aceptando las limitaciones del método analítico. Esta actitud de mayor humildad ante las realidades mentales complejas de los pacientes, le permite al terapeuta acercarse al

fenómeno mental del paciente buscando fomentar en éste la motivación para que conozca el funcionamiento de su propio inconsciente. Sin embargo, existen ciertas limitantes en el terapeuta que pueden obstruir o limitar que el paciente alcance esta meta: el estado mental del terapeuta, su grado de receptividad y los puntos ciegos marcados por su propia patología, lo cual influye de manera negativa en su capacidad para captar y analizar el material aportado por sus pacientes (Bleichmar, et al., 2001).

En cuanto a los aspectos técnicos heredados desde la época freudiana y algunos planteados en la actualidad, se puede decir que el análisis se vuelve más largo conforme la patología es más grave, al variar el objetivo del tratamiento desde la desaparición de los síntomas hasta la modificación estructural a nivel profundo de la personalidad del paciente. El número de sesiones para realizar un tratamiento va cambiando según el marco teórico al que se apegue el terapeuta, que afecta dicha frecuencia del encuadre inicial por problemas sociales y económicos; lo mismo sucede con las cuotas que deben establecer los terapeutas en países en desarrollo como sería el caso de México. En este caso, Freud (citado por Bleichmar et al., 2001) menciona que no deben ofrecerse tratamientos gratuitos pues las resistencias de los pacientes aumentan y se propicia una actitud devaluatoria hacia el terapeuta, comentando que la cantidad de dinero que dan los pacientes conlleva significados inconscientes importantes que van desde fantasías anales, de castración, edípicas, que pueden resultar complicados para su interpretación y elaboración futura. En este sentido, es muy importante investigar dichas fantasías para poder hacer acuerdos justos, además de analizar los propios conflictos inconscientes del terapeuta pues pueden influir en este aspecto dentro del tratamiento.

A continuación se describirán los aportes teóricos y técnicos de las principales escuelas de pensamiento posfreudiano, a partir de la Psicología del Yo, recordando que dependerá del modelo teórico de elección del terapeuta lo que definirá las opciones técnicas del tratamiento con sus pacientes. En términos generales, el psicoanálisis se plantea como el espacio terapéutico que le permite al paciente comprender y elaborar su realidad psíquica, accediendo al pasado a través de sus significados presentes, lo cual nos permite explorar e intervenir en el presente, que es el reflejo de la realidad psíquica particular del paciente y donde la importancia del terapeuta radica en su participación dentro de la interacción entre lo interno y lo externo (Bleichmar et al., 1989).

Según Bleichmar et al. (1989, 2001) es inevitable la confrontación de teorías dentro del psicoanálisis, lo cual genera un enriquecimiento de la teoría y la técnica pero vuelve complejo el seleccionar un tipo de intervención dado que cada modelo tiene sus peculiaridades. En este sentido es importante conocer a las diferentes escuelas y sus planteamientos para sacar provecho de sus aportes al tratamiento. Siguiendo al autor anteriormente citado, se pueden dividir las escuelas y los autores según dos grandes bloques teóricos: a) Las teorías de la relación emocional entre la madre y su bebé, y b) El problema naturaleza-cultura. En el primer bloque encontramos que el mismo Freud concebía que los seres humanos nacían con un desvalimiento psicológico que los hace depender de la madre. La separación de dicho objeto primario genera una angustia básica, ya que implicaría la pérdida del objeto del cual depende la supervivencia. Otro teórico importante es Winnicott quien destacó el papel de la madre para el desarrollo psíquico del bebé, siendo un adecuado holding –según este autor, las funciones maternas primordiales son tres: el sostenimiento o sostén (holding), la manipulación o manejo (handling), y la presentación objetal (objet-presenting)–, lo que dará la base para un buen crecimiento y crea un objeto transicional al experimentar la ansiedad de separación de la madre.

Por otro lado, Lacan y Klein tienen una conceptualización diferente a los teóricos anteriores, pues refieren que existe una conflictiva inicial a pesar de que la madre sea buena; Klein lo justifica comentando que existe una lucha temprana entre pulsiones libidinales y tanáticas dirigidas hacia el objeto, y Lacan lo describe como la alienación intrínseca desarrollada al momento de identificarse con el otro especular (ser el deseo de la madre). En cuanto a los planteamientos de Lacan, podemos decir que tiene la idea de un yo en constante conflicto donde la estructura externa (el orden simbólico) atrapa al sujeto de forma inapelable. En cambio, para Klein existe la responsabilidad psíquica en la que el sujeto puede sentir responsabilidad por sus fantasías y acciones hacia los objetos. Siguiendo a esta autora, quien coincide con Winnicott y Lacan en algunos aspectos, llega a la conclusión de que las experiencias iniciales son estructurantes del psiquismo, lo cual organiza la personalidad y los síntomas de los pacientes. Otro teórico poskleiniano es W. Bion quien resalta la función que tiene la madre hacia el bebé para brindarle la capacidad de pensar; tiene la principal tarea de transformar el material desagradable proyectado de su bebé hacia ella en material metabolizado, el cual al ser devuelto al bebé puede ser utilizado por éste para pensar, resaltando la función de continente de parte de la madre para que posteriormente el bebé pueda incorporar dicha función dentro de él. Es importante mencionar,

como lo hace Bleichmar et al. (1989), que: "... todas las teorías aceptan un estado de no integración inicial y actos psíquicos que dan lugar a ese proceso de unificación, todas coinciden en que la unificación proviene de y da como resultado, a la vez, la identidad y la imago corporal" (p. 502). A pesar de la multiplicidad de intervenciones teóricas y técnicas, las diferentes concepciones tienen una finalidad terapéutica al momento de ser aplicadas a los pacientes, por ejemplo cuando W. Bion aplica su teoría del continente-contenido en las sesiones analíticas, en el que resalta que el terapeuta debe ser el continente del paciente, soportando el dolor psíquico y preocupándose y cuidando del paciente, para que poco a poco este último incorpore dicha función en sí mismo.

