



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

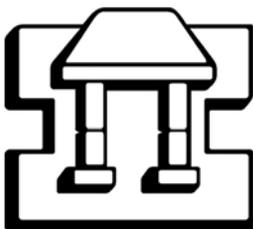
“ACERCA DEL PSICOANÁLISIS COMO UNA  
ALTERNATIVA VIGENTE EN LA PSICOLOGÍA  
CLÍNICA”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
GASPAR BECERRIL RAYMUNDO

ASESOR DE TESIS:  
LIC. ESTEBAN CORTÉS SOLÍS.

DICTAMINADORES:  
DR. EDGARDO RUIZ CARRILLO.  
MTRO. VÍCTOR MANUEL ALVARADO GARCÍA.



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Dedico y agradezco* ésta tesis a:

Aquella fuerza creadora, total y esencial a la que los mortales sólo llamamos: *DIOS*.

*Mi madre, la Sra. María Inés Raymundo Valdés*, porque siempre me motivaste con palabras y con hechos, por todo lo que tuviste que trabajar, por todos los sacrificios económicos que tuviste que hacer, por todos los diez de mayo que no pude comprarte un regalo, por escucharme y tratar de comprenderme, por tener fe, por todo lo que has hecho y dejado de hacer para ver a un hijo superarse como persona y porque sólo los que somos tus hijos podemos decirte que has sido una excelente madre.

*Mi hermano Carlos*, por tu ayuda económica y apoyo moral incondicional.

*Mi hermano Valente*, por que has sido más que un hermano, un amigo con quien siempre he echado relajo, he aprendido, he crecido y me he enfrentado a algunos molinos de viento.

*Mi tío José (Blas)*, por haber sido uno de los pocos adultos que me escuchó, me ayudó y me enseñó cuando lo necesite y por ser el más picudo y chido de los tíos que tengo.

*Mis amigos, Arturo ("el estrella"), Ernesto y Eloy*, a quienes considero como otros hermanos, los cuales me han apoyado, han estado en las buenas y en las malas, y con quienes he aprendido y he crecido.

*Mi amiga Sandra*, por brindarme tu tiempo, tu ayuda y tu confianza.

*El Lic. Jorge Luis Muños*, por haberme brindado, además de su amistad, la oportunidad de trabajar en algunos de sus proyectos.

*La Lic. Ana Rosa Aguilera y a la Lic. Alicia Martínez*, del Sistema Municipal DIF de Naucalpan, por haberme permitido pertenecer a su equipo de trabajo y por haberme brindado la oportunidad de desarrollarme como profesionista.

*Agradezco especialmente a:*

El asesor de ésta tesis, *Esteban Cortés*, por motivarme y ayudarme a concluir con éste proceso, y a quienes fungieron como dictaminadores de la misma, *Edgardo Ruiz y Víctor Manuel Alvarado*, por que considero que siempre habrá algo que pueda aprender de ellos.

*Agradezco con profundo sentimiento a:*

*La Universidad Nacional Autónoma de México*, La Universidad de México, por la formación que he recibido, por los conocimientos, por su gente, por todo lo que es y representa, y por que "*por mi raza hablara el espíritu*".

Gaspar Becerril Raymundo.  
2005

# ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA Y DE LA PSICOLOGÍA EN MÉXICO .....</b>	<b>9</b>
1.1. Breve historia de la Psicología.....	10
1.2. Antecedentes de la Psicología en México.....	31
<b>CAPÍTULO II. PSICOLOGÍA CLÍNICA EN MÉXICO.....</b>	<b>44</b>
2.1. Algunos orígenes de la Psicología Clínica.....	44
2.1.1. Orígenes de la Psicología Clínica en México.....	52
2.2. La Psicología Clínica en la actualidad mexicana.....	63
2.3. Definición de Psicología Clínica.....	66
2.3.1. Características.....	68
2.4. Concepto de psicólogo clínico.....	70
2.4.1. El psicólogo clínico como profesionista.....	74
2.4.2. Actividades que comúnmente desarrolla el psicólogo clínico.....	77
2.4.3. Campo de trabajo del psicólogo clínico.....	82
<b>CAPÍTULO III. LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN MÉXICO.....</b>	<b>86</b>
3.1. Breve historia del Psicoanálisis.....	86
3.1.1. El Psicoanálisis después de Freud.....	103
3.2. Definición de clínica psicoanalítica.....	110
3.2.1. Características.....	112
3.3. La clínica psicoanalítica en la actualidad.....	116
3.4. Concepto de psicoanalista.....	120
3.4.1. El psicoanalista como profesionista.....	121

3.4.2. Actividad que comúnmente desarrolla el psicoanalista.....	126
3.4.2. Campo de trabajo del psicoanalista.....	130
3.5. Algunos datos históricos del Psicoanálisis en México.....	134
<b>CAPÍTULO IV. RELACIÓN HISTÓRICA Y MISCELÁNEA.....</b>	<b>147</b>
4.1. Relación histórica del Psicoanálisis y la Psicología Clínica.....	147
4.2. Particularidades del Psicoanálisis respecto de la Psicología.....	154
4.2.1. Concepto de ser humano.....	154
4.2.2. El aspecto bio-psico-social.....	155
4.2.3. Algunas implicaciones de la definición de Psicología.....	158
4.2.4. Método científico, método clínico y método psicoanalítico.....	160
4.3. Posición del Psicoanálisis en cuanto a la Psicología Clínica.....	163
<b>CAPÍTULO V. VIGENCIA DEL PSICOANÁLISIS (O MODELO PSICODINÁMICO) EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....</b>	<b>166</b>
5.1. De qué forma el Psicoanálisis continúa siendo una alternativa para la Psicología Clínica .....	168
5.2. Algo acerca de los textos revisados.....	179
<b>CONSIDERACIONES.....</b>	<b>181</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>189</b>

## RESUMEN

En el presente trabajo se aborda el tema del psicoanálisis, como un paradigma vigente para la psicología clínica. El principal objetivo fue el de realizar una revisión de algunos trabajos actuales en los que se observa la utilización del modelo psicodinámico (o psicoanálisis) en la psicología clínica, para con ello demostrar su vigencia en ésta área de la psicología. Sin embargo, para intentar cumplir con éste objetivo se parte de una revisión histórica de lo que ha sido la psicología y la psicología clínica, y la relación que éstas han tenido con el psicoanálisis, tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Algunos de los hallazgos, serían que si bien el psicoanálisis sigue siendo utilizado por algunos psicólogos, ésta utilización implica una serie de factores que es imprescindible tomar en consideración. Otra cuestión sería el que no se propone aquí el que el psicoanálisis sea un paradigma para toda la psicología; más bien se propone que éste continúa siendo una alternativa para la psicología y más específicamente para el área clínica.

## INTRODUCCIÓN

Parte del interés por realizar el presente trabajo se debió en un principio a que, revisando algunos textos (principalmente de tesis), fue notoria la existencia de un vacío, en cuanto a la historia o antecedentes de la psicología en nuestro país; aunque desde aquí es justo aclarar que el interés particular radica esencialmente en cuanto a la psicología clínica y al psicoanálisis, específicamente la clínica psicoanalítica, en la que de igual manera se observa dicho vacío. Tomando eso en cuenta, se puede decir que la importancia de la parte histórica de la psicología (o el "historiografiarla"), se presenta en la medida en la que se comprende que al psicólogo se le recomienda "tener presentes los problemas que acuciaron a la disciplina en el pasado. Particularmente, por que los problemas suelen repetirse y reaparecer con aspectos distintos. Se suele citar con mucha frecuencia al filósofo George Santayana para decir que <<quienes no aprenden las lecciones de la historia están condenados a repetirlas>>. Concretamente, nos advertía Santayana de que si no estudiamos nuestra historia tendremos que tomarnos el trabajo de volver a pasar por los mismos caminos que ya recorrimos en el pasado" (Santamaría, 2001, p. 8). Así, una de las propuestas que se pretende en éste trabajo gira en torno a considerar en mayor medida los antecedentes, principalmente en nuestro país, ya no únicamente de la psicología clínica o del psicoanálisis, sino de la psicología en general. Esto también considerando la importancia que tiene el contexto en el que se ha desarrollado y se está desarrollando la psicología, lo cual permite en ocasiones observar algunas de las repercusiones que tiene el soslayar ésta parte de dicha ciencia. En otras palabras, se puede decir que no es fortuito el considerar la historia de la psicología, así como la historia de su área clínica y la del psicoanálisis, pues algunas de las cuestiones que detonaron de alguna manera éste trabajo fueron, entre otras, el querer conocer porqué se utilizan preferentemente determinados paradigmas en la psicología clínica, o también cuál fue y ha sido la participación del psicoanálisis en la psicología, principalmente en México, para poder hablar o no de su vigencia en ésta área. Pero también se puede decir que el interés en éstas especialidades, radica además en cuanto a la definición e influenciabilidad de ambas, esto es, cómo es que la influencia se ha dado y se da entre el psicoanálisis y la psicología clínica. Vale la pena mencionar, que no es desconocida la profundidad con la que se podrían manejar ambas especialidades, cada una por separado, principalmente en cuanto a la parte de antecedentes en nuestro país, ya que se observa una gran arista que se pueda continuar. Sin embargo, se tiene que decir que el principal interés de éste

trabajo es la observación y exposición (mediante una revisión) de las influencias del psicoanálisis en la psicología clínica, pero esencialmente el que exista una vigencia de estos.

Por otro lado, podría pensarse a simple vista, que el tema de las influencias está demasiado explotado o agotado quizás, pues la mayoría de los textos (de libros) que tratan el tema de la historia de la psicología considera como una parte importante y fundamental al psicoanálisis; y de hecho la mayoría de los textos contemplados en éste trabajo, para bien o para mal, hacen referencia a algún concepto de S. Freud o del psicoanálisis. También se puede observar que muchos de los textos tratan al psicoanálisis como un modelo terminado e históricamente estático, es decir, como algo que no ha avanzado, como algo que tuvo relevancia e influencia en un punto determinado de la historia de la psicología (específicamente de la clínica), y no como un modelo ya no únicamente teórico sino también práctico, como siempre ha sido, que sigue evolucionando, estando vigente y aportando con su obra al desarrollo, ya no sólo de la psicología clínica sino a aquellas ciencias encargadas de estudiar el llamado fenómeno "psi". Esto también sea dicho considerando el que parecería que la psicología clínica sigue siendo influenciada por modelos (o pseudo modelos) que; o bien parecen estar a la "moda", o bien se dejan llevar por la "ley de la oferta y la demanda", permitiendo con ello un pragmatismo que en ocasiones resulta nocivo para la disciplina misma.

En cuanto al psicoanálisis se refiere, se está de acuerdo con autores como Gill y Rapaport (1962), que señalan que el entusiasmo por lo nuevo no debería empañar los conocimientos ya establecidos, y más bien eso nuevo debería integrarse en lo "viejo", pues lo "nuevo", especialmente en psicoanálisis, es generalmente alguna faceta de ajuste de la que se obtiene un beneficio a expensas del modelo primario. Y a esto se le puede agregar que, siempre y cuando eso viejo éste efectivamente bien establecido lo nuevo puede ser integrado, lo cual no únicamente funciona o es sugerido para un modelo, escuela o especialidad. En esa misma vena, se podría pensar que como pretendida disciplina independiente el psicoanálisis no necesita de revisiones externas a él, para dar cuenta de su vigencia; pues dentro, existen una serie de corrientes de pensamiento que la nutren, y en ocasiones la hacen parecer algo "imprecisa", pero también más rica; además existen autores que por su trabajo son considerados más importantes e influyentes que otros para la disciplina, y se aclara que no se trata de una ciencia exacta. Por ello el pensar en una escuela, ya no solamente psicoanalítica sino psicológica que se considere la mejor o la única en resolver mejor y más problemas, careciendo de un conocimiento más general y una experiencia clínica que pueda fundamentar tal convicción, podría estar cayendo en el dogmatismo, peligroso para la ciencia. De tal manera que, es interesante observar no sólo cómo ha sido,

sino cómo está siendo parte del desarrollo e influencia de esta disciplina en nuestro país. Por lo que también vale la pena advertir aquí, que no se trata de “vender” la idea de que el psicoanálisis es la mejor o la única opción para la psicología (como podría interpretarse si sólo se lee el título de éste trabajo), sino más bien se trata de dar cuenta, retomando la historia de ambas disciplinas y su relación, de cómo es que el psicoanálisis sigue siendo una alternativa para la psicología clínica. Así, tomando en cuenta lo hasta aquí mencionado se puede indicar que el objetivo general del presente trabajo es realizar una revisión de algunos trabajos actuales acerca de la utilización del modelo psicoanalítico (o psicodinámico) en la psicología clínica, para con ello demostrar su utilización y vigencia en dicha área.

Ahora bien, para cumplir con dicho objetivo se pretende abordar antes otros objetivos, que tienen que ver en primer lugar con la revisión de los antecedentes históricos tanto de la psicología clínica como del psicoanálisis a nivel mundial, pero además en nuestro país. Considerando eso se puede decir que, para la elaboración del capítulo uno se contempla el abordar los antecedentes de la psicología, incluyendo el caso particular de la psicología en México, para con ello poder observar las bases que dieron origen al desarrollo de la disciplina.

En el segundo capítulo se abordan algunos orígenes de la psicología clínica, esto como una continuación del desarrollo de la psicología pero enfocado a un área específica de la misma. Se toma aquí como base de su nacimiento, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica; pero también se trata de hacer énfasis de lo que ha sido su desarrollo en nuestro país, para con ello poder ubicar parte de su papel en la actualidad. Por otro lado, en éste capítulo también se contemplan algunas definiciones de ésta área de la psicología, y que la caracteriza. Además de esto, se trata grosso modo, tanto las actividades que comúnmente desarrolla el psicólogo clínico mexicano, cual es el concepto que comúnmente se tiene de éste profesionista, así como su campo de acción y sus actividades más frecuentes.

En el capítulo tercero, también se aborda la parte histórica, pero en éste caso la relativa al psicoanálisis; más se debe aclarar aquí que ésta tal vez resulte breve debido principalmente a que existen muchos buenos textos (sino es que bibliotecas enteras) encargadas y especializadas en la exposición de dicho asunto, por lo cual se intenta tomar como eje de exposición uno de los textos del mismo S. Freud titulado: “Esquema del psicoanálisis y otros escritos de doctrina psicoanalítica”, dicho texto también nos ayuda a definir al psicoanálisis, tomando ambas cosas desde su autor original. Obvio es señalar que se retoman a otros autores, principalmente para dar cuenta de lo que fue el psicoanálisis después de su creador, cuestión que es relevante en éste trabajo pues ayuda al cumplimiento de

nuestro objetivo. Además de ello, en éste capítulo se aspira abordar los datos más relevantes de la historia de ésta disciplina en México, esto considerando que el psicoanálisis es conocido y utilizado en nuestro país, pero pocas veces tratado a nivel histórico. Y así como en el anterior capítulo se tratan de abordar las actividades y campo de acción del psicólogo clínico, en éste se trata lo referente al psicoanalista.

En el cuarto capítulo, se trata la relación del psicoanálisis y su fundador en cuanto al desarrollo de la psicología clínica; esto es, se habla acerca de la relación histórica del psicoanálisis y la psicología clínica, en principio, en el contexto de principios del siglo XX, pero también se aborda de esa relación histórica en nuestro país y algunas de sus vicisitudes. En éste capítulo además se tratan algunas cuestiones que se consideran relevantes para ambas disciplinas, como es la cuestión metodológica, o como se aborda la cuestión bio-psico-social, contemplada actualmente por varias disciplinas que participan en el ámbito de la salud, entre otros temas.

Para el capítulo cinco, lo que se intenta es responder particularmente a la pregunta que se refiere a: de qué manera el psicoanálisis continúa siendo una alternativa para la psicología clínica. Así, en éste apartado se revisan algunos trabajos, principalmente de tesis, en los que el modelo ha sido aplicado en nuestro país. Finalmente se hacen algunas consideraciones y conclusiones del presente trabajo.

## CAPÍTULO I.

### ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA Y DE LA PSICOLOGÍA EN MÉXICO.

"La historia después de todo es más bien la experiencia del historiador, nadie la hace como no sea él y el único modo de hacer historia es escribirla. Asumir una posición tal no implica desde luego correrse al relativismo escéptico para el cual todas las interpretaciones son igualmente válidas y ninguna objetiva. Habrá que aclarar entonces, que cuando se califica de *objetivo* a un historiador se quiere significar: primero, que lo es porque sabe elevarse por encima de la limitada visión ideológica que corresponde a su propia situación histórico-social, reconociendo la imposibilidad de una objetividad total o absoluta; y segundo, porque sabe proyectar su visión hacia el futuro, de modo tal que penetra el pasado más profundamente que otros historiadores cuya visión depende totalmente de su propia situación inmediata." (Díaz Contreras, 1999; en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999, p. 23 y 24)

La historia de la psicología se suele abordar en muchas ocasiones según el concepto que se tenga de ésta. Es decir que, para algunos autores la historia de la psicología comprende desde el establecimiento del primer laboratorio de psicología en Alemania, en la segunda mitad del siglo XIX. Otros sin embargo, suelen considerar en la historia de la psicología antecedentes que van hasta el principio de la civilización humana, y abordan esos aspectos que han acompañado a diferentes culturas desde sus orígenes; esto es, que toman en cuenta aspectos que tienen que ver con conceptos como espíritu, alma, mente, psique; además del trato no sólo de los conceptos, sino en donde eran aplicados.

Es por ello que se considera aquí lo referido por Díaz Contreras (1999; en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999), en cuanto a algunas consideraciones que hay que tener presentes al abordar ya no únicamente la historia de la psicología, sino en general de la historia. Así, por ejemplo, se pueden citar algunas de las preguntas que hace éste autor, con respecto a la revisión historiográfica de la psicología y que en un principio nos pueden ayudar como un ejercicio crítico. Vale pues preguntarnos aquí: "¿quiénes escriben qué historias?, ¿de qué modo y con qué intenciones?" (p. 16). Pues como lo menciona el mismo autor, algunos textos "reiteran un conjunto de datos básicos, las más de las veces de carácter descriptivo, que con fechas, nombres y lugares agotan sus experiencias en un discurso que sobrevalora el papel y / o la contribución de un personaje en lo que se denomina la verdadera fundación

de la psicología" (p.16-17). Esto con el fin de ensalzar (u opacar) las aportaciones de un personaje o de un hecho histórico, haciendo muchas veces ídolos y mitos de la psicología, y con ello además tomando radical y riesgosamente una postura ideológica. Es por ello que para tratar de comprender el surgimiento de la psicología moderna sería necesario identificar en los diferentes psicólogos que elaboran historias de la profesión, "a) su concepción de historia de sociedad; b) su concepción de ciencia, particularmente el papel asignado a lo social en la producción del conocimiento científico; y c) su posición con relación a la psicología actual." (...), pues "de acuerdo a la significación que cada uno de los autores otorgue a ellas resultarán las diversas perspectivas interpretativas que podamos hallar" (p. 18)

Por otro lado, también hay que considerar lo mencionado por Mondragón (1999; en: Aguado y cols., 1999), en cuanto a que la introducción al mundo de las ideas científicas en algún periodo histórico "es una empresa difícil para un psicólogo sin formación filosófica e histórica" (p. 78), pues se reconocen aquí algunos de los riesgos que puede suponer el historiar la psicología o parte de ella. No obstante, vale la pena aquí, releer la cita con que se abrió éste apartado. Aunque, la pretensión del mismo sea más humilde, pues el objetivo es abordar de forma breve la historia de la psicología, hasta el periodo en el que surge la rama denominada clínica. De la misma manera se intentan abordar los antecedentes de la psicología en México, para con ello observar las bases que dieron origen al área clínica en nuestro país. Se aclara desde aquí, que lo anterior mencionado valdrá para la mayor parte del trabajo, pues en los dos capítulos siguientes (principalmente) se contempla la historia de dos disciplinas y posteriormente su relación. Se alude en ésta parte, la clasificación o diferenciación que realiza Avendaño (1999; en Aguado y cols., 1999), respecto a tener a *la Psicología* como campo general "en el que se inscriben las diversas psicologías que aspiran a un nivel científico en su explicación;" (...) y a *las psicologías* como "la diversidad de explicaciones y formas de conocimiento de lo que se denomina psicológico." (p. 50).

### 1.1. Breve historia de la Psicología.

Como es señalado en el diccionario enciclopédico Espasa (2001), se puede dividir la historia en edades o periodos. De tal manera, que antes de la historia propiamente dicha existiría una Prehistoria que comprende la edad de piedra y la edad de los metales. Posterior a esto, la invención de la escritura en Sumeria (hacia el año 3100 a. C.) marca el inicio de la Edad Antigua ya comprendida dentro de la Historia; el fin de ésta edad está señalada por la caída del Imperio Romano hacia el año 476 d. C. (o siglo V). Este evento también marca el inicio de la Edad Media; aunque hay quienes contemplan una

“Tardoantigüedad” considerando la Edad Antigua hasta el año 800, mismo en el que fue coronado Carlomagno. El fin de la Edad Media esta comprendido hasta 1453. La Edad Moderna está comprendida entre ésta última fecha y la Revolución Francesa ocurrida en 1789; evento que también marca el comienzo de la Edad Contemporánea, la cual es considerada hasta nuestros días. Vale la pena puntualizar, que dichas edades no se pueden aplicar a todas las regiones o culturas del planeta, pues los avances o “progreso” que se tenga en unas no se tenga en otras, observando con esto una occidentalización de la historia. Y sin embargo, se tendrán en cuenta dichas etapas con fines expositivos para abordar la historia de la psicología.

De tal manera que en el periodo que podría denominarse como de *La psicología prehistórica* o primitiva, se puede mencionar que el interés por conocer y explicar el comportamiento, surge cuando el ser humano pasa de ser nómada a sedentario y tiene la oportunidad de observar, observarse y ser observado; es decir, que al mismo tiempo de ser sujeto que conoce también es objeto de ser conocido, con conciencia de si mismo. Conviviendo además, más ampliamente con los integrantes del grupo al que pertenece. Su desarrollo y evolución como persona, es paralela a la de la humanidad, pues de alguna manera el pensamiento del hombre primitivo se asemeja al de un niño, en tanto no diferencia el Yo del no-Yo, llegándose a confundir con el ambiente, o desarrollando sistemas de clasificación rudimentarios para situar objetos inanimados contra objetos animados, comida contra sustancias venenosas, calor contra frío; o no pudiendo escapar de leyes naturales que señalan causa efecto. Es así que el pensamiento del hombre prehistórico opera mediante la magia como regulador del curso de la Naturaleza, que funciona independientemente de la voluntad humana (Serra Padilla, 2000; Harrsch, 1994 y Strickland, 2001; en: Cullari, 2001).

Para Strickland (2001, Op. cit.), las personas que vivieron en la prehistoria tuvieron que haber sido psicólogos naturales, pues debieron ser conscientes de las emociones y dependientes de sus sentimientos y su percepción del mundo y de las personas en él; desarrollaron normas sociales y un sentido de justicia social dentro de sus comunidades. Estos hombres de la prehistoria observaron los cielos y miraron a las estrellas para determinar cómo describir el paso del tiempo y la vida en la tierra. Desarrollaron conceptos míticos para explicar el comportamiento humano y los rituales mágicos para aliviar el sufrimiento físico. Por otro lado, es muy probable que en éste periodo se haya comenzado a identificar las propiedades curativas de diversas plantas, y el tratamiento por ejemplo, de fracturas. Tal como ahora, la gente primitiva pretendía seguir viva y libre de dolor, por ello cuando las fuerzas de la naturaleza los azotaban, ellos atribuían el poder para dañar (y para sanar) a los animales y espíritus a

quienes deificaban o tótemizaban para buscar alivio en ellos. Se entrelazaron así, la magia, la religión, la filosofía y la medicina (Strickland, 2001, Op. cit.; y Harrsch, 1994).

En las sociedades primitivas los trastornos mentales son atribuidos a la influencia de poderes demoníacos o sobrenaturales. (Buendía, 1999). La medicina primitiva, se basaba en la creencia de que las enfermedades físicas y los desordenes mentales ocurrían debido a la posesión de un demonio, o que el enfermo había ofendido a alguna deidad, perdido el alma, sido hechizado por otros seres humanos, por difuntos rencorosos u otras fuerzas espirituales que tomaban control de la persona (Buendía, 1999; Strickland, 2001 Op. cit.; y Becoña y Oblitas, 2000). De ahí que el agente terapéutico es el chamán, mago, curandero o hechicero, quien con un ceremonial variado y en ocasiones colectivo se encamina a identificar el agente o causa patógena sobrenatural. Una vez determinada la causa, aplica el remedio más adecuado. Si era la pérdida del alma o de una sustancia vital, el chamán lo invoca para que regrese y la introduzca en el paciente. Si se trata de la posesión de espíritus y demonios recurre al exorcismo o los transfiere a otras personas, animales o cosas (Buendía, 1999). Cuando las hierbas y los rituales no sanaban un desorden, el curandero(a) recurría a otros tratamientos como el de las sangrías, la cirugía cerebral (trepanación), la segregación o el sacrificio, con el fin de proteger a la comunidad de los espíritus malignos. Se observa de alguna manera, que las primeras prácticas que podrían ofrecer ciertas similitudes con la psicoterapia, eran practicadas por aquellos que eran reconocidos por la comunidad como hechiceros, curanderos, etc. aconsejando a los pacientes como cambiar su comportamiento para complacer o calmar a las deidades (Buendía, 1999; y Strickland, 2001 Op. cit.).

Cuando se complejizan las sociedades y se empieza a observar una división social del trabajo y el poder está simbolizado en un emperador identificado con la divinidad y quien es dueño absoluto de las tierras. Y la ideología dominante va siendo cada vez menos mágica y más propiamente religiosa; se pueden considerar a las civilizaciones como pertenecientes a la *Edad Antigua*, en las que las alteraciones del comportamiento o trastornos mentales son percibidos desde una perspectiva religiosa y se sigue atribuyendo su etiología a poderes sobrenaturales, pero la situación es más compleja porque existen ya ciertos conocimientos sobre dichas alteraciones (Buendía, 1999).

Así, en esta *Psicología de la antigüedad* se tienen civilizaciones como la de los egipcios quienes desarrollaron una sofisticada aproximación a la medicina, a la cual sólo tenían acceso sus gobernantes. Los sacerdotes, quienes fungían además como médicos usaban una gran variedad de drogas y hiervas para el tratamiento de enfermedades. Por otra parte, si esta información es conocida es por su documentación, según Buendía (1999), en papiros y de acuerdo a Strickland (2001, Op. cit.) en libros.

Los antiguos hindúes capacitaban a estudiantes en el terreno de la medicina practicando cirugías en plantas y animales (Strickland, 2001 Op. cit.). En el terreno de la psicología, se tiene que aproximadamente unos dos mil años a. C. existía un apartado llamado Buthavidja dentro del tratado Yajur Veda, encargado de las afecciones psíquicas. Los remedios variaban de civilización a civilización<sup>1</sup>, aunque la mayoría de las veces se encuentra relación entre enfermedad y pecado y el castigo como tratamiento; por ejemplo, en el antiguo Irán se trataban algunos casos a latigazos. O bien se utilizaba la música, los cambios de iluminación o del medio ambiente en el que vivía la persona (Buendía, 1999). O también, considerando que en algunas civilizaciones como la Babilónica, el conocimiento de la salud era compartido junto con el comercio y el intercambio, así “El enfermo se sentaba en el mercado y tenía que hablar con los transeúntes acerca de las enfermedades y dolencias similares a las suyas para buscar formas de tratamiento” (Strickland, 2001, Op. cit. p. 3).

En cuanto a la antigua civilización China, se puede decir que la relación con el uso de la “ciencia”, se observa en el tratamiento que le daban a algunos enfermos encerrándolos. Pero también se observa en que realizaban exámenes médicos gubernamentales (Buendía, 1999; y Strickland, 2001, Op. cit.). Ávila, Jiménez, Ortiz y Rodríguez (1992) refiriéndose a las aportaciones de esta civilización a la evaluación (que sería una de las actividades comunes en los psicólogos), citan que:

“(…). En la Antigua China no existía relación entre la pertenencia a la nobleza y el ejercicio de puestos de mando en la sociedad y por ello los emperadores chinos, ya desde el año 2200 A. C., utilizaban algún sistema para seleccionar a las personas que habían de ocupar los puestos de gobierno. Este sistema de exámenes se formaliza en el 115 A. C. y dura, con escasas variantes, hasta su supresión a principios del siglo XX (1905). Originalmente los candidatos debían demostrar su aptitud en las seis artes (música, tiro con arco, montar a caballo, escritura, aritmética, y los ritos y ceremonias de la vida pública y privada), las cuales fueron ampliadas durante la dinastía Han (202 A. C. a 200 d. C.) a exámenes escritos sobre diversas materias. Hacia el año 1370 los exámenes toman su carácter definitivo, bajo la influencia del pensamiento de Confucio. Las pruebas entonces se estructuran en tres etapas selectivas de complejidad progresiva, utilizando en las valoraciones dos o más jueces independientes. En 1905 este sistema es sustituido por la formación universitaria usual.” (p. 17)

---

<sup>1</sup> Se observa además que en algunas de estas civilizaciones antiguas, incluyendo a la judía, los tratamientos recaían en las castas sacerdotales, quienes con ayuda de sus dioses y sus visiones o revelaciones integraban algo así como una teología profiláctica o de la salud, incluyendo normas higiénicas interpretadas como reglas morales o religiosas.

Según los mismos autores, éste sistema fue introducido en la Francia revolucionaria y posteriormente en el Imperio Británico y Estados Unidos del s. XIX.

En este apartado también cabría mencionar la contribución de las civilizaciones precolombinas en América, principalmente la azteca; sin embargo, se abordará ésta con mayor precisión en el apartado destinado a los antecedentes de la psicología en México.

Por otro lado, parece justo señalar que la biblioteca de Alejandría y la escuela médica de Egipto fueron la cuna del conocimiento de la antigua civilización griega, la cual fue una de las primeras en tratar de comprender la enfermedad como fenómeno natural (Strickland, 2001 Op. cit. y Becoña y Oblitas, 2000); aunque de alguna manera se veían influenciados todavía por concepciones místico-mágicas (o religiosas) respecto a algunas enfermedades principalmente de tipo mental; por ejemplo, Platón consideraba, por un lado, la locura como algo deshonesto y por otro, la atribuía a la influencia de la divinidad (Buendía, 1999). No obstante, los griegos destacan como filósofos y médicos que trataron de reemplazar las antiguas prácticas de ese tipo por un razonado enfoque empírico de la naturaleza dirigido a la enfermedad y a la intervención (o curación) lo que produjo nuevas técnicas (Strickland, 2001 Op. cit. y Buendía, 1999).

Se comienza a observar aquí un complementario punto de vista proveniente en primera instancia de la filosofía y en segundo de la medicina. De ahí que para autores como Santamaría (2001), los antecedentes de la psicología tengan que ver más con dos cuestiones, a saber, el problema del conocimiento y el dilema mente-cuerpo. Empezando aquí por el primero de ellos, se puede decir siguiendo al mismo autor, que cuestionarse por el origen del conocimiento en el hombre tiene que ver principalmente con dos posturas, la innatista y la ambientalista, ambas podrían resumirse en la pregunta: ¿Proviene en esencia el conocimiento del hombre de sus sentidos o de sus capacidades de razonamiento? (o ¿en qué medida se nace equipado con el conocimiento y las capacidades necesarias y en qué medida son aprendidas?). Se observa también que la primera postura se encuentra en esencia en postulados racionalistas y la segunda en empiristas, los cuales se abordaran posteriormente. Ahora bien, respecto a esta situación del conocimiento en ésta época (como origen) se tiene que Platón (428 – 347 a. C.) basa su doctrina en algunos argumentos presocráticos de naturaleza metafísica, en especial de Heráclito, de Parménides y de los pitagóricos. En éste filósofo se encuentra la esencia del racionalismo pues para él “el mundo real no es la base del conocimiento, sino un mero reflejo de éste” (Santamaría, 2001; p.16). complementario a esto también se debe a él la caracterización de los elementos irracionales de la mente. Estos serían los afectos y los apetitos, los cuales son controlados

por la razón. El otro reconocido filósofo griego sería Aristóteles (384 – 322 a. C.) quien contrapuso a las ideas platónicas su doctrina de las universales. Los universales son el referente de los nombre comunes y de los adjetivos. Estos universales, a diferencia de las ideas platónicas, no son sustancias, porque la sustancia de algo no puede ser compartida por varias cosas. El hecho de que los universales aristotelianos no sean entidades independientes hace de la filosofía de Aristóteles un precedente del empirismo porque el fundamento de los universales está en el mundo real, que es donde existen ejemplares de cada categoría. No se tendría el concepto de algún objeto (como el de silla), si no existiera dicho objeto. Se puede decir tratando de resumir ambas posturas que, mientras que Platón decía que el conocimiento debía extraerse de nuestro interior (donde existía de forma innata), Aristóteles propuso el empirismo como método de adquisición del conocimiento; pues mantiene que éste proviene de la experiencia, de ahí su conocida metáfora de la tabula rasa en la cual la mente humana nace como una tablilla de cera recién preparada para poder grabarse todos los conocimientos que propone la experiencia.