El segundo gran bloque teórico que muestra ciertas diferencias entre las distintas escuelas es: b) El problema naturaleza-cultura. En este bloque encontramos los primeros planteamientos freudianos del desarrollo pulsional, que establece el origen del conflicto psíquico, y el aspecto intrínseco del sujeto es un polo de la diada con el aspecto cultura, que también ejerce presiones sobre el individuo y crea una serie complementaria que puede seguirse a lo largo del desarrollo del individuo. Para Freud era importante resaltar la interacción entre lo interno y lo externo; la constitución hereditaria y las experiencias infantiles, lo que condicionará la disposición a la enfermedad, lo cual se plantea como una constante del funcionamiento psíquico. En este continuo de lo interno y lo externo encontramos varios planteamientos que dan más peso a un aspecto o al otro; por ejemplo, en la teoría desarrollada por Hartmann y su escuela encontramos que el yo tiene capacidades innatas que le permite al sujeto enfrentarse a los impulsos provenientes de su interior y a los estímulos externos, y siendo el yo una estructura que permite la adaptación y el aprendizaje en la realidad, que resalta el equilibrio que debe establecerse entre los impulsos, las funciones innatas del yo y la influencia externa. Este enfoque teórico es valioso dado que permite estudiar las funciones y mecanismos defensivos del yo como la base del tratamiento y en las tres demandas básicas que tiene: los impulsos del ello, (los mandatos superyoicos y las demandas externas, además de buscar generar la alianza de trabajo que permitiría un adecuado desarrollo del tratamiento. Se busca que a través del vínculo con la persona real del analista (los aspectos sanos y racionales) se aumente el área libre de conflictos y se modifiquen las estructuras disfuncionales del carácter para alcanzar el insight de los conflictos inconscientes, llevándose a cabo el cambio estructural deseado; todo a través del establecimiento de la alianza de trabajo que se desarrollaría posteriormente la neurosis de transferencia, fomentando el análisis de los aspectos infantiles y conflictivos del paciente.

Ya se han descrito los principales aportes de la Psicología del Yo, ahora toca el turno a los aportes de la Escuela Kleiniana para el tratamiento terapéutico. Ya se ha hablado mucho acerca de los principales postulados kleinianos en el artículo publicado en: Universidad La Salle Cuernavaca, Revista ConSciencia (2010, Año 6, Núm. 14), ahora toca el turno de resaltar los aspectos técnicos sobresalientes aplicados al proceso terapéutico.

Para Klein es de crucial importancia el aspecto interno sobre el externo, puesto que la realidad externa es percibida según los vínculos objetales internalizados que se proyectan hacia la misma; también se le da gran peso a la presencia de ansiedades primitivas que son experimentadas por el bebé como aniquilatorias y que son producto de la pulsión agresiva y pone en constante peligro de fragmentación a la integración y el desarrollo de un yo precoz, que tiene la capacidad innata de establecer relaciones de objeto y de contrarrestar la ansiedad con mecanismos defensivos primitivos (Kernberg, O., 1998). Para fines del tratamiento analítico, es necesario recordar que las luchas internas más significativas de los pacientes están basadas en el conflicto pulsional constante de amor y odio hacia los objetos, lo cual se intenta organizar mediante la reconstrucción que el paciente hace de su relación con los objetos primarios, lo cual fomenta un proceso de cambio paulatino durante el tratamiento, modificando las ansiedades y conflictos primarios para ir teniendo una versión y percepción más real de cómo fueron sus objetos primarios (padres). La importancia técnica de esta escuela es que permite identificar mecanismos defensivos primitivos que obstaculizan el tratamiento, tales como la identificación proyectiva, la escisión y disociación, que debe detectarse a través del establecimiento de una transferencia temprana o primitiva para acceder a los procesos preverbales del desarrollo y el tipo de vínculo emocional establecido con el terapeuta, permite que sean interpretadas tanto la transferencia negativa como la positiva y las fantasías inconscientes que vayan surgiendo (Bleichmar et al., 2001). El trabajo del paciente consiste en elaborar sus ansiedades (persecutoria y depresiva) para lograr una mayor integración y armonía entre el mundo externo y el interno: sus objetos de amor y odio, las diferentes emociones y defensas, todo a través del vínculo transferencial y contratransferencial de la diada terapeuta-paciente. Para finalizar la posición kleiniana, es de gran valor técnico un comentario realizado por Meltzer (citado por Bleichmar et al., 2001): "Se puede dar de alta a un paciente sólo si alcanzamos el umbral de la posición depresiva; luego viene la tarea que dura toda la vida, de trabajar con nuestro mundo interno" (p. 99).

Otros autores como Mahler hacen hincapié en analizar dentro de la terapia los aspectos relacionados con el proceso de separación-individuación en las etapas iniciales del desarrollo, con lo que se puede comprender el desarrollo normal o patológico. Es necesario dentro del tratamiento que se analice la ansiedad de separación expresada y los conflictos preedípicos para la elaboración de las interpretaciones, donde se busca establecer con el paciente una simbiosis correctiva que le permita corregir los déficit en su desarrollo para alcanzar la individuación adecuada. Esta teoría plantea que el tratamiento tiene una orientación de reaprendizaje del vínculo madre-niño a través de la intervención rectificadora del terapeuta.

En el caso de Winnicott (representante más importante del MiddleGroup), se puede resaltar su aproximación a la comprensión de la enfermedad mental dando peso a la función materna, dado que de dicha perturbación dependerán los distintos grados de psicopatología. Este acercamiento teórico tiene repercusiones positivas en el tipo del tratamiento con pacientes, pues se buscará a través del vínculo terapéutico brindar una experiencia emocional correctiva que brindaría la oportunidad para el desarrollo emocional del paciente a través de la función de holding del terapeuta. Por otro lado, sus conceptos de self falso y verdadero self, nos permite comprender el desarrollo de las capas psicopatológicas del self falso sobre el verdadero self que queda oculto, estructurándose el conflicto psíquico como resultante de la lucha entre la necesidad de un verdadero desarrollo y la deficiencia materna que lo deforma o paraliza (Bleichmar et al., 1989).

Otros autores que han tenido un peso considerable para la innovación en la técnica analítica son Lacan y Kohut. En el caso del primero se le da mucho peso a la estructura del lenguaje y estructura social, proponiendo que el sujeto queda, desde su nacimiento, definido por dichas estructuras, buscando liberar al sujeto de dicha función alienante a través del análisis, dándole estructura al inconsciente por medio del lenguaje. En el caso de Kohut, se destaca que el proceso analítico es una nueva oportunidad para el desarrollo del paciente, buscando que mediante la reactivación de las transferencias narcisistas arcaicas que no lograron una consolidación del self, se pueda promover dentro del tratamiento una mayor evolución, utilizando la empatía y receptividad para comprender el material y desarrollar un proceso reparador hacia el paciente. Según Bleichmar et al. (2001), el análisis sería un trabajo de reconstrucción utilizando la interpretación como una prueba de que el terapeuta ha entendido profundamente al paciente.

Por último, es necesario reconocer y comentar algunos de los aportes más importantes a la técnica psicoanalítica de las escuelas latinoamericanas. En este sentido, los principales aportes, según Bleichmar et al. (2001), vienen de analistas argentinos, y se resaltan los siguientes: a) La contratransferencia como fuente para entender los conflictos del paciente, definiendo dos tipos: concordante (el terapeuta asume una parte de lo que debería sentir el paciente) y complementaria (el terapeuta se identifica con cada una de las partes de la mente del paciente). También se concibe al análisis como un método de reconceptualización de los hechos del paciente a través de la relación transferencial tomando en cuenta la patología del paciente. Otro concepto es la contraidentificación proyectiva (cuando el terapeuta desempeña un papel que se le impone por la depositación de material del paciente en su mente). Además, se hicieron interesantes estudios acerca de la entrevista psicológica y psicoanalítica y sobre la pareja analítica (campo bipersonal dinámico sobre una fantasía inconsciente compartida entre terapeuta y paciente).