También, a Platón y a Aristóteles se les considera importantes por sus aportaciones en el ámbito de la evaluación para la selección. Ambos propusieron procedimientos sistemáticos, el primero de ellos recomienda seleccionar mediante la ejecución de una acción, el segundo se basa en la fisiognomía que es la manera sistemática de analizar el carácter y los hábitos psicológicos de las personas con base a sus características corporales. Aunque esto, tiene su antecedente en Pitágoras (529 - a. C.) (Ávila y cols., 1992).

Por otro lado, autores como Ávila y cols. (1992), Phares (1996), Hothersall (1997), Buendía (1999), Becoña y Oblitas (2000), Strickland (2001, Op cit.) y Mora Ortiz (2002), hacen énfasis sobre la obra de Hipócrates en éste periodo. Vale la pena aclarar desde aquí, que el consultar a tales autores ésta relacionado con nuestro tema de interés y su posterior desarrollo, a saber, el de la psicología clínica. De tal manera que, el otro aspecto o punto de vista por el cual se ven influenciados los psicólogos es el proveniente de la medicina.

Metódicamente, los griegos hacían cuidadosas observaciones rastreando el curso de una enfermedad y de igual manera registraban los resultados, incluyendo los que terminaban en muerte. De ahí que Hipócrates (460 – 395 a. C. aprox.) parece ser el más conocido representante y cuyo criterio fundamental para diagnosticar fue siempre la experiencia sensorial, pues a pesar de encontrarse en su obra precursores de la entrevista estructurada, consideró menos segura a la palabra que a la sensación. Así, el diagnóstico y método hipocrático tenía como finalidad: la descripción, la explicación y la

predicción. Se puede decir además que su obra está basada en la teoría de los cuatro elementos básicos de Empédocles (492 – 432 a. C.), los cuales son: el fuego, la tierra, el aire y el agua; con sus cuatro cualidades correspondientes: calor, seco, frío y húmedo (Ávila y cols., 1992 y Strickland, 2001 Op cit.). Considerando esto, propuso que el cuerpo se componía de cuatro elementos o humores correspondientes, que eran: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. De ahí que, el bienestar y personalidad del individuo dependían del equilibrio de estos humores y el exceso de uno de ellos (o desequilibrio de humores) llevaba a la enfermedad incluidos los desordenes psicológicos (Strickland, 2001 Op. cit. y Becoña y Oblitas, 2000). En cuanto al tratamiento se refiere, se dice que éste era dirigido a intentar restaurar el equilibrio, resaltando el poder curativo de la naturaleza y la importancia de relacionar en un concepto de salud, un lugar adecuado, agua limpia, dieta y ejercicio (Strickland, 2001 Op. cit., y Mora Ortiz, 2002). Por otra parte, de los trastornos de tipo psicológico diagnosticados y tratados por Hipócrates se encontraban la frenitis, la manía, la melancolía, la paranoia y la histeria (Hothersall, 1997 y Buendía, 1999).

Ahora bien, esta influencia se observa directamente entre los romanos, quienes se volvieron adeptos de la cirugía debido principalmente a sus ocupaciones militares (Strickland, 2001 Op. cit.), y en quienes se observa además el centrar su atención en la repercusión social de la locura y en las diferenciación de los distintos trastornos con el fin de aplicar remedios idóneos. Sobresale aquí, la obra de Galeno (s. II d. C.), la cual influyó durante mucho tiempo a los encargados de ésta área (aproximadamente hasta el renacimiento). Galeno consideraba que el cerebro era el centro de las funciones psíquicas y que, aunque los síntomas afecten a otros órganos, también el cerebro queda afectado (Buendía, 1999). Otra aportación de Galeno se observa en su "De temperamentis" en el cual describe los cuatro temperamentos asociados al predominio relativo de las secreciones o humores (sanguíneo, flemático, melancólico y colérico). O bien en la consideración de la aplicación y obtención de leyes generales cruciales para un diagnóstico al servicio del tratamiento o de la predicción (Ávila y cols. 1992).

Con la paulatina caída del imperio romano, comienza a darse una era también conocida como oscurantismo en la que no se observa algún progreso científico importante y posteriormente *Edad Media*, en la que la iglesia cristiana (o católica romana, dependiendo el autor) se encarga de retomar algunas de las antiguas concepciones respecto de la enfermedad y sus orígenes. Es decir, la enfermedad se apoyaba en términos espirituales, y se daba ante la violación de alguna ley divina, para ser un poco más precisos, los diferentes síntomas de alguna enfermedad eran consecuencia de una

conducta pecaminosa o de algún conflicto entre el reino de Satán y el de Dios quienes se disputaban el dominio del mundo. Con ello se aceptó al demonio (y a sus "seguidores") como culpable de las calamidades, los desastres naturales, las plagas, y los comportamientos anormales, pues mediante el pecado atentaban contra Dios. Y aunque los monjes religiosos tuvieran el conocimiento escrito de griegos y romanos, debido al dogma de la iglesia no era permitido ningún acercamiento a la ciencia o a la medicina, por lo que los tratamientos de la histeria, y padecimientos como las convulsiones y la epilepsia (entre otros), iban encaminados a encontrar curas sobrenaturales aplicando reliquias sagradas, rociado de agua bendita, conjuros y exorcismos o la muerte. Esto, previó diagnóstico de haber sido poseído por el demonio cuya personificación se daba a través de la carne, en pigmentos de la piel (manchas), desvaríos o convulsiones (Oblitas y Becoña, 2000; Harrsch, 1994; Buendía, 1999; y Strickland, 2001 Op. cit.). Una forma de decir lo que pasaba en esta época, principalmente en lo concerniente a la locura es la siguiente:

"En la Edad Media la locura tenía un rostro fascinante, exorcizaba la gran muerte prometida por los delirios religiosos. Era una carcajada desafiante a lo normal y cotidiano, pero no sólo eso, implicaba ese saber de lo negro, de lo brutal del goce que el cristianismo no soportaba y lo concebía como diabólico, siniestro. (...)"  
(García Jiménez, 1994, p. 7)

El colmo de esta situación se puede observar, cuando en 1484 el Papa Inocencio VIII, comisionó y/o aprobó a que dos inquisidores alemanes, monjes dominicos de nombres Johann Sprenger y Heinrich Kraemer, reunieran pruebas de la existencia de la brujería, para la posterior ejecución del, o más específicamente, de la que la practicara. Por qué se menciona esto último, bueno, debido a la concepción de la iglesia acerca de que la mujer no había sido creada a semejanza de Dios y de que era fuente del pecado original cualquier curación que ésta usara tenía su origen en el diablo, debido además a que por tradición las mujeres sabían manejar las hierbas y pociones con fines curativos, lo cual la iglesia tampoco veía con beneplácito y decidió fijar que aquella(s) que incurrieran en dichas practicas debían ser brujas. Regresando al trabajo de los ya citados inquisidores, estos también obtuvieron el apoyo del rey romano y de la Universidad de Colonia para seguir con su labor, la cual se vio reflejada en la compilación y publicación del *Malleus Maleficarum* o martillo para las brujas, que salió a la luz hasta 1510 (Hothersall, 1997; Strickland, 2001 Op. cit y Harrsch, 1994.) El ya mencionado, tenía tres secciones principales:

“La primera proporcionaba pruebas de la existencia de las brujas y explicaciones de sus acciones. (...). Cuestionar estas pruebas era herejía y era motivo de castigo por la completa autoridad de la iglesia, en este mundo y en siguiente. La segunda sección proporcionaba descripciones de las características y acciones de las brujas. Desde un punto de vista psicológico ésta es la sección más interesante. Es claro por el texto y la evidencia presentada en los juicios contra las brujas acusadas que muchas de ellas tenían enfermedades mentales: descripción de delirios, alucinaciones, conducta maniaca y melancólica, catatonia y paranoia eran frecuentes. (...). De acuerdo con el libro, algunas mujeres que siempre quedaban más hambrientas después de la gratificación intensa eran vistas por el diablo y embrujadas.

La tercera sección del *Malleus* esbozaba las formas de examinación de brujas y la manera de asegurar confesiones completas.” (Las torturas iban de técnicas bondadosas hasta la crueldad extrema; ellas tenían que confesar doblemente y ello constituía la prueba de su culpabilidad). “Dada la creencia de que a la brujería no se podía vencer por ningún poder natural, el resultado usual de una confesión tal era una condena a muerte: se les ahogaba, quemaba o ahorcaba” (Hothersall, 1997; p. 258)

A pesar de que las cifras varían, es constante encontrar que de la aparición de este instrumento hasta el siglo XVII (aproximadamente), ocurrieron cientos miles de muertes, las cuales en su gran mayoría fueron mujeres no importando su edad; en los lugares en los que se usaba (incluida América) (Strickland, 2001; Op. cit., Hothersall, 1997).

Antes de continuar, vale la pena aquí, detenerse a observar este último evento señalado, no tanto por su relevancia histórica (que sin embargo la tuvo) sino más bien por que invita a la reflexión sobre las dificultades del historiar algunas épocas y del cómo es el que algunos eventos son señalados por algunos autores en distintas épocas, eras, periodos, o edades; así por ejemplo Buendía (1999) y Strickland (2001, Op. Cit.), lo ubican en la Edad Media, y Harrsch (1994) puntualiza el evento en el Renacimiento, lo cual concordaría con los tiempos señalados en la cita del diccionario enciclopédico Espasa (2001), es decir, el *malleus* fue un evento más bien relacionado con la denominada Edad Moderna, realizado por personas (medievalistas) que continuaban teniendo tendencias y prácticas (algunos dicen que en este tiempo comenzó la inquisición) que se pueden ubicar en alguna anterior; con lo que se puede señalar además, el que una etapa o edad no parece concluir concreta y definitivamente pues se van arrastrando usos y costumbres de alguna otra, además de depender de factores como el geopolítico. Tomando en cuenta esto último, se puede señalar con respecto al mundo no occidental, en éste periodo se observan algunos avances científicos en culturas como la árabe, quienes habían traducido los escritos griegos y romanos, y con los nuevos perfumes y especias de Asia junto con los remedios herbarios conocidos establecieron la base para la química y la farmacéutica. Construyendo además hospitales en cada ciudad principal.

Ahora, el movimiento más significativo en la *Edad Moderna*, como ya se mencionó fue el *Renacimiento*, del cual cabe señalar que fue:

Un “culto a la antigüedad grecolatina, al estudio y la imitación de los autores clásicos, a que se consagraron eruditos, intelectuales y escritores europeos, entre los siglos XIV y XVI. En un sentido más amplio, fase extremadamente brillante y renovadora por la que atravesaron la cultura, el arte y las letras europeas de 1450 a 1570 aproximadamente.” (...). “El movimiento renacentista es fruto de una nueva combinación de tendencias y actitudes ya existentes, estimuladas por el impulso y la actividad de la burguesía y una nueva coyuntura histórica, originada, entre otras causas, por el término del cisma de Occidente, la toma de Constantinopla (1453) y el fin del imperio bizantino, los descubrimientos geográficos y las conquistas ultramarinas, el desmembramiento de la cristiandad y el desarrollo de los nacionalismos, la introducción de la imprenta, entre 1460 y 1480, y la consiguiente difusión de la cultura” (Enciclopedia Salvat, 1971; p. 2867).

Considerando ésta última fuente, también cabe decir que fue un periodo crítico para la filosofía en el cual se pusieron en entredicho las bases espirituales que predominaban en la Edad Media, ello debido a varios factores entre los que se pueden mencionar: 1) Una reinterpretación de los sistemas de Platón y Aristóteles. 2) La crítica a los métodos escolásticos<sup>2</sup> del saber, y a las formas de vivir, costumbres y organización social. 3) El impacto de la *nuova scienza*, en su doble fase geométrica (Copernico, Kepler) y mecánica (Galileo), que significó un nuevo concepto de naturaleza basado en el establecimiento de las bases científicas en que se desplegaría la moderna física-matemática. Y 4) El resurgir de ciertos campos prohibidos por la iglesia como la alquimia, la cual determinaría la futura química y fármaco-química.

Así, con respecto a este movimiento se pueden encontrar autores como Harrsch (1994), que lo ubican del siglo XV al siglo XVII; o bien a algunos historiadores que plantean que “más que una ruptura con el pasado medieval,” (el Renacimiento) “debe ser visto como un periodo de movimientos y transición acelerada que abarca los siglos XIV, XV y XVI” (Mondragón, 1999; Op. cit.).

Complementario a lo ya mencionado, se puede señalar que éste movimiento estuvo caracterizado por un desbordante entusiasmo por lo humano y un novedoso interés por la naturaleza (Mondragón, 1999; Op. cit.), en el que “el conocimiento no podía ser adquirido por pura contemplación del mundo físico, sino

---

<sup>2</sup> Por escolástica se puede entender la filosofía de la sociedad cristiana medieval, que tenía como tema fundamental la relación de la teología con la filosofía, dando mayor peso a la primera, pero con el interés de fundamentar su razón con la segunda.

que debía aprenderse a través de la observación sensorial y los experimentos críticos, aunque era difícil, sobre todo para el clero y las autoridades, el pensar en los seres humanos como parte de la naturaleza." (Strickland, 2001; Op. cit.).

Uno de los personajes más representativos de esa época fue sin duda Nicolás Copérnico (1473 – 1543), quien considerando que el sol no era el que se movía alrededor de la tierra, no obstante la experiencia empírica, revolucionó la cosmología tradicional que suponía a la tierra como el centro del universo. Tal vez sobra decir que ésta concepción --considerada como heliocéntrica-- en el siglo XVI pudo ser considerada como una herejía, si no hubiera sido presentada como una hipótesis; además de que consideraba un espacio infinito (contrario a la finitud aristotélica). No hay que olvidar que muchos de los pensadores de esta época, fueron considerados herejes o locos, pues tanto en el siglo XV y XVI, los hombres imaginaban su mundo con base a las creencias que partían de la sabiduría de Aristóteles y Galeno, por ejemplo. Así las cosas, otro pensador de esos tiempos fue Paracelso (1493 – 1541), quien como médico y místico consideró que ciertos cuerpos celestes eran magnéticos y podían influir en el cuerpo humano. Además describió nuevamente las enfermedades mentales como fenómenos naturales, atacando las ideas acerca de las posesiones demoníacas, y patrocinando una cura médica para el comportamiento anormal. Andreas Vesalio (1514 – 1564), también puede ser considerado aquí, por corregir algunos errores en la obra de Galeno y aportar una anatomía del cuerpo más adecuada diseccionando cadáveres humanos; sin embargo conserva las hipótesis sobre los espíritus vitales del hombre (y/o animales). John Weyer (1515 – 1576), por su parte, defendiendo a las "brujas" argumentando que eran sólo mujeres mentalmente trastornadas no endemoniadas, difundió la idea de que las conductas irracionales podían ser explicadas. Juan Huarte (1530 – 1589) con su libro "examen de ingenios para las ciencias", señaló la distinción entre teología y psicología en donde se argumenta a favor de una explicación racional del desarrollo; y es considerado como un antecedente del psicodiagnóstico en el pensamiento de ésta época (Harrsch, 1994; Ávila y cols. 1992; Buendía, 1999; Mondragón, 1999 y Ochoa, Aranda y Aguado, 1999; en: Aguado Mondragón y Avendaño, 1999).

Mondragón (1999, Op. cit.), refiere otro movimiento de ésta época denominado La Reforma protestante, el cual estuvo encabezado por el monje alemán Martín Lutero quien no pretendía en principio dividir a la iglesia sino únicamente reformarla, corrigiendo algunas prácticas y enseñanzas; sin embargo el conflicto entre Lutero y el Papa terminó por dividir la cristiandad europea en dos bloques: los que eran fieles al Papa y los que lo desconocían como autoridad. Se puede decir de éste movimiento también, que:

“El clima de libertad religiosa que ésta promovió repercutió no sólo en los ambientes académicos (universidades) y filosóficos, como lo señala Heine. La libertad religiosa significó también la defensa de la libertad de conciencia que ha sido fundamental para el desarrollo del pensamiento político y científico. Esto explica en parte por qué fueron los países protestantes (Inglaterra, Alemania y EE. UU.) donde se dio un clima de mayor tolerancia para el desarrollo de los valores de la modernidad, de la libertad política, la democracia y de la investigación científica (Weber, 1979; Troeltsch, 1967; Sontag Roth, 1980; Delumeau, 1967). Contexto distinto al que se dio en los países católicos en donde la Inquisición tuvo la función de protegerlos de la influencia de ideas contrarias a la Iglesia de Roma.” (Mondragón, 1999; Op. cit., p. 83).

Por otro lado, parece existir un periodo que parece transcurrir entre el Renacimiento y la Ilustración, y que ocurre en gran parte, en el siglo XVII. En el cual se observa una nueva racionalidad y una nueva forma de ver y conocer el mundo, y de la cual sobresalen: Galileo Galilei (1563 – 1642), quien sostuvo abiertamente la concepción heliocéntrica como una noción más adecuada del universo, y se declaró a favor de ésta, pues consideraba un mayor grado de observación y experimentación como ejes de una nueva forma de filosofar (Ochoa, Aranda y Aguado, 1999, Op. cit.). Con ello se le puede considerar como el padre de la ciencia moderna, pues rompió con la forma aristotélica de pensar basada en el dogma, utilizando métodos empíricos como criterio científico (Harsch, 1994). Kepler (1571 – 1630) descubrió leyes naturales, “y logró establecer leyes matemáticas precisas sobre el tiempo que los planetas tardan en girar alrededor del sol, mostrando además que la trayectoria descrita por los planetas es elíptica y no circular, como se suponía en la cosmovisión aristotélica” (Ochoa, Aranda y aguado, 1999; Op. cit., p. 108). Con dichas leyes se sentaron las bases para la síntesis newtoniana y la astronomía se convertiría en una disciplina científica. Acerca de las aportaciones a la medicina por parte de William Harvey (1578 – 1657), se puede decir que éste ordenó los descubrimientos, relacionando las conexiones exactas de las cavidades del corazón entre sí y con los pulmones; con el movimiento de la sangre en venas y arterias (Harsch, 1994 y Ochoa y cols., 1999, Op. cit. y Santamaría, 2001). Sin embargo, Strickland (2001; Op. cit.) refiere que un modelo de circulación sanguínea en el cuerpo humano, ya había sido propuesto por Hildegard de Bingen mucho antes que Harvey se llevara el crédito, pero por ser mujer no le reconocieron la contribución, pues en occidente se seguía con la concepción de la “maldad” de la mujer o bien de su “ignorancia”; la misma autora menciona otros interesantes casos de contribuciones femeninas ignoradas. Otro importante representante de ésta época, fue sin duda René Descartes (1596 –1650), a quien se le considera por sus descubrimientos como: matemático, por su contribución a la geometría. Científico, por dotar a la ciencia con un método, cuyas reglas básicas se

pueden resumir de la siguiente forma: 1) No admitir como verdadero algo que no haya sido probado, 2) dividir cada una de las dificultades o problema a resolver en tantas partes se requiera para su solución, 3) conducir de forma ordenada el pensamiento, comenzando por los objetos simples por conocer y continuar poco a poco hasta los más complejos; y 4) hacer en todas partes enumeraciones tan completas y revisiones tan generales que se llegue a estar seguro de no omitir nada. También es considerado como un gran filósofo cuya contribución está hecha desde su postura racionalista, la cual se da como una conclusión resultante del proceso de analizar la realidad hasta sus elementos más básicos lo que conduce a topar con verdades evidentes para el espíritu humano. Éstas verdades son las naturalezas simples, las cuales, es tarea del estudioso distinguir de lo complejo, lo cual permite el conocimiento. Esto le es dado al espíritu humano de forma innata. Prescindiendo con ello de la *autoridad* y tradición para buscar el saber. Además, Descartes halla que únicamente de la duda puede surgir el conocimiento verdadero, y duda de los demás, de sus razonamientos, de sus percepciones y / o sentidos; lo cual lo lleva a una verdad: el que duda está pensando, y el que piensa existe para poder dudar. De ahí que su frase "pienso luego existo" se convierta en una de las sentencias filosóficas más famosas de la historia (Harrsch, 1994; Mondragón, 1999, Op. cit.; y Santamaría, 2001). Descartes también es considerado como gran contribuidor a la medicina (específicamente a la fisiología y a la reflexología), cuestión en la que se observa con mayor precisión el nacimiento de la dicotomía "mente cuerpo" (aunque hay que señalar que Platón es el antecedente de esta visión). Es harto conocida la comparación y observación que realizó Descartes de las estatuas o "autómatas" que se movían de forma hidráulica principalmente (aunque algunos operaban con piezas de relojería), en los jardines de propiedades aristocráticas; con lo cual intentaba resolver el ¿porqué los movimientos de los humanos no podrían estar controlados por el pneuma de Galeno (espíritus) que circulaba por tubos o poros?. A diferencia de los animales, que sólo eran como las estatuas de dichos jardines; el ser humano tenían una parte de máquina y otra divina; entonces, si el alma provenía de Dios –y éste es considerado como perfección- no podía estar dividida, lo cual dificultaba su localización. Considerando sus conocimientos anatómicos, sabía que la mayoría de las estructuras corporales se dividía en dos partes, incluidas las del cerebro, y este último tenía subdivisiones, por lo que se cuestionaba acerca de ¿dónde se podría alojar el alma? y ¿cómo podría controlar al cuerpo sin estar dividida? La solución que planteó fue que el alma penetraba por un punto, que podría controlar las bases espirituales de la mente, y este punto donde se podría dar esta comunicación la encontró en lo que hoy es conocido como glándula pineal, la cual no está duplicada en el cerebro y por parecer además una esfera (la estructura más perfecta según

Descartes) (Santamaría, 2001; y Brailowsky, Stein y Will, 1998). Algunas de las implicaciones sociales y científicas son explicadas por Brailowsky y cols. (1998), quienes refieren que:

“La propuesta de Descartes significaba que cuando la mente y el cuerpo material interactuaban seguían siendo distintos y separados.” (...). “La mente, o espíritu, existiría en un plan (metafísico) y la maquinaria del cuerpo en otro (físico). En el plano físico, podemos explicar las funciones corporales mediante las leyes y los principios de la naturaleza descubiertos gracias a la ciencia. La mente, al contrario de una máquina no puede ser reducida a componentes distintos y su existencia no se puede aprender más que por la fe. Esta concepción, cercana a la de algunos sacerdotes, fue aprobada por la Iglesia, y ello marcó el inicio de una nueva era.

Puesto que se había coincidido en pensar que la mente no podía ser afectada mediante la experimentación realizada directamente en la sustancia material del cuerpo, los médicos y anatomistas podían poner manos a la obra a plena luz del día y por muy buenas razones: para poder estudiar y explorar todos los aspectos del cuerpo, incluido el cerebro y sus diferentes partes. La ficción conceptual muy antigua y completamente especulativa de la doctrina celular, que localizaba las funciones mentales en las “células” de los ventrículos cerebrales, empezó a desaparecer discretamente a partir de entonces.” (p. 30).

Por otra parte, Harrsch (1994) considera que otra aportación significativa de Descartes a la psicología (o de forma más directa) es su análisis de las emociones. Ávila y cols. (1992) mencionan que: “El racionalismo cartesiano es antecedente del enfoque fenomenológico y humanista del psicodiagnóstico, así como de las técnicas de evaluación semiestructuradas y de la consideración de las influencias subjetivas (del evaluador) durante el proceso evaluativo” (p. 21).

Otro importante pensador de esa época fue sin duda Francis Bacon (1561 – 1626), representante del empirismo, y quien estuvo a favor de un acercamiento o método inductivo al conocimiento, considerando al hombre como un interprete de la naturaleza y quien debía recoger datos y extraer conclusiones de ellos (Harrsch, 1994 y Santamaría, 2001). En el método de Bacon (el cual, según él mismo era fácil de indicar pero difícil de practicar), los hechos eran primero, y estos se conocían a través de los datos que proporcionan los sentidos, que se tenían que comprobar experimentalmente. Así, su método indicaba una nueva forma de acceso a la verdad, partiendo (como Aristóteles) de las sensaciones. (Mondragón, 1999; y Ochoa y cols. 1999; Op. cit.). Otro pensador de esa época, también considerado, por algunos, empirista fue Thomas Hobbes (1588 – 1679), quien consideraba el pensamiento como fruto de las asociaciones entre los elementos del mundo. Aunque con sus ideas es considerado como precursor del asociacionismo (Santamaría, 2001, y Harrsch, 1994). Por último, de éste siglo, se considera también a Baruch Spinoza (1623 – 1677) quien, , elaboraba una

filosofía en la que mente y cuerpo eran aspectos distintos de una sola realidad o sustancia, de modo que la fisiología y la psicología se fundían (Harrsch, 1994 y Santamaría, 2001)

Cabe aclarar aquí que hay otros pensadores, que vivieron en este siglo XVII, pero que por sus aportaciones científicas son considerados como representantes del siglo XVIII; el cual es considerado como el siglo de las luces, donde se dio en su apogeo la ilustración o iluminismo, del cual vale la pena señalar algunas cosas antes de continuar.

Históricamente, la ilustración es considerado como un movimiento que parte de las transformaciones ideológicas del Renacimiento, y que adquiere mayor vida o poder por las revoluciones política (producida en el siglo XVII) y económica (producida en el siglo XVIII) principalmente en Inglaterra, donde se rastrea su origen, y de donde pasa a Francia, donde adquiere su forma para de ahí partir al resto de Europa y a América (Enciclopedia Salvat, 1971). También se puede decir que este movimiento va de 1685 a 1785 aproximadamente, tiempo en el que vivieron Locke, Boyle y Newton, quienes abrieron el siglo y Kant quien resolvió la mayoría de las dificultades filosóficas de su tiempo (Belaval, 1980; citada en: Mondragón, 1999, Op. cit). Así, el racionalismo francés con su concepción innatista del pensamiento que llevaba a una concepción pasiva del sujeto en el acto de conocer, y el empirismo inglés con su posición del conocimiento a través de la experiencia; se sintetizan y observan plenamente en este periodo. De tal manera que John Locke (1632 – 1704), al ser empirista negó el innatismo, concluyendo que la mente es como una hoja en blanco (modernizando la concepción de la tabula rasa de Aristóteles). Aunque para él existían facultades innatas, como la facultad de razonar, no encontraba alguna razón para admitir la existencia de ideas innatas. Para Locke todas las ideas se basan en dos procesos, el de la sensación (mediante el uso de los sentidos) y el de la reflexión (mediante la cual se deriva nueva información). Por lo cual el conocimiento o las ideas son externas al hombre y sólo se producen por la experiencia. Su empirismo lo aplicó a la educación, concediendo gran importancia a las primeras experiencias de la infancia, proponiendo por ejemplo que un niño con miedo a las ranas podía superarlo con acercamientos progresivos al objeto de su temor, (esto como es sabido fue retomado por el conductismo del siglo XX). Otro exponente de esta postura fue George Berkeley (1685 – 1753), quien rechazando el papel de la reflexión en Locke mantuvo que la sensación era la fuente de todo conocimiento. Esto es, que todo lo que se conoce del mundo externo es lo que se percibe. Respecto a su teoría de la visión, basada en los descubrimientos de Descartes, Berkeley sostenía que la corrección de la imagen en la retina no se hacía realizando cálculos en el cerebro, sino por la experiencia proveniente del sentido del tacto. Para Berkeley, también, las cosas no existen si

nadie las observa; y la permanencia de los objetos se debe a la existencia de Dios. De alguna manera, su postura es considerada como optimista, lo contrario a otro de los exponentes del empirismo. Radical en su postura David Hume (1711 – 1776), terminó por poner en tela de juicio la realidad misma cuando no está siendo percibida por alguien. Los elementos básicos de la mente son para Hume, por un lado, las impresiones (que son los datos de la experiencia) y por otro, las ideas, que son imágenes imperfectas de las impresiones. Además, el establecimiento de tres leyes de la asociación, por parte de Hume, supone una importante aportación para la psicología; las mismas son las referentes a: la semejanza, la contigüidad y la de causa-efecto. Ésta última figura como una de sus grandes contribuciones; sin embargo, fiel al empirismo plantea que todo conocimiento debe provenir de la experiencia. Contemporáneo de Hume, David Hartley (1705 – 1757), entendió la necesidad de dar una explicación fisiológica a la asociación. Su importancia en la psicología posterior se debe al enfoque fisiológico que aplicó a su filosofía. Se le considera como fundador del asociacionismo británico. Además de haber influenciado a James Mill, padre y maestro de John Stuart Mill, cuya aportación se observa en el siglo XIX. Volviendo al iluminismo, en 1687, Newton había publicado sus *Principios matemáticos de la filosofía natural*, en donde exponía (entre otras cosas) que el conocimiento inductivo es imposible, lo cual en un principio no tuvo mucho impacto, después sería más tomado en serio por un Kant, o bien, su física fue tomada como modelo a seguir y modelo de ciencia al que al parecer aspiraban otras incluyendo a las disciplinas sociales y entre ellas a la psicología. Por otra parte, considerado como racionalista, Gotfried Wilhelm Leibniz (1646 – 1716), sostuvo que hay infinitos mundos posibles y sin embargo sólo existe éste, y por lo tanto, no todo lo que puede ser existe en la realidad, de tal manera que las cosas que existen deben tener una razón suficiente para su existencia. (Harsch, 1994; Santamaría, 2001, y Aguado y cols. 1999).

Por último, respecto a este periodo, está Immanuel Kant (1724 – 1804), quien se puede decir que cierra un período que comenzó con Descartes, pero que abre otro conocido como teoría o filosofía del conocimiento. Así a Kant se le considera como el primero en abordar sistemáticamente la cuestión que tiene que ver con el papel que juega el sujeto en el acto del conocimiento. Por un lado, Hume le hizo ver que ciertas formas de conocimiento no eran posibles a partir de la experiencia, y las respuestas de Leibniz tampoco le convencieron. De tal manera que se vio como opositor del racionalismo y del empirismo (Mondragón, 1999; Op. cit., y Santamaría, 2001). Una forma de explicar la contribución de Kant para la psicología la realiza Santamaría (2001) de la siguiente manera:

“Aparte de lo que se deriva de su teoría el conocimiento, Kant es importante para la psicología por su teoría constructivista de la percepción. En el debate entre empiristas y racionalistas, a Kant no le convence ninguna de las dos posturas. Para él, todo conocimiento comienza con la experiencia, pero no todo procede de la experiencia. La experiencia por sí sola, como demostraba Hume, no puede otorgar necesidad y universalidad a las proposiciones. Según Kant, el mundo exterior solamente nos proporciona sensaciones que han de ser ordenadas en nuestro pensamiento de acuerdo con nociones como espacio, tiempo, causa y efecto, etc. Estos esquemas son productos de la imaginación y no de la pura experiencia. Son los que nos permiten comprender el mundo, al adecuarlo a la estructura de nuestra mente.” (p. 30 y 31).

De ahí que, como menciona Mondragón (1999; Op. cit.), para Kant el hombre dejó de ser un ser pasivo y dependiente de la realidad exterior para jugar un papel activo: alguien que organiza y selecciona los datos recibidos por los órganos de los sentidos. Es importante señalar, como lo hace el mismo autor, que más que haber pertenecido al movimiento del iluminismo, Kant perteneció al romanticismo o idealismo alemán, el cual surgió como respuesta crítica a la ilustración, en un contexto cultural más retrospectivo y preocupado por la memoria del pasado, cuyos pensadores deploraban el desorden social en el que la Revolución francesa y sus ideas habían sumido a Europa. Por otro lado, se observa en esta época una real preocupación por la educación, pues sus implicaciones políticas y sociales eran muy importantes.

En general, se puede decir que “el empirismo inglés, el racionalismo francés y el idealismo alemán, jugarán papeles protagónicos en la conformación no sólo de las distintas disciplinas científicas sino de las distintas perspectivas teóricas que coexisten dentro de ellas. En las ciencias humanas el caso de la psicología es el más interesante por la gran variedad de perspectivas teóricas con las que ésta nace como ciencia independiente” (Mondragón, 1999; Op. cit., p. 96).

Ahora bien, como se mencionó acerca de ésta Etapa histórica, que culmina con la Revolución francesa en 1789, cabe señalar que ésta y la Revolución industrial sintetizan en un sentido paradigmático el mundo moderno, anunciando una gran transformación económica que fue del feudalismo al capitalismo, lo cual provocó grandes cambios sociales. Algunos eventos clave fueron el surgimiento de la clase obrera y la burguesía (Ochoa y cols, 1999; Op. cit.).

De alguna manera, esta Edad Moderna y algunos eventos posteriores se pueden resumir de la siguiente manera:

“Temporalmente estos tres países lograron su consolidación como Estados-nación con diferencias cronológicas significativas, sus revoluciones burguesas marcan el inicio del imperio del modelo capitalista.

Así, mientras Inglaterra logra entre 1648 y 1688 su consolidación, Francia lo hace en 1789 y Alemania en 1871. La filosofía encargada de legitimar la revolución en Inglaterra fue el empirismo, pensamiento que se inserta en la filosofía natural del Renacimiento en su visión cuantitativa-mecanicista de la naturaleza y que aporta elementos significativos para el sesgo experimentalista de la ciencia del siglo XIX. Mientras que la revolución francesa justifica sus resultados con el movimiento denominado iluminista, heredero del pensamiento racionalista, para encarnar la justificación del proceso revolucionario así como su legitimación" (Avendaño, 1999; Op. cit., p. 66).

Considerando la división históricas por etapas mencionada al principio, la siguiente sería la *Edad Contemporánea*, la cual está comprendida de la Revolución francesa hasta nuestros días.

Ahora, vale la pena abordar de los inicios de éste periodo, en principio, las principales aportaciones de algunos personajes que influyeron en el campo médico, específicamente en la psiquiatría, la cual para algunos autores se comenzó a consolidar a partir de ésta etapa, y para otros es importante por su influencia para la psicología clínica y/o para el psicoanálisis. Más antes parece necesario retomar brevemente las condiciones en las que vivían las personas que por alguna razón (o por carecer de ésta) habían llegado a caer en un "asilo" y el cómo se llegó a ver con mayor seriedad a la "locura".

Recuérdese aquí que antes del siglo XIX a los individuos "idiotas", "retardados" o "locos", se les trataba como endemoniados o brujos y si no acababan muertos, a muchos se les trataba como criminales comunes, recluyéndolos en prisiones o claustros especiales para tal fin. Un ejemplo de uno de estos sitios fue el Hospital santa María de Bethlehem, establecido en Londres en 1547, del cual una parte de su nombre derivo en "bedlam", cuyo significado actual se refiere a una escena de alboroto y confusión. Sobre las condiciones de éste hospital, Stein (1967; citado en: Hothersall, 1997) señala que "los internos eran encadenados, azotados y aislados; se les alimentaba sólo con bazofia; se les daba purgas y vomitivos, y eran sometidos a sangrías. A sus cuidadores no se les pagaba, pero ganaban pequeñas sumas utilizando a los enfermos como entrenamiento del público en general" (p. 260). Lo cual se consideraba placentero para los paseantes. Aunado a esto, los tratamientos o remedios para los locos parecían haber sido heredados de la misma inquisición, por ejemplo el molinete, en donde una persona era sujeta con correas a una silla o cama que era girada a velocidades superiores a las 100 rpm; o bien las sangrías, realizadas bajo el entendido de que muchas de estas enfermedades eran causadas por desordenes de la sangre. De ahí que Benjamín Rush (1745 – 1813), padre de la psiquiatría estadounidense, fuera partidario de este tipo de tratamientos, argumentando que las enfermedades mentales se debían a una hipertensión en el cerebro, así con a extracción de grandes

cantidades de sangre, la presión arterial en el cerebro se reduciría (Hothersall, 1997 y Santamaría, 2001).

Sin embargo, antes de continuar con otros exponentes es importante mencionar que las concepciones “demonológicas” de los fenómenos psíquicos, comenzaron a cambiar aquí, debido entre otras cosas a la evolución de pensamiento producto de movimientos como la ilustración. Para esta época, se comenzaron a tratar estos fenómenos requiriendo explicaciones de mecanismos materiales o tangibles, por lo que fue más plausible utilizar conceptos como el de enfermedad mental (Santamaría, 2001)

Continuado con las condiciones de los asilos para enfermos mentales, se puede decir que algo que imperaba era el que las personas estuvieran atadas o encadenadas. Por ello, se dice que Phillipe Pinel (1745 – 1826), rompió las cadenas de los locos. Sin entrar en algunos interesantes detalles biográficos de Pinel se puede mencionar que, vivió antes, durante y después de la Revolución francesa. Diez años después de haberse graduado como médico en 1773, se interesó progresivamente en el estudio de la demencia. Decepcionado o poco satisfecho por la literatura o expertos consultados al principio, se vio influenciado por su contemporáneo Joseph Daquin (1733 – 1815), quien creía que la demencia era una enfermedad que debía ser entendida y tratada con los métodos de la ciencia natural. Con su ensayo titulado *“El mejor método para tratar pacientes que se vuelven locos antes de la edad madura”*, en el que argumentaba la necesidad de estas personas por ser tratados humanamente, con compasión y orientación en vez de con palizas, encarcelamientos y el ridículo; Pinel participó en un concurso patrocinado por la Royal Society of Medicine, llamando la atención de Thouret, quien después de la Revolución francesa, fue supervisor de los hospitales de París, nombró a Pinel director del asilo Bicêtre en 1793, sitio que en un principio había fungido como prisión, después como hogar de pobres y en 1660 retiro para dementes. Después de revisar la situación administrativa de los internos y de inspeccionar el edificio, decidió que su primer medida sería quitar las restricciones físicas de muchos de los internos, ello bajo el entendido de dar a los dementes los beneficios de libertad e igualdad por los que se había luchado en la Revolución, para que estos fueran alimentados y tratados con amabilidad o humanamente reemplazando con ello el abuso; sin embargo para ello tuvo que pedir el permiso del concilio Revolucionario de París, el cual sorprendido, se lo otorgó (Harsch, 1994; Hottersall, 1997; Phares, 1996; Buendía, 1999; Santamaría, 2001; y Strickland, 2001, Op. cit.). La mayoría de los autores mencionan, como ante su gran impresión por las condiciones de la Bicêtre, Pinel desencadenó a los dementes, sin embargo Hottersall (1997) refiere que Pinel procedió sistemática y cuidadosamente,

observando primero las reacciones y/o comportamientos de sus pacientes, mejorando además la calidad de los tratamientos o mejor dicho cambiándolos por algo así como el tratamiento "moral". En 1795, Pinel fue nombrado director de La Salpêtrière, en donde encontró condiciones semejantes a las antes descritas en Bicêtre, sólo que como en ésta ocasión al haber internas se enfrentaba además al abuso sexual. En general, se puede decir que con sus acciones, conceptos y tratamientos, Pinel encabezó la reforma de las instituciones mentales, la cual abriría la puerta a la idea de que la locura podía ser tratada como una enfermedad.

Aproximadamente por la misma época, en Inglaterra William Tuke (1732 – 1822), se enteró e impresionó de las pésimas condiciones del asilo para enfermos mentales de York, por lo que en 1796, estableció en compañía de algunos amigos, el "retiro" de York, el cual fue propositivamente arreglado para parecer granja en lugar de una prisión, en el cual a los internos se les daría libertad, respeto, buena comida, recreación, ejercicio, tratamiento médico e instrucción religiosa, para su mejoría (Hothersall, 1997; Santamaría, 2001 y Strickland, 2001, Op. cit.). Un movimiento similar tuvo lugar en Estados Unidos, en la segunda mitad del siglo XIX, el cual estuvo encabezado por Dorothea Dix (1802 –1887), quien recorrió su país estimulando reformas en los hospitales para enfermos mentales.

Lo anterior es importante no sólo por la influencia que posteriormente tendría la psiquiatría hacia algunas ramas de la psicología, sino por que se observa una aplicación de las ideas que se desarrollaron en esa época y que devinieron en un sistema como el positivismo, del cual por razones de espacio se hablará tratando de no abundar en detalles.

De alguna manera, tanto la revolución francesa como la industrial (revoluciones burguesas), anunciaban una transformación económica que va del sistema feudal hacia el capitalismo, lo cual marca también cambios sociales. Algunos de los eventos más sobresalientes fueron la aparición de la clase obrera y la burguesía. (Ochoa y cols., 1999; Op. cit.). Incluso como lo señala Avendaño (1999; op. cit.), los científicos y artistas, que anteriormente eran protegidos por mecenas, ahora ocupaban un lugar entre la clase obrera, de ahí que, en ese contexto también se consideren a los pensadores como producto intelectual de la época, y quienes aportaron sus ideas para dar forma al pensamiento positivista, mismo que ciñó la ciencia y educación del siglo XIX, y cuyos postulados coincidían con los intereses de los capitalistas. Como lo explica el mismo autor:

"El positivismo mantenía, por una parte, la idea conservadora del orden; desde esta lógica, los científicos constituyen un grupo privilegiado pues se encuentran más cerca de la verdad que el resto de los hombres. Los positivistas podían afirmar esto gracias a los logros alcanzados por las ciencias naturales, las cuales

eran el modelo a seguir si se quería desarrollar “verdaderas” ciencias del comportamiento, especialmente si de lo que se trataba era de explicar el fenómeno humano” (p. 68).

Éstas ideas encontraron eco y/o legitimación con las posturas de Augusto Comte (1789 – 1857), quien estando de acuerdo con el capitalismo, sostenía que, así como en las matemáticas, la astronomía y la física (entre otras ciencias), había triunfado el espíritu positivista, también debía imponerse en el terreno político para poder constituir una ciencia positiva de la sociedad, llamada sociología o “física social”, la cual se encargaría de descubrir leyes de los fenómenos sociales, con el fin de controlar socialmente o conjugar orden y progreso. Pero además, al insistir en el quehacer científico como eje de reorganización social, el positivismo establecería un concepto de ciencia que se convertiría en paradigmático sobre éste quehacer, y que difícilmente se podría poner en tela de juicio. (Ochoa y cols, 1999; op. cit.). Por otro lado, al ser la física newtoniana el ejemplo claro de ciencia y el modelo a seguir por las demás, se debían incluir las sociales y por figuración la psicología (Avenidaño, 1999; op. cit.) Una forma de traducir esto (y verlo aplicado al campo de la clínica), es como lo refiere Buendía (1999):

“Durante el siglo XIX las contradicciones del capitalismo hacen que la burguesía adopte posiciones defensivas asumiendo el positivismo como la nueva ideología. La posibilidad de darse la locura como conocida y gobernada a su vez, esto es lo que se halla en el núcleo de la conciencia positivista de los trastornos mentales. Para el pensamiento del siglo XIX la locura tiene el estatuto de una cosa enigmática: inaccesible de hecho y por el momento en su verdad total, no se duda, sin embargo, de que un día vaya a abrirse a un conocimiento que pueda agotarla.” (p. 24)

Además de que...

“La realidad demostró que a lo largo del siglo XIX el tratamiento de los pacientes era secundario a los intereses de la clase dominante que daba prioridad a las funciones custodiales. En este contexto, la función de los profesionales quedaba supeditada en gran medida a la función de reclusión de las personas que perturbaban el orden establecido, aparte de que las técnicas utilizadas en los tratamientos van encaminados a la reeducación moral y eliminación de ciertos síntomas que a la erradicación de las causas de los trastornos.” (p. 24)

De ahí que, parece justo señalar que el positivismo fue adoptado por su disciplina y rigor científico, que caracterizó a la psicología científica experimental. Y que es en este contexto, cuando en 1875 el ministro de cultura en Sajonia ofreció al médico Wilhelm Wundt una plaza de filosofía en la Universidad de Leipzig Alemania, con un enfoque en las ciencias naturales, en donde cuatro años después (1879), se fundó el primer laboratorio para la investigación de la psicología basado obviamente

en el método científico. Pero también, en éste contexto de ambiente positivista se formaron otras corrientes (como el psicoanálisis, los primeros conductistas, los creadores de la gestalt o posturas como la de W. James –precedente del estructuralismo-) que no siguieron a esta filosofía defensora del incipiente capitalismo. Y así como se sigue discutiendo acerca del establecimiento del primer laboratorio (W. James en 1875 comenzó un laboratorio en Harvard), también se continúa discutiendo sobre el surgimiento de la psicología como disciplina académica separada de la filosofía (Avendaño, 1999, op. cit.; Marziller y Hall, 1997; Ávila y cols., 1992; Strickland, 2001 y Santamaría, 2001).

Indiscutiblemente, la pluralidad que adquirió la psicología en cuanto a paradigmas y/o escuelas a partir de ésta época fue enorme, por lo que continuar con la historia de la psicología como disciplina sería una labor titánica que rebasa los objetivos de éste trabajo, y el tenor vaya dirigido a continuación a abordar los orígenes de la psicología en México.

## 1.2. Antecedentes de la psicología en México.

Habiendo contemplado en la sección anterior una historia de la Psicología vista a través de edades, como suelen dividir algunos autores a la historia; en éste apartado se pretende abordar algunos de los antecedentes históricos más importantes de la Psicología en México, prescindiendo de ésta división, pues aunque la historia general o mundial (y de alguna manera de las ciencias también) es vista por eventos que por alguna razón se volvieron globales, se puede decir que en cada región se observan particularidades importantes que hay que tomar en cuenta, así, se puede comenzar aquí por mencionar que:

“Los datos antropológicos y arqueológicos señalan que la primera emigración a América se llevó a cabo hace 25,000 años, por el estrecho de Bering, entre Siberia y Alaska. Esos grupos humanos tardaron varios miles de años en llegar desde el norte del continente americano hasta el sur del mismo. Aunque los registros sobre asentamientos humanos en América no son suficientemente claros, podemos afirmar que a la llegada de los españoles (1492) América estaba poblada por importantes grupos humanos con diversos niveles de desarrollo cultural” (Ardila, 1998; en: Tortosa, 1998, p. 557)

Ardila (1998; op. cit.), también menciona que dentro de los grupos culturales con un desarrollo alto se encontraban los mayas, aztecas e incas, en los cuales se observa el uso de conceptos que en la actualidad se podría considerar similares a algunos empleados en la psicología, o bien relacionados con la salud y la enfermedad, la familia, el desarrollo humano, la curación por el espíritu, el lugar del hombre

en el mundo, las relaciones entre los hombres y mujeres, entre otros. Se puntualiza en general, el que los “primitivos” pobladores de América hayan tenido, antes de la llegada de los europeos, una cosmovisión en la cual estaban contempladas conceptualizaciones psicológicas, adaptadas a la cultura en cuestión y dentro del entorno ecológico en el cual florecía tal cultura.

No es desconocido, en ésta parte, el riesgo que se corre al abordar el tema de la “psicología” en pueblos o civilizaciones antiguas, en las cuales algunas enfermedades que afectaban el comportamiento o las emociones pudiesen relacionarse con lo que hoy se conoce como fenómenos “psíquicos” y son tratados por diversos profesionales; fenómenos que eran contemplados y tratados desde otra cosmovisión. (Por lo que se contempla una reflexión acerca de éste tema al final del presente trabajo).

Considerando esto, se puede decir que parece clásico retomar investigaciones y opiniones acerca del periodo prehispánico y sus costumbres relativas al tema, de tal manera que es frecuente encontrar referencias a que en los aztecas no existía un concepto relativo al alma, y en tal caso lo “psicológico” tenía su base en el corazón, o mejor dicho, la “salud mental” de los individuos estaba determinada por el equilibrio de la relación rostro-corazón. Considerada como una civilización antigua, con sus conceptos, mágico-místico-religiosos, los aztecas recurrían a prácticas como la interpretación de augurios, que podían ser los causantes de desequilibrio que ocasionaban trastornos “conductuales”, “emocionales” o de “personalidad”, de tal manera que los afectados representaban además el desequilibrio para la sociedad en la que vivían, esto visto a través de una serie de calamidades que incluía malas cosechas, guerras, fenómenos atmosféricos, etc.; por lo que se tenía que recurrir al *tonalpouhqui*, quien es descrito como un anciano, sabio y con gran autoridad moral y quien formado en el Calmecac, podía consultar en el tonamatl (o libro de los destinos) para dar un tratamiento, el cual estaba basado en explicar “con voz suave” la situación augurada y poder reestablecer el equilibrio rostro-corazón (Álvarez y Ramírez, 1979 citados por: Harrsch, 1994; González Velásquez, 2000; Vázquez Malagamba, 1996; y Velarde Aguirre, 1998; Valderrama, 1983 citado por Vázquez Malagamba, 1996 y Valderrama, 1985 citado por Harrsch, 1994; Serra Padilla, 2000 y González Velásquez, 2000).

Por otro lado, es interesante encontrar otras opiniones como la de Mendoza García (1995) quien abordando principalmente el tema de la psicoterapia desde su perspectiva psiquiátrica y psicoanalítica menciona que en la medicina azteca (ticiolt), el médico agorero (ticitl) era el encargado de resolver ansiedades para preservar saludable al grupo. Refiere además otras especialidades como la del médico que conocía el uso y las propiedades misteriosas y fantásticas de las yerbas (tepatiani) -entre otras especialidades-. La explicación que se da a la diversidad de “especialistas” o encargados de curar, se

puede encontrar en el que el concepto de enfermedad entre los aztecas era el resultado de un desacato u ofensa a los dioses, por lo que se debía indagar cuál deidad había causado la enfermedad y cómo calmar su enojo.

En cuanto a lo que podría considerarse como psiquiatría, psicoterapia y por extensión psicología, se plantean mayores problemas, comenzando por el manejo etimológico de los conceptos, que se refieren al estudio y tratamiento del alma. De tal manera que:

"(...). Como ya he señalado, en la Medicina azteca este campo era difícilmente separable de conjunto y estaba presente en todo; sin embargo, la palabra náhuatl *tonalli*, según señala Aguirre Beltrán, quiere decir "hado", "buena fortuna", y ha sido traducida también como "alma" por otros autores y bajo la influencia de la mezcla con la cultura de los conquistadores. Al médico que se dedicaba a la interpretación de los destinos se le conocía como *tonalpuhqui*; Somolinos (1976) lo considera como psiquiatra entre los aztecas. No obstante, si tomamos en cuenta la ceremonia del *tonalmatl* o ceremonia del libro del sol, o de los destinos, el *tonalpuhqui* era el sacerdote que efectuaba la ceremonia del *tonalt*, fortuna o adivinación del destino, y aquel que trataba de devolver el alma cuando ésta se perdía era el *tetonalmacani*, el cual según yo, llenaría más las funciones del psiquiatra." (Mendoza García, 1995; p. 124).

Es esclarecedor encontrar la razón del porqué sería correspondiente el binomio rostro-corazón de los aztecas con el actual concepto de *personalidad*, encontrándose tal relación en el origen griego de la palabra *persona*, la cual se utilizaba para designar las máscaras que empleaban los actores en el teatro. Éste mismo autor también menciona varios tipos de afectaciones, como los tipos de depresión, así como otros tipos de padecimientos o transgresiones (algunos de tipo sexual); y sus formas de tratamiento, los cuales iban desde ceremoniales, hasta la ingesta de peyote (ololihuqui) u hongos sagrados (teonanacatl), lo que permitía saber (a través del sacerdote) cual había sido el dios ofendido y que debía hacer el doliente para apaciguarlo. Por otro lado, hace referencia a los sueños y su interpretación, de lo cual llama la atención el análisis que se hace de un mural de Tepantitla en Teotihuacan, denominado tlalocan o paraíso de las deidades del agua, precedido por Tlaloc; en el cual se encuentran dos personajes, "uno en posición sedente y otro en decúbito dorsal, sobre lo que podría considerarse un diván; entre ellos se encuentran signos de comunicación verbal y la presencia de otros signos que salen de la cabeza del personaje en posición de decúbito, interpretados como símbolos de los sueños, y era necesario recurrir a los dioses o antepasados para que repararan tal situación, o bien asistir a alguien que pudiera intermediar entre ellos" (p. 126). Ahora, las formas en que el autor entiende el papel del *tetonalmacani* en este mural es: "el viaje que realiza un sacerdote al tlalocan con el fin de

rescatar el alma de algunos de sus pacientes, o bien representa una escena de la vida diaria en la que un sacerdote devuelve el alma por medio del discurso a uno de sus pacientes." (p. 126). Una de las conclusiones a las que llega Mendoza García (1995), es que:

"Si bien es cierto que la psicoterapia no existía con la forma y las características que actualmente conocemos, la meta hacia la cual quería concluir la filosofía náhuatl es señalada por sus sabios o tlamatimines, y pretendía hacer "sabios los rostros y firmes los corazones". Este concepto encierra la adquisición de una personalidad estable, madura y productiva para el hombre, aunadas las características de feminidad para las mujeres. Estas metas por lograr podrían ser consideradas aún hoy válidas para cualquier tipo de psicoterapia" (p. 127)

Algunos autores señalan que en la época colonial, en el primer siglo de la conquista (s. XVI), el pensamiento psicológico se veía caracterizado o influido por las siguientes cuestiones: 1) Se lleva a cabo la enseñanza de la filosofía aristotélica en la Real y Pontificia Universidad de México, en la cual enseña Fray Alonso de la Vera Cruz (uno de los principales representantes de la filosofía escolástica tomista), quien en 1557 realiza comentarios al libro de Aristóteles: "De Anima", la cual pretendía esclarecer las características del alma. 2) Las personas que padecían algún trastorno mental o de conducta por lo regular habían sido atendidas por personas que no tenían algún conocimiento sobre dichos trastornos o bien, temían a las enfermedades de este tipo, pues se conocían las explicaciones demonológicas. Sin embargo, la atención de estas personas comienza a estar a cargo de misioneros, es entonces que el fraile Bernardino Álvarez funda en 1566 el Hospital de San Hipólito, el primer hospital para enfermos mentales en Latinoamérica, en el cual el tratamiento se da con otros métodos, es decir, con la palabra. 3) El principal tema de discusión en éste primer siglo de realizada la conquista giraba en torno de la racionalidad de los habitantes de las tierras conquistadas; los resultados de dichas discusiones derivaron en el trato dado a los "indios". 4) En éste siglo también es establecida la Santa Inquisición (1571-1820) (Vázquez Malagamba, 1996; Harrsch, 1994; Velarde Aguirre, 1998; y González Velásquez, 2000).

En la primera mitad del siglo XVII, la Nueva España busca mantener la filosofía escolástica medieval como principal corriente de pensamiento, esto como respuesta ante el desarrollo de sistemas filosóficos y científicos ocurridos en Europa. Por otro lado, en 1687, José Sáyago de oficio carpintero decide cuidar en su casa a un grupo de enfermas mentales, grupo que fue creciendo y por lo cual recibió ayuda de los jesuitas. En 1700 se construyó el Hospital del Divino Salvador (también conocido como el Manicomio de la Canoa), que estuvo a cargo por la congregación del mismo nombre. También, a

principios del siglo XVIII, se deja notar la influencia de pensadores considerados como modernistas de la colonia, como: Carlos Sigüenza y Góngora y Sor Juana Inés de la Cruz. Por su relación con algunos temas considerados dentro de lo psicológico, vale la pena mencionar que en el último tercio del siglo XVIII se comenzaron a difundir ideas “modernistas”; así se tiene por ejemplo que, José Ignacio Bartolache publica en un periódico científico un trabajo titulado “avisos acerca del mal histórico que llaman latido”, en el cual se describen por un lado, síntomas característicos de la histeria, y por el otro, se dan explicaciones considerando conceptos tales como vapores internos y externos (al cuerpo). O el caso de Juan Díaz de Gamarra y Dávalos, quien definió el alma y la localizó en el cerebro sin especificar el sitio (Vázquez Malagamba, 1996; Harrsch, 1994; González Velásquez, 2000; y Mora Ortiz, 2002). Para autores como Valderrama (1983, citado por: Vázquez Malagamba, 1996), dicho modernismo terminó fusionándose con la escolástica dándose una “escolástica moderna” la cual fue como un caldo de cultivo que comenzó a gestarse en la segunda mitad del siglo XVIII y culminó en las ideas independentistas de los criollos en 1810.

Si de alguna manera se puede explicar mejor esto es considerando, como lo hace Almaraz Moreno (1999, en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999), el que los fundadores de la Nueva España fueron los frailes y no los conquistadores (militares), de ahí que:

“En tal sentido, la sociedad novohispana adoptará una organización social mediada siempre por el elemento religioso, y éste será el caldo de cultivo de distintas interpretaciones teológicas en torno al significado del descubrimiento y la conquista, en donde prevalece la idea providencialista, siendo los frailes españoles los “instrumentos de Dios” para erradicar al demonio de estas tierras e imponer la doctrina de Cristo” (p. 145)

Contextualmente también habría que considerar el que en los siglos XVII y XVIII se observó con mayor claridad la división de los diferentes sectores de la sociedad, así como la división del poder; cuestión que en los criollos comenzó a gestarse una hostilidad que se reflejaba en la crítica de la ideología con la que legitimaban su poder y dominación los peninsulares. Aunque también se refleja con la creación de mitos acerca de la evangelización de los indios, realizada por el apóstol Santo Tomás que había llegado antes que los españoles y había adoptado el nombre de Quetzalcoatl, tesis que retomó Carlos Sigüenza y Góngora y Fray Servando Teresa de Mier. Así:

“El español americano halló en la historia y en la religión los medios simbólicos que le permitían rechazar el estatus colonial; el reconocimiento del pasado indígena y la pública aclamación de la Guadalupana liberaban al criollo de sus orígenes españoles y aunque a la realidad la definían en términos religiosos, estos

fueron el prelude de una conciencia e identidad nacionales que van a estar presentes en la lucha ideológica a lo largo del siglo XIX y van a sentir las bases jurídico-políticas del Estado nacional." (Almaraz Moreno, 1999, op. cit., p. 147).

No se desconoce aquí la importancia de la lucha independentista, sin embargo por cuestión de espacio se omitirán los detalles de éste periodo que culminó en 1821; y valga mencionar aquí que en la formación del nuevo estado mexicano, las ideas filosóficas y políticas también eran influidas por la Ilustración francesa y el modelo republicano estadounidense. Posterior a esto vino un periodo dado a conocer, por los historiadores porfiristas como de anarquía que comprende de 1821 a 1854 (Almaraz Moreno, 1999, op. cit.).

En el aspecto científico, en cuanto a éste periodo se refiere, Vázquez Malagamba (1996) menciona que en 1835 José Ramón Pacheco publica su trabajo sobre el sistema frenológico de Gall, con el cual se introduce el "materialismo" que utilizan los liberales para difundir sus ideas. Paralelamente a las concepciones localizacionistas (de funciones psicológicas en el cerebro), los escolásticos también se manifestaban en este campo representando a los conservadores. Estos últimos "pretendían continuar con un gobierno de corte colonial, en tanto los liberales se inclinaban por un reordenamiento político-económico que finalmente repercutió en el ámbito social del país" (Rodríguez, 1997; en López Ramos, 1997, p. 41).

También en la primera mitad del siglo XIX, es publicado "Elementos de Psicología", escrito por Teodosio Lares en 1849, quien compila y traduce en su obra artículos de autores franceses para el Instituto Literario de Zacatecas, lo cual implicaría la primera impartición de cátedra bajo ese rubro (Vázquez Malagamba, 1996; y Rodríguez, 1997).

Aunque existen diferencias en cuanto a fechas, pues Solís Flores (1999; en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999), menciona que como disciplina la psicología se comenzó a impartir desde 1834; lo cierto es que: "Tamaulipas y Zacatecas son los estado que registraron explícitamente el estudio de la psicología, mientras que otros lo hacían de modo implícito, es decir, algunas materias implicaban el estudio del comportamiento psíquico del hombre: filosofía, humanidades, metafísica y moral." (Rodríguez, 1997, op. cit., p. 48).

Respecto a la segunda mitad del siglo XIX, en cuanto educación y ciencia, incluida la psicología, Rodríguez (1997; op. cit.), menciona que en la década que va de 1850 a 1860 eran deficientes, entre otras factores: a los constantes cambios de gobierno que desviaban la educación según sus intereses, el miedo de que la educación fuera un medio de ilustración social, la escasez de recursos económicos

destinados estos fines y la falta de personal capacitado. Y aunque para autores como Díaz Guerrero (1980, citado por: Vázquez Malagamba, 1996; y Harrsch, 1994), quien menciona que, el nacimiento de la Psicología en México fue el resultado de la Reforma Juarista en 1860 y la consecuente adopción de la filosofía positivista, colocándose con ello como disciplina separada junto a la sociología y la historia; habría que tomar en cuenta lo comentado por Almaraz Moreno (1999, op. cit.), respecto a que el proceso de consolidación del Estado mexicano en ese periodo culminó con la victoria de los liberales que resistieron con Juárez y recibieron apoyo de los Estados Unidos, quienes presionaron a Napoleón II para que no continuara con sus ideas de expansión en América, lo cual había sido pedido por los conservadores, quienes además habían ofrecido a Maximiliano el trabajo de emperador. Así, con el fusilamiento de éste último, y el reconocimiento de los Estados Unidos, el gobierno se aboca a reconstruir la nación y dar marcha a los proyectos que darían cierta imagen de modernidad. Años antes, en 1857, se habían planteado en la constitución ordenamientos jurídico-sociales (como el de la nacionalización de los bienes eclesiásticos) que no se adaptaban a la realidad del país.

Como menciona Vázquez Malagamba (1996), en el último tercio del siglo XIX, se adopta y adapta el positivismo comtiano, que serviría de plataforma para la impartición educativa de ese periodo. En 1863, Gabino Barreda elabora un artículo titulado "De la educación moral", el cual es considerado como el primero en el país sobre "psicología positivista". Así las cosas,

"En 1868 se inauguró la Escuela Nacional Preparatoria, centro de desarrollo del pensamiento científico del que se esperaba contribuyera a la formación de mejores hombres en el terreno de la ciencia como futuros dirigentes de la sociedad, según apuntaba la teoría comtiana. Su plan de estudios se regía por la filosofía positivista, que no otorgaba crédito a la moral y a la subjetividad y, menos aún, a la psicología. construir una nación o una nueva generación de mexicanos era algo con lo que soñaba Barreda" (López Ramos, 1997, p. 135)

De entre los alumnos de Barreda, destaca Porfirio Parra, quien es considerado por algunos como el primer psicólogo mexicano por haber logrado crear un sistema conceptual propio de conocimiento psicológico y difundir de manera importante las aplicaciones que dicho conocimiento podía tener. Además, como sucesor de Barreda procuró aplicar la filosofía positivista y los avances de la fisiología experimental al conocimiento de los fenómenos mentales (Valderrama, 1983; citado por: Vázquez Malagamba, 1996).

Ahora, si de alguna manera se intenta responder al porqué el positivismo tuvo su incidencia en la educación de finales del siglo XIX, se podría decir que la educación se transformó en un móvil político-

ideológico para contrarrestar y ganar el poder que el Estado disputaba con la iglesia; de ahí que, los positivistas como Porfirio Parra pensarán en revoluciones mentales para lograr un cambio social, pues estaban convencidos de que "ordenando las mentes de los individuos se podría erradicar el fanatismo religioso, tan arraigado por siglos de dominación ideológica clerical, y habiendo orden mental, como consecuencia se lograría un orden político, económico y social" (Almaraz Moreno, op. cit., p. 157)

Éste orden se puede observar en la identificación de cinco marcos clasificatorios vistos en publicaciones de educación, salud y de instituciones de beneficencia, así se encontraban: las clasificaciones de la medicina legal, las fisiológicas y hereditarias, las resultantes de excesos (principalmente por alcoholismo) y las de quienes defendían su razón por ir en contra de las ideas de la época (Revueltas Valle, 1997; en: López Ramos, 1997).

Sobre ésta última clasificación de la Psicología, o más precisamente al uso de la misma, López Ramos (1999, en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999) y Revueltas Valle (1997, op. cit.) explican que el significado de la palabra psicología estaba estrechamente vinculada con el proceso de represión política que ejerció Porfirio Díaz (cuyo gobierno comprende el periodo de 1876 a 1911) contra redactores, editores, dibujantes y/o periódicos enteros que criticaban o cuestionaban las políticas gubernamentales; acusándoseles de difamación y oposición al Estado y recluyéndolos en prisión para tratar de callar su inconformidad. De ahí que, la palabra psicología adquiriera un doble significado en las gacetillas. Uno de esos significados se convertía en un mensaje de advertencia a los editores, y por lo que cada vez que se empleaba se debía especificar en que sentido se hacía. Aún con ello:

"... el término psicología tenía una connotación ajena a la ciencia de la psicología y era ubicada como sinónimo de castigo, de censura, y no por su interés en la salud de los individuos. Habría que decir que era más bien por la "salud" del Estado porfirista, el cual se proponía el orden y el progreso de la sociedad en el contexto de un proyecto modernizador." (López Ramos, 1999, op. cit., p. 168).

Por otro lado, en éste periodo porfirista, según Patlan Martínez (1997, en López Ramos, 1997), el plan Barreda en 1891 había quedado más o menos intacto, pues dentro del plan de estudios de la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) sólo se había suprimido el estudio del latín, en cambio se había incluido la psicología (que por cierto no figuraba en la clasificación comteana de ciencias). Sin embargo, fue hasta 1895 cuando Ezequiel Adeodato Chávez Lavista presentó al ministro de Instrucción Pública, un proyecto para modificar el plan de estudios de dicha escuela, que incluía materias espirituales,

considerando absurdo el predominio de la "ley de los tres estados" de Comte en el plan de estudios. Las materias propuestas fueron las de Moral y Psicología.