Antes de incursionar en las fases o etapas del tratamiento terapéutico con enfoque analítico, es necesario describir cuáles son algunas de las convergencias en el psicoanálisis, lo cual puede ayudarnos a comprender los puntos de encuentro y las innovaciones planteadas entre las diferentes escuelas de pensamiento analítico que enriquece el diálogo y aumenta la integración entre modelos. Las convergencias son (Bleichmar et al., 2001): a) El uso de la transferencia; b) El análisis del carácter; c) El aquí y ahora de la comprensión de la sesión; d) Importancia de traducir los conflictos inconscientes en términos de relaciones objetales (cambiar noción del conflicto en términos de impulso y defensa por los objetos internos y procesos de identificación); e) Contratransferencia como instrumento de comprensión clínica; f) Valoración de las experiencias afectivas de los pacientes, reflejadas en el vínculo con el analista; g) Multiplicidad de vías regias al inconsciente; h) Preocupación por el adoctrinamiento del paciente; i) Cuestionamiento de los conceptos lineales del desarrollo donde se pueden tratar perturbaciones condensadas del desarrollo temprano con conflictos tardíos; j) Importancia de la empatía; k) Verdad narrativa donde se construyen nuevos mitos a partir del análisis de uno mismo y el entorno; l) Predisposición cultural, m) Reconstrucción de experiencias preverbales.

*El proceso de la psicoterapia psicoanalítica: fases, intervenciones y retos*

La principal función de la psicoterapia psicoanalítica es comprender e intervenir en el funcionamiento de la mente humana utilizando técnicas de curación que atiendan las desviaciones o perturbaciones de la misma. En este sentido, se trabaja constantemente con síntomas que refieren los pacientes como sensaciones internas, pensamientos o conductas dolorosas o molestas, entendiendo que los síntomas psíquicos son la consecuencia del esfuerzo del aparato psíquico para adaptarse a las demandas internas y a la ansiedad generada. Desde esta perspectiva, un síntoma es una formación del yo que compromete energía para lidiar con las pulsiones, la realidad externa y el super yo, y es cuando esta función mediadora fracasa al crearse un síntoma que tiene la representación inconsciente de un intento de autocuración fallido o disfuncional. Cuando se analizan los conflictos inconscientes y se hacen conscientes se movilizan las pulsiones, se flexibilizan las demandas del super yo y se le dan mejores herramientas al yo para lidiar con la realidad externa, lo cual disminuye las perturbaciones y disfunciones internas y externas. El trabajo intenso y continuo de parte del terapeuta debe incorporar experiencias emocionales y elementos de conocimiento intelectual por medio de la relación transferencial (Coderch, 1990). En este tipo de tratamiento se privilegia la expresión verbal sobre la acción, lo cual fomenta una mayor habilidad para pensar sobre sus ideas, emociones y generar un mayor insight que libera una fuerza curativa importante en el paciente. Es bien conocido el método de la asociación libre para promover que el paciente observe sus pensamientos, sensaciones, imágenes, deseos y sentimientos de manera espontánea rechazando las objeciones internas a expresar este material que conduce, según Coderch (1990), a la comprensión de los conflictos intrapsíquicos que mantienen los síntomas del paciente. El material que ha accedido al preconscious mediante la asociación libre puede ser comprendido y analizado a través de las intervenciones del terapeuta para hacerse conscientes.

Otro método de trabajo dentro del marco analítico es la transferencia, la cual tiene que ser comprendida mediante la relación establecida entre terapeuta y paciente, que favorezca la liberación de las distorsiones provenientes del paciente; puede ser trabajado a partir de la interpretación y su reconocimiento. El trabajo con la transferencia es una innovación original de Freud donde se buscaba hacer consciente las recreaciones de las fantasías y repeticiones de las relaciones primarias del pasado en el presente con el terapeuta, que lo puede llevar al actingout, buscando evitarlo mediante la clarificación y reconocimiento de las proyecciones puestas en el terapeuta, de los elementos reactivados de sus relaciones infantiles con sus objetos

primarios. Asimismo, el terapeuta puede observar la repetición de viejas pautas de relación (compulsión a la repetición) desde una visión kleiniana, donde desempeña diferentes roles parciales o totales de objetos internalizados, que debe trabajar directamente para sustituir al objeto temprano por la persona del analista y elaborar el material proyectado. Según Coderch (1990), existen diferentes formas de transferencia, como la de tipo erotizada donde el analista es percibido tal cual un objeto de su infancia, pervirtiendo la relación que intenta anular las funciones mentales del terapeuta; también menciona la de tipo psicótica donde los pacientes pueden llegar a confundirse totalmente con el objeto de su odio y amor. Otro elemento a tomar en cuenta es la contratransferencia de parte del terapeuta, la cual es de gran ayuda para el tratamiento como herramienta de crucial necesidad, con todo lo que el terapeuta siente por el paciente es su fundamento principal. Gracias a su propio proceso analítico, el terapeuta podrá contener los sentimientos y elaborar los estados mentales del paciente, con la finalidad de emplear dicho material en el descubrimiento del inconsciente de este último; además, si el terapeuta no es capaz de detectar sus propias reacciones contratransferenciales ante sus pacientes, puede obstaculizar o esterilizar el tratamiento. Este elemento detectado por el terapeuta debe ser utilizado para captar el material que comunica el paciente y qué se está proyectando en el terapeuta, buscando estudiar este vínculo en dos niveles: self regresivo-objeto infantil y analizado-analista (Moeller, 1977; citado por Bleichmar et al., 2001).

Otro elemento a tomarse en cuenta para el desarrollo del proceso terapéutico es la presencia de las fuerzas internas en el paciente que se oponen a dicho proceso, denominadas resistencias y que tienen la característica de ser barreras contra el esclarecimiento intrapsíquico, que no permite liberar las ansiedades, inhibiciones y síntomas. Es a través de las resistencias como podemos recopilar información del inconsciente y del funcionamiento yoico, que también nos habla de los rasgos del carácter inflexibles y que son la forma en que el yo ha organizado las relaciones entre las pulsiones, la realidad externa y la internalización de los objetos. Las resistencias son defensas contra el dolor que representa tomar conciencia de ello, y las defensas internas son maniobras de parte del yo para protegerse, manejar el conflicto interno que genera dolor, que debe abordarse en el tratamiento, fomentando que tome conciencia de su actitud inconsciente de resistirse al colaborar en la investigación de su inconsciente (Coderch, 1990). Lograr detectar el tipo de defensas utilizadas por el paciente permite conocer el sistema defensivo manejado y que puede ser de mayor



complejidad a mayor patología. Es mediante la regresión producida por la transferencia que se pueden alcanzar los elementos inconscientes que permitan menos defensividad y resistencias en el paciente, sin bloquear su capacidad yoica para colaborar y comprender las explicaciones recibidas por el terapeuta. Por último, existen diferentes tipos de resistencia (Freud, 1926; citado por Coderch, 1990): a) Resistencia de represión (mecanismo defensivo); b) Resistencia de transferencia (distorsiones y repeticiones en la relación terapéutica); c) Ganancia secundaria (el yo encuentra satisfacción y alivio al mantener el síntoma); d) Resistencia del super yo (culpa y autopunición que bloquea el tratamiento); e) Resistencia del ello (compulsión a la repetición); otras que se han agregado son (Sandler et al., 1972; citado por Coderch, 1990): f) Originadas por errores técnicos; g) Por temor a la terminación del tratamiento; h) Por amenaza a la autoestima; i) A abandonar soluciones antiguas, j) Resistencias caractereológicas. Existen otros fenómenos resistenciales como la perversión de la transferencia que consiste en el ataque a la capacidad de comprensión del terapeuta para anular sus funciones buenas, bloqueando el tratamiento.