Sin entrar en detalles de la interesante vida y obra de Chávez Lavista, quien es considerado por López Ramos (1997) y López Ramos (1999, op. cit.) como el pionero de la psicología científica mexicana; se puede señalar que con el estudio y traducción de Bain y Spencer se sustituiría a Comte. Así, después de analizar y discutir con otros intelectuales de la época se culmina en el decreto de ley que firma Porfirio Díaz en 1896, haciendo obligatoria la enseñanza de la Psicología. De la cual, se convertiría Chávez el primer catedrático en la ENP en 1897.

Otras influencias de Chávez Lavista fueron: Ribot, William James, Titchener y Pierre Janet, entre otros (López Ramos, 1997). Sobre la obra de este personaje de la psicología mexicana, López Ramos (1999, op cit.) es claro cuando expresa que:

"El trasfondo de esta discusión que cuestionaba el nombre y la clase de psicología aprobada con el nombre psicología experimental, aducía problemas en el aspecto moral de los jóvenes. Los temores de los conservadores a que se hicieran ateos su hijos fue constante que permitía ver sólo el lado ideológico-político de la enseñanza y no el procesos de modernización argumentado para la psicología. En ese sentido, la disputa sobre qué tipo de moral debía enseñarse en la Escuela Nacional Preparatoria es el punto centra entre los liberales y los conservadores, por la razón de que eran los futuros cuadros políticos de la sociedad mexicana y debían preservar ciertos principios éticos, morales y de comportamiento individual. La psicología que se enseñaba estaba lejos de la idea experimentalista. Chávez deseaba contribuir a formar individuos con un carácter sólido para la sociedad del futuro, libres del sometimiento voluntario; que pudieran hacer uso de su elección en la vida ordinaria para salvarlos de la corrupción y la seducción. En ese sentido, la psicología que se impartía en las aulas de la ENP se aproximaba más a la psicología humanista y no a la fisiología del cerebro" (p. 178 y 179).

Como señala (Valderrama, 1983, citado por: Vázquez Malagamba, 1996), Los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX, ven aparecer obras escritas de algunos estudiosos de la psicología como lo es el propio Chávez, Francisco Bulnes, Julio Guerrero y Enrique O. Aragón.

Hay que considerar sin embargo que la psicología de esa época sólo se consumía en las aulas de la ENP, y que los que la estudiaban la podían conocer (leer), hablar de ella, reflexionar y escribir; pero quedándose en mera esperanza como contribución real que salvara a la sociedad de algunas de sus contradicciones, pues sólo unos cuantos la aplicaban o la utilizaban para elucidar problemas existenciales e introspectivos. (López Ramos, 1997).

De tal manera que, como lo refiere Solís Flores (1999, op. cit.), se marcan diferentes periodos en el surgimiento de la psicología en México, considerándola como disciplina, como profesión y como ciencia. Ésta autora también señala que en los primeros años del siglo XX, surge un grupo denominado como "El ateneo de la juventud", que consideraba que el positivismo excluía a la filosofía y a las humanidades, las cuales ellos defendían. En 1910, se inaugura la Universidad Nacional Autónoma de México y se crea dentro de la misma la Escuela de Altos Estudios (posteriormente Facultad de Filosofía y Letras), en la cual se comienza a ver una postura (y manejar un discurso) antipositivista, del cual destacan Alfonso Reyes y José Vasconcelos. La fundación de la Universidad Nacional de México también constituyó la agrupación de Escuelas como la Nacional de Medicina, de Ingeniería y de Jurisprudencia, entre otras. (Solís Flores, 1999, op. cit.; Harrsch, 1994 y Vázquez Malagamba, 1996). Por otra parte, autores como Díaz Guerrero (1980, citado por: Vázquez Malagamba, 1996) consideran que la psicología científica estuvo en un periodo latente después de 1910 y al final de la Revolución Mexicana, principalmente por que la filosofía educativa manejada en el porfiriato había sido la positivista. Sin embargo, aunque es más pausada la actividad universitaria en éste periodo, el desarrollo de la psicología continuó básicamente en su aspecto educativo, y principalmente en la Escuela Nacional de Altos Estudios en donde Chávez Lavista fungió como director en 1913 congregando a jóvenes intelectuales (la mayoría del círculo ateneista). Por otro lado, en 1916 Enrique O. Aragón, quien fue un destacado alumno de Chávez en la ENP, funda el primer gabinete (o laboratorio) de psicología experimental en la Escuela Nacional de Altos Estudios, el cual tenía como objetivo realizar prácticas demostrativas en apoyo de la materia de psicología; que en 1924 se comienza a dar en esta institución que en ese mismo año cambia su nombre a Facultad de Filosofía y Letras y posteriormente se comienza a dar en otras escuelas como la Escuela Normal Superior. Para 1937, según algunos autores, se crea en la Facultad de Filosofía y Letras el grado de Maestría en psicología, estando comisionados: Ezequiel A. Chávez, Enrique O. Aragón, Francisco Larroyo y Eduardo García. Al primero de ellos se le adjudica la hechura del plan de estudios, el cual comprendía tres años para la obtención del grado. Los interesados en la psicología debían llevar cursos como psicología general y técnicas de laboratorio, para obtener un grado en filosofía con especialización en psicología. Se advierte también que la mayoría de los profesores en un principio tenía formación médica, lo que le daba un matiz clínico, o bien la influencia gestaltista y fenomenológica de los transterrados españoles. Poco a poco la psicología se fue diferenciando de la filosofía, y su enseñanza comenzó a ser más específica, lo que le permitió ir teniendo

una mejor estructura. (Solís Flores, 1999, op. cit.; Harrsch, 1994, Vázquez Malgamba, 1996; Velarde Aguirre, 1998; y González Velásquez, 2000).

Para 1945, Francisco Ocaranza modifica el plan de estudios del '37, entrando éste en vigor el mismo año, dicho plan sigue constando de 3 años sólo que se le agregaron más asignaturas, con las que se pretendía la profundización del estudio de la psicología. También se crea el primer Departamento Autónomo de Psicología. Debido a que el profesorado de esa época estaba constituido por una gama de profesionales que iban del psiquiatra al abogado, la psicología mexicana era entendida como psicoanálisis, psiquiatría o fenomenología. De ahí que probablemente, la obra de Oswaldo Robles: *Introducción a la Psicología Científica*, publicada en 1948 haya tenido la influencia de Binet, Freud, Janet y Koffka, entre otros. En 1949, el plan de estudios se formalizó de manera más completa. En 1950 Ramón Gómez Arias funda la Escuela de Psicología en la Universidad Iberoamericana (UIA), que estuvo durante un tiempo incorporada a la UNAM. En 1951, se crea la Sociedad Mexicana de Psicología, como una rama de la Sociedad Interamericana de Psicología, cuyo objetivo era la promoción de la disciplina como área profesional encargada de contribuir a la solución de aquellos problemas relacionados con el comportamiento humano. Ese mismo año se comisiona a algunos profesionales como Federico Pascual del Roncal (médico) y Oswaldo Robles (psicólogo) para implementar un nuevo plan de estudios en la UNAM, el cual es aprobado al año siguiente (1952), acordando el grado de maestría como formación general y un doctorado como especialización en psicología. En 1954 se comienza a ver la necesidad de reconocer a la psicología como profesión independiente pues con la formación de grupos que tenían orientaciones diferentes, se observan las diversas actividades que se podía desempeñar como las de: psicopedagogía, psicología industrial, psicología social, psicología forense y psicología clínica, entre otras. En 1955, el plan de estudios sufre otra modificación y se observa más claramente la influencia del psicoanálisis en la carrera (lo cual se abordará en los capítulos 3 y 4 de este trabajo). Para 1956, el Departamento de Psicología se convierte en el Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras y se comienza a otorgar el Doctorado en Psicología ya no en Filosofía. Por otro lado, en 1957, en Cholula Puebla se funda el Departamento de Psicología en la Universidad de las Américas. En 1958 se crea el nivel de licenciatura en el Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, aumentando de 6 a 7 semestres la duración de la carrera; el doctorado se organiza en 4 especialidades que eran: Clínica, laboral, criminalista y pedagógica. Ese mismo año, se funda en el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente de Guadalajara, la Escuela de psicología. Para 1960, el Consejo Universitario de la UNAM aprueba la carrera de Psicología en tres niveles: profesional, maestría y

doctorado. Con la apertura del Centro de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento en el Centro de Computo de la UNAM (en 1963), el Colegio de Psicología comienzan a adaptar más precisamente algunas pruebas psicométricas, así como se desarrollan investigaciones extensas sobre el desarrollo humano y la cultura. Es en ésta década, cuando algunos ven el mayor desarrollo y florecimiento de la psicología en el Colegio y en el resto del país; ya que refieren que de 1960 a 1980 (aproximadamente) los nuevos psicólogos luchaban por cambiar el orden de ideas que predominaba, y fue transformándose el perfil de la psicología de forma lenta pero notoriamente, siendo en este periodo en el que se observa la influencia de la psicología estadounidense, quedando los autores Europeos y Soviéticos como una influencia reducida pero que avanzaba lentamente. O bien, otros manejan que comienza a cobrar importancia el enfoque científico metodológico en el proceso de enseñanza aprendizaje de la psicología, lo cual se observa en los viajes que realizaban algunos estudiantes al exterior. Así las cosas, entre 1963 y 1964 es creada dentro de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Veracruz, la Escuela de Psicología; lo que es relevante en el sentido de que se establecen ahí las bases de la aproximación conductual, que serviría como influencia a otras universidades del país. En esta década también comienza a proliferar más instituciones dedicadas a la enseñanza de la psicología en otros estados de la república. Como preludio de la separación del Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, en 1969 se logra obtener la independencia presupuestaria, lo que permite integrar un cuerpo administrativo para atender asuntos exclusivos del Colegio. En 1970 se realiza en el mismo una reforma al plan de estudios, la cual prevalece aún. En éste plan se da un tronco común en los primeros seis semestres y en los tres restantes se dan materias que acentúan algún área como las de: Psicología Clínica, Psicología Educativa, Psicología Social, Psicología del Trabajo o Psicología Experimental. A principios de esta década de los 70's se comenzó a observar con mayor claridad las demandas y/o necesidades de crear la Facultad de Psicología, lo que llevó a la petición de estudiantes y maestros de la separación física del Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras. Así, en 1972 siendo rector González Casanova, se comienza a construir las instalaciones de la Facultad de Psicología, la cual se inaugura por decreto el 27 de febrero de 1973, siendo un mes después designado como director de la misma Luis Lara Tapia. Éste evento indica además el reconocimiento en México de la Psicología como ciencia y profesión; lo cual se confirma cuando se logra otorgar la cédula profesional el 2 de Enero de 1974 por la Dirección General de Profesiones de la SEP. En el '73, también se comienza la fundación de las Escuelas de Psicología Social y de Psicología Educativa de la Universidad Autónoma Metropolitana. Por otro lado, la Escuela de Psicología de la UIA obtiene de la SEP la autonomía para

elaborar sus propios planes de estudios. Debido al exagerado crecimiento de la población y demanda estudiantil en la UNAM y dentro de un proceso de modernización de la misma, en 1975 y 1976 se fundaron dos sedes destinadas a las ciencias de la salud, en donde también estaba contemplada la formación de psicólogos. Una de ellas es la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Iztacala (actualmente Facultad de Estudios Superiores (FES Iztacala) y la otra es la ENEP Zaragoza (actualmente FES Zaragoza). A partir de ese momento, la psicología y su institucionalización no sólo a nivel área metropolitana sino a nivel nacional comienza a crecer rápidamente; de tal manera que en el periodo que va de 1982 a 1993 se establecieron 47 escuelas y facultades de psicología en diversos estados de la República. Para 1998, las Escuelas y facultades de Psicología sumaban 164, se observa además que el crecimiento de la matrícula de estudiantes también está creciendo desmesuradamente, lo cual acarrea varios problemas como por ejemplo el de la improvisación de personal docente, que muchas ocasiones no cuenta con la experiencia laboral en el campo que se pretende enseñar, o bien la dificultad de realizar prácticas en escenarios en donde se pueda llevar una buena supervisión y poder aplicar lo visto en las aulas. (Harsch, 1994; Vázquez Malagamba, 1996; Velarde Aguirre, 1998; Solís Flores, 1999, op. cit.; González Velásquez, 2000; y Serra Padilla, 2000).

Se han soslayado en este capítulo varios aspectos importantes en el desarrollo de la psicología tanto a nivel mundial como a nivel nacional, sin embargo, se considera aquí que algunos de esos aspectos tienen que ver con los diferentes campos de aplicación de la psicología, por lo que en el siguiente capítulo se tratará de abordar los aspectos que tienen que ver más específicamente con el desarrollo de la psicología clínica.

## CAPÍTULO II.

### PSICOLOGÍA CLÍNICA EN MÉXICO

#### 2.1. Algunos orígenes de la Psicología clínica.

Con la pretensión de establecer la psicología como una disciplina académica distinta de la filosofía y de la fisiología, a finales del siglo XIX en el laboratorio fundado por Wundt, convergieron (o fue punto de partida de) algunos personajes que se les considera importantes para el desarrollo de la psicología como tal y como pioneros en las diferentes áreas en que la psicología fue formándose. Así, se ve por ejemplo al que en éste laboratorio hayan asistido: Emil Kraepelin, James Mc Keen Cattell, William James, G. Stanley Hall y Lightner Witmer, entre otros.

Es harto frecuente encontrar en los textos referentes al tema el que a Witmer se le nombre el padre de la Psicología Clínica. Sin embargo, antes de abordar su obra parece conveniente el hablar de algunos eventos y algunas personalidades que contribuyeron a darle cuerpo a esta rama de la psicología.

Buendía (1999), señala que entre otros factores que influyeron a la creación de la psicología clínica se encuentran: a) la manera en que se fue desarrollando el interés por las diferencias individuales entre las personas, b) la forma en que se veían los problemas de conducta y la actitud que se ha tenido ante ellos, y c) la forma que se fue utilizando el método científico en la psicología. Parece relevante el advertir que estos factores están estrechamente relacionados, pues como lo menciona Strickland (2001, op. cit.) además del deseo por respetar el método científico, la psicología clínica heredo los hallazgos de los médicos europeos, que trabajaban con personas que mostraban síntomas de lo que se podría denominar como enfermedades mentales.

Uno de los antecedentes que comúnmente se manejan como de la psicología clínica, fue el surgimiento de la psicología diferencial o aquella que comenzó a observar la importancia de las diferencias individuales para evaluar a las personas. La cual tiene su origen en un evento ocurrido a finales del siglo XVIII, por parte del astrónomo real del observatorio de Greenwich, Nicholas Maskelyne y su ayudante David Kinnebrook. El primero de ellos advirtió que su ayudante estimaba los tiempos de los movimientos estelares con una diferencia de 5/10 de segundo más que él. Al principio se le atribuyó a su ineptitud y se le llamó la atención para que fuera más cuidadoso, pero las diferencias continuaron e incluso incrementaron, de tal manera que el ayudante fue cesado, aun mostrando interés en su actividad. Éste suceso llamó años más tarde la atención de Friederich Wilhelm Bessel quien indicó que

la posibilidad de que las diferencias en las medidas no se debieran a la ineptitud sino a diferencias individuales que se pueden constatar entre observadores capaces. Después de recabar información acerca de éstas diferencias enunció su "ecuación personal". Ésta ecuación fue utilizada más tarde por Wundt en experimentos de tiempos de reacción. Respecto a éstas diferencias individuales también se tiene el que Francis Galton (1822-1911) movido por la atmósfera evolucionista de Darwin, se haya dedicado a la comprobación de la herencia de los caracteres individuales, implementando procedimientos para evaluar algunas funciones psicológicas. Estos procedimientos tenían que ver con su interés en aplicar el análisis estadístico para comprender dichas diferencias, en cuanto a agudeza sensorial, habilidades motoras y tiempos de reacción; lo que lo llevó a establecer en 1882 un laboratorio antropométrico y posteriormente (en 1885) el primer centro de pruebas para examinar la capacidad mental. Con su tendencia a medir (y clasificar) a las personas por sus características físicas asumió que el tamaño del cerebro (y del cráneo) reflejaba la capacidad de la inteligencia. Así, con base en el determinismo biológico de la época surgió la "craneología" la cual fincó la importancia de las pruebas de inteligencia para clasificar a las personas. Dicha tendencia se acrecentó con los trabajos de James Mc Keen Cattell (1861-1934), quien volcó su atención hacia las diferencias en los tiempos de reacción entre personas; y al igual que Galton (de quien fue ayudante en su laboratorio) consideró que era una manera de estudiar la inteligencia, lo que para 1890 lo llevó a acuñar el término "pruebas mentales", ya en la universidad de Pennsylvania, y con baterías que incluían de 10 a 50 pruebas (aproximadamente) esperaba descubrir la constancia de procesos mentales. Predijo además que las pruebas se utilizarían en la selección y entrenamiento de personas y en la detección de enfermedades. (Ávila y cols., 1992; Strickland, 2001 op. cit.; Buendía, 1999; Phares, 1996, y Garfield, 1979 citado por: Serra Padilla, 2000, Vázquez Malagamba, 1996 y Velarde Aguirre, 1998).

Interesados en obtener el reconocimiento científico y el más alto grado académico disponible, un grupo de psicólogos encabezado por G. Stanley Hall se reunió en Julio de 1892 en la universidad Clark de Massachussets, para formar la APA (American Psychological Association). En diciembre del mismo año, ya habiendo elegido a otros profesionistas (educadores, médicos y filósofos) interesados en este "nuevo" campo, tuvo lugar una convención junto a la Asociación Estadounidense para el avance de la ciencia (Garfield, 1979, citado por Vázquez Malagamba, 1996; y Strickland, 2001, op. cit.).

Por otro lado, la obra del psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1926) se cita aquí, considerando su importancia en varios aspectos. El primero de ellos referente a la evaluación, pues su sistema para

valorar algunas funciones psicológicas incluía: la memoria, la capacidad de aprendizaje, la atención, la fatigabilidad, entre otras. Pero cabe señalar que:

“Las pruebas de Kraepelin se derivan de su conocimiento de los desarrollos metodológicos realizados por Mc Keen Cattell, con quien coincidió en Leipzig en el laboratorio de Wundt. En 1892, Kraepelin propuso el primer test de asociación libre para el estudio de los efectos de la fatiga, el hambre y las drogas. Sus aportaciones son tan destacadas que le sitúan como principal precursor de la evaluación clínica actual” (Ávila y cols., 1992, p. 24).

Otro aspecto es el que tiene que ver con el diagnóstico, cuestión a la que llevó su trabajo en 1913, cuando dividió la enfermedad mental en aquellos que eran determinados por factores exógenos y los que eran producto de algún factor endógeno, con lo que se inició una relación de esquemas clasificatorios que aún persiste. (Phares, 1996 y Ávila y cols., 1992). Y como es mencionado en Vázquez Malagamba (1996) Kraepelin a principios del siglo XX, “realizó una clasificación de los cuadros psicopatológicos observados con más frecuencia, y esto ayudó mucho para considerar a la psiquiatría como una especialización de la medicina cuya área de estudio coincide con la de la psicología anormal y la de la psicología clínica.” (p. 7)

Retomando el contexto Norteamericano del cual es originaria la psicología clínica, se tiene por su relevancia histórica el que para ésta rama de la psicología se señale con bastante frecuencia que: Lightner Witmer (1867-1956) fundó la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania en Estados Unidos en Marzo de 1896; fecha que se toma oficialmente como el surgimiento de la Psicología Clínica (Ávila y cols., 1992, Reuchlin, 1992; Phares, 1996; Hothersall, 1997; Strickland, 2001; Garfield, 1979 citado por: Serra Padilla, 2000, Vázquez Malagamba, 1996 y Velarde Aguirre, 1998).

Después de obtener su grado de Doctor con Wundt, Witmer retornó a Estados Unidos, a la universidad de Pennsylvania donde había sido estudiante y asistente de investigación bajo la dirección de Cattell y cuando éste último salió de dicha universidad Witmer quedó a cargo del laboratorio de psicología; y aunque había sido entrenado como psicólogo experimental básicamente, creía que la psicología debía ayudar a la gente por lo que decidió llevarla a metas prácticas, viendo como necesaria un área que se dedicara al cuidado y tratamiento de los enfermos mentales, además de que con su experiencia, anterior a la psicólogo, como maestro de preparatoria, había observado las dificultades de muchos alumnos en el aprendizaje, por lo que como psicólogo también le interesó identificar las razones por los estudiantes tenían dichas dificultades. De tal manera que estaba interesado en las dificultades

sensoriales, el retraso mental, los trastornos de la locución, en problemas del aprendizaje y el tratamiento de niños psicóticos. Esto lo llevó a la mencionada fundación de la clínica; a lo que se le puede agregar el primer caso por él atendido, relativo a un muchacho de 14 años de edad con problemas de lectura y escritura, pero además con dificultades para fijar la forma de las palabras en su memoria<sup>1</sup>. El trabajo remedial o tratamiento implicó a un maestro, y un examen de la vista pues el muchacho no veía bien. Y en general, muchos de sus casos incluían la participación de abogados, asistentes sociales, maestros médicos; por lo que en algunas áreas de la psicología como la comunitaria, la escolar o la consultiva lo podrían ver como fundador. Esto se observa en algunas de sus declaraciones, como en la que a continuación se cita:

“...las ciencias puras y aplicadas avanzan en un solo frente... y en el análisis final el progreso de la psicología, como el de cualquier otra ciencia, estaría determinado por el valor y cantidad de sus contribuciones al avance de la raza humana” (Witmer, 1907, p. 4; citado en Strickland, 2001, p. 12).

Por otro lado, de 1907 a 1935, Witmer editó la revista *Psychological Clinic* que ayudó a la publicación de reportes de casos clínicos. Por otra parte, después del establecimiento de la primer clínica comenzó a expandirse la visión que originó Witmer y la forma de trabajo (ver inciso 2.4.2) por otros estados de Norteamérica. Incluso tuvo lugar la fundación del Instituto Juvenil de Psicopatía en Chicago por parte de William Healy, en 1909, con una clínica de orientación infantil enfocada a los casos de delincuencia, lo que abriría otro escenario para la psicología clínica. Un año antes, en 1908, tuvo lugar el denominado “movimiento de higiene mental” que se inició con la publicación del libro: “*A mind that found itself*” en el que su autor, Clifford Brees, denunciaba las condiciones de muchos hospitales psiquiátricos y la deficiente atención que recibían los enfermos que como él habían padecido o padecían algún trastorno, también hacía hincapié en la prevención de la enfermedad mental. Esto supondría otra situación que impulsó el desarrollo de la profesión (Ávila y cols., 1992, Phares, 1996; Hothersall, 1997; Strickland, 2001; Garfield, 1979 citado por: Serra Padilla, 2000, Vázquez Malagamba, 1996 y Velarde Aguirre, 1998).

Antes de continuar con ésta exposición de antecedentes, parece necesario señalar que en ésta época abordada de finales del siglo XIX y principios del XX, también se comprende en los textos referentes al

---

<sup>1</sup>Al respecto, se encuentran discrepancias en los textos consultados sobre los síntomas presentados por el primer paciente de Witmer.

tema de psicología clínica las aportaciones de S. Freud y del psicoanálisis, sin embargo, se intentará abordar esto de mejor manera en el capítulo cuatro.

Prosiguiendo con la exposición, se tiene que en el contexto europeo, específicamente en Francia, en 1904 el Ministerio de Instrucción Pública pidió a Alfred Binet (1857- 1911) que realizara estudios con niños "defectuosos" (o trastornados o mentalmente retardados, según se lea en el texto consultado) y elaborara métodos para ser identificados y recibieran la instrucción pública básica o fueran atendidos en colegios especiales, según la necesidad presentada. Cabe aclarar que en sus inicios Binet estaba interesado en la psicopatología, sin embargo su interés se volcó posteriormente al estudio de las facultades psíquicas superiores, especialmente hacia las distintas medidas mentales y de conducta, lo que lo llevó a formular el concepto de diagnóstico que se diferenciaba del médico y del escolar, estaba diseñado por una serie de pruebas que cumplían con algunas condiciones como: a) tareas simples, b) poco tiempo en su aplicación, y c) que los resultados pudieran ser contrastados por otros observadores. Con ello desarrollo un conjunto fijo de pruebas para explorar variables psicológicas. Así, de 1904 a 1909 con la colaboración de Theodore Simon, Binet diseñó la Escala de Inteligencia General, la cual contenía preguntas sobre situaciones cotidianas que se esperaba los niños pudiesen contestar a ciertas edades, lo que produjo la primera versión de una edad mental. La escala fue publicada en 1905 y en 1908 fue revisada, lo que permitió su difusión por Europa y Estados Unidos. Poco después, en 1912, el alemán William Stern fijándose en lo propuesto por Binet, sugirió el término de Coeficiente Intelectual, que originó las escalas Stanford-Binet. A partir de ahí, se comenzaron a elaborar pruebas psicodiagnósticas, para medir la inteligencia y otras características psicológicas como la personalidad (Ávila y cols., 1992, Phares, 1996; Strickland, 2001; Garfield, 1979 citado por: Serra Padilla, 2000, Vázquez Malagamba, 1996 y Velarde Aguirre, 1998).

Así, los primeros 10 o 15 años del siglo XX, ven surgir asociaciones, clínicas, revistas, pruebas y sus adaptaciones y movimientos que pretendían darle a la psicología un estatus práctico, así también el papel del psicólogo en ésta área se comienza a definir.

Al entrar los Estados Unidos a la Primera Guerra Mundial en 1917 se observó la necesidad de detectar y clasificar según sus habilidades a los reclutas militares que estaban obligados a cumplir un servicio activo; por lo que se les encomendó a los psicólogos con especialidad en pruebas de inteligencia dicha tarea. Una pequeña comisión de psicólogos (a saber experimentales) encabezados por Robert Yerkes, desarrolló las pruebas grupales denominadas Army Alpha (test verbal que media las capacidades en aritmética, el seguimiento de instrucciones, la capacidad de juicio y vocabulario) y el

Army Beta (test No verbal que medía las capacidades intelectuales de analfabetos o personas no angloparlantes). En ese mismo año Robert Woodworth desarrolló un Inventario psiconeurótico (u hoja de datos personales) el cual se diseñó para detectar la conducta anormal. Ahora, si bien es cierto que el desarrollo de éstos instrumentos abrió el camino de las pruebas grupales (Ávila y cols., 1992; Phares, 1996; Buendía, 1999; Strickland, 2001, op. cit. Y Vázquez Malagamba, 1996); también es cierto que algunos psicólogos utilizaron pruebas sosteniéndose de una teoría de determinismo biológico para discriminar, rechazar o negar los derechos de algunas personas que eran catalogados como débiles mentales; y como cita Strickland (2001; op. cit.) tal vez fue una de las etapas más vergonzosas de la psicología clínica.

Después de la Primera Guerra Mundial, los psicólogos dirigieron su atención a las personas en general, especialmente en los niños con problemas de aprendizaje, y debido al entrenamiento de algunos en la aplicación de tests, repentinamente hubo un brote de "examinadores mentales". Y aunque la preparación de los psicólogos clínicos (que recibían además un entrenamiento y cursos en pruebas y en psicología anormal) no difería mucho de la preparación de los experimentales académicos, estos últimos que veían a la psicología como una ciencia en el sentido estricto, se avergonzaban de los clínicos considerándolos seudopsicólogos (Vázquez Malagamba, 1996 y Strickland, 2001, op. cit.). En este periodo, al parecer, también hubo avances en la investigación de la personalidad, el origen de la inteligencia y las explicaciones entre conductas desviadas y el aprendizaje (Buendía, 1999).

Cabe destacar del periodo de los 20's y de los 30's el desarrollo e investigación de muchas pruebas como es el caso de la técnica del Dibujo de la figura humana de Goodenough para medir la inteligencia (1926), el diagnóstico descrito por Hermann Rorschach mediante el uso de manchas de tinta (1921), el Thematic Apperception Test (TAT) (1935), el Bender Gestalt (1938) o el Wechsler- Bellevue (1939), entre otros. También se destaca la gran afluencia de psicólogos y psicoanalistas europeos hacia otros países, acosados por la ideología nazi. Así también, destaca la crisis económica que sufrieron los Estados Unidos y por lo que muchos psicólogos, al igual que mucha gente, se vieron desempleados (Phares, 1996 y Strickland, 2001, op. cit).

Fue con la Segunda Guerra Mundial que nuevamente los psicólogos clínicos y psicólogos en general entraron en acción, aportando en un principio su talento como examinadores en apoyo de la necesidad del ejército estadounidense para asignar puestos de combate y de dirección. Posteriormente, y debido a las grandes demandas surgidas en esa guerra y a los pocos psiquiatras y personal capacitado para cubrirlas, también se involucró a los psicólogos en otras actividades como la

elaboración de historias de casos, evaluación, diagnóstico de la personalidad, planeación de estudios de investigación, terapia individual y de grupo, capacitar personal, entre otras; demostrando ser competentes y profesionales. Dicho potencial no pasó desapercibido para los asesores de política gubernamental y público en general, por lo que cada vez más espacios se fueron abriendo para los psicólogos (Garfield, 1979, citado por: Vázquez Malagamba, 1996; Phares, 1996 y Strickland, 2001, op. cit.)

Al finalizar en 1945 la guerra, la Administración de Veteranos (AV) particularmente, tenía la necesidad de profesionales especializados para tratar con veteranos que habían vuelto de la guerra con problemas psicológicos y emocionales. Por lo que, junto con el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés), planearon subsidiar la capacitación en psicología clínica en las universidades que pudieran hacerlo. A la par, la APA y la Asociación Norteamericana de Psicología Aplicada (AAP, por sus siglas en inglés) que antes de la guerra tenían diferencias, después de una revisión en los estatutos de la primera de estas instituciones, acordaron unirse volviéndose la División 12 la que representaría a la ciencia clínica y práctica<sup>2</sup>. (Strickland, 2001, op. cit.; Phares, 1996; Buendía, 1999 y Garfield, 1979, citado por: Vázquez Malagamba, 1996).

Así, después de la iniciativa de la AV y del NIMH, la APA que presidió Carl Rogers (creador de las terapias centradas en el paciente) comisionó a David Shakow para formar un comité de entrenamiento en psicología clínica; y en 1947 dicho comité recomendó que se hicieran algunas modificaciones en los programas de estudio y diseñó un internado con supervisión para ésta especialidad pero además sugirió una amplia preparación profesional a nivel bachillerato y un programa de instrucción plenamente integrado a nivel profesional, que hacía énfasis en las siguientes áreas: "1) psicología general, 2) psicodinámica del comportamiento, 3) métodos de diagnóstico, 4) métodos de investigación, 5) disciplinas afines y 6) terapéutica" (Vázquez Malagamba, 1996, p. 10). Éstas recomendaciones e informe fue la base para una conferencia patrocinada por el NIMH, sucedida en Boulder Colorado, en 1949; acerca de la educación de posgrado en psicología clínica. En ésta conferencia se explicó el modelo de científico-practicante (o profesional científico) para entrenar psicólogos clínicos (Ávila y cols., 1992, Phares, 1996; Strickland, 2001, op. cit. y Garfield, 1979, citado por Vázquez Malagamba, 1996). Este modelo afirmaba que: "1) los psicólogos clínicos deberán obtener su entrenamiento en facultades universitarias; 2) deberán recibir su entrenamiento primero como

---

<sup>2</sup> Aunque es interesante la historia de la APA y su relación con el área clínica, por cuestiones de espacio sólo se aborda lo considerado como esencial.

psicólogos y después como clínicos; 3) se les deberá requerir un internado clínico; 4) deben lograr competencia en diagnóstico, psicoterapia e investigación y 5) la culminación de su entrenamiento será un título de doctorado, el cual implique una investigación original que haga alguna contribución al campo" (Phares, 1996, p. 48). Así, según señala Strickland (2001, op. cit.), el que los psicólogos clínicos deban entrenarse como doctores en psicología aseguró que la disciplina tuviera un lugar entre las ciencias, marcada por una base empírica que generara conocimientos vía el método científico. Además de que la experiencia práctica y la capacitación predoctoral hacían que el psicólogo clínico tuviera presente la complejidad de las necesidades y problemas humanos, que le permitiera capacitarse mejor en evaluación y tratamiento.

Y como señalan Phares (1996), Buendía (1999), Garfield (citado por Vázquez Malagamba, 1996) y Strickland (2001, op. cit.); el modelo Boulder de capacitación en psicología clínica continúa en muchos programas de doctorado de varias universidades. Ello, no sin recibir críticas; pues por ejemplo en 1973 tuvo lugar la Conferencia de Vail en la que se desarrolló el concepto de Profesional Clínico que tomó en cuenta desarrollos humanistas que potenciaban la idea de un profesional comprometido con las necesidades sociales en oposición a los criterios estrictamente académicos para el diseño de objetivos formativos (Ávila y cols., 1992).

Se observa aquí, una diversificación de marcos teóricos y conceptuales en la intervención clínica. Sobre esto cabe señalar que a partir de mediados de los años 60's las áreas de evaluación, intervención e investigación en clínica se orientaron hacia el conductismo, por lo que la atención acerca del cambio de la conducta indeseable comenzó a desviarse de la psicoterapia y del insight hacia el condicionamiento, alteración de contingencias de reforzamiento y similares, en donde no se tomaba en cuenta lo que los pacientes pensarán, pues como refiere Phares (1996) "¡La conducta estaba de moda, el pensamiento no!" (p. 48 y49). Para mediados de los años 70's, como lo señala el mismo autor, la cognición comenzaba a regresar a la escena y se hablaba de métodos cognoscitivos conductuales, así también, los conceptos psicoanalíticos "parecían estar retornando en silencio a la conciencia de los modificadores de conducta" (p. 49).

Sobre dicha diversificación, se puede mencionar siguiendo a Korchin (1976, citado por Vázquez Malagamba, 1996) que en psicología clínica compiten enfoques derivados del existencialismo, psicología del Yo, posiciones del condicionamiento y teorías del aprendizaje social, terapia centrada en el cliente, entre muchos (más los que se acumulan en la actualidad). Ahora, la diversificación también se observa en su estatus profesional y en sus patrones de entrenamiento, pues a partir de los años 80's comenzó a

crecer, por un lado, el enfoque preventivo desarrollado en el campo de la psicología de la salud (sanitaria), y por otro el desarrollo de la psicología comunitaria con una postura ecológica que intenta cambiar las instituciones sociales y modificar el sistema social (familiar, educativo, penal y de salud mental) el cual supone una contribución a la psicología clínica poniendo el acento en aspectos sociales de la salud. (Ávila y cols., 1992; Buendía, 1999 y Phares, 1996).

Finalmente, se puede decir que en la actualidad, la existencia de la psicología clínica es puesta en tela de juicio, principalmente por aquellos que apuestan por esquemas preventivos como es el caso de los psicólogos de la salud; sin embargo, antes de rechazar o descalificar a una disciplina habría que revisar los objetivos que persigue cada una y las necesidades que intenta cubrir. Aunque antes de abordar ésta cuestión, se tocara el tema de los orígenes de la psicología clínica en México.

### 2.1.1. Orígenes de la psicología clínica en México.

Si se considera aquí lo referido por Solís Flores (1999, en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999) en cuanto a que abordar la historia de la psicología en México puede representar cierta dificultad, pues como agrega, en 1834 la psicología se estableció como disciplina en Zacatecas y Tamaulipas; en 1896 se comenzó a dar como un curso en la Escuela nacional Preparatoria y en 1973 se empezó a dar como profesión (En la UNAM). Abordar los orígenes concretamente, del área de psicología clínica representa una dificultad mayor pues ello refiere cierta especificidad poco tratada como tal en los textos que hablan acerca del tema de la historia de la psicología en nuestro país.

Si se considera también, lo mencionado por Valderrama y Rivero (1983, citados por Díaz Contreras, 1999), con respecto a que en México "... la psicología nace a raíz de una serie de necesidades sociales que el establecimiento del capitalismo trajo a la clase dominante en el último tercio del siglo XIX" (p. 40); cabría preguntarse ¿Cuáles fueron las necesidades que propiciaron el surgimiento de la psicología clínica?, o ¿con qué actividades se le ha relacionado en el pasado? Si cabe el adelanto, puede decirse que de alguna manera y generalmente, a la psicología se le tiende a asociar con la enfermedad mental o con la locura, por lo que cabe advertir que parte de la historia del cómo se trataba dicha situación en México, ha sido abordada en el primer capítulo.

Sin perder de vista además lo referido por Díaz Contreras (1999, en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999), en cuanto a que considerar el que el porfirismo propiciaría el desarrollo de una nueva etapa del positivismo y que éste cambio permitiera que el objeto de estudio de la psicología

correspondiera al de la ciencia independiente; puede hacer que el estudio de la historia de la psicología se vea con una disyuntiva, ya que "...por un lado, se describen las condiciones económicas, políticas y sociales de la época y, por otro, se destacan los cambios ocurridos en el discurso psicológico. Sin embargo, no se esclarece la forma en que se establecen los nexos causales entre aquéllas y estos ni se comprenden los modos en que los nexos condicionan la lógica interna de los conceptos y las teorías, dejándonos con la impresión de que lo que leemos son, de hecho, dos historias paralelas, y en algunos casos, un forzamiento tal que una es puesta en relación causal con la otra." (p. 41)

Se tiene pues, que la aparición de la psicología y más específicamente con lo que tiende a relacionarse con la psicología clínica, implicaría la revisión de aspectos que tienen que ver desde con la filosofía imperante de la época que se trate (por ejemplo el positivismo en el porfirismo), hasta la legalización de la carrera; esto pasando por aspectos como la institucionalización de personas con "padecimientos mentales" o la cuestión académica.

Así, Patlán Martínez (1997, en: López Ramos, 1997), menciona que las principales profesiones de 1867 a 1910 tuvieron una "evolución multifacética"; pues se consideraba a cualquier mexicano económicamente activo como profesional. Ello debido en parte a que:

"El artículo 3º constitucional nunca definió qué profesiones necesitaban título para su ejercicio, lo que ocasionó su interpretación de varias maneras. De 1867 a 1910 los profesionales formaron una élite social e intelectual. La pobreza era generalizada y sólo un grupo minoritario de la población tenía oportunidad de estudiar una carrera universitaria" (p. 167 y 168).

La misma autora señala que en el porfirato existieron en mayor cantidad como profesionales, los maestros, seguidos por los abogados y los médicos; y otra carrera que fue impulsada por el régimen fue la de ingenieros, la que parecía ir acorde con las circunstancias económicas del país, no así a los intereses populares.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, la psicología antes de ser una cátedra independiente se impartió dentro de la cátedra de lógica moral o bien era dada implícitamente en otras materias como filosofía, humanidades o metafísica (en la ciudad de México) (Rodríguez y Patlán Martínez, 1997 en López Ramos, 1997).

De tal manera que, según Patlán Martínez (1997, op. cit.), para 1898 el programa de psicología experimental

"... contemplaba aspectos relacionados con los fenómenos mentales, lo cual debió considerarse como un gran paso, ya que ninguna otra materia lo hacía. ¿Acaso no existían en México fenómenos mentales?, ¿qué soluciones les ofrecían a los "enfermos mentales"?, ¿existía en los programas de psicología una vinculación con las demandas sociales?, ¿qué criterios se siguieron para enfocarse a los diferentes problemas sociales?, ¿esos problemas sociales eran realmente los que afectaban a la sociedad en su conjunto?" (p. 175)

Por su parte, Rodríguez (1997, op. cit.), comparando el desarrollo teórico y práctico de la medicina, respecto de la psicología (en el periodo de 1850 a 1860), se pregunta:

"... ¿qué se hacía en psicología?, ¿quién atendía a los dementes?, ¿acaso era la medicina la encargada de atender la salud mental del mexicano?, o bien, ¿qué tipo de demandas propiciaron que la medicina se desarrollara tan preponderantemente en relación de otras ciencias? A la medicina," (...), "la encontramos como gremio: en 1854 se le dio el antiguo edificio de la Inquisición para constituir su centro académico; se creó una serie de publicaciones para incrementar su conocimiento; hizo uso de la multidisciplina para el conocimiento de enfermedades (epidemias); constituyó un Consejo de Salubridad que regulaba su actividad profesional. Estos aspectos seguramente se derivaron de demandas sociales, ¿por qué estas demandas no hicieron de la psicología una ciencia de interés análogo a la medicina?" (p. 58)

Como se observa, en ambas autoras se encuentran similitudes en cuanto a su cuestionamiento, sin embargo, la respuesta de Patlán Martínez (1997, op cit.) parece ser resolutive al decir que:

"La negación del estudio de las enfermedades mentales fue manifestado por varios profesionales, y parecía que no era necesario saber al respecto, "oficialmente" no era motivo de preocupación para nadie. Los programas de psicología experimental no se vinculaban con la realidad del país, no atenían ninguna demanda o problema social y se limitaban a estudiar o tratar de imitar las investigaciones que se hacían en el extranjero, analizando problemas que se deban en la aula de clase." (p. 175 y 176).

Como es sabido, el tratamiento de enfermos mentales antes de del siglo XIX, había estado a cargo de monjes o religiosos, principalmente en el hospital de San Hipólito, fundado por Fray Bernardino Álvarez en 1566, posteriormente éste pasó a ser controlado por el estado y durante un tiempo fungió como hospital municipal y escuela de medicina. (Pérez Álvarez, 2002 y Rodríguez, 1997, op. cit.)

Continuando con el periodo porfirista, se tiene que en Septiembre de 1910 fue inaugurado el Manicomio General (La Castañeda), el cual estuvo destinado desde el principio en atender a los enfermos mentales, mismos que en un principio eran aproximadamente 1000, pero poco después al

realizársele modificaciones al manicomio se pudieron albergar 600 enfermos más (Rivera Barrón, 1997 en: López Ramos, 1997). De las primeras décadas de funcionamiento de dicha institución cabe mencionar el trabajo de Rafael Santamarina (1884- 1966), quien en 1912 (un año después de haberse recibido como médico cirujano) fue contratado como médico interno en La Castañeda, en donde probablemente, por su trabajo con enfermos mentales haya surgido en él un interés por los procesos cognoscitivos normales y anormales y su medición. Así, R. Santamarina inició la traducción y adaptación a escolares mexicanos de la prueba Binet-Simon, presentando su primera adaptación con carácter de provisional en el Primer Congreso Mexicano del Niño, celebrado en 1921. Con lo que se comienza a desarrollar la traducción y adaptación de pruebas psicométricas, principalmente para ser aplicadas en niños. Un antecedente interesante es el de que en Veracruz, en 1914, se habían realizado algunos intentos de adaptar la prueba ya citada. Los trabajos realizados por R. Santamarina en el área de psicometría, principalmente, derivaron en la creación del Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación Pública (en 1925), esto con la colaboración de Lauro Aguirre y el apoyo de José Vasconcelos, institución que después se convertiría en el Instituto Nacional de Pedagogía (posteriormente Psicopedagogía) (en 1937). (Valderrama, Colotla, Gallegos y Jurado, 1994 y Vázquez Malagamba, 1996). Por otro lado, en 1923, David Pablo Boder llegó a trabajar al Departamento de Psicotecnia e Higiene Mental del gobierno del Distrito Federal e inició la traducción y adaptación de la Escala Binet-Simon-Terman. En esa época Boder llamó a Guadalupe Zúñiga para que colaborara en la adaptación y en la aplicación de dicha prueba en la Escuela Nacional de Agricultura, en la Escuela Norma de Maestros, en la Escuela Científica de Policía y en la Sección de Psicotecnia y Probación de la penitenciaría. Puede agregarse como antecedente que Boder –que había sido colaborador de Enrique O. Aragón (alumno de Ezequiel Chávez)- y Lucía Montana Hastings (alumna de Thorndike) representan la entrada de la influencia norteamericana en cuanto pruebas mentales, en México, pues Hastings aplica en 1926 la prueba Army Beta en escuelas secundarias. Posteriormente, ambos pasan a ser profesores de las cátedras de psicología en la Facultad de Filosofía y Letras. En 1926, también es fundado el Tribunal de Menores, el cual poseía un Departamento de Psicología atendido por psiquiatras y psicólogos, en el cual también se aplicaban pruebas como la adaptación de R. Santamarina de Binet-Simon, la de Raven y las escalas de Gessell y Terman, entre otras. (Pérez Álvarez, 2002; Valderrama y cols., 1994 y Vázquez Malagamba, 1996).

En cuanto a los métodos de tratamiento, Pérez Álvarez (2002) menciona que a principios de los años 30's en Europa se introdujeron algunos Métodos de tratamiento de los desordenes mentales

“funcionales” más frecuentes, como el uso de la insulina en las psicosis esquizofrénicas, la inducción de crisis convulsivas con el metrazol, que fue sustituido por el electrochoque y la lobotomía. Dichas técnicas prevalecieron hasta 1952, cuando se inició el uso de nuevos fármacos que modificaban las funciones mentales y la conducta. En México, sólo muy pocos médicos se abocó entre 1933 y 1952 al tratamiento de desordenes neurobiológicos y mentales, con lo que se inició la asistencia propiamente médica de los enfermos mentales en centros asistenciales públicos y privados.

Respecto a la cuestión académica, Vázquez Malgamba (1996) refiere que en 1945 la enseñanza que la psicología adquiere su Departamento autónomo dentro de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, entrando en vigor un nuevo plan de estudios que comprendía tres años de estudio para la obtención de la maestría. Recuérdese que en sus inicios, para obtener el grado de psicólogo había que cursar previamente la carrera de filosofía. Y en los años 40's y 50's, por sus influencias, la psicología era entendida como clínica, educacional o fenomenológica; pero continuaba siendo profundamente académica, teórica y con grandes limitaciones aplicadas y profesionales. Serra Padilla (1992, en: Urbina Soria, 1992) indica que en México, la psicología se ha visto influida desde sus orígenes

“... por filósofos, médicos, psiquiatras, psicoanalistas y conductistas, lo que se ha reflejado en los planes de estudio elaborados a partir de 1938, año de inicio de la carrera de maestro en psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Esta carrera sufrió reformas en los años de 1949, 1951, 1953 y 1955, observándose en ellas que el enfoque médico desplaza al enfoque filosófico y el enfoque psicoanalítico al médico, prevaleciendo teóricamente una orientación clínica; sin embargo en la práctica, el campo de aplicación era limitado ya que el trabajo se reducía principalmente a la aplicación de tests psicológicos.” (p. 637)

Lo anterior mencionado se puede ilustrar con el trabajo de Rivera Barrón (1997, op. cit.) quien indica que una de las causas por las que los psiquiatras eran quienes enfrentaban los problemas de conducta era por que estos se relacionaban con el tipo de enfermedades y problemas públicos existentes en la época comprendida de 1940 a 1950, considerados como generadores de enfermedades mentales. Se consideraba a la prostitución, el alcoholismo, la sífilis y la toxicomanía, como agentes productores de aquellas.

Según el mismo autor, en 1946 apareció la revista *Psiquis*, fundada por Alfonso Millán, y fue la primera publicación regular que trataba de psicología e higiene mental, especializándose en temas como: educación sexual, problemas mentales, conyugales, psicología infantil y del adolescente, etc. Empero, el consejo consultivo de dicha revista estaba integrado por: médicos, psiquiatras, abogados,

maestros, economistas y músicos. Lo que da una idea del tipo de profesionistas interesados en la psicología de la época, quizás por ello:

"... no existían aplicaciones de la psicología en el tratamiento de los enfermos mentales, ya que casi todos los tratamientos eran psiquiátricos y médicos. El que la mayoría de los estudiosos de la psicología en el departamento correspondiente en la Facultad de Filosofía y Letras se dedicaran en sus trabajos de tesis a tratar en su mayoría problemas del espíritu, del alma, de la personalidad maniquea, explica su poca o nula actividad en el terreno práctico y aplicado de la psicología en la población. Podemos suponer también que quizá no había algún campo específico donde el psicólogo pudiera trabajar en el tratamiento de enfermedades mentales, ya que médicos y psiquiatras copaban la dirección y movilidad en todos estos casos." (p. 346 y 347)

Por otro lado, las relaciones de la psicología con la población no pueden soslayar la situación económica y el crecimiento de la población durante esa época, ello por tratarse de factores que condicionaban directa o indirectamente la situación y los usos que se le dieron a la psicología; Esto es, analizando por un lado, las condiciones del nivel de vida de la población a partir del ingreso nacional de la época, Rivera Barrón (1997, op. cit.) señala que: "1) El crecimiento económico del país fue abundante y continuo desde 1930. 2) El ingreso nacional no se repartió equitativamente, lo que impidió un nivel adecuado de vida para la mayoría de la población." (p. 355). Y por otra parte, el crecimiento de la población que pudo deberse a dos causas principales: 1) El final de la revolución mexicana (en 1920) y 2) un fenómeno que apareció a finales de los años 30's y se observó más claramente en los años 40's y 50's, la industrialización y la modernización; sobre esto último se puede agregar que el crecimiento de la ciudad no fue accidental y tuvo repercusiones de toda índole en su población. Así, tanto de la situación económica, como del crecimiento poblacional, surgen dos interesantes preguntas: ¿de que manera afectó la situación económica en los habitantes de México y en el que pudieran desarrollar alguna psicopatología?, o ¿por qué no pensar que el giro socio-económico de la vida del campo a la industrialización produjera enfermedades mentales?, y en lo que compete al presente trabajo: ¿cuál fue la situación de una ciencia como la psicología hablando de demandas generadas por la sociedad durante los años 40's?

Los campos más importantes de la psicología eran: la clínica, la de educación y la industrial, según la Guía de carreras de 1956 editada por la UNAM (citada en Rivera Barrón, 1997, op. cit.) en la cual:

"El psicólogo clínico se ocupa del diagnóstico y tratamiento psicológicos de casos psiquiátricos y de desajuste social, tales como problemas de delincuencia juvenil, criminalidad y rehabilitación de inválidos físicos y mentales. En el primer caso el psicólogo clínico constituye un auxiliar del psiquiatra, en tanto que en el segundo él resuelve por sí mismo los aspectos psicológicos de los problemas, para cuyo estudio integral colabora con el médico y la trabajadora social, principalmente. En colaboración con estos mismos y con los maestros, el PSICÓLOGO PEDAGOGO maneja problemas de selección de alumnos, de orientación vocacional y profesional y de diagnóstico y tratamiento de escolares niños o adolescentes con problemas de desajuste." (p. 349).

Con lo cual se podría afirmar que el psicólogo no tenía delimitado su campo de acción, pues constantemente aparece como un auxiliar de médicos, maestros e incluso abogados, lo que probablemente se debió a que la psicología como carrera era nueva en la década de los 40's, extendiéndose dicha tendencia a las siguientes décadas. Los contados psicólogos (poco más de 100) encontraban trabajo en instituciones docentes, instituciones privadas y oficiales dedicadas a la salud mental, penitenciarías, tribunales para menores, centros de enseñanza de niños anormales y clínicas de conducta y orientación. A partir de esto, el autor plantea la interesante duda de "si es la población la que realmente genera las demandas o si éstas toman forma conforme la ciencia se desarrolla en el país" (p. 349). La respuesta parece estar relacionada con: 1) el interés de los que estudiaban la carrera por solucionar problemas "culturales" como el de la psicología del mexicano, más que el interés por enfrentar problemas clínicos, y 2) el que al igual que en otras sociedades, las instituciones de reclusión eran olvidadas y relegadas al igual que sus pobladores restándose importancia, aunque paradójicamente eran estos últimos los que generarían las demandas de atención. Ambas cuestiones, parecen estar íntimamente vinculadas, lo cual ayuda a comprender por qué no se producían psicólogos que se ocuparan de problemas en los que se les implicaba a la psicología.

En cuanto a la relación de la psicología con el Estado, se puede decir que éste último tomó muy poco en cuenta a la psicología, a diferencia de otras ciencias como la economía, la química, la física, la arquitectura, entre otras; pues no encontraba usos prácticos para ésta nueva ciencia. Y específicamente:

"La aplicación de la psicología fue inexistente en los campos terapéuticos o tratamientos psicológicos; no había en la década revisada ninguna condición para propiciar el auge de la psicología. El Estado" (...) "entró en relación con la psicología por medio de dos instancias: la SEP y la SSA, dependencias que no fueron creadas para alentar el desarrollo de la psicología, únicamente vieron en ella una disciplina auxiliar" (Rivera Barrón, 1997, op. cit., p. 356).

En la SEP (Secretaría de Educación Pública) la psicología se utilizó para entrenar a los maestros con cursos de psicología del niño y del adolescente, además de implicarla en la elaboración de pruebas de inteligencia y de métodos de educación, así como para orientar en el manejo del deficiente mental. En la SSA (Secretaría de Salubridad y Asistencia), fue utilizada conjuntamente con la psiquiatría en la Sección de Higiene Mental y Clínica de la Conducta para prevenir estados psicopatológicos de los infantes; la readaptación de niños problema, la higiene mental, aprendizaje y sexología infantil, entre otras. Así también, la psicología se utilizaba en la atención y readaptación de los enfermos mentales internados en clínicas especiales como La Castañeda, único lugar construido para tal fin. Lo que se explica revisando los expedientes y libros de registro de la época, pues los pacientes provenían de toda la república. Pero

“Además en esa época los requisitos para declarar a una persona perturbada de sus facultades mentales no eran muchos, lo único que se requería era un certificado médico, que podía ser extendido por cualquier médico. Muchos de estos certificados eran expedidos por médicos que trabajaban en las delegaciones policíacas y en las que, ante cualquier síntoma que les pareciera digno de un enfermo mental, remitían al detenido al manicomio. Generalmente en estos casos se trataba de vagabundos que no tenían familiares y que por lo mismo se quedaban en el manicomio o, en el mejor de los casos, se fugaban de él. La mayoría de la población del manicomio era de escasos recursos económicos, es decir, asilados, y unos cuantos pensionistas. Hay que mencionar también que no se está hablando de psicología aplicada al enfermo mental, dado que casi todos los tratamientos de la época se derivaban de la psiquiatría.” (Rivera Barrón, 1997, op. cit., p. 356)

En cuanto a la relación de la psiquiatría con la psicología en esa época, el mismo autor señala que si bien se contaba con la presencia de psicólogos en La Castañeda, a estos únicamente se les veía como aplicadores de tests, principalmente en niños. Y entendiéndola así, la opinión que tenían algunos psiquiatras, como el propio director de la institución Salazar Viniegra, era muy clara al indicar que:

“No comparto en lo mínimo la opinión, me apresuro a decirlo, de las que extremando sus posibilidades confieren a los tests llamados de psicodiagnóstico, valor para determinar la medida de algo tan sutil como es la inteligencia, el temperamento, el carácter, la personalidad normal y la patología. Generalmente los tests son pruebas discurridas por débiles mentales para estudiar y sorprender a otros débiles mentales. La prueba del psicodiagnóstico de Rorschach (la de manchas de tinta), vale “casi” tanto, en el terreno científico como la astrología y la cartomancia.” (Mariscal, 1942; citado en: Rivera Barrón, 1997, p. 372).

Se puede decir en general, respecto a la década que comprende de 1940 a 1950, que a la psicología (no al psicólogo) se le utilizó como una ciencia auxiliar de la conducta.

De acuerdo con Pérez Álvarez (2002), entre 1950 y 1970 los avances de la farmacología tuvieron en todo el mundo consecuencias favorables en la atención de los enfermos mentales. En México, como en otros países, las nuevas expectativas terapéuticas estimularon el interés por los desordenes mentales e impulsaron el estudio del cerebro como sustrato de las funciones mentales y/o de conducta; lo que trajo un cambio de actitud hacia las personas que padecían algún trastorno, además de acarrear una más notoria división en las aproximaciones de los tratamientos, entre los que la explicaban y los tratamientos médicos psiquiátricos.

Otro evento significativo fue la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1950, para crear en cada país una sección destinada a la salud mental cuya tarea fuera la de identificar y eliminar factores que no contribuyeran al desarrollo psicológico normal (No al tratamiento). La respuesta en México se limitó a formar personal y organizar servicios en los que no se señalaban los modos de operar realmente. Así, la OMS reconoció que "después de quince años de trabajo, el conocimiento de los enfermos, los campos más importantes del cuidado de la salud mental, la prevención de las afecciones y la corrección de las desviaciones de la conducta social constituían un terreno en gran parte desconocido y por tanto no trabajado." (Rivera Mendoza, 1997 en: López Ramos, 1997, p. 390).

También; entre 1950 y 1970, la OMS consideraba a la salud mental como prioridad, dedicándole encuestas y publicaciones, sin embargo la importancia real de dicha prioridad fue más bien secundaria. De ahí que la salud pública y en gran parte los problemas relacionados con la salud mental, como la prostitución, la delincuencia, el alcoholismo y la drogadicción eran considerado como policiales, dejando en segundo término el tratamiento psiquiátrico. En la asamblea mundial de la salud de 1970 y en la de 1974, se insistió en la necesidad de intensificar las acciones en contra de las enfermedades mentales, tomando en cuenta los factores psicológicos y sociales de la salud y sus problemas, en vista del elevado costo social de su descuido (Rivera Mendoza, 1997, op. cit. y Pérez Álvarez, 2002).

Por otra parte, a diferencia de otros países en los que por su participación bélica, la psicología y la psiquiatría convergían para satisfacer algunas necesidades, en el caso de los países latinoamericanos, la psicología como profesión no tenía respaldo. Por ello: "Se recomendaba que en aquellos países donde todavía no existía dicha legislación se luchara para lograrla, en el entendido de que ésta debería ser formulada por psicólogos y representar a la profesión como un todo, buscando

definir las funciones del psicólogo en la forma más amplia posible y garantizando su completa autonomía profesional, ya que el psicólogo no debía supeditarse a ningún otro profesional." (Rivera Mendoza, 1997, op. cit., p. 390).

De ésta manera, se establecieron algunos parámetros para el entrenamiento y profesionalización de la psicología. En 1966, en Veracruz, se reconoció legalmente a la profesión. En el Distrito Federal, el reconocimiento profesional llegó en Diciembre de 1973. Ya como profesión legal, a la psicología se le diseñó un plan de estudios que pretendió estar de acuerdo con las nuevas necesidades y objetivos profesionales "basados en la problemática que la sociedad ofrece al psicólogo, amén de la demanda momentánea; por otro lado, se ajustaron los criterios metodológicos y las posibilidades tecnológicas de la profesión para resolver tal problemática y evaluarla críticamente en términos de sus efectos sociales en todos los niveles." (op. cit., p. 391).

En cuanto a la cuestión meramente académica se puede decir que éste periodo fue de muchos cambios, ya que como menciona Rivera Mendoza (1997, op. cit.), apareció un gran interés por la psicología y en muchas instituciones se superaba el sectarismo filosófico por el psicoanalítico (sobre esto se hablara en los capítulos 3 y 4), pero permanecía la amenaza del sectarismo conductual. Así, en 1952, bajo la dirección de Guillermo Dávila, se aprueba un plan de estudios de tres años y medio de duración en la UNAM, propuesto por Dávila, Pascual del Roncal, José Luis Curiel y Oswaldo Robles (Vázquez Malagamba, 1996). Sobre este último, Valderrama y cols. (1994) señalan que:

"Hacia 1943, Robles se encuentra listado como profesor de psicología impartiendo la cátedra de psicobiografía, cuando el doctor Fernando Ocaranza era jefe de la sección de psicología en la misma Facultad de Filosofía y Letras. En los años subsiguientes, el maestro Robles continuó como profesor de diversas asignaturas, tanto de filosofía como de psicología, hasta llegar a ser el primer profesor de carrera de psicología en 1953. En este año, Robles impartió las cátedras de sexo psicología y de psicoendocrinología, como profesor fundador de tales asignaturas. Por esta época se inició el programa de posgrado en filosofía con especialidad en psicología, del que Robles fue uno de sus primeros alumnos. En 1956, Robles recibió el grado de maestro en psicología con la tesis "Símbolo y deseo" y el doctorado en esta misma especialidad con la disertación "El problema de la angustia en la psicopatología de Jaspers". Por la información fragmentada disponible, al parecer entre 1957 y 1964 se hizo además cargo de la cátedra de psicología de la adolescencia y en 1962 impartía además un seminario de psicología clínica." (p 76)

Los mismos autores señalan que los conocimientos psicológicos de Robles habían sido respaldados por su cultura filosófica (que en gran medida era tomista<sup>3</sup>), así como por su formación médica; pues bajo la dirección de Ocaranza, Robles había recibido entrenamiento en experimentación fisiológica. Sin embargo, “las actividades docentes y los intereses reflejados en los temas seleccionados para sus diversos escritos, pertenecen al área de la psicología clínica. Las cátedras de Robles en la Facultad de Filosofía y Letras fueron eminentemente clínicas”. (p. 78). La apreciación de las tendencias clínicas de Robles también se observan en sus libros: *Freud a distancia* (1955), *Símbolo y deseo* (1960); *La teoría jasperiana de la angustia* (1958). En algunas de sus obras, Robles discute la definición y objeto de estudio de la psicología clínica, afirmando que lo de clínica no es por el sujeto clínico (o paciente) sino por el método clínico, pues éste está constituido por técnicas y procedimientos que le permiten al psicólogo acercarse a la personalidad del individuo.

Además de observar el que el desarrollo de la psicología y específicamente de la psicología clínica seguía siendo muy académica; sirva aquí también el caso de Robles para ilustrar lo que se enseñaba en, y como se empezaba a constituir, esta área. Serra Padilla (1992, en Urbina Soria, 1992) resume por su parte éste periodo en la UNAM, indicando que en 1958, se creó el nivel de licenciatura y aumentó la duración de la carrera a siete semestres. Se organizó el doctorado en cuatro especialidades: la clínica, la laboral, la criminalística y la pedagogía. Para 1960, el consejo universitario aprueba los tres grados en psicología, es decir, licenciatura, maestría y doctorado, y en 1966 se modificó nuevamente el plan de estudios y hubo una reforma administrativa que trajo como consecuencia un sistema departamental para la enseñanza y el incremento de los semestres (de 7 a 9) a nivel licenciatura. La última reforma al plan de estudios se realizó en 1970, prevaleciendo ésta con leves modificaciones y actualizaciones de materias.

Ahora bien, con esos cambios administrativos y de reordenamiento se dieron también cambios académicos; de tal manera que como explica Lara Tapia (1983, citado en: Vázquez Malagamba, 1994), los psicólogos buscaron una opción que les permitiera lograr sus objetivos de identidad y un campo de trabajo específico, encontrando dicha opción en la psicología experimental, lo que permitió el desarrollo de otras áreas como la educativa o la del análisis experimental de la conducta. La sección experimental se fundó en 1966 que no fue dominada por los psicoanalistas. En ese mismo año el Colegio de

---

<sup>3</sup> El tomismo es considerado como una postura medieval, eminentemente religiosa y asociada a movimientos derechistas y retrógrados como el sinarquismo (p. 78)

Psicología formó otros departamentos como el psicología clínica, esto también como respuesta a las sugerencias de la OMS. De tal manera que, en la UNAM los experimentalistas desplazaban poco a poco a los psicoanalistas patrocinando un cambio en el plan de estudios, mismo que en 1970 se estructuró con la participación de psicólogos y en la que se comprendían 30 materias básicas para toda la carrera y la opción para ser cursada con 15 materias más una de cinco subespecialidades. Esto es importante pues como se observa en Serra Padilla (1992, op. cit.) no todas las instituciones que tienen la carrera de psicología entre sus profesiones, cuentan con la subespecialidad (o a nivel posgrado) de Psicología Clínica, incluidas la FES Iztacala y la FES Zaragoza que pertenecen a la UNAM. Así como también, muchas de las instituciones, incluida la UNAM misma, no han modificado sus planes de estudio, considerando la(s) realidad(es) social(es) del país.

Por último, Vázquez Malgamba (1996), refiere que desde finales de los años sesenta muchos psicólogos mexicanos adoptaron un enfoque Skinneriano dogmático o conductista; mismo que a principios de los años ochentas (aproximadamente) seguía determinando la imagen de la psicología. Dicho enfoque o movimiento se consideraba en muchos aspectos como el más radical, pues rechazaba sin compromisos a toda la psicología tradicional para construir una "nueva psicología". Sin embargo, en la década de los ochenta comenzaban a emerger o re-emerger otras tendencias como la psicología cognoscitiva, la psicodinamia y un tipo de psicología social aplicada, entre otras. Incluso los conductistas se comenzaron a plantear problemas relacionados con las limitaciones de los conceptos del conductismo.

## **2.2. La Psicología Clínica en la actualidad mexicana.**

Existen pocas fuentes que den cuenta de lo que es hoy en día la psicología clínica; sin embargo, gracias a la revisión de algunos textos que tratan el asunto de forma indirecta, se puede decir que la psicología clínica continua estando vigente al tratar de satisfacer algunas necesidades relacionadas con el campo de la salud, específicamente del denominado de la salud mental, de tal suerte que, la contemporaneidad o actualidad de ésta área va a estar dada a través del quehacer del psicólogo y en dónde se desempeñe (ésta cuestión se abordará con mayor profundidad más adelante). Es decir, de las diferentes actividades que realiza el psicólogo clínico se encuentra por ejemplo la investigación, sobre la cual González Velásquez (2000) refiere que, en la última década ha habido un incremento en las investigaciones sobre

senso-percepción, aprendizaje, memoria, pensamiento, lenguaje, inteligencia, motivación, sentimientos y emociones, personalidad y desarrollo social, entre otras, lo cual da la oportunidad de tener mayor conocimiento de algunos problemas para mejorar el desarrollo profesional. Lo cual también, se encuentra en algunas publicaciones nacionales como son: la Revista de Psicología, la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta y otras de Psiquiatría, Neurología y Psicoanálisis.