El proceso psicoterapéutico se divide en varias fases, siendo la neutralidad y el anonimato personal del terapeuta, así como la claridad y sinceridad en la información ofrecida, lo que dará la pauta de un adecuado inicio de tratamiento. Se requiere mantener una actitud constante de respeto y amor a la verdad ante el paciente, tener cuidado de brindar información puramente necesaria para el tratamiento, siendo puntual en horarios, estable en su ritmo de trabajo y tomando la función comprensiva y estimuladora de comprensión hacia el paciente. Al establecer los primeros contactos, se deben aplicar entrevistas iniciales para constituir un diagnóstico psicodinámico y un pronóstico, que permite crear una relación de trabajo para dar inicio al tratamiento. Es importante que en las evaluaciones iniciales se puedan comprender el tipo de relaciones objetales, formas de adaptación, manejo de pulsiones, mecanismos defensivos, funciones yoicas, ansiedades fundamentales, etc. (Vázquez, 2001). Durante las entrevistas se deja que el paciente hable libremente, teniendo la libertad de hacer preguntas en puntos donde se considere necesario. Según Coderch (1990), existen varios aspectos que deben tomarse en cuenta para realizar la formulación diagnóstica: a) Mundo interno (relaciones objetales, ansiedades, mecanismos defensivos, super yo, etc.); b) Defensas contra la ansiedad (por mantener el control, caractereológicas, represivas y regresivas), c) Aptitudes y capacidades (auto observación, insight, comunicación, demanda, beneficio secundario y ganancia externa, fuerza yoica donde se incluyen carencias y traumas tempranos,

desarrollo personal, relaciones con los demás, manera de enfrentar obstáculos, integración social y situación actual). Por otro lado, se deben evaluar y detectar los sentimientos y actitudes negativos durante las entrevistas, que permitirá detectar la forma en que el paciente se adapta ante la relación con la figura del terapeuta, identificando resistencias que pueden ser clarificadas o confrontadas pero no interpretadas en las entrevistas; buscar la manera de hacerle saber al paciente que se han captado sus sentimientos y temores, y que lo acepta y comprende profundamente. En este momento de la evaluación es importante que el terapeuta tome conciencia de si el paciente puede ser tomado en tratamiento o no, aceptando las limitaciones personales.

Una vez que se han llevado a cabo las entrevistas diagnósticas, se busca estructurar el acuerdo de trabajo dejando en claro los objetivos y la manera de alcanzarlos, así también saber cuáles serán las pautas relacionales de los participantes, la forma de las sesiones, la frecuencia y la duración del proceso (limitado o abierto). Según Coderch (1990), los objetivos deben ser: "... aumentar la comprensión que el paciente tiene de sí mismo, para que pueda utilizar sus aptitudes y recursos para manejar la realidad externa y satisfacer sus necesidades afectivas, pulsionales y sociales" (p. 171). Estos objetivos se lograrían a través de la atención focalizada del terapeuta ante el discurso verbal libre en asociaciones del paciente, lo cual promueve que el terapeuta tenga claro cuáles son los sentimientos, actitudes y conductas que le interesan investigar, y hacia los cuales dirigir la comprensión del paciente e intentar encontrar las conexiones entre los asuntos verbalizados por el paciente y las asociaciones producidas de manera espontánea. Para Coderch (1990) el ritmo de trabajo debe ser de una a dos sesiones por semana, y en momentos de crisis pueden acrecentarse las sesiones; además, comenta que los efectos y resultados profundos de este tipo de tratamiento se observan después de un tiempo prolongado no menor a un año. La forma, profundidad y ritmo de las intervenciones deben estar estrechamente relacionadas al tiempo que se disponga, explicando al paciente que este tipo de tratamiento lleva un tiempo prolongado. En cuanto a la responsabilidad del terapeuta ante el tratamiento, ésta debe ser expresada al paciente haciéndole saber cuál es su función como experto en el área, pero que será responsabilidad del paciente avanzar en el conocimiento de sí mismo con la ayuda que se le brinde. Otro aspecto importante a establecer de manera inicial en el tratamiento es el uso de la modalidad frente a frente, sin fomentar los aspectos regresivos con el uso del diván y buscando conservar todo el tiempo el contacto con la realidad, aunque en este asunto puede haber diferentes puntos de vista.

Al entrar en la fase media del tratamiento se debe tener un esquema de trabajo lo suficientemente flexible y adaptable a las necesidades emergentes, abrir la sesión propiamente del tratamiento dejando que el paciente se exprese espontáneamente y mediante su propia iniciativa; buscar que comprenda el papel que le corresponde y lo que se espera de él. Al escuchar el material del paciente se debe poner atención a la comunicación verbal, adaptando su lenguaje al del paciente y fomentando la capacidad de dialogar para que ésta sea internalizada y el material pueda estructurarse, sin olvidarse de poner atención a la comunicación no verbal que nos brinda material profundo para elaborar posteriormente y que nos permite captar mensajes no verbales que pueden dar cabida a un acting in y que pueden bloquear el continuo del tratamiento. El terapeuta tiene la responsabilidad de focalizar su atención de forma selectiva sin interrumpir el libre flujo de ideas, detectando las áreas conflictivas y canalizar las verbalizaciones a dichos puntos donde se depositan la ansiedad, las resistencias y las partes sanas y cooperadoras del paciente. Se debe seleccionar el material de las sesiones conforme se detecte lo más urgente siempre con flexibilidad para trasladar el punto de observación a niveles más profundos, seleccionando el tipo de intervenciones al nivel seleccionado de intervención. Siguiendo con el proceso medio del tratamiento, Coderch (1990) establece una serie sucesiva de metas según avance el tratamiento: a) Establecimiento de relación de trabajo; b) Comprensión de conflictos inconscientes a través de asociación verbal, sueños, fantasías y actuaciones dentro y fuera del setting analítico; c) Eliminación de las consecuencias de los conflictos inconscientes, liberación de inhibiciones y crecimiento del self, y d) Desarrollar la capacidad del diálogo interno. El mismo autor refiere que se deben seleccionar los temas de discusión en el siguiente orden: a) Actitudes y sentimientos conflictivos hacia el terapeuta, b) Rechazo del tratamiento, c) Intentos de anulación al terapeuta, d) Resistencias que impidan la autoexploración, e) Emociones y fantasías, f) Sueños, y g) Presiones ambientales. Cabe aclarar que toda la actividad del terapeuta está encaminada a generar una mayor comprensión del paciente hacia sí mismo y de la relación con su medio ambiente.

Es necesario en este punto recordar cuáles son las principales intervenciones de parte del terapeuta y que fomenten el cambio profundo de la realidad psíquica del paciente y una mejor adaptación al medio ambiente. Una actitud de disponibilidad, atención, tolerancia, aceptación, interés, neutralidad y empatía, son básicas para generar un ambiente adecuado; además, las intervenciones verbales (ya mencionadas en el ensayo anterior) generan un nivel de menor a mayor insight en los conflictos del

paciente. Dichas intervenciones son: a) Confrontación, b) Clarificación (síntesis, retorno del sentimiento y elucidación), c) Interpretación. En torno a esta última forma de intervención, se puede puntualizar que se refiere a la manera en que el terapeuta le muestra al paciente que no es el objeto arcaico que éste le proyecta y es un objeto real, con el cual puede entablar otro tipo de relación desde dos tipos de interpretación: la psicodinámica (dar a conocer al paciente procesos mentales inconscientes que condicionan sus relaciones, deseos, ideas, etc.) y la transferencial (dar a conocer al paciente las fantasías dirigidas hacia el terapeuta). En psicoterapia psicoanalítica se puede trabajar en diferentes niveles de intervención y de eso depende si se usa la interpretación transferencial o no. En este sentido, si se realizan este tipo de interpretaciones, no se deben hacer a nivel de objeto parcial, ni dividido, sino a nivel de objeto total, señalando claramente las diferencias entre sentimientos y fantasías, y evitando en todo momento la regresión. Es necesario detectar las respuestas del paciente ante las intervenciones, pues pueden darse respuestas confirmatorias o una reacción terapéutica negativa que estaría íntimamente vinculada a errores técnicos o una forma de resistirse a la exploración de material amenazante.

Al establecerse una adecuada relación de trabajo que fomente el común interés por trabajar aspectos personales del paciente, se hará un manejo de la transferencia que lo busque movilizar a través de sus resistencias, fenómenos regresivos y sentimientos hacia el terapeuta, lo cual debe ser modificado y elaborado conforme a un enfoque más realista por parte del terapeuta, por medio de una actitud no gratificante y de respeto hacia el paciente.

Conforme se vayan identificando los conflictos básicos que darán estructura a los temas centrales de las sesiones, así como los estímulos traumáticos que los desencadenaron, se requiere enlazar el material expresado y el estado mental del paciente con sesiones pasadas y que permita que el paciente encuentre un orden causal a sus dificultades presentes y de la forma en que se ha adaptado a su realidad y a las fantasías y conflictos psíquicos que han sido la consecuencia de diferentes eventos o traumas. Al trabajar con la mayoría de los aspectos conflictivos mostrados e investigados en el paciente, se plantea la interrogante de cuándo es recomendable dar por finalizado el tratamiento analítico. En este marco de intervención se busca que el paciente sea capaz de superar sus dificultades con la realidad externa y frente a su propio mundo interno, que aprenda a pensar, a dialogar consigo mismo y a estar en mayor contacto creativo con su realidad interna, llegando a la meta final (ideal) mencionada

### A modo de conclusión

por Grinberg (1980; citado por Coderch, 1990) donde: "... el paciente adquiera la capacidad de continuar, autónomamente, el doloroso aprendizaje que ha iniciado con la ayuda del terapeuta, a fin de que se acerque lo más estrechamente a su realidad íntima y le sea factible conocer su verdadero self y desechar su self falso (p. 267). Por otro lado, el mismo Freud (1937; citado por Coderch, 1990) refiere que la meta última es un proceso interminable para que el paciente pueda continuarlo por sí mismo sin la ayuda del terapeuta. También se pueden encontrar algunas limitaciones dentro del tratamiento que daría por finalizada la relación sin alcanzar el objetivo anteriormente descrito, ante los siguientes motivos: a) Gravedad del paciente mucho mayor a la esperada, b) Insuficiente motivación personal, c) Presencia de una realidad externa excesivamente frustrante o dura, d) Incompatibilidad entre paciente y terapeuta. En cuanto a la finalización del tratamiento, es necesario realizar una adecuada planeación del mismo; al analizarse dicha finalización, si es motivada por el paciente, revisar los posibles problemas de duelo al término de la relación terapéutica, tomando muy en cuenta el nivel de autonomía, responsabilidad y libertad mostrado por el paciente hasta ese punto del tratamiento. Debe establecer la decisión de terminación y la fecha de la misma, mientras que la responsabilidad del terapeuta es informarle acerca de su situación interna o mental, así como atender las respuestas posibles del paciente ante dicha finalización. Por último, es importante mencionar que el paciente, al terminar su tratamiento, puede verse en la necesidad de retomarlo.

Dado que no queda mucho espacio para desplegar una conclusión más elaborada, se puede decir que la importancia de conocer las fases y las implicaciones técnicas que ocurren en cada una de ellas (inicial, media y final) permiten al terapeuta manejar un marco referencial en el cual contextualizar sus intervenciones y metas en cada caso tratado. La importancia de llevar una secuencia lógica y estructurada dentro del tratamiento nos permite tener mayor claridad en cuanto a lo que podemos alcanzar y lo que puede trabajarse con cada paciente en lo individual bajo un esqueleto conceptual y metodológico confiable y efectivo. También es necesario que el terapeuta tenga la capacidad de darse cuenta cuándo un paciente no puede ser atendido por él o ella, y para eso sirven las entrevistas iniciales. La adecuada preparación en teoría y técnica de la entrevista, en teoría psicodinámica, teoría del desarrollo psicoanalítico posfreudiano, entre otras muchas áreas, permitiría una mayor confiabilidad en cuanto al establecimiento de un adecuado diagnóstico y pronóstico del tratamiento, que sería la mejor guía para llegar a resultados satisfactorios para el paciente. Cuidar de los aspectos contratransferenciales es una necesidad fundamental que debe ser trabajada en el propio análisis personal del terapeuta, así como mantener una constante supervisión de casos que mantenga fresca la flexibilidad y creatividad terapéutica sin olvidarse de los aspectos técnicos primordiales en todo tratamiento.

Por último, es de crucial importancia la continua revisión y el constante estudio de las diferentes teorías psicoanalíticas, con la finalidad de tener un mayor margen de acción y de comprensión de los fenómenos clínicos a los que nos enfrentamos diariamente como terapeutas, siendo la actitud de constante estudio, preparación profesional, autoexploración y conocimiento, el mejor antídoto en contra del estancamiento de nuestra práctica psicoterapéutica.

### Bibliografía

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th. ed. Washington: American Psychiatric Association.