Otra área en la que el psicólogo clínico está inmerso y desde la cual se puede observar la actualidad de la psicología clínica es la psicoterapia; recuérdese aquí que el que se labore en ésta, es algo más o menos reciente pues anteriormente los que tenían el control y manejo de los tratamientos eran los médicos y psiquiatras. Hoy en día, como lo refieren diversos autores, la psicoterapia es una de las actividades que el psicólogo clínico lleva a cabo con mayor frecuencia; así, se encuentran algunas vicisitudes en éste campo, como por ejemplo: la supervisión, el entrenamiento y los marcos teóricos disponibles para entrenar profesionalmente a los psicólogos tanto a nivel licenciatura como postgrado. Un ejemplo de esto se puede encontrar en Rage Atala y Tena Suck (1999), de la Universidad Iberoamericana (UIA); Tarnovsky (1999), de la Universidad de Buenos Aires; Xochihua Núñez (1999), de la Comunidad Terapéutica del Bosque de Guadalajara Jalisco; y Díaz González Ayala (1999), de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala; quienes elaboran diversas propuestas para la supervisión en psicología clínica a nivel maestría, haciendo énfasis en la labor psicoterapéutica del psicólogo, ello a partir de algunos modelos teóricos que comprenden: alguna variación del psicodrama, es decir dramatizando un caso en el que un terapeuta tenga dificultades para ser supervisado por el grupo de trabajo; o bien, la teoría de grupos, el enfoque sistémico; o el análisis contingencial, como sistema y metodología para el análisis y tratamiento del comportamiento individual. (Estos autores publicaron sus propuestas en la revista "Psicología Iberoamericana", a saber publicada por la UIA).

En lo que se refiere a la UNAM, se puede decir que la situación parece ser demandante hacia cambios curriculares desde el nivel licenciatura, ello visto a través de las tesis revisadas; a nivel postgrado, tal vez por el énfasis en el trabajo de psicoterapia, se advierte que de unos años a la fecha la maestría o el doctorado en psicología clínica, ya no aparece más como una opción, en su lugar (y esto en el presente año de 2005), se encuentran otras especialidades como la de "psicoterapia para adolescentes y terapia familiar" (a nivel maestría) (Gaceta UNAM, 6 de Diciembre de 2004 p. 26 A; y [www.psicol.unam.mx](http://www.psicol.unam.mx)).

En cuanto a los marcos teóricos manejados en la psicoterapia en la UNAM, Rodríguez Leal y Vázquez G. (1992) y Rodríguez Leal y Vázquez G. (1992 citados en: Serra Padilla, 2000) en su revisión de tesis sobre psicoterapia y psicoanálisis en la Facultad de Psicología en el periodo de 1967 a 1968, encontraron que: de juego psicoanalítica era de un 2%, conductual un 18.4%, psicoanalíticamente orientada un 6.2%, breve de esclarecimiento de objetivos y tiempo limitado un 4.1%, breve psicoanalíticamente orientada de 8.1%, de apoyo un 4.1%, mixta un 16%, familiar un 6.1%, musicoterapia un 2%, y psicoanalítica un 10.2%. Los autores también encontraron que los recién egresados carecen de medios para aplicar una terapia, salvo algunas excepciones, y los tipos más comunes de terapia en esa investigación fueron: la psicoterapia con niños y de juego, la terapia conductual, la psicoterapia breve, la terapia familiar, la psicoterapia de grupo y la terapia centrada en el cliente. Ahora bien dicha revisión, tal vez no parezca tan actual, sin embargo da cuenta de algunas tendencias. Otro ejemplo de lo que se ha realizado en la última década en cuanto a psicoterapia, se puede encontrar en el trabajo de Vázquez Malagamba (1996) y Vázquez Malagamba (1996 citado en Serra Padilla, 2000), quien acerca del psicólogo clínico y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional, indica que de 77 psicólogos clínicos y psicólogos que trabajan en el área de la clínica; la mayoría maneja dos tipos de técnicas (entre ellos los de la Facultad de Psicología y de la FES Zaragoza de la UNAM), pero también hay egresados que utilizan exclusivamente un tipo de técnica (entre ellos los provenientes de la FES Iztacala y de la UAM), y en el caso de algunos egresados de escuelas particulares no manejan particularmente un tipo de técnica. En general, se indica que la mayoría de los egresados de las diferentes instituciones de educación superior del Distrito Federal, utilizan predominantemente técnicas de intervención de tipo reeducativas (conductuales en su mayoría) y de apoyo (de menor duración), y en último término las de tipo reconstructivo. Dicha situación puede estar dada por el lugar en donde trabajan los psicólogos, ya que las Instituciones Públicas requieren de tratamientos de corta duración para atender la mayor cantidad posible de personas que solicitan el servicio. Por otro lado, el autor indica no poder afirmar que el manejo de las técnicas manejadas por los egresados hayan sido aprendidas en la licenciatura, pues al menos manejan dos lugares de adquisición. Aunado a ello se indica que el grado académico alcanzado no indica que por haber estudiado postgrados o cursos de actualización existan diferencias, en cuanto a técnicas empleadas, respecto de los que tienen estudios de licenciatura pues la institución donde laboren (y su encuadre) los delimita.

En el caso concreto de la FES Iztacala, se puede indicar que en Octubre de 2001, Trujano Ruiz, Valadez Ramírez y Valladares de la Cruz ([www.psicologia.iztacala.unam.mx](http://www.psicologia.iztacala.unam.mx)), proponen un

subprograma profesionalizante en psicología clínica cognitivo-conductual para el cambio curricular en la formación de profesionistas que desplieguen habilidades teórico-metodológicas de servicio, docencia e investigación en el ámbito de la psicología clínica. Esperando que los egresados de dicho subprograma sean capaces de “desempeñarse en las funciones de evaluación, intervención, supervisión clínica, enseñanza investigación y consultoría, manteniendo una orientación científico-profesional” (como la propuesta Boulder de 1949), “en el campo de los trastornos psicológicos o de conducta anormal.” Y aunque los autores hacen referencia a los objetivos relativos a las funciones de servicio, de investigación y de docencia, elaboran su propuesta enfatizando los trabajos realizados por B. F. Skinner en los años sesentas y la evolución del análisis de la conducta, pero sustentan poco la adaptación del modelo cognitivo. Por lo que si se revisara el currículo bajo el cual se ha estado entrenando a los alumnos, la pregunta, si es permitida aquí, sería ¿cuál es el cambio?

Todo lo antes referido es importante en más de un sentido, pues como lo señala Rivera Mendoza (1997, op. cit.):

“La gran variedad de corrientes teóricas adoptadas en los diferentes planteles educativos reflejan la confusión de los profesionistas al enfrentarse al campo de trabajo, pero también el interés por lograr la identidad y superación de su profesión. Desde luego, esto constituye la formación que se proporciona en el nivel de licenciatura, donde no se encuentra definido explícitamente el perfil profesional ni los objetivos curriculares que se imparten en relación con la realidad; esta ambigüedad y la falta de identidad del profesional se relacionan con el modo por el cual se significa la realidad psicológica en cada institución.” (p. 401)

Cabe destacar, entre otras, la necesidad de que lo visto en las aulas sea aplicable a las demandas reales, no únicamente sociales sino laborales, y qué tanto se pueden cubrir estas actualmente en los programas de las universidades que profesionalizan o subprofesionalizan en psicología clínica. En el siguiente apartado se abordaran algunas de las definiciones de psicología clínica.

### 2.3. Definición de Psicología Clínica

Strickland (2001, en: Cullari, 2001) menciona que después de años de intentar definir la psicología clínica, la División (12) de la APA, encargada de esa área de la psicología, publicó un folleto (no especifica datos) con la siguiente definición:

“El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socioeconómicos” (p. 2).

Después de leer ésta definición, dada por una de las más (sino es que la más) reconocidas agrupaciones psicológicas a nivel mundial, se esperaría no ahondar en el tema pues sería una actividad estéril. Sin embargo, como lo señala Braunstein (1985, en: Braunstein, Pasternac, Benetito y Saal, 1985), “...al definir el objeto de una disciplina (...) se define al mismo tiempo y de un solo golpe *qué* se habrá de estudiar y también *cómo* se abordará ese objeto” (p. 22). Por lo que al abordar el tema de las definiciones uno se encuentra con una variedad de éstas, provenientes de diversos contextos y en ocasiones poniendo el acento en algún marco teórico o en alguna actividad propia de la psicología clínica. Así por ejemplo, Trujano Ruiz y cols. (2001), retoman la definición dada por Kendall y NortonFord (1988, [www.psicologia.iztacala.unam.mx](http://www.psicologia.iztacala.unam.mx)) que hiciera la APA en 1935, indicando que:

“La psicología clínica es una forma de psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta del individuo, recurriendo a métodos de medición, análisis y observación y que con base en la integración de estos resultados con los datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo”. (p. 18)

Los autores señalan que en ésta definición se hacía hincapié en el uso de métodos científicos y de principios de psicología para valorar patrones y habilidades conductuales de los individuos, así como la función del profesional en psicología aplicada. Otros ejemplos de definición de la psicología clínica son:

“La psicología clínica se dedica a los problemas de adaptación psicológica del individuo, determinando y evaluando sus posibilidades de adaptación, estudiando y aplicando las técnicas psicológicas apropiadas para mejorarla” (Shakow, 1969, en: Ávila y cols., 1992, p. 50)

En ésta definición, como en la anterior, resalta la tarea adaptadora de la psicología; y en la que a continuación se cita, se enfatiza en la misión de la psicología clínica considerando al hombre como ser social.

"La aplicación de los conocimientos, técnicas y métodos de las disciplinas psicológicas básicas y de sus disciplinas inmediatas psicología profunda, sociología y pedagogía social en el amplio campo clínico que va del consultorio a las clínicas, a través de los centros de pedagogía terapéutica (...). Una psicología clínica así entendida se sitúa en el campo de lo social; su misión estriba en asistir al hombre en cuanto ser social" (Schraml, 1970, en: Ávila y cols., 1992, p. 50)

Phares (1996), por su parte define a la Psicología Clínica como "...un campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal" (p. 4). Aquí, como se observa se hace referencia a algunas actividades que se llevan a cabo en el campo de esta disciplina. Por otro lado, Carboles (1985, citado por Ávila y cols., 1992) identifica a la psicología clínica "con la terapia o modificación de conducta, tanto a nivel conceptual o teórico, como a nivel de aplicaciones prácticas en la resolución de problemas clínicos humanos..."(p. 51). Con ésta alternativa para la psicología clínica, el autor menciona que no es exclusivamente para cubrir el aspecto terapéutico sino además para cubrir "funciones como las de la evaluación, el tratamiento o la investigación..."(p. 51). Ante éste tipo de definición, Ávila y cols. (1992) entienden que existe una mayor posibilidad de desarrollo conceptual como metodológico así como de perspectivas de aplicación más amplias si la Psicología Clínica NO es definida por ninguno de los modelos que se hayan propuesto (o propongan) para su conceptualización y aplicación; por lo que estando de acuerdo con Bernstein y Nietzel (1980, citados por: Ávila y cols., 1992), afirman que la psicología clínica:

"Es la combinación de investigación, evaluación e intervención necesaria para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos, respetando a la persona en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades, dentro de una sola disciplina, lo que da la forma y esencia de la psicología clínica" (p. 51)

Dados los anteriores ejemplos de definición se puede decir , retomando a Braunstein (1985, op. cit.), que muchos autores rehuyen de definir a la psicología justificándola por sus logros técnicos, por contribuir a crear imágenes del hombre, a orientar la opinión pública, o a gobernar la conducta de las personas. En esa vena, Ávila y cols. (1992) refieren que a la psicología clínica se le puede encontrar definida por sus contenidos y contextos (actividades), por el rol que desempeñen los psicólogos clínicos,

o por la delimitación de objetivos y tareas. Por lo antes dicho, en el siguiente apartado se continuará con la cuestión de las definiciones vistas a través de las características de la psicología clínica.

### 2.3.1. Características.

Una definición de *cuadrado* podría ser el que es una figura geométrica caracterizada por tener cuatro lados iguales y cuatro ángulos también iguales que miden cada uno 90°. Sirva éste ejemplo, un tanto cuanto burdo, para ilustrar el que definir un objeto puede darse a través de señalar las características propias de éste. Así de la psicología clínica, se encuentra en primera instancia la diferenciación de otras áreas de la psicología con las que se pudiera confundir; esto es, tratar de definirla por lo que no es, un ejemplo de ello se encuentra en Becoña y Oblitas (2000), quienes mencionan que cuando se hace una distinción explícita entre lo que es la psicología clínica y lo que es la psicología de la salud, se observa que el campo de la salud mental está dado para la primera citando por ejemplo la atención a trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.; y para la segunda, los trastornos relacionados con la salud física como serían: el asma, cáncer, artritis reumatoide, diabetes, etc. Ésta diferencia se hace al existir autores y lugares, como es el caso de Hall y Marzillier (1997) y Hall y Marzillier (1987, citados por Becoña y Oblitas, 2000), de Gran Bretaña, en donde los psicólogos clínicos son los profesionales del cuidado de la salud que trabajan predominantemente aunque no de forma exclusiva, en el campo de la salud mental y entre sus principales actividades están: a) la evaluación psicológica, b) el tratamiento psicológico y c) la valoración psicológica (se valora la efectividad de los programas de intervención).

Por otro lado, existen otras profesiones que abordan algunos de los problemas con lo que comúnmente se les relaciona a los psicólogos clínicos, como es el caso de los psicoterapeutas; así como los psicólogos clínicos abordan algunos de los problemas que comúnmente tratan los psiquiatras. Reconocer esto, ayuda a algunos autores que definen a la psicología clínica a través del quehacer de los psicólogos.

Ahora bien, considerando lo señalado tanto en el anterior inciso como en el presente, se pueden enumerar los siguientes factores observados en algunas definiciones, para tratar de caracterizar a la psicología clínica:

- 1) El concepto (y autoconcepto) que se tiene del profesional que se desempeña en esta área.
- 2) El perfil que se maneja para este profesional.

- 3) El tipo de actividades que se espera realice; entre ellas la evaluación, el tratamiento, la investigación, etc.
- 4) El área o campo laboral (principalmente el de la salud) en la que se va a ver implicado.
- 5) El tipo de problemática en la que va a centrar sus actividades. Lo cual implica la definición de su(s) objetivo(s).
- 6) El marco teórico desde el cual se va a abordar la problemática.
- 7) El método que se va a utilizar (esto es, ¿se utilizara el método científico o el método clínico)(esto se abordará mejor en el capítulo cuatro).

Como afirma Buendía (1999), es difícil admitir una caracterización firme o estable de la psicología clínica, pues sus objetivos son muy variados, así como los principios básicos en los que se apoya y los problemas profesionales a los que se tiene que enfrentar.

Sin prescindir de algunas definiciones, en los siguientes apartados se tratarán algunos de los puntos anteriormente mencionados.

#### **2.4. Concepto de psicólogo clínico.**

Tomando en cuenta el ejemplo de la definición de cuadrado (en el inciso 2.3), se puede citar aquí, como ejemplo el preguntarle a una persona como define a otra -o como se autodefine-, y probablemente ésta persona también lo haga mencionando una serie de características, o actividades que realice, o relaciones que lo vinculan con algún grupo. Así, de "fulano de tal" se podría decir que es alto, gordo y moreno y que trabaja (o estudia) en la empresa o institución "X", realizando una serie de actividades dispuestas por la misma, o bien que es el hijo de..., nieto de..., sobrino o tío de... en la familia "fulana de tal".

En la presente sección se abordará el concepto o definición que comúnmente se maneja del psicólogo clínico, así como el concepto que éste tiene de sí mismo. De tal manera que, en una primera requisa de esto, se tiene que Korchin (1972, citado en Ávila y cols., 1992) refiere que:

"El psicólogo clínico puede ser descrito en términos de su formación, de las técnicas que usa, los problemas con lo que se enfrenta, los clientes que sirve, los contextos en los que trabaja y las exigencias sociales a las que se enfrenta. Lo que mejor distingue al clínico del psicólogo (no especializado), lo propondría así, es una manera de pensar, la actitud clínica, que el énfasis en técnicas o tareas específicas". Y continúa explicando

que: "Los clínicos están implicados en la comprensión y ayuda a los individuos en el malestar psicológico (...) Intervienen en las vidas humanas individuales, respetando su complejidad y unicidad (...) Su aproximación es necesariamente personológica considerando las variables psicológicas y de personalidad en su convergencia en las personas individuales" (p. 52).

Amén de la anterior definición, existen por otro lado, otras formas de definir al psicólogo clínico, un ejemplo de ello es lo que refiere Phares (1996), que se realizó en un pequeño experimento con 30 estudiantes de psicología, a los que se les pidió dijeran con que asociaban la palabra "psicólogo clínico", y algunas de las repuestas fueron: loquero, cabeza hueca, persona que ayuda a otros, psicoanalista, terapeuta, doctor, médico brujo y mente, entre otras. Posteriormente el autor trata de definir al clínico mediante las actividades que realiza. Aunque el experimento parece poco serio, brinda la pauta para observar algunos adjetivos con los que se asocia la profesión. Así, De Figueroa y Schufer de Paikin (1992), considerando a la categorización como un proceso cognoscitivo fundamental porque satisface la necesidad humana básica de comodidad cognoscitiva, y a la autocategorización como el proceso cognoscitivo subyacente a la identificación social, perteneciente a un grupo, o formación psicológica de un grupo, además de ser responsable de hacer la cognición y al comportamiento, estereotipados y normativos, implica también una autoconceptualización que está fuertemente unida a la construcción de la identidad; en su estudio, estos autores intentaron conocer cuáles eran las características asignadas a dos grupos de profesionales: Psicólogos clínicos y médicos. Básicamente, a 244 estudiantes de psicología y medicina de las universidades de Buenos Aires y del Salvador, se les pidió que marcaran, en una prueba con 300 adjetivos, todos aquellos que describieran en un caso al psicólogo y en otro a un médico, como realmente pensaban que era, no como les gustaría. En los resultados se encontró que, en cuanto a la "descripción del psicólogo según los estudiantes de psicología", el psicólogo clínico es

"... cauto en su relación con los demás, duda de las intenciones de los otros y evita los lazos afectivos fuertes. Mantiene cierta distancia con la gente, le desagradan los cambios y prefiere mantenerse dentro del marco del rol de su profesión. Los altos puntajes obtenidos en la escala "Ideal del Yo", indican que hay congruencia entre la descripción del psicólogo tal como ellos lo conocen y el ideal que posee de dicho profesional. El psicólogo es visualizado como una persona que establece relaciones interpersonales efectivas y que es capaz de llevar a cabo sus metas" (p. 295)

Las autoras consideran que a pesar de que en Argentina la mayoría de los psicólogos son mujeres, éstas le atribuyen al clínico atributos masculinos como los de ser ambiciosos, dogmáticos,

impacientes cuando se ven frustrados y rápidos para conseguir sus metas. Además de ello se les considera inteligentes e inventivos, pero ansiosos y preocupados; y en general, los adjetivos marcados con mayor frecuencia por éste grupo fueron: "alerta, capaz, calmo, lúcido, hábil, prudente, reflexivo, activo, cauto, educado, seguro, decidido, amable, útil, imaginativo, comunicativo, inteligente, confiable, responsable, controlado y discreto" (p. 297).

En cuanto a la "descripción del psicólogo según los estudiantes de medicina", se encontró que la imagen que estos tienen del psicólogo los describe como ambivalente con los demás, a la defensiva y con dificultad para conformarse a las expectativas cotidianas de la vida; lo evalúan como poco capaz de enfrentar el estrés y como estrecho de intereses. Y al igual que los del grupo anterior, los estudiantes de medicina ven al psicólogo como una persona cauta, que duda de las intenciones de los demás y que evita las ataduras fuertes, así como también creen que es inteligente e inventivo pero ansioso, insatisfecho y preocupado. Según estos estudiantes, "el psicólogo complica las relaciones interpersonales, en la búsqueda del significado de las mismas, lo que le impide ser espontáneo y mantiene la gente a distancia" (p. 297). Los adjetivos elegidos con más frecuencia por éste grupo fueron: "alerta, calmo, lúcido, hábil, frío, complicado, inteligente, de humor cambiante" (p. 298). Como se observa hay algunos adjetivos que ambos grupos manejan para calificar al psicólogo.

Sumariamente, en relación a la imagen del médico, los autores observan que los valores Promedio otorgados por las muestras estudiadas si bien difieren en su monto, no lo hacen en la tendencia que marca cada factor, dando como resultado perfiles semejantes; con lo que se quiere decir que tanto los estudiantes de medicina como los de psicología ven al médico de manera similar, esto es, activo, seguro y práctico pero se mantiene a distancia con la gente. Los autores llegan a la conclusión de que la imagen del médico "está más fuertemente estructurada, a raíz de su inserción de larga data en la sociedad. Las representaciones sociales de ésta profesión en los distintos grupos se presentan como más claras y mejor definidas" a diferencia del psicólogo clínico cuya imagen "no está claramente definida, ya que por un lado, es históricamente nueva y por el otro, comparte con la medicina, en el área de la salud mental, espacios comunes que generan conflictos en cuanto a la definición de roles" (p. 300) En su tesis sobre las actitudes de algunos profesionistas hacia el psicólogo clínico, Cárdenas Sánchez (1996), refiere como antecedentes de su trabajo algunos intentos que se han llevado a cabo en México para abordar dicha cuestión, como sería el caso de un estudio realizado sobre las causas que determinan la actitud de la gente hacia el psicólogo, en el mismo se encontró que: 1) el término de psicología era conocido pero no comprendido; 2) se juzgaba al psicólogo como consejero de problemas

emocionales y se referían al área clínica; 3) se percibía a la psicología con un criterio muy limitado y se le adjudicaba funciones de ciencia auxiliar; y 4) considerando clases socioeconómicas se observaba que: a) la clase baja desconocía totalmente tanto el término de psicólogo como las actividades que desarrollaba, b) la clase media consideraba que el psicólogo era un profesional poco científico, y c) la clase alta consideraba que la psicología y el psicólogo tenían como meta el estudio de las enfermedades mentales, así como que era una ciencia con futuro en el país (Gutiérrez 1966, citado por Cárdenas Sánchez, 1996),

Conclusiones similares obtuvieron de un estudio sobre la actitud hacia la enfermedad mental y el rol del psicólogo en el D. F., pues se encontró que: 1) existía un desconocimiento considerable acerca de la labor que realiza el psicólogo y su profesión; y 2) No había aceptación para consultar a éste profesionista en caso de existir problemas; y prioritariamente están los amigos, médicos generales, psiquiatras y sacerdotes, antes que el psicólogo. Posiblemente por la falta de información acerca de la labor que desempeña el psicólogo, pero también por el temor de ser etiquetado como "loco" o "enfermo mental", pues así se les llama a los que solicitan el servicio (Gutiérrez y Pozos, 1983, citados por Cárdenas Sánchez, 1996).

Otra investigación de éste tipo fue la realizada sobre la imagen del psicólogo en la opinión pública en el área metropolitana del valle de México; la misma consistió en aplicar cuestionarios a una población muy diversa, esto es, desde empleados domésticos hasta sacerdotes, los resultados más sobresalientes fueron: 1) Al psicólogo se le asocia fundamentalmente con el área clínica, conociendo limitada o nulamente las otras áreas en las que podía participar. 2) Se acudiría al psicólogo por problemas emocionales o patológicos, la labor del psicólogo es conceptualizada en un consultorio privado más que en una institución pública. 3) Se encontraron indicadores acerca del desconocimiento general respecto de la disciplina psicológica. 4) También se indica que a los psicólogos se les percibe como representantes de una disciplina elitista, que sólo puede ayudar a unos cuantos y no están definidos sus alcances profesionales (Macotela y Espinosa, 1979, citados por Cárdenas Sánchez, 1996) Tomando en cuenta que "Si las personas que no están relacionadas con el campo de acción de la Psicología tienen una idea poco clara de lo que hace el psicólogo y la actitud no siempre es favorable, éste hecho debe ser preocupante para los profesionistas de ésta área, ya que su objeto de estudio es la conducta del ser humano y si éste no tiene una idea más nítida de lo que hace el psicólogo o su actitud no es favorable hacia él, difícilmente acudiría a él para resolver problemas de índole conductual, cognitivo o emocional" (p. 66); Cárdenas Sánchez (1996) se plantea cuál es la actitud de otros

profesionistas hacia el psicólogo clínico y con qué conceptos se le relaciona o asocia. En su estudio el autor establece dos parámetros de medición, a saber, 1) el factor de falsas expectativas y 2) los factores de rasgos y funciones del psicólogo; en los resultados respecto de el primero refiere que el psicólogo es considerado como un profesional que solamente quiere obtener dinero de sus pacientes, que no le interesan y que es un charlatán, con lo que la mayoría de los profesionistas están de acuerdo, a excepción de los médicos y en menor medida los economistas, quienes parecen más indiferentes a la labor del psicólogo. Se advierte en éste rubro que el psicólogo es considerado como un profesionista que tiene determinados conocimientos pero que van dirigidos a personas con trastornos emocionales graves y no para todas las personas con algún problemas conductual y emocional, que cobra caro por un servicio que no es tangible o palpable a corto plazo. En lo que se refiere específicamente a los médicos se observa una diferencia del resto de las otras profesiones, presentando una tendencia hacia el desconocimiento o incluso el considerar al psicólogo con pocas cualidades de profesional de la salud mental; lo que se podría explicar con base a la formación biológica del médico, la cual tiende a descalificar aquel conocimiento que no siga con rigor el método por ellos establecido, así como el percibir cierta amenaza por parte del psicólogo de invadir su campo de acción laboral y de estudio.

Se repite aquí –o se continúa con- la cerrazón o anquilosamiento (discutida en un apartado anterior) por parte de éste gremio con respecto de considerar a otros profesionistas como de menor valía.

En cuanto al otro parámetro, el autor señala que el 60% de la muestra piensa y conceptualiza al psicólogo como un profesional de la salud mental que tiene rasgos de respeto de valores, con conocimiento para proporcionar psicoterapia y con la suficiente información como para orientar a las personas que acuden a solicitar sus servicios. Con todo ello, el autor concluye de forma general que la actitud del profesionista hacia el psicólogo clínico es favorable, pues lo consideran como un profesional con ciertos conocimientos científicos referentes a la conducta y sentimientos de las personas, pero que no siempre es confiable o que la ayuda que proporciona no es palpable pues no responde con rapidez a la solución de los problemas que se le plantea, por lo que sus servicios son caros. Además de que su trabajo se sigue asociando con una gran cantidad de ideas mágicas o falsas, viéndolo también como una persona con conflictos emocionales y que puede curar todo lo relacionado con la mente.

Con lo expuesto hasta aquí, podemos darnos una idea general de la importancia que tiene el reflexionar acerca del concepto no sólo de la psicología clínica, sino además del psicólogo clínico, pues ayuda a ver tanto la imagen como las expectativas que se tiene de estos, así como las actitudes que se

tienen hacia ellos. Por otro lado, se observa también como se puede llegar a considerar al psicólogo clínico como un profesionalista, cuestión que se abordará mejor en el siguiente inciso.

#### **2.4.1. El psicólogo clínico como profesionalista.**

Relacionado íntimamente con lo referido en el inciso anterior, es el considerar al psicólogo clínico como profesionalista; lo cual, entre otras cosas, tendría que ver con el perfil (o cuáles serían los supuestos requisitos que se tendrían que cubrir como psicólogo en ésta área), y cómo es que éste puede referir un tipo de identidad.

Sin embargo, antes de comenzar propiamente con dicha cuestión, téngase en cuenta la opinión de Benedito (1985, en: Braunstein y cols., 1985) quien opina que un rol consiste en una serie de comportamientos manifiestos que se esperan de un individuo que ocupa un determinado lugar o estatus en la estructura social; un lugar asignado y preexistente que el sujeto ocupa. Son conductas que no son producto de decisiones autónomas sino que responden a las normas y expectativas asociadas a ese lugar por ocupar, y que son internalizadas en el proceso de socialización, y de forma más estricta, en el proceso de sujeción del individuo a la estructura, lo cual se denomina rol desempeñado.

De esta manera, en 1947 la APA (citada en Ávila y cols., 1992) respecto de la formación y entrenamiento de los psicólogos clínicos, proponía que:

“El psicólogo clínico debe ser primero y ante todo un psicólogo en el sentido de que debe tener un punto de vista y un cuerpo de conocimientos iguales a los de todos los psicólogos. Esto supone un conocimiento básico y fundamental de la teoría psicológica, de la investigación y de los métodos sobre los que se puedan construir después un entrenamiento sólido y todas las relaciones interdisciplinarias. La formación debe ser muy amplia; debe orientarse hacia la investigación y hacia metas profesionales. Los candidatos deberán recibir entrenamiento en tres campos distintos: diagnóstico, investigación y terapia, insistiendo a través de todas estas funciones en las aportaciones especiales del psicólogo como investigador” (p. 49)

Por otro lado, autores como Trujano Ruíz y cols. (2001), consideran que al definir el papel o rol del psicólogo clínico y sus funciones mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales, se puede establecer un perfil diferencial de otros psicólogos. Otro ejemplo de esto, sería lo que el Departamento de la Facultad de Psicología de la UNAM espera en la formación de psicólogos clínicos, teniendo como objetivo proporcionar un marco teórico (no se menciona cual) “mediante el cual el estudiante: detecte, reconozca y diferencie la psicopatología y los trastornos de personalidad; aplique, califique, interprete e

integre los resultados del psicodiagnóstico; y, tenga las bases para realizar intervención individual, de grupo o comunitaria, mediante las diferentes técnicas psicoterapéuticas, a fin de propiciar el desarrollo de la salud mental en México" (Serra Padilla, 1992, op. cit., p. 638). Por su parte, Barragán Torres, Heredia Ancona y Gómez-Maqueo (1992, en: Urbina Soria, 1992) refieren que el perfil del psicólogo clínico está conformado por la conjugación de sus características de personalidad y su preparación académica pues en éste profesionista, más que en otros, se acentúa el que sus características personales sean acordes con la función que desempeñara, esto es, "ayudar al hombre a resolver sus problemas emocionales" (p. 285), lo cual implica una gran responsabilidad, ética profesional, entrega y gran capacidad de servicio.

Cárdenas Sánchez (1996), en un primer apartado de su trabajo, indica que el psicólogo es un profesionista dedicado al estudio de la conducta, sus implicaciones y las formas por las que se puede modificar y surge como respuesta ante las necesidades que otros profesionales no pueden satisfacer. Posteriormente, y retomando lo sugerido por el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), establece que:

"El psicólogo es un profesionista universitario cuyo objeto de estudio es el comportamiento humano individual y social, que a partir de la investigación de los procesos cognoscitivos-afectivos y de su interacción con el entorno, es un promotor del desarrollo humano, consciente de sus responsabilidades éticas para consigo mismo y la sociedad, siendo su función genérica la de intervenir como experto del comportamiento en la promoción del cambio individual y social desde una perspectiva interdisciplinaria" (p. 47)

Esas serían idealmente las cualidades del aspirante a psicólogo, ahora que si su pretensión es la de especializarse o realizar algún posgrado los requisitos a reunir parecen más estrictos, pues entre otros están el dominar dos idiomas, el interés por poseer mayor información de cultura general que le permita mostrarse superior al promedio; y si el caso se refiere a psicología clínica o aspira a ser psicoterapeuta, requiere de entrenamiento, supervisión continua y autoconocimiento, estar o hacer estado en psicoterapia, tener cierto grado de madurez emocional y ser consciente de sus conflictos, además de actualizarse y superarse constantemente (Cárdenas Sánchez, 1996).

En el caso de la UIA, el programa de entrenamiento en psicología clínica a nivel posgrado, respondería a necesidades contemporáneas de actualización de los profesionistas dedicados al área de salud mental, que requieran de una preparación de alto nivel en las áreas de prevención, evaluación e intervención. La filosofía de este programa esta basada en valores universales de la búsqueda de la

verdad y la excelencia académica, a nivel individual y comunitario, con un núcleo humanista cuyo fin es el bienestar y crecimiento de las personas. Y siendo teórico- práctico además, los egresados ejercerían la psicología clínica con una alta calidad humana y técnica (Rage Atala y Tena Suck, 1999).