Ávila, A. (2001). "Reglas, vectores y funciones del encuadre". *Intersubjetivo*, 3 (1), pp. 29-42.

Ávila, A. (2005). "Al cambio psíquico se accede por la relación". *Intersubjetivo*, 7 (2), pp. 195-220.

Balint, M.F. (1986). *Psicoterapia focal*. Buenos Aires: Gedisa.

Basaglia, F., Langer, M., Caruso, I., Szasz, T., Verón, E., Suárez, A. y Barrientos, G. (1978). *Razón, locura y sociedad*. México: Siglo XXI.

Bellak, L. (1993). *Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo*. México: Manual Moderno.

Bleichmar, H. (1990). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.

Bleichmar, N. y Leiberman, C. (2001). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. México: Paidós.

Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu.

Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G. y Saal, F. (1979). *Psicología, ideología y ciencia*. México: Siglo XXI.

Chessick, R. (1989). *The technique and practice of listening in intensive psychotherapy*. Nueva York: Jason Aronson Inc.

Coderch, J. (1979). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.

Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

Coderch, J. (2001). *La relación paciente – Terapeuta*. Barcelona: Paidós.

Coderch, J. (2001). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Coderch, J. (2002). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

Devereux, G. (1985). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México.

Díaz, I. (1990). *Técnica de entrevista psicodinámica*. México: Pax.

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905). *Three essays on the theory of sexuality*. Standard Edition. London: Hogarth Press.

Freud, (1914). *On narcissism*. Standard edition. London: Hogarth Press.

Fromm, E. (1979). *El psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gabbard, G. (2000). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Gear, M., Liendo, E. y Scout, L. (1989). *Tecnología psicoanalítica multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.

Glassman, M. (1988). Kernberg and Kohut: a test of competing psychoanalytic models of narcissistic personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc.*, pp. 597-625.

Guinsberg, E. (1999). *Normalidad, conflicto psíquico, control social*. México: Plaza y Valdés.

Greenson, R. (1999). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.

Hales, R. (2000). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Hammer, E. (1990). *Test proyectivos gráficos*. México: Paidós.

Jaccard, R. (1982). *Historia del psicoanálisis. Origen y nociones culturales*. París: Hachette.

Jacobson, E. (1964). *The self and object World*. New York: International Universities Press.

James y Gilliland. (2002). *Crisis Intervention Strategies*. New York: Brooks and Cole.

Kaplan, H. y Sadock, B. (2001). *Sinopsis de psiquiatría*. 8va. ed. España: Médica Panamericana.

Kernberg, O. (1970). Factors in the treatment of narcissistic personalities. *Journal of The Americ Psychoanalytic Association*.

Kernberg, O. (1974). Further contributions to the treatment of narcissistic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*.

Kernberg, O. (1989). The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. *Psychiatric Clinics of North America*.

Kernberg, O. (1998). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós.

Kernberg, O. (1999). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. México: El Manual Moderno.

Kernberg, O. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica: nuevos desarrollos en psicoterapia de los trastornos graves de la personalidad*. México: El Manual Moderno.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the Self*. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1984). *How does the analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.

Lasch, C. (1979). *The culture of Narcissism: American Life in an age of diminishing expectations*. New York: WW Norton.

Levenson, H. (1995). *Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado. Tratamiento en 20 sesiones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Lipovetsky, (1990). *La era del vacío*. México: Era.

López, M. (2003). *Relación de los mecanismos de defensa y los trastornos de personalidad y su relevancia para la psicoterapia psicodinámica de apoyo en una población universitaria mexicana*. México: Tesis Universidad Anáhuac.

López, D. (2004). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes límite*. México: Editores de Textos Mexicanos y Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: Basic Books.

Mahler, M. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Argentina: Marymar.

Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna*. Barcelona: Salvat.

Morrison, A. (1986). *Essential papers on Narcissism*. New York: New York University Press.

Nathan, P. y Harris, S. (1983). *Psicopatología y sociedad*. México: Trillas.

Nietzsche, F. (2000). *Obras selectas. Máximas e interludios*. Madrid: Editar Libros.

Núñez, R. (1994). *Aplicación del (inventario multifásico de la personalidad) MMPI a la psicopatología*. México: Manual Moderno.

Olivenstein, C. (1992). *El Yo paranoico: De la sospecha al delirio*. Buenos Aires: Paidós.

Portuondo, J. (1992). *Test proyectivo de Karen Machover (La figura humana)*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Rodríguez, E. (1996). *Sigmund Freud. El siglo del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Roudinesco, E. y Plon, M. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.

Santamaría, A. *El inconsciente. Lo inconsciente y lo inconscientemente: de Freud a la psicología del self intersubjetiva*. Cuadernos de Psicoanálisis. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana, 2000.

Saszs, I. y Lerner, S. (1996). *Para comprender la subjetividad*. México: El Colegio de México.

Sugarman, A., Nemiroff, R., & Greenson, D. (1992). *The Technique and Practice of Psychoanalysis. Volume II: A Memorial Volume to Ralph R. Greenson*. Connecticut: International Universities Press.

Strupp, H. y Binder, J. (1993). *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Tallafero, A. (1999). *Curso básico de psicoanálisis*. México: Paidós.

Vázquez, L. (2001). *Manual para la elaboración de una psicodinamia. Tesis de Maestría*. México: Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica.

# Identidad profesional del psicólogo y su rol como agente de cambio social: Un modelo de desarrollo

Marie Jannine Fong Vargas<sup>17</sup>

A lo largo del primer semestre en el que he estado estudiando la Licenciatura en Psicología, uno de los temas principales en discusión es sobre nuestra aspiración en un futuro, es decir, el papel que desempeñaremos como profesionistas, manejando un enfoque en cuanto al cambio en la sociedad en que nos desarrollamos (o en la que decidamos ejercer, incluso en el extranjero).

Esta lectura menciona el planteamiento de un modelo de desarrollo en el que se involucran factores de dominio cognoscitivo, dominio afectivo y desarrollo psicosocial, o bien, el Yo teórico, el Yo empírico y el Yo individual, así como el problema del rol del psicólogo como agente de cambio social.

Hace mucho énfasis en la estructuración de un Yo fuerte como psicólogo, o en otras palabras, un núcleo individualmente firme y flexible que pueda reconciliar contradicciones necesarias dentro de cualquier organización humana, integrar diferencias individuales y promover la identidad e integridad en su formación profesional.

Partiendo desde la preparación académica, es decir, desde que nosotros como alumnos nos encontramos estudiando Psicología, nos menciona que estas primeras influencias dentro de la institución manejan un enfoque dinámico de procesos regresivos (se refiere a lo que ya hemos vivido) y procesos progresivos (lo que aún nos queda por hacer).