Amén de lo que se pueda decir de estos ideales profesionalizantes, una pregunta que surge en ésta parte podría ser, ¿qué implica o por qué es tan importante en determinado momento el perfil del profesional en psicología clínica?. En una primera respuesta se podría decir que, los rasgos que se puedan inferir a través de un perfil delineado, constituyen una parte de la estructura profunda de la identidad del psicólogo, a partir de la cual se organizan y desarrollan los conocimientos, saberes y técnicas específicas. Otra respuesta, podría ser que el hombre que se dedica a un quehacer determinado (profesión), sirve a su comunidad en aquello que le es propio de su actividad; y por ello sociedad y profesión, hombre y comunidad, están íntimamente relacionados, siendo entonces una sociedad integrada que favorece el surgimiento de profesiones. Otra sería que, el profesional se define a través del objeto epistémico de la ciencia que plantee, y por lo que una sociedad le demande. Una más podría ser que, el elegir una determinada profesión no solamente se relaciona con procesos psicológicos individuales sino también con identidades y representaciones sociales que dan cuenta del curso que se percibe de la misma y que tiene importantes y profundas consecuencias para la motivación en la elección y el desempeño profesional. Aunado a esto, dígase que al igual que muchas personas que desarrollan una actividad específica y que la desarrollan considerándola lo mejor, por gusto, satisfacción y/o placer; muchos psicólogos deberían considerar el serlo como una oportunidad de desarrollar la profesión más importante. Por otro lado, algunos consideran que el psicólogo no se ha consolidado como profesionista debido, entre otras cosas, a que la psicología es una ciencia "joven" respecto de otras; ésta juventud sería responsable de una gran variedad de sistemas que existen en el campo de la psicología; además de ello lo que puede o no hacer el psicólogo ha sido poco difundido (De Figueroa y Schufer de Paikin, 1992; Nieto-Cardoso, 1979 y Ribes, 1982, citados en Mora Ortiz, 2002; y Cárdenas Sánchez, 1996). Para terminar esta sección y dar pie a las siguientes, citemos que:

"..., responder por el rol del psicólogo es preguntarse qué hace, por qué lo hace, para qué y a pedido de quién. Intentar responder remitiéndonos a observar lo que los psicólogos habitualmente hacen (rol desempeñado) (...), es quedar presos de la ideología del sujeto de ese discurso producido en el proceso de sujetación y del desconocimiento que implica acerca de la estructura que lo ha determinado" (Benedito, 1985, op. cit., p. 407)

#### 2.4.2. Actividades que comúnmente desarrolla el psicólogo clínico.

Históricamente, el modelo de trabajo que Witmer propuso e integró, consistía en un diagnóstico realizado por un equipo constituido por un médico, un psicólogo y un trabajador social. El psicólogo se ocupaba de aplicar e interpretar tests psicométricos utilizando material del laboratorio psicológico. Ulteriormente se elaboraba y llevaba a cabo un programa de tratamiento. La mejoría se comprobaba por medio de nuevas exploraciones psicológicas.

En éste apartado a la cuestión que se intenta dar respuesta es a la del quehacer del psicólogo clínico; lo cual está relacionado con las actividades y funciones que comúnmente desarrolla. Así, Harrsch (1994), menciona que:

“ La función específica del psicólogo clínico en el nivel licenciatura consiste en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas optando por alternativas adecuadas a la realidad nacional. Asimismo, interviene en situaciones de crisis. Con el fin de lograr lo anterior, el psicólogo debe capacitarse para realizar estudios de personalidad en niños, adolescentes y adultos que implican discusión, fundamentación del diagnóstico, pronóstico y recomendaciones terapéuticas, así como desarrollar habilidades para comunicar los resultados de dichos estudios tanto a la persona o agencia responsable como a los colegas involucrados en un proceso de referencia. Paralelamente, el psicólogo debe contar con las herramientas necesarias para diseñar y aplicar programas que brinden soluciones y modificación conductual, así como dinámicas grupales.

En el nivel posgrado, dirige su actividad hacia la investigación y desarrollo de la salud mental de la comunidad y del individuo, así como al estudio de los problemas grupales, institucionales y comunitarios tanto en el campo de la profilaxis como en el de la psicopatología y la psicoterapia.” (p. 156)

Para García (1993, citado por Mora Ortiz, 2002), las funciones del psicólogo clínico de nivel licenciatura serían: 1) evaluación, 2) diagnóstico, 3) prevención, 4) orientación y 5) rehabilitación. Y el de nivel posgrado y especialidad: 1) psicoterapia individual, de pareja, familiar y de grupo.

En general, se puede decir que las actividades que con más frecuencia realiza el psicólogo clínico, o se supone debe dominar y desempeñar serían las de:

##### **a) *Evaluación / Diagnóstico***

La evaluación podría ser considerada como los conceptos, modelos, técnicas y actividades derivadas de la evaluación psicológica general para atender las necesidades y objetivos evaluativos específicos de los distintos ámbitos de aplicación de la psicología clínica. También, la evaluación clínica se puede entender como la parte principal en el diseño, ejecución y seguimiento de los distintos planes específicos de intervención. Dependiendo del modelo teórico que se maneje en esta actividad, se realizaran o se

pondrá el énfasis en una tarea; así por ejemplo, algunos utilizaran pruebas de inteligencia o proyectivas, mientras otros considerarán la aplicación de principios del comportamiento o del análisis de la conducta; y otros insistirán en describir, no al individuo, sino a los sistemas dentro de los cuales el individuo opera. No obstante, ya sea como observación, prueba o entrevista, la evaluación es una forma de reunir información para poder solucionar algún problema con el individuo, grupo o comunidad.

Por otro lado, algunos acercamientos a la evaluación clínica la han considerado como psicodiagnóstico clínico, dándole el carácter de proceso orientado a la formulación de un diagnóstico en la psicología clínica. La función aquí, sería la de identificar el problema del paciente de manera que pueda llevarse a cabo un tratamiento "rehabilitador". En cuanto a proceso de elaboración, en el psicodiagnóstico: 1) se reconoce el problema actual, 2) se especifican las características y relaciones del problema a estudiar, 3) mediante la inducción se hipotetizan posibles explicaciones, 4) dichas hipótesis se contrastan con lo observado, y si es necesario se realizan nuevas observaciones, y 5) con base a la confirmación o rechazo de ellas, se toma una decisión diagnóstica. En cuanto a los niveles en que se puede diagnosticar se encuentra que: 1) la clasificación de los datos y síntomas del sujeto en estudio, 2) la conceptualización de los trastornos psico(pato)lógicos, y 3) la identificación de los factores etiológicos. Cabe aclarar aquí, que se continúa con una áspera discusión acerca de las clasificaciones que se pueden realizar en ésta actividad, por lo que debe señalarse que: el diagnóstico implica la organización y asimilación de todo aquello que se descubra del paciente; y es considerado como un medio no como un fin, esto es, como parte de un proceso que tiene como objeto lograr la adaptación psicológica del individuo, valorando, evaluando o determinando las capacidades y características (por ejemplo de personalidad) relacionadas con esa adaptación. Por ello, puede resultar de poca importancia pensar en hacer un diagnóstico como fin último, pues lo trascendente no es llegar a una clasificación de la que no hay un acuerdo en el significado. Puede agregarse que, la información obtenida y el conocimiento acerca de la naturaleza y el origen de las dificultades del paciente, derivadas del empleo de un método (a saber el clínico), deben ser clasificados en un sistema lógico que tiene por objeto, 1) establecer la necesidad o conveniencia de aplicar tratamientos psicológicos y 2) pronosticar o predecir el desarrollo ulterior de la consulta y estado psíquico del individuo.

#### ***b) Tratamiento / Psicoterapia.***

Si otrora se consideraba o se le asociaba al psicólogo clínico con la anterior función; actualmente la psicoterapia es la actividad en la que estos profesionales están involucrados con mayor frecuencia y a la cual dedican la mayor parte de su tiempo. Se puede decir también, que en la actualidad algunos tipos

de terapia pueden implicar la búsqueda de insight acerca de los orígenes de los problemas que las personas padecen o de los propósitos que satisfacen algunas conductas indeseables. Otros tipos de terapia consistirían, en primer lugar, de una relación entre cliente y terapeuta la cual estaría diseñada para producir una atmósfera de confianza que ayudaría a disolver las defensas debilitantes del cliente. Otras formas de terapia son ante todo conductuales en el sentido de que el cliente aprende nuevos y satisfactorios modos de adaptación. En general considérese al tratamiento psicológico como el uso de procedimientos para ayudar a otros a cambiar y/o adaptarse mejor a su medio.

Por otro lado, algunos autores clasifican las técnicas terapéuticas o de tratamiento en: 1) Terapias de apoyo, cuyo objetivo es el de llevar al paciente a un equilibrio emocional lo más rápidamente posible, con un mejoramiento de los síntomas para que pueda funcionar a un nivel aproximado a su norma; entre los procedimientos utilizados en éste tipo de terapias se encuentran: la guía, el control y liberación de tensión, la manipulación ambiental, la externalización de intereses, el reaseguramiento, la sugestión de prestigio, la persuasión, la catarsis emocional y desensibilización, la hipnosis sugestiva, entre otros. 2) Terapias reeducativas, cuyo objetivo sería la modificación de la conducta de forma directa a través de reforzadores positivos y negativos y/o relaciones interpersonales, con esfuerzos deliberados para un reajuste ambiental, modificación de metas, la liberación de las potencialidades creativas existentes, y con la esperanza de la promoción de autodesarrollo; se busca en general, un efectivo remodelamiento de la conducta y las actitudes del paciente, de acuerdo con una integración de su vida de forma más adaptativa. Entre los enfoques de este tipo de terapias se encontrarían: la terapia conductual y de condicionamiento, el consejo terapéutico, la psicoterapia directiva, la terapia de relación, la terapia de actitud, la terapia psicobiológica, la terapia gestalt, la terapia centrada en el cliente, la psicoterapia semántica, la terapia racional, la terapia de pareja, la terapia reeducativa de grupo, la terapia familiar, psicodrama y algunos enfoques derivados de la filosofía (existencialismo, budismo zen, etc.). 3) Terapias reconstructivas, cuyos objetivos serían los de reducir la fuerza de los impulsos irracionales y de los conflictos y lograr tenerlo bajo control, el incrementar el repertorio de defensas y hacerlas más flexibles, y disminuir la severidad de la conciencia, alterando los sistemas de valores para facilitar al paciente el adaptarse a la realidad y a sus propias necesidades internas. Aquí se busca que el paciente tenga insight de sus conflictos inconscientes, intentando lograr la alteración en la estructura del carácter, buscando además expandir el crecimiento de la personalidad con el desarrollo de nuevas potencialidades adaptativas; en este tipo de terapias se encontrarían: el psicoanálisis freudiano, el

análisis del Yo, el psicoanálisis no freudiano y neo-freudiano y la psicoterapia psicoanalíticamente orientada.

Como se observa en ésta actividad, también están implicados los marcos teóricos o modelos que maneje el terapeuta; de tal manera que si se buscan clasificaciones de terapia se pueden encontrar también por el tipo de teoría que se maneja en terapia; por ejemplo, de teorías biofísicas, de teorías intrapsíquicas, de teorías fenomenológicas, de teorías conductuales, etcétera, etcétera.

### *c) Investigación*

Cuando se adopto el modelo de científico practicante, en los programas de entrenamiento en psicología clínica –después de la segunda guerra mundial-, se hizo énfasis en que a los clínicos se les entrenara, no sólo como profesionistas, sino también como investigadores o con la capacidad de comprender y realizar investigaciones. Dicha tarea hace que sus diversas actividades se enriquezcan; así, puede encontrarseles investigando desde procedimientos evaluativos, como la validación de instrumentos , o bien valorando las técnicas terapéuticas, y modificándolas para una mejor aplicación.

### *d) Supervisión Clínica.*

Ésta actividad es un tipo de enseñanza, en la que se aprende haciendo, bajo condiciones controladas y seguras con una relación aprendiz-supervisor. Éste tipo de enseñanza supervisada puede ocurrir en las universidades o en internados u otras condiciones (como institucionales que dan el servicio o con el ambiente clínico). Puede darse la enseñanza individual, enfocarse en grupos pequeños o alguna otra forma de instrucción menos formal o fuera de un salón de clases. De alguna manera, el volverse experto en algunas de las actividades de la psicología clínica (y más las relacionadas con la psicoterapia) requiere más que sólo leer libros de texto, pues se requiere además de una gran inversión de tiempo. Respecto de la UNAM se puede decir que:

“La supervisión por personal adscrito a las instituciones en la que se llevaban a cabo las prácticas le aportaron al alumno el manejo y la aplicabilidad de diversas técnicas y el desarrollo de estrategias específicas para la atención y el desempeño profesional que en ese medio era necesario utilizar. Quien mejor que quién tiene la experiencia y forma parte de la institución para ejercer la tutoría siendo en momentos maestro y en otros supervisor.” (Guerrero Luna, 2001, p. 98)

### *e) Enseñanza*

Dependiendo el grado de compromiso que se tenga en ésta actividad, es decir, del tiempo disponible para impartir cursos o dar cátedras; y del nivel académico que tenga el psicólogo clínico, se podrá hablar

de enseñanza, pues los cursos van dirigidos desde a público en general hasta alumnos de posgrado y las temáticas son tan diversas, que se pueden encontrar desde la elaboración de pláticas, cursos o talleres sobre educación sexual; o cátedras sobre algún problema específico de la salud mental, o sobre psicopatología, o bien sobre algún procedimiento como el de diagnóstico o la entrevista, etc.

**f) Consultoría.**

En la consultoría, como en la enseñanza, lo que se busca es incrementar la eficiencia de aquellos a los que se dirigen los esfuerzos, por medio de la impartición de ciertos conocimientos del que se tiene experiencia, por ejemplo, se le puede ver la consultoría cuando un terapeuta consulta a otro más experimentado acerca de un caso con el que tiene algunas dificultades. En ésta actividad se encuentra una gran variedad de aplicación, pues se encuentran desde los que atienden casos clínicos, hasta los que dan consultoría a negocios, empresas o individuos. Algunas veces se proporciona o sugiere un remedio, en otros se orienta a la prevención.

**g) Dirección, Gestión y administración.**

La gran mayoría de los psicólogos clínicos pasa cierto tiempo en tareas administrativas, ordenando archivos y expedientes de pacientes (o clientes), llenando informes mensuales o aclarando proyectos de investigación. Algunos clínicos incluso se vuelven administradores de tiempo completo, ya sea por que algún colega los enrolo considerándolo experto en relaciones humanas, o porque se cansan de la terapia y de la evaluación, o creen que en la administración gestión, se encuentra el poder y la riqueza; y en el caso de otros por la falta de oportunidades en el mercado laboral como psicólogos clínicos. En cualquier caso, en ésta función se necesita que el psicólogo mantenga una marcha de trabajo uniforme siendo eficiente a la organización para la que trabaja.

Con algunas leves modificaciones algunos autores citan más o menos éstas actividades (Ávila y cols., 1992; Phares, 1996; Garfiel y Kurtz, 1972 citados por Mora Ortiz, 2002; Buendía, 1999; Millan Jaime, 1995; Cárdenas Sánchez, 1996; Hall y Marzillier, 1997; Woldberg, 1977 citado por: Vázquez Malagamba, 1996 y Velarde Aguirre, 1998; Barragán Torres, Heredia Ancona y Gómez-Maqueo, 1992, op. cit.; Guerrero Luna, 2001; y Strickland, 2001, op cit.).

Finalmente, se está de acuerdo aquí en que, el psicólogo en cualquiera de las áreas a las que podría dedicarse, debe tener bien estipuladas sus funciones y quehaceres para no incurrir en anomalías y a su vez en el incremento de la problemática que presentan los individuos (Mora Ortiz, 2002). Sin embargo, aquí cabría preguntarse qué o quiénes (y a través de qué) van a estipular dichos quehaceres.

### 2.4.3. Campo de trabajo del psicólogo clínico.

En éste inciso se aborda la cuestión de los lugares (o contextos sociales) en los que el psicólogo clínico se desempeña. En ese sentido Harrsch (1994) refiere que:

“La psicología clínica se aplica directamente en los sectores de la familia, de los grupos laborales y educativos, de la rehabilitación de delincuentes y sujetos con problemas emocionales, así como en la elaboración de programas de salud mental a nivel preventivo. Sus centros de acción profesional son: instituciones psiquiátricas y penales, centros de salud, hospitales, escuelas, guarderías, casas de cuna, Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE y, dentro de la práctica privada, en consultorios y clínicas.” (p. 156)

Complementario a ésta opinión se encuentra el estudio de Serra Padilla (1992, op. cit.) y Serra Padilla (1984, citado por: Cárdenas Sánchez, 1996), acerca de las instituciones donde laboran los psicólogos clínicos. En dicho estudio, de 12 Estados de la república mexicana, las instituciones que con más frecuencia empleaban a estos profesionales eran:

- La Secretaría de Salubridad y Asistencia (en diversos centros y hospitales).
- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (en diversos centros y hospitales).
- El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (en diversos centros y hospitales).
- La Secretaría de Gobernación (en diversos centros).
- El Departamento del Distrito Federal (en diversos centros y hospitales)
- La Secretaría de la Defensa Nacional (en hospitales y colegios)
- La Secretaría de Marina (en hospitales)
- La Secretaría de Educación Pública (en diversos centros, clínicas y escuelas)
- El Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (en hospitales, institutos, clínicas y diversos departamentos)
- La Procuraduría General de la Republica (en centros de psicodiagnóstico)
- Los Centros de Integración Juvenil
- Las Universidades (diversos departamentos)
- Las Escuelas preparatorias
- Los Reclusorios y Centros de Readaptación Juvenil y para Menores.
- Las instituciones y Consultorios Privados ,....., entre otros.

Cabe señalar que el estudio, fue realizado de abril a septiembre de 1984; por lo que en la actualidad cabría preguntarse si dicha tendencia aumentó, pues no es desconocido que muchos programas de salud, incluidos los de la salud mental, muchas veces son removidos o cambiados por otros, principalmente en el sector gubernamental. Por otra parte, aunque no se han encontrado más estudios de este tipo; se puede dar cuenta del campo de trabajo del psicólogo clínico en la actualidad, mediante algunos reportes de trabajo o bien mediante artículos de revistas. Ejemplo de lo primero serían los casos de:

Mora Ortiz (2002), quien reporta sus labores en el Hospital Pediátrico Villa, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), en donde la labor del psicólogo clínico "se va conformando de acuerdo a las necesidades que se presentan, dentro de cada unidad hospitalaria" (p. 48), interrelacionándose con varias áreas como la médica. La autora menciona que las actividades en ese lugar son variadas pues van desde la consulta externa, en donde atiende a pacientes con problemas conductuales, hasta dar pláticas en la sala de espera, acerca de adolescencia, desintegración familiar, comunicación, entre otras, o bien realizar encuestas de opinión acerca de los temas que les gustaría conocer. Interesante es el que se plantea en éste trabajo que el perfil del psicólogo va a estar dado según las necesidades de la institución y las necesidades que presenten los pacientes, por lo que "el psicólogo clínico debe ir formulando sus propias herramientas de trabajo para dar solución a la problemática que presenta el paciente..." (p. 80); en tal lugar el psicólogo de adaptarse a las al área de trabajo y a las reglas que plantea la institución.

Otro caso sería el de Rodríguez Millán (1995), quien, en su reporte laboral sobre la psicología criminal en la práctica clínica del psicólogo, hace referencia acerca del desempeño laboral del psicólogo clínico en los ambientes penitenciarios (Reclusorios Preventivos) del Distrito Federal. En su trabajo propone realizar algunas modificaciones en las estrategias de psicodiagnóstico, esto mediante una estrategia de aprendizaje (taller), como una alternativa viable para enfrentar el problema de las limitaciones teóricas con que se elaboraba la evaluación, se contempló el desarrollo cognoscitivo de los participantes y la orientación teórica que debía tener la psicología (a saber cognitivo conductual) que analiza la personalidad del delincuente. Con éste trabajo el psicólogo clínico dejaría de ser un ente pasivo, convirtiéndose en un agente de cambio. Y gracias a esta experiencia se pretende que el psicólogo adquiriera habilidades conductuales y cognoscitivas que le permitan establecer un "adecuado rapport, un mayor acercamiento a la vida íntima de los internos, y un mejor abordaje clínico de la

actividad psicodiagnóstica en general.” (p. 84) y con ello tener una nueva visión del delincuente y sus manifestaciones delictivas.

Si no es impertinente, en esta parte, se podría preguntar si es acaso que para los psicólogos ¿dependiendo el sapo es la pedrada?, esto es, si dependiendo del lugar y el campo en donde se labore, se definirán las actividades y el perfil; ¿dónde estaría la identidad profesional a la que se alude en los programas universitarios de formación, si en la práctica se sigue estando como profesionista auxiliar de otros?

Por su parte el CNEIP (1976, citado por: Guerrero Luna, 2001), recomendaba “adecuar el diseño curricular a las necesidades nacionales y sociales; promover la inclusión del psicólogo en grupos interdisciplinario; y enfatizar la práctica profesional.” (p. 48). Considerando la diversidad de sus actividades, Buendía (1999), menciona que la psicología clínica es una profesión en continuo avance, que aun mantiene la función básica de aplicar los principios psicológicos a la adaptación de las personas a cada situación, sin embargo, los métodos y el marco profesional mediante el cual trata de conseguirlo están en continuo cambio. Y si se toma en cuenta que el cambio en el campo ha sido muy rápido en los últimos años, se haría difícil caracterizar unitariamente sus métodos, principios básicos, objetivos y problemas profesionales.

Finalmente, una cuestión estrechamente relacionada, tanto con el campo laboral, como con las funciones y el perfil del psicólogo clínico, sería la problemática que atiende éste. Entiéndase por problemática, las situaciones que atiende con más frecuencia el psicólogo clínico, o a las que trata de hacerles frente. Autores como Phares (1996), indican que definir por medio de esto a la psicología clínica es una batalla perdida, pues los problemas o situaciones a atender varían tanto que intimidan, y van por ejemplo desde problemas de aprendizaje, hasta neurosis o psicosis, por nombrar sólo algunos.

Como se observa en general, también tiene que ver el marco teórico desde el cual se apueste, para atender algunas necesidades y problemas en ésta área de la psicología. En el siguiente capítulo se abordará lo referente al psicoanálisis en México.

## CAPÍTULO III.

### LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN MÉXICO

-Sig- dijo Breuer sofocando la risa mientras se limpiaba la boca y el bigote con la servilleta-, aquí es donde siempre disentimos: cuando te pones a hablar de otra mente, una mente distinta, un duende sensible dentro de nosotros que concibe sueños rebuscados y los presenta disfrazados ante nuestra conciencia... me parece ridículo.

-Estoy de acuerdo, parece ridículo; no obstante, fíjate en la evidencia, en todos los científicos y matemáticos que han dicho que han resuelto problemas importantes en sueños. Josef, no existe explicación mejor. Por ridículo que parezca, tiene que haber una inteligencia inconsciente, distinta. Estoy seguro...

(Fragmento de una de las conversaciones entre S. Freud y J. Breuer, en la novela de Irvin D. Yalom, titulada: El día que Nietzsche lloró)

#### 3.1. Breve historia del psicoanálisis.

Si la historia (o los eventos históricos) por lo general es interpretada; en el caso del psicoanálisis existen –no galaxias-, universos completos de interpretación histórica, en el multiuniverso de ésta disciplina y algunas aledañas.

Qué si Sigmund Freud nació en Freiberg Moravia en 1856, o qué si fue el primogénito de Jacob Freud y la tercera esposa de éste, o que si estudió medicina por tener pocas opciones por ser judío; entre otros datos biográficos, no se niega aquí su importancia y determinante influencia en la vida y obra del creador del psicoanálisis; sin embargo, por cuestiones de espacio y con la pretensión de hacer una síntesis de dicha historia y de que ésta sea lo más clara posible, se toma en parte como eje de exposición la obra de S. Freud titulada: "Esquema del psicoanálisis y otros escritos de doctrina psicoanalítica". En la misma, el autor comienza señalando que:

"El psicoanálisis nació, por decirlo así, con el siglo XX. La obra con la cual apareció ante el mundo como algo nuevo, mi interpretación de los sueños, vio la luz en 1900. Pero, naturalmente, no brotó de la roca ni cayó del cielo, sino que se enlaza a algo anterior, continuándolo, y surge de estímulos que somete a elaboración. Así, pues, su historia ha de comenzar por la descripción de las influencias que presidieron su génesis, y no debe pasar por alto tiempos y estados anteriores a su creación." (Freud, 1999, p. 7)

Puede decirse que la anterior cita, se podría tomar en varios sentidos que, si uno se cuestionara ¿qué es eso anterior a lo que se enlaza? o ¿cuáles son las influencias en tiempos y estados que presidieron su génesis?; se caería tal vez en lo que la mayoría de los autores menciona, esto es, no sólo al contexto histórico que vio surgir el psicoanálisis, o a lo que el mismo S. Freud señala en su historia del psicoanálisis, que sería lo relativo a los pasos que dio para llegar al mismo y los personajes de los que aprendió, así como de los procedimientos que fue adoptando y adaptando; sino además la historia personal del ya mencionado.

Tomando tales cosas en cuenta, podría referirse que el psicoanálisis también tendría -por decirlo de alguna manera- una prehistoria (no confundirse con el psicoanálisis en la prehistoria). De tal manera que, siendo Alemania el último Estado nación en consolidarse con los principios del liberalismo (recuérdese aquí que este fue un largo proceso que arrancó con el renacimiento en Europa y que comprendió principalmente los siglos XVII, XVIII y XIX) y en el que sus pensadores elaboraron ideas cualitativamente distintas a las de los ingleses (empiristas) y franceses (racionalistas); pues mientras estos se interesaron en el exterior del hombre y en consecuencia en su naturaleza individualista, los alemanes centraron su atención en el mundo interno y sus preocupaciones sociales se volcaron alrededor de la naturaleza colectiva del individuo. En éste proceso de consolidación, los pensadores alemanes siguieron dos rutas. Una de ellas centraba sus reflexiones en el sentimiento (dos de sus representantes más significativos serían Schopenhauer y Goethe); la otra ruta fue la del humanismo, que centró su atención en el temor o angustia desde el tema de la soledad que se observa recurrentemente en Leibniz, Kant, Schopenhauer, y Nietzsche, entre otros. (Avendaño, 1999, en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999; y Brennan, 1999). Para Brennan (1999), los empiristas británicos consideraban pasiva a la mente, y los racionalistas franceses la consideraban un constructo innecesario; pero para los alemanes la mente generaba y estructuraba la experiencia humana de formas peculiares, de ahí que la psicología del individuo se entendiera examinando la actividad dinámica inherente a la mente. Cabe agregar que:

“..., los alemanes se apartaron en un misticismo contemplativo que en el fondo añoraba la construcción de una nación desarrollada con el pensamiento y sueño de la colectividad germana unido por el sentimiento y amor a las tradiciones que les había dado forma. De ahí que a la filosofía alemana se le califique de idealista y romántica” (Avendaño, 1999, en: op. cit., p. 67 y 68).

Por otra parte, como se menciona en el primer capítulo de éste trabajo, las tres revoluciones representativas de Europa y su producción intelectual, aportaron los ingredientes de lo que sería el

pensamiento positivista el cual influyó significativamente a la educación y a la formación científica del siglo XIX. Considerando de ésta corriente su disciplina y rigor científico, se caracterizó una "psicología científica experimental"; pero además sería el referente de otro tipo de psicólogos como W. James, los primeros conductistas, los creadores de la teoría gestaltista (como fue Max Wertheimer) y S. Freud, quienes forjaron sus corrientes en un contexto positivista, pero dichas corrientes no respondieron a tal filosofía defensora del orden y el progreso del incipiente capitalismo (Avendaño, 1999, op. cit.; y Wolff, 1992).

Ahora bien, en cuanto a la psicología alemana se refiere puede decirse que los gestaltistas pretendían hacer congruente o abarcar en su corriente de pensamiento tanto a las ideas empiristas (adoptadas por Wundt) como a las ideas alemanas sobre el modelo de actividad mental (visto en la escuela de Würzburg y dadas por Brentano y Stumpf) (Brennan, 1999); pero al mismo tiempo parece haber sido una protesta contra la psicología especulativa de los primeros, la cual databa de tiempos aristotélicos; y también en contra de los segundos considerados como mecanicistas (Wolff, 1992). El psicoanálisis por su parte, arrancaría más bien influenciado por la segunda conceptualización, esto es, Freud fue influido por el modelo filosófico y psicológico de Franz Brentano (Cortés, 1999, en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999; y Brennan, 1999).

Así, en la filosofía alemana o romántica se ven recuperados los aspectos subjetivos del hombre, es decir, el sentimiento, el desarrollo mediante fuerzas antagónicas, la existencia de fenómenos primigenios encontrados como movilizadores de los actos humanos, la función de los mitos, los sueños y las fantasías en el desarrollo del hombre. "Además, esta filosofía proporcionó el concepto de inconsciente, mismo que fue integrado a los modelos psicodinámicos para explicar la conciencia, el inconsciente y la conducta del hombre." (Ellenberger, 1976, citado por: Avendaño, op. cit., p. 69).

En otras palabras, al aceptar doctrinas filosóficas como la de Schopenhauer, S. Freud establecería principios motivacionales que dependían de fuerzas energéticas que se encuentran allende la conciencia. Particularmente, el desarrollo de la personalidad estaba determinado por la adaptación inconsciente del individuo a dichas fuerzas. (Brennan, 1999).

Antes de continuar con la importancia del inconsciente en la obra de S. Freud; parece necesario mencionar que para autores como Wolff (1992), el periodo científico en el que vivió el creador del psicoanálisis y del cual en algún sentido es producto, fue el llamado "mecanicista", época en la cual la física y la mecánica hacían importantes descubrimientos y los psicólogos descartaban lo que no pudiera

medirse, analizarse o compararse con una máquina. Así, para explicar el aparato psíquico, refería que éste era concebido

“... como un instrumento cuyos elementos componentes serán llamados instancias, o para mayor claridad, sistemas. Diremos por anticipado que dichos sistemas pueden quizá mantener una orientación espacial constante entre uno y otro, de manera muy semejante a la que mantienen los diferentes y sucesivos sistemas de lentes en un telescopio.”

No obstante, antes de indicar tal cosa advertía que:

“Establecemos estas comparaciones sólo para ayudarnos en nuestro intento de hacer inteligible lo complicado del funcionamiento psíquico, disecándolo y refiriendo los actos del individuo a los componentes individuales del aparato.” (Freud, 1943, citado en: Wolff, 1992, p. 39).