También, enumera las generalidades que el modelo de desarrollo plantea sobre el aspecto individual del psicólogo, o sea, su personalidad. Principalmente alude al hecho de generar conciencia sobre lo que se está aprendiendo; la dinámica enseñanza-aprendizaje, la regulación mutua en la relación maestro-alumno, que permita instruir el autocontrol y fomentar las bases de la identidad profesional. Promueve a que el alumno sea lo suficientemente capaz de dominar y perfeccionarse a sí mismo, lo que le brinda un nuevo estatus, es decir, una autoestima más realista con la convicción de que lo que se está aprendiendo, en un futuro dará frutos dentro de la sociedad.

Otro aspecto importante es la conciencia sobre los recursos y limitaciones del psicólogo a través de la introspección sistemática y la reflexión. En pocas palabras, dice que el psicólogo se encuentra en un constante dinamismo sobre el control en dominios cognoscitivo, afectivo y psicosocial, y denomina a la integridad interior como condición de maduración conductual.

Sobre el dominio cognoscitivo, se refiere al desarrollo de habilidades o destrezas específicas de la disciplina psicológica, así como el conocimiento de modelos teóricos, metodologías y técnicas, que van de la mano de la capacidad de cuestionamiento, reflexión, explicación de algún conocimiento, y la capacidad de expresar este último de manera íntegra (puede ser verbal o escrita) y exponerlo como un hecho concreto. Dichas capacidades le serán útiles en el momento de analizar algún fenómeno social o, de ser psicólogo clínico, dentro de su labor como tal al diagnosticar, aparte de considerar a la Psicología desde su aspecto histórico (en relación con la filosofía y la medicina) y su rol en la historia y la cultura.

Dice que es necesario el desarrollo de las funciones del Yo vinculadas al dominio cognoscitivo: la adaptación a la realidad, la prueba de la realidad, el proceso del pensamiento y el juicio. Este último juega un papel muy importante, ya que le brinda al psicólogo las habilidades tanto para discriminar como para anticipar y adecuar el comportamiento; lo relaciona estrechamente con la eficacia de su labor profesional y refleja la habilidad del psicólogo para llegar a conclusiones correctas.

Respecto al dominio de lo afectivo, se refiere al comportamiento, específicamente a los sentimientos, actitudes y valores del psicólogo. Hace relevante el hecho de adoptar un sistema de vida coherente con los valores personales. Hace a la institución educativa responsable del cuidado y reforzamiento de la actitud y valores éticos que desarrolle el alumno en su proceso académico. Afirma que un método eficaz sobre la integración del dominio cognoscitivo con el afectivo es aquel empírico, es decir, aquel que se lleve a cabo a través de las experiencias, para posteriormente iniciar la búsqueda sobre el acontecimiento (fenómeno) experimentado.

Promueve a los maestros a fungir como guías en la promoción del crecimiento emocional del estudiante; asimismo, el desarrollo de la sensatez que impulse la tolerancia a las diferencias a las que se habrá de enfrentar. Menciona el hecho de que ambos, tanto el maestro como el alumno se encuentran en proceso de crecimiento. A los maestros también los instruye a que deben actualizarse constantemente a través de cursos que contribuyan a su crecimiento como docente (lo cual es un ejemplo para el alumno).

Me llama mucho la atención que el psicólogo, caracterizado por estudiar el comportamiento humano, requiere primero de un profundo y reflexivo conocimiento

sobre sí mismo, para evitar futuras proyecciones a la hora de ejercer como profesionalista.

Sobre el desarrollo psicosocial, es decir, el Yo individual, señala que el modelo de desarrollo pretende ayudar al alumno a alcanzar conocimientos por medio de la introspección y la concientización de los propios procesos internos y externos, así como la capacidad de corregirlos y de esa manera convertirlo en parte de su vida (continua mejoría personal).

Otro punto interesante es que explica que todo ser humano es neurótico en cierto grado, y por lo tanto el estudiante de Psicología no es ajeno a esto. Dice que como función yóica, es deber del psicólogo desarrollar el manejo de la frustración, angustia, depresión y el control de impulsos instintivos. Es fascinante el hecho de saber que conforme se va desarrollando esta función yóica, seremos (psicólogos) capaces de volver consciente lo inconsciente, empezando por nuestras propias inquietudes mentales referentes a la realidad interna.

Sobre lo externo, hace mención a Erik Erikson en los siguientes puntos: la relación entre la personalidad humana con el entorno social; el crecimiento del psicólogo dependiente de la experiencia sobre la sensación de realidad, consciente de que en la medida en la que domina su experiencia individual, es ésta una variación de su identidad grupal profesional. Pone a la autoestima profesional un papel muy importante en cuestión de la integración de pasos efectivos hacia un futuro tangible, fundamento de la identidad del Yo profesional.

Ahora, llegando al propósito principal del texto, éste maneja cierta perspectiva sobre el psicólogo como agente de cambio social.

Este apartado lo denomina la integración del Yo como psicólogo, refiriéndola como la personalidad social o el Yo de lo político. Define el sociopsicoanálisis como la articulación del hecho social y el hecho psíquico individual, es decir, la relación entre uno y otro que conforman, al final de cuentas, la personalidad profesional del psicólogo.

Dice que éste (SPsA) como método y como práctica se presenta la relación entre la personalidad individual y de la sociedad; utiliza un proceso autónomo, lo que favorece a la toma de conciencia de elementos inactuales (psicofamiliares) y actuales (sociales); anticipa una forma original de organización laboral, y apunta a las contradicciones sociales como causantes de crisis de identidad.

La personalidad social en el adulto existe a través de los fenómenos de tomas de conciencia. La verdadera influencia son los fragmentos en los que se descompone el acto institucional del acto global. Dice que la institución es una organización de trabajo en la que intervienen deseos de poder y control sobre los propios actos, que por lo regular son vividos en una apariencia irreal.

Denomina progresión a las soluciones institucionales en los problemas actuales que se persiguen, y regresión al retroceso de lo político a los psicofamiliares (marcado por prevalencia de fantasmas inactuales).

Hace relevante la importancia del trabajo en equipo, en cuestión a la labor del psicólogo dentro de una institución. Sobre el mismo, hace hincapié en el hecho de que trabajar en equipo implica, asimismo, la responsabilidad individual por cumplir con la parte que le corresponde.

El "cómo" del método que explica, lo desarrolla de la siguiente manera: a) pone al análisis de su propia personalidad como parte de su formación, por medio del cual desarrolla conciencia sobre las motivaciones, necesidades, actitudes y valores que rigen la vida del psicólogo como persona y como profesionalista, lo que lo hace asumir su responsabilidad. La persona cuanto más sana es más desarrollada, pues está más en contacto consigo misma y establece relaciones de afecto profundas y duraderas. El rol del Yo del alumno en proceso de desarrollo como psicólogo, a través de la constante reflexión y concientización, va integrando conocimientos, experiencias y características individuales que determinarán su identidad profesional, a través de las relaciones de afecto entre alumno y maestro, en el proceso de enseñanza-aprendizaje. b) El yo político supone el modelo de sociopsicoanálisis institucional, ya que a través de la observación de grupos de psicólogos se considera lo positivo, ejercido mediante la toma de conciencia de lo individual a lo social, en el hecho de trabajar en equipo. El psicólogo como agente de cambio social parte del punto en que las universidades deben promover el desarrollo de la identidad profesional de sus alumnos, fomentar el trabajo en equipo, así como la reflexión de que el fomento de la cooperación mutua individual es indispensable en el momento de plantear soluciones, adquiriendo poder y fungiendo como portavoz hacia el cambio social.

Ejercer la profesión en Psicología añade un aspecto verdaderamente importante en el desarrollo del profesionalista: el enfoque sobre la parte trascendental e intangible del ser humano: su comportamiento. Es un proceso de consideración de etapas progresivas

ascendentes y de revisión y redefinición de lo ya vivido. La identidad del profesional, es decir, el Yo como psicólogo es una combinación de identidad personal, identidad grupal (colegas) e identidad social (la comunidad en la que ejerce). Es indispensable, como estudiante de la materia, tenerlo en cuenta constantemente.

"El psicólogo sin comunidad, no existe."

#### Bibliografía

Harrsh, C. (2005) Identidad del Psicólogo. Editorial Prentice Hall. México. pp.244-256

### Bases para las participaciones en la revista ConSciencia de la Escuela de Psicología de Universidad La Salle Cuernavaca

#### Generales. Se deberán observar los siguientes puntos:

1. Podrán participar con ensayos, artículos o documentos de otra índole (fotos, dibujos) todos aquellos psicólogos o estudiantes de psicología y aquellos que estén interesados en la ciencia psicológica y ciencias afines.

2. La revista comprende las siguientes secciones:

1. Editorial
2. Ensayos críticos
3. Artículos
4. Reseñas
5. Sección de estudiantes de psicología
6. Correo del lector y
7. Psiconoticias.

3. Limitar las participaciones de artículos y ensayos a máximo diez cuartillas, a un espacio, con letra 12, tipo Times New Roman, incluyendo bibliografía. Los cuadros o figuras deberán de ir numerados, dentro del texto, con cifras arábigas. Los títulos de los cuadros y los pies de figuras deben ser claros, breves y llevar el número correspondiente.

4. Las reseñas no serán mayores de una cuartilla, a un espacio (sencillo), con letra 12, tipo Times New Roman, incluyendo bibliografía.

5. Los materiales propuestos para su publicación deberán estar escritos en español, en forma clara y concisa. Se entregará una versión impresa en papel tamaño carta y en disquete en programa Word.

6. Los ensayos son reflexiones críticas sobre determinados temas, y en este caso se recomienda que contengan tres secciones: 1. Introducción (objetivo o propósito del ensayo o, en su caso, hipótesis de trabajo etc.) 2. Cuerpo del ensayo, en el cual el autor desarrollará el argumento de su trabajo y 3. Conclusión.

7. Los artículos básicamente son resultados o aportes de investigaciones. Deben contener las siguientes partes: introducción, antecedentes y objetivos, metodología, resultados, discusión teórica y referencias bibliográficas. Los artículos deberán ir, en todo caso, acompañados de un resumen que muestre claramente los contenidos.

8. Para las referencias bibliográficas de ensayos o artículos, el autor debe apegarse al siguiente formato que, en general, sigue los lineamientos comúnmente aceptados: las referencias en los textos se anotan con el apellido del autor y año de publicación entre paréntesis y de ser necesario el número(s) de página(s). Al final del texto se anota la

bibliografía completa en orden alfabético y de acuerdo con el apellido y nombre del primer autor, año de publicación, título del libro o referencia en cursivas, lugar de impresión y editorial. Si la cita es textual se pondrá entre comillas y entre paréntesis se apuntará el nombre del autor y el año de la publicación con el o los números de la(s) página(s). Al final del texto se anota la bibliografía completa. Si la cita textual es de más de 5 renglones, se sugiere que se escriba con letra 10, con renglones de 3 cm a 3 cm y se procederá de la manera señalada anteriormente.

**Por ejemplo: "...en la terapia uno tendrá que sacar ventaja en lo posible de los cambios ambientales (Bellak, 1980)..." y al final del libro en la sección dedicada a la bibliografía: Bellak, M.D. Leopold, Small, S.D., Leonard, 1980, Psicoterapia breve y de emergencia, México, Editorial Pax. O también puede incluirse al autor sin paréntesis: por ejemplo, en un libro de Otto Klineberg encontramos el siguiente renglón "Por una parte, Hartley y Hartley (1952) hablan de actividades físicas..." y en la sección dedicada a la bibliografía: E.L. Hartley y R.E. Hartley, 1952 *Fundamentals of Social Psychology*.**

9. Cuando se cita por segunda ocasión a un autor, se anota de nuevo su apellido y año de publicación o se puede hacer la referencia con las locuciones latinas utilizadas comúnmente para el caso, ambas opciones entre paréntesis. Si la cita es de internet se anota el nombre del autor o de la institución, nombre o título del artículo o ensayo, la dirección completa de la web y la fecha de extracción de la información.

10. Si la información proviene de una entrevista o de otra fuente, se anota el nombre del entrevistado o, en su caso, solamente como informante y la fecha, y/o como documento mecanografiado y en el estado en el que se encuentra (en proceso de publicación, etc.). Si es una fuente documental se anotan los datos disponibles, por ejemplo autor, nombre de la revista o periódico, fecha.

11. Por cuestión de costos, las gráficas que lleguen a incluirse en los textos deben ser en blanco y negro. Las fotografías en color, por las razones mencionadas, serán incluidas en blanco y negro.

12. Los trabajos serán revisados y en su caso aprobados por el Consejo Editorial en colaboración con el Consejo Científico.

13. Cualquier controversia acerca de los contenidos de la revista, no prevista en las bases, será resuelta por el Consejo Editorial.

Para recibir los trabajos o para más información comunicarse con Pablo Martínez Lacy, al correo electrónico: conpsic@ulsac.edu.mx, o pml626@hotmail.com o al teléfono 311-55-25 ext. 248, Escuela de Psicología ULSAC.



Revista

# ConSciencia

de la Escuela de Psicología

<b>Presidente del Consejo de Gobierno</b>	Dr. José Antonio Vargas Aguilar, f.s.c.
<b>Rector</b>	Mtro. Ángel Elizondo López
<b>Vice-Rector</b>	Ing. Oscar Mario Macedo Torres
<b>Directora de la Escuela de Psicología</b>	Mtra. Ofelia Rivera Jiménez
<b>Editor Responsable</b>	Mtro. Pablo Martínez Iacy

*De La Salle*



Universidad  
La Salle  
Cuernavaca®

Nueva Inglaterra esq. Nicolás Bravo  
Col. San Cristóbal C.P. 62230  
Cuernavaca, Morelos, México

t: (777) 311 5525  
f: (777) 311 3528  
[www.ulsac.edu.mx](http://www.ulsac.edu.mx)

[www.ulsac.edu.mx](http://www.ulsac.edu.mx)