Considerando el concepto de hombre y sus implicaciones, Cortés (1999, op. cit.) señala también el por qué de la utilización y construcción de conceptos en el psicoanálisis; esto es:

“El sujeto psicológico es para Freud sujeto de la pulsión, sujeto del inconsciente, sujeto que deviene en realidad psicológica a partir de sus padres como genitores y como promotores de su identidad psicosexual, como garantes y obturadores de su deseo, como parte fundamental de su fantasía y estructuración de sus afectos. Luego entonces, tiene que construir conceptos y categorías que permitan dar cuenta de esta realidad psíquica; conceptos que de entrada rompen con la tradición positiva de la época, el modelo organicista de la práctica médica, y se distancian de los cánones de formación de enunciados o verdades empíricas. Es importante señalar que esta circunstancia sólo fue posible gracias a la circunstancia académica en que éste se formó profesionalmente.” (p. 207)

A saber, y como ya se mencionó, una de esas importantes influencias las recibió de Franz Brentano. Ahora bien, continuando con la importancia del inconsciente en la obra freudiana, según MacIntyre (2001), durante el cumpleaños setenta de S. Freud, éste mencionó que antes que él “descubrieron el inconsciente los poetas y filósofos. Lo que yo discerní fue el método científico que permite estudiarlo” (p. 40) La cuestión sería cuál fue el método por él empleado, o mejor aún cómo llegó a él. Considerando eso, Freud (1999) indica que en las décadas de 1880 y 1890, la ciencia médica retomó o retornó a los fenómenos del hipnotismo gracias a los trabajos de Tiébault, Bernheim, Hendenhain y Forel; reconociendo su autenticidad. Y una vez dado ese paso se daría la tarea de extraer dos enseñanzas fundamentales:

"En primer lugar, se llegó a la convicción de que ciertas singulares alteraciones somáticas no eran sino el resultado de ciertas influencias psíquicas, activadas en el caso correspondiente. Y en segundo, la conducta de los pacientes después de la hipnosis producía la clara impresión de la existencia de procesos anímicos que sólo <<inconscientes>> podían ser. Lo <<inconsciente>> era ya tiempo atrás, como concepto teórico, objeto de discusión entre los filósofos; pero en los fenómenos del hipnotismo se hizo por vez primera corpóreo, tangible y objeto de experimentación." (p. 8 y 9)

También menciona que nunca se aplaudirá lo suficiente la importancia del hipnotismo hacia la génesis del psicoanálisis, pues tanto teórica como terapéuticamente, el psicoanálisis administra la herencia transmitida por el hipnotismo. La cuestión siguiente fue cómo fue ese contacto de Freud y el hipnotismo y por medio de quien. De alguna manera, la mayoría de los autores consultados mencionan que el contacto fue establecido por medio de la visita de Freud a la Salpêtrière, en donde le impresionaron los trabajos que realizaba Charcot con los histéricos (Freud, 1999; Santamaría, 2001; Hothersall, 1997; Brennan, 1999; y Cortés, 1999 op. cit.); sin embargo, antes de entrar en algunos detalles de ésta parte de la historia, parece necesario precisar algunos detalles referentes al hipnotismo. De tal manera que, el interés en la hipnosis por parte de los médicos y científicos franceses, principalmente, data del trabajo de Franz Antón Mesmer (1734-1815). Hombre de clase social alta, médico vienes reconocido, vivió en una época donde el magnetismo y la electricidad eran fuerzas misteriosas recién introducidas en el pensamiento científico, creía que los planetas generaban fuerzas celestiales que afectaban al cuerpo humano como la luna afecta a los océanos. Hipotetizó además que las enfermedades humanas se debían a desarreglos magnéticos dentro del cuerpo. En su tratamiento, Mesmer hacía beber al paciente una solución con alto contenido en hierro para posteriormente aplicar en distintas partes del cuerpo del paciente unos imanes. Aplicando dicho procedimiento se dio cuenta, en primer lugar de que algunos de sus pacientes caían en un estado de trance cuando se hacían pases acompañados con los magnetos del cuerpo, y después del tratamiento experimentaban mejoría. La otra cuestión notada fue que con su método magnético podía ser capaz de curar diversas enfermedades pero ponía énfasis en las de origen nervioso (o enfermedades mentales) como eran: dolores de cabeza, "ataques epilépticos", desmayos, reumatismo. Debido a sus declaraciones acerca de sus descubrimientos, en 1777 sus colegas lo expulsaron de la facultad y le prohibieron ejercer la medicina. En París, lugar en el que se exilió, y debido tal vez al clima prerrevolucionario con el que se encontró, estableció una clínica que fue muy popular (desde 1778) pero también criticada por el clero y por los médicos franceses. En 1781 el gobierno francés le ofreció algunos bienes si revelaba sus métodos, pero

él se negó. En 1783 la academia francesa de la ciencia nombró una comisión para investigar a Mesmer. Dicha comisión era dirigida por Benjamín Franklin (entonces embajador) e incluyó a: Antoine Lavoisier (químico), Jean Bailly (astrónomo) y Joseph Guillotin ("inventor"). En 1784 dicha comisión etiquetó a Mesmer como místico, fanático y charlatán y a su práctica las calificó como peligrosa e inútiles y producto de la excitación de la imaginación; y, exclusivamente al rey le entregaban otro reporte en el que se "... exponía un tema sexual, enfatizando que Mesmer con frecuencia trataba a mujeres jóvenes atractivas que no estaban realmente enfermas, sino que iban a él por ociosidad y un deseo de ser entendidas. Se decía que bajo la influencia del magneto éstas mujeres no eran conscientes de lo que pasaba y eran incapaces de controlarse a sí mismas." (Hothersall, 1997, p. 279)

No obstante, Mesmer continuó practicando hasta que en 1792 fue forzado a abandonar París. En general, se puede decir que lo que descubrió, sin proponérselo fue el poder de la imaginación, la sugestión y la hipnosis, y cómo influían en los síntomas de origen emocional. Aunque a pesar de constatar que obtenía los mismos efectos en las personas sin los magnetos, él insistía en los fluidos y las fuerzas magnéticas (Santamaría, 2001; Hothersall, 1997; Reuchlin, 1992; Brennan, 1999; y Strickland, 2001 en: Cullari, 2001).

Posteriormente, el mesmerismo o magnetismo se observó en varias partes de Europa con algunos seguidores, pero sólo era considerado como algo serio por algunos. Entre 1841 y 1843, el médico inglés James Braid (1795-1860) decidió estudiar el mesmerismo a partir de una demostración, y con una postura escéptica se encontró que en algunos casos el tratamiento generaba beneficios; pero, desechó la hipótesis del magnetismo animal para explicar esos efectos, más bien supuso que el procedimiento inducía en el paciente una especie de sueño y lo llamó "neurohipnosis" (aunque el uso de los términos utilizando el hipn-, se le atribuye a Etienne Felix de Henin, de Cuvillers, a partir de 1821). J. Braid pensó que en la inducción de tal estado jugaba un importante papel el concentrar o fijar la atención en un punto. Aproximadamente 20 años después (1860), la hipnosis se convirtió en un fenómeno estudiado por los psiquiatras. En Francia surgieron dos principales escuelas; una de ellas era: la escuela de Nancy encabezada por Ambrose-Auguste Liébault (1823-1904) e Hippolyte Bernheim (1840-1919) ellos defendían la hipótesis de la sugestión, la cual consideraba que la hipnosis era una situación que se podía inducir en personas susceptibles de aceptar sin duda las instrucciones de aquellos que representaban un estatus superior (como por ejemplo los médicos). Para esta escuela la hipnosis no se consideraba como un estado patológico, tal como era considerado en la otra escuela; la clínica de Jean-Martin Charcot (1825-1893) en la Salpêtrière. En la observación médica de los síntomas histéricos se

tenían algunas peculiaridades que hicieron pensar que se trataba de una cuestión psicológica, y sin etiología física, como era el caso de las parálisis histéricas que no seguían los patrones fisiológicos, ni correspondían a zonas del cuerpo que dependieran de una determinada ramificación nerviosa. Por ello, Charcot además de constatar que los miembros paralizados de los histéricos perdían sensibilidad, consideró que la causa de la parálisis no parecía ser el suceso en sí mismo, sino el recuerdo que el enfermo conservaba de él; lo cual era importante para el establecimiento de un tratamiento, de tal manera que comenzó a practicar en sus pacientes la hipnosis observando una mejoría después de cada sesión. Por otro lado, para Charcot únicamente quienes padecían de histeria podían ser hipnotizados, así el ser susceptible a la hipnosis era prueba de presentar tal afección (Reuchlin, 1992; Santamaría, 2001; Hothersall, 1997 y Strickland; 2001, op. cit.).

Cronológicamente, S. Freud, antes de viajar a París y permanecer ahí cinco meses (de febrero de 1885 a octubre de 1886) para conocer los métodos con que se trataba a los histéricos, conoció primero a Joseph Breuer (1842-1925) de quien fue amigo; y quien entre 1880 y 1882, mientras el primero terminaba sus estudios universitarios, J. Breuer trató el sonado y hoy famoso caso de Anna O., el cual había sido tratado por él en parte con hipnosis y en parte con otro método. (Freud, 1999; Cortés, 1999, op. cit.; Reuchlin, 1992; Brennan, 1999; Hothersall, 1997 y Strickland, 2001, op. cit.). sobre dicha paciente y su tratamiento, así como de tal serie de eventos se puede citar que:

"Desde noviembre de 1880, hasta el verano de 1882, Breuer trató a una atractiva mujer, joven e inteligente, Berta Pappenheim. Ella presentaba una gran variedad de síntomas histéricos: tos persistentes, ausencias durante las cuales ella miraba de manera fija al espacio, visión distorsionada, anorexia, parálisis, anestias, personalidad doble y desórdenes de lenguaje, incluyendo una inhabilidad para hablar su nativo alemán, pero una pericia en el inglés que no cambió. No pudieron encontrarse bases fisiológicas para sus males. El diagnóstico de Breuer fue neurosis histérica." (...). "Cada tarde ellos analizaban sus recuerdos acerca de la primera ocasión en la que había aparecido un síntoma. Muchos de los recuerdos se relacionaban con la enfermedad final de su padre y las emociones intensas que ella experimentó mientras cuidaba de él y después de su muerte en 1881. La parálisis de su brazo apareció por primera vez cuando ella alucinó una gran víbora negra en la cama de su padre. Ella trató de quitar la víbora con su brazo derecho pero se encontró con que no lo podía mover. Desde ese momento su brazo se paralizó. Pappenheim era altamente susceptible a la hipnosis, y con frecuencia el trance le ayudaba a recordar tales memorias. Aquellos recuerdos eran emocionales de manera intensa, pero después ella sentía calma y alegría. Breuer se refirió a este alivio de tensión como *catarsis*, un término utilizado primero por Aristóteles y empleado por Breuer en el sentido de limpieza o purificación. Él encontró los efectos de la catarsis totalmente sorprendentes, pero muy

reales. Breuer empezó a describir su tratamiento de Pappenheim como "la cura del habla", mientras que ella se refería a él como "deshollinación de la chimenea" (Clark, 1980 citado en: Hothersall, 1997, p. 282 y 283).

Por la importancia histórica del caso, así como por sus implicaciones en relación con los antecedentes del psicoanálisis, se puede decir además que:

"J. Breuer (1842-1925), un fisiólogo que había estudiado la respiración y el sentido del equilibrio, tenía entre sus enfermos a una muchacha de veintiún años a la que atendió de 1880 a 1882, mientras Freud estaba terminando sus estudios de medicina. Esta muchacha padecía de graves trastornos histéricos: contracturas, anestias, tos nerviosa, imposibilidad de comer y beber, trastornos del lenguaje, etcétera. Breuer, al observar que la enferma, durante sus <<ausencias>>, profería palabras incoherentes, la hipnotizó y le repitió dichas palabras. Entonces ella le hizo tristes relatos donde se trataba de una muchacha a la cabecera de su padre enfermo. Precisamente los trastornos de la enferma había aparecido cuando cuidaba de su padre. Estos relatos aliviaban a la enferma y hacían desaparecer provisionalmente sus síntomas. Ella misma los calificaba como <<curas de palabras>>, <<limpieza de chimeneas>>. Igualmente, la imposibilidad de beber desapareció definitivamente el día en que consiguió relatar a Breuer un incidente sin importancia (el perro de una persona a la que odiaba, había bebido en un vaso, ante ella) que le había inspirado un disgusto y una cólera que no fue capaz de expresar en ese momento. Era evidente en este caso la influencia traumatizante del recuerdo de una experiencia emocional anterior. Breuer descubrió ese hecho y encontró un método de tratamiento (relatos provocados en estado de hipnosis) antes que Charcot y Janet. Por la utilización de la hipnosis resultaba difícil, la muchacha se había enamorado de Breuer (reacción que el psicoanálisis explica actualmente por la noción de <<transferencia>>), y éste, muy incomodado, prefirió abandonar esta clase de estudios después de la publicación de *Studien über Hysterie*." (Reuchlin, 1992, p. 76 y 77).

Freud (1999) mismo refiere el evento de la siguiente manera:

"En los años 1880 y 1881, el doctor José Breuer, de Viena, conocido como médico internista y perito en Fisiología experimental, tuvo sometida a tratamiento a una muchacha que había enfermado gravemente de histeria con ocasión de hallarse prestando asistencia a su padre durante una larga y penosa dolencia. El cuadro patológico se componía de parálisis motoras, inhibiciones y trastornos de la conciencia. Siguiendo una indicación de la propia enferma, muy inteligente, empleó con ella el hipnotismo, y comprobó que una vez que la sujeto comunicaba durante la hipnosis los efectos y las ideas que la dominaban, volvía a estado psíquico normal. Por medio de la repetición consecuente del mismo trabajoso procedimiento, consiguió libertarla de todas sus inhibiciones y parálisis, hallando así recompensado su trabajo por un gran éxito terapéutico y por descubrimientos inesperados sobre la esencia de la enigmática neurosis. Pero Breuer se abstuvo de llevar más allá su descubrimiento, e incluso lo silenció durante casi diez años, hasta que, a mi

retorno de Viena (1886), después de seguir un curso en la clínica de Charcot, conseguí moverle a volver al tema y a laborar conmigo sobre él. Luego, en 1893, publicamos, en colaboración, una comunicación provisional, titulada *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*, y en 1895 un libro, *Estudios sobre la histeria*, en el que dimos a nuestra terapia el nombre de <<método catártico>>. (p. 30 y 31)

Interesante parece el que antes que S. Freud y J. Breuer publicaran sus estudios, Pierre Janet (1859-1947), entre 1886 y 1892 (principalmente) había comenzado a trabajar y confirmar algunos conceptos derivados de los trabajos de su también maestro, Charcot; como por ejemplo el relativo a los recuerdos asociados a las parálisis histéricas. P. Janet comprobó además que era posible que los enfermos no fueran conscientes del recuerdo traumatizante, así llegó a hablar de una desintegración psicológica subconsciente. Ello, por obtener del paciente el relato del suceso responsable del trastorno mediante un sonambulismo provocado. De tal manera, que cuando J. Breuer y S. Freud publicaron sus estudios sobre la histeria, P. Janet, sólo vio confirmados sus estudios (Reuchlin, 1992). Sin embargo, Freud (1999) aclara que:

“Las hipótesis teóricas que Breuer y yo edificamos por entonces estaban influidas por las teorías de Charcot sobre la histeria traumática y podían apoyarse en los desarrollos de su discípulo P. Janet, lo cuales, aunque publicados antes que nuestros *Estudios*, eran cronológicamente posteriores al caso primero de Breuer. (p. 31)

y más adelante advierte la diferencia, señalando que:

“La hipótesis de la existencia de procesos psíquicos inconscientes era, como se ve, parte imprescindible de nuestra teoría. También Janet había laborado con actos psíquicos inconscientes; pero, según acentuó en polémicas ulteriores contra el psicoanálisis, ello no era para él más que una expresión auxiliar, *une manière de parler*, con la que no pretendía indicar nuevos conocimientos.” (p. 32)

Respecto al método catártico o al uso de la catarsis –previa hipnosis-, Freud (1999) indica que ésta se realizaba en el tratamiento mediante la apertura del camino que conducía a la conciencia y a la descarga normal del afecto. El factor afectivo fue de suma importancia desde un principio; debido a que en el origen de los síntomas histéricos, se observaba un proceso psíquico cargado de intensos afectos, que era impedido de alguna manera a ser descargado por un camino normal y consciente, y como consecuencia el afecto represado (o reprimido) tomaba caminos indebidos, encontrando una derivación somática (o conversión).

La siguiente cuestión sería cómo se pasó del ya citado método al psicoanálisis. Como se muestra en las citas referentes a los estudios sobre la histeria y el mismo Freud (1999) lo refiere, J. Breuer atribuía a la catarsis demasiada importancia en el tratamiento de la histeria, mientras que S. Freud comenzó a ver además, la importancia que tenía la relación paciente-terapeuta; y comienza a visualizar o a elaborar el concepto de transferencia considerándola como un falso enlace en donde la idea patógena aparecía encubierta y reactualizada en la persona del médico (posteriormente analista), pero de manera presente. Ulteriormente, con el "caso de Dora" y en 1912 en su escrito "sobre la dinámica de la transferencia"; dicho concepto es desarrollado y se puede entender de manera general como aquellas fantasías que se hacen concientes durante el desarrollo de la cura con la peculiaridad de que los personajes se encarnan en el analista, lo que permite revivir una serie de experiencias pasadas como presentes y en relación con el analista. En más de un sentido la transferencia es importante, pues por un lado, en el desarrollo de su conceptualización se da cuenta del proceso histórico del psicoanálisis, y por el otro, por su relevancia en el proceso analítico o uso en la clínica analítica, lo cual consiste en seguir a la libido en su proceso regresivo para hacerla accesible a la conciencia y ponerla al servicio de la realidad. (Aguado Herrera, Aranda Boyzo y Ochoa Bautista, 1999 en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999; Brennan, 1999 y Hothersall, 1997).

Regresando un poco con la cuestión planteada más arriba acerca del paso al psicoanálisis, Freud (1999) expone que a pesar de que el método catártico debe ser considerado como un antecedente inmediato y un nódulo central del psicoanálisis; éste no era más que un camino para observar ciertas enfermedades nerviosas. De tal suerte que el siguiente paso fue renunciar a la hipnosis, y como el ya mencionado lo refiere dos fueron los motivos que a ello le llevaron. "En primer lugar, por que no obstante haber asistido durante un curso completo a la clínica de Bernheim, en Nancy, eran muchos los pacientes a los que no conseguía hipnotizar." (p. 12) cuestión que, a saber, ocurrió alrededor de 1889. "Y en segundo, porque los resultados terapéuticos de la catarsis, basada en el hipnotismo, no acababa de satisfacerme. Tales resultados eran, desde luego, patentes y aparecían al poco tiempo de iniciar el tratamiento, pero demostraron también ser poco duraderos y demasiado dependientes de la relación personal del médico con el paciente" (p. 12), pues los resultados se conducían "como un resultado de la sugestión, y cuando tal relación se rompía, emergían de nuevo todos los síntomas, como si no hubieran hallado solución alguna" (p. 33). El suprimir la hipnosis significó para él, romper con la evolución del procedimiento de entonces y comenzar de nuevo. Curiosamente con la renuncia de la hipnosis y del método catártico también se da el rompimiento con su amigo y colaborador J. Breuer.

Sin embargo, el distanciamiento ideológico de Freud hacía las explicaciones médicas comenzó antes. Como lo explica Cortés (1999, op. cit.), influenciado por Charcot y Breuer. S. Freud comenzó a distanciarse del modelo médico y sus estrategias de tratamiento. Tales influencias lo llevaron a indagar más profundamente los síntomas y padecimientos de los neuróticos para llegar, por un lado, a consolidar a una nueva forma de acercarse a la realidad psicológica del sujeto, y por otro lado, a “la construcción de un modelo capaz de explicar y establecer sentidos, dar significados y analizar las representaciones que acompañan el vivenciar del sujeto” (p. 216), hasta que éste llega a comportarse como lo hace, siendo capaz de desarrollar una serie de síntomas que le ayudan incluso a evadir su complicada realidad que parte de circunstancias afectivas.

Ahora bien, el abandonar las explicaciones médicas y principalmente las que procedían o tenían que ver con la neurología también se debió a las demandas explicativas de S. Freud, quien comenzó a ver endeble los principios explicativos que sus maestros y contemporáneos le proporcionaban y pasó a formular o reformular en su reemplazo otros de diferente tipo (MacIntyre, 2001 y Braunstein, 1985). Follari (1982), ilustra esto de la siguiente manera:

“Freud no acepta seguir los procedimientos de la medicina o la biología para trabajar con sus pacientes; el inconsciente plantea sus propias exigencias. Se accederá al sentido (inconsciente) de los actos y representaciones humanas a partir de lo propio del hombre: la palabra, vía regia de acceso al mundo simbólico del lenguaje, exclusivo del ser humano.”(p. 37)

Pero también, al renunciar al hipnotismo S. Freud se vio, por decirlo de alguna manera, obligado a elaborar sus propios conceptos y métodos para continuar dando cuenta de ese vasto mundo que representa el inconsciente y sus implicaciones para con los trastornos neuróticos.

Si cabe aquí la aclaración, valga decir que el proceso por el cual S. Freud realizó sus hallazgos y dio cuenta de los mismos, cronológicamente, a saber, no fue tan lineal. Y como lo refiere MacIntyre (2001), Freud avanzaba en la construcción de sus conceptos nucleares desde varios frentes simultáneamente. De ahí que parece riesgoso el concentrarse en algún punto que él haya comenzado a desarrollar, o bien, centrarse en la cronología de sus obras o los eventos de su vida. Se puede mencionar como puntos de referencia sus críticas al tratamiento hipnótico y a la neurocirugía, su autoanálisis, su estudio pormenorizado sobre los sueños, algunos casos iniciales como el de Dora, etc., etc.

Debido a las dificultades que tenía con la hipnosis S. Freud recordó la demostración y enseñanza de Bernheim acerca de que "lo vivido en estado de sonambulismo sólo aparentemente se halla olvidado, y podía ser siempre devuelto a la memoria consciente del sujeto con sólo la afirmación imperiosa del médico de que no tenía más remedio que recordarlo." (Freud, 1999, p. 33), su siguiente paso fue intentar llevar a sus pacientes no hipnotizados a comunicar sus asociaciones, para encontrar, con ayuda de dicho material, el camino que conducía a lo olvidado o rechazado. En otras palabras, los enfermos no perdían completamente el recuerdo de las acciones realizadas en estado hipnótico, y después de despertarlos se podía obtener su relato si se les insistía, así como tampoco era completamente olvidado el recuerdo del suceso traumático, el cual se le podía hacer recordar multiplicando las preguntas, método algo penoso que también abandonarían, pero del cual no obstante, atrajo su atención la resistencia que se debía vencer para obtener el relato de lo sucedido, encontrado en el origen de los trastornos (Reuchlin, 1992). Freud (1999) indica que:

"Más adelante observe que no era preciso ejercer gran presión sobre el sujeto y que en el paciente emergían casi siempre numerosas asociaciones; lo que sucedía es que tales asociaciones eran desviadas de la comunicación, e incluso de la conciencia, por ciertas objeciones que el sujeto se hacía." (p. 33)

Y de la expectativa de que todo lo que el paciente asociara con un punto de partida y de que éste se hallara internamente conectado con el mismo, resultó el procedimiento denominado "asociación libre" que implicaba "la regla técnica fundamental", que consiste en invitar o mover al paciente a renunciar a toda actitud crítica y utilizar el material que surgía de las asociaciones en la búsqueda de las conexiones, y confiando además en la determinación psíquica que esto implicaba se decidió en adoptar ésta técnica que sustituiría al hipnotismo.

Dicha técnica novedosa habría de transformar la impresión del tratamiento, tanto en la relación enfermo-médico, como en los resultados obtenidos, que se justificó diferenciar al nuevo método, de la catarsis, denominándolo distintamente.

"En consecuencia, escogí para aquel procedimiento terapéutico, que podía ser extendido a muchas otras formas de la neurosis, el nombre de *psicoanálisis*." (p. 34)

Desde un principio S. Freud, visualizó al psicoanálisis como un arte de interpretación. La cuestión sería, en qué consistía ésta interpretación y qué tipo de situaciones se interpretarían.

Para Freud (1999) los síntomas neuróticos eran una plena sustitución de otros actos psíquicos omitidos; por lo que se trataba de utilizar el material obtenido de las ocurrencias como si apuntaran a un sentido oculto y que se tuviera que “adivinar” o descifrar. Gracias a las experiencias que fue acumulando implementó también en este arte el que el analista se abandonara a su propia actividad mental inconsciente, y permanecer en un estado de atención constante (o flotante). Por otro lado, tal arte interpretativo no se concretaba en reglas fijas y dejaba lugar al tacto y habilidades del médico; pero con la práctica los resultados se confirmaban por su repetición en casos análogos.

Cuestiones, o mejor dicho, objetos de interpretación fueron, y son: En primer lugar, los actos fallidos y casuales, lo cual constituyó un triunfo más para demostrar que algunos actos psíquicos frecuentes en cualquier persona normal, debían equiparse a los síntomas de los neuróticos, y como ellos, ignorantes de los mismos. Tales fenómenos se observan por ejemplo en: “el olvido temporal de palabras y nombres perfectamente conocidos; el olvido de propósitos; las equivocaciones, tan frecuentes, en el discurso, la lectura y la escritura; la pérdida y el extravío temporal de objetos; ciertos errores; los accidentes aparentemente casuales, y, por último, ciertos *tícs* o movimientos habituales hechos como sin intención y por juego, y las melodías que se tararean *sin pensar*, etc.” (p. 36). Con ello se logró además contar con material que ayudó a aceptar la existencia de actos psíquicos inconscientes. En segundo lugar, los sueños, en los que aplicando la asociación libre (tanto en los propios como en los de sus pacientes), abrió otro acceso al inconsciente o a los abismos de la vida psíquica. Considerando la interpretación de los sueños, el psicoanálisis devolvió a los sueños la significación con la que estos contaban en la antigüedad; pero procediendo de forma distinta, al transferir la labor al sujeto mismo, en su mayor parte, “interrogándole sobre sus asociaciones a los distintos elementos del sueño. Persiguiendo éstas asociaciones se llega al conocimiento de ideas que corresponden por completo al sueño, pero que se dejan reconocer -hasta cierto punto- como fragmentos plenamente comprensibles de la actividad psíquica despierta.” (p. 37). Cabe agregar que la fuerza motriz o dinámica de la producción de sueños no se extrae de los restos diurnos, sino de una tendencia inconsciente; reprimida durante el día, con la que dichos restos se puede enlazar y que junto con las ideas latentes procura, el cumplimiento de un deseo. Así, los sueños son, por un lado, el cumplimiento de deseos inconscientes, y por otro, un cumplimiento del deseo normal de dormir. Pero además, S. Freud descubrió que la tendencia inconsciente de lograr satisfacción (o cumplir un deseo), estaba en pugna con otra fuerza o instancia, a cual era repelente y represora y que pertenecía al Yo; y de dicha pugna o conflicto resultaba

un producto transaccional: el sueño (y/o el síntoma). La trascendencia de tal teoría Freud (1999) la explica como sigue:

“Como el sueño no es un fenómeno patológico, tal coincidencia nos prueba que los mecanismos psíquicos que generan los síntomas patológicos están ya dados en la vida psíquica normal, que la misma normatividad abarca lo normal y lo anormal y que los resultados de la investigación de los neuróticos y los dementes no pueden ser indiferentes para la comprensión de la psique normal.” (p. 38 y 39)

En la elaboración de sueños –y de síntomas- existen además, formas de expresión, es decir, ciertos objetos, actos y relaciones que son representados indirectamente mediante “símbolos” que rebasan el lenguaje común, los cuales el sujeto utiliza sin ser generalmente consciente de su significado. Cabe aquí señalar un par de situaciones; la primera sería que la descripción detallada sobre los actos fallidos apareció, a saber, en el libro titulado “Psicopatología de la vida cotidiana” en 1901, posterior a la “Interpretación de los sueños” que vio la luz con el siglo XX (en 1900), pero como ya se mencionó, la elaboración conceptual de S. Freud no fue lineal, pues desarrollaba sus ideas y organizaba sus descubrimientos de forma simultánea. La segunda cuestión sería, acentuar el que al proclamar que fenómenos como los actos fallidos y los sueños eran experimentados no sólo por los neuróticos sino también por los sujetos “normales”, S. Freud expandió su modelo psicológico explicativo, de tal manera que la psique de todos los seres humanos se podría entender en términos de fuerzas inconscientes, que generan reacciones. Es decir, S. Freud no sólo se empeñaba en explicar síntomas psiconeuróticos como derivados de experiencias traumáticas de la infancia, sino además, aspira a pasar al nivel de un tipo más general de explicación en que tanto la conducta anormal como la normal, se entramen con una multiplicidad de condiciones antecedentes por medio algunos conceptos; y entre esos conceptos el yo inconsciente está destinado a ocupar el lugar central (Freud, 1999; Brennan, 1999 y MacIntyre, 2001 y Braunstein, 1985). El impacto científico de éste modelo, es expresado por Follari (1982) de la siguiente manera:

“... es Freud, con su descubrimiento del inconsciente y la teoría correspondiente, el psicoanálisis, el que abre un campo de *interpretación* holística de los fenómenos psíquicos. El inconsciente aparece como el metaempírico, sin embargo dotado de una realidad concreta, que da razón de una serie de fenómenos de otro modo inexplicables (el lapsus, el chiste, el acto fallido, la alucinación, los sueños, el delirio). La ruptura esrotunda, tanto respecto del sentido común, que no recaba más allá del dato inmediato, como cuanto de la psicología anterior, relativa a los elementos de conciencia o a lo manejable según el método experimental: nos ubicamos en un campo decididamente nuevo.” (p. 36)

Por otra parte, Freud (1999) indica que al sustituir la técnica hipnótica, con la de asociación libre, encontró además en sus investigaciones evidencias que tuvo que terminar reconociendo con respecto a que en la etiología de toda producción de síntomas había impresiones traumáticas procedentes de la vida sexual temprana o infantil. El trauma sexual sustituyó al trauma trivial y éste debía su origen a su relación simbólica o asociativa con el primero. Así, las neurosis eran una manifestación de alguna perturbación de la vida normal se distinguían: las neurosis actuales, manifestada en daños presentes y las psiconeurosis que eran la manifestación de daños pasados, las cuales hasta entonces habían sido ignoradas. Tal tesis lo llevó a investigar la sexualidad infantil, cuestión que había ignorado la ciencia de sus tiempos. Su investigación al respecto mostraba un cuadro distinto en algunos aspectos de la de los adultos sorprendía por observar rasgos que en los adultos eran considerados como "perversión".

Después de superar el haber sobreestimado la seducción (revisar teoría de la seducción) originadora de manifestaciones sexuales infantiles y síntomas neuróticos, por lo cual, si cabe decirlo se armó una gran polémica y escándalo que llega hasta nuestros días (Hothersall, 1997 y Freud, 1999); S. Freud logró descubrir el papel que desempeña la "fantasía", con relación a la vida psíquica de los neuróticos, en quines tiene mayor peso que la realidad exterior.

Éstas ideas y/o descubrimientos lo llevaron también a proponer etapas de desarrollo psicosexual o cómo evolucionaba la libido, entendida ésta como la energía de los instintos sexuales orientados hacia el objeto. Subsecuentemente resulto necesario yuxtaponer a la libido del objeto la libido narcisista (o del yo) y su efectos que permitieron explicar varios procesos de la vida psíquica, tanto normales como patológicos. Por otro lado, ésta libido también se parcializa y tiene como fuente algunos órganos somáticos, en especial ciertas zonas erógenas. Al principio, dichos instintos tienden al placer pero al evolucionar van quedando centrados. Así, la libido queda organizada en estadios (oral, anal, genital, latencia y la reedición de éstas, principalmente), en los cuales, dependiendo del desarrollo del individuo puede haber una fijación como una manifestación también de tendencias represoras y que pueden generar neurosis o perversiones.

De aquí se desprende también, el que entre los dos y los cinco años de edad (etapa genital o fálica) constituyan en el niño tendencias sexuales cuyo objeto es la madre. Pero el elegir a éste objeto también corresponde con la actitud de rivalidad hacia el padre; lo cual constituye el complejo de Edipo (parece sobrado mencionar el origen del nombre dado al complejo). En el caso de las mujeres se establecería para dicha etapa el complejo de castración. Y aunque la aclaración parece redundante la ya

mencionada etapa con su respectivo complejo dan cuenta de la relación afectiva del niño con sus padres, y no debe ser tomada literalmente.

Acerca del como eran recibidas, por sus contemporáneos, sus teorías y principalmente las que trataban sobre la sexualidad y como éstas repercutían en la formación de las neurosis Freud (1999) explica que:

“Hería los prejuicios de la humanidad civilizada en varios puntos, particularmente sensibles; sometía en ciertos modos a todos los hombres a la reacción analítica, descubriendo lo que un convenio general había reprimido y rechazado a lo inconsciente, y obligaba así a nuestros contemporáneos a conducirse como enfermos, los cuales manifiestan especialmente, en el curso del tratamiento analítico, todas sus resistencias.” (p. 19)

Plaza Espinosa (2002), menciona que el momento sociohistórico en el que S. Freud escribió sus primeras tesis, fue de una gran represión e inhibición de los impulsos. Conocida como era victoriana, por que por un largo periodo del siglo XIX, reinó Victoria de Inglaterra, cuyo imperio alcanzó su mayor poderío, al alcanzar una gran expansión colonizadora en otros países en donde se transmitió su cultura. La influencia del imperio fue definitiva en el ámbito de la moral y de las costumbres, las cuales estaban basadas en estrictos principios éticos y religiosos. Dicho modo de vida también influyó determinantemente a Europa, en donde se circunscribió la expresión de los impulsos sexuales principalmente, por lo que existieron muchas patologías como la histeria de conversión.

Obviamente existen más teorías y conceptos que el padre del psicoanálisis fue desarrollando, y como expone también Plaza Espinosa (2002), en una primera etapa del desarrollo del psicoanálisis (época victoriana) la meta del análisis era hacer consciente lo inconsciente; y el interés de S. Freud residía en estudiar los impulsos, y los procesos inconscientes. En una segunda etapa (1923), plantea un aparato psíquico constituido de tres instancias, a saber, el Yo, el ello y el superyo. Aquí la meta del análisis es poner Yo donde hay ello. También en esta etapa (1926), describe un Yo que ante la señal de angustia presenta resistencias al tratamiento para evitar que aparezca el material inaceptable para el sujeto; y la meta del tratamiento es el análisis de las resistencias. Sociohistóricamente, ésta segunda etapa está marcada por dos eventos que determinaron la vida de Europa y del mundo, la primera (1914-1918) y la segunda (1939-1945) guerras mundiales; en las que se ve una promoción de la descarga de los impulsos, especial e impresionantemente el impulso agresivo. Una tercera etapa correspondería a los autores postfreudianos, en quienes se encuentra una gran diversidad ideológica y sobre los cuales se abordará en un apartado posterior.

En el espacio restante de éste primer inciso, quepa hacer una breve referencia a otra forma de analizar el origen del psicoanálisis y que, grosso modo, tiene que ver con las experiencias personales de S. Freud y como éstas lo llevaron también a la construcción de su modelo teórico-práctico. Cortés (1999, op. cit.) indica al respecto que:

"De modo que su vida y obra quedan articuladas e integradas en un complejo par dialéctico que permite dar cuenta, tanto de la estructuración de la teoría y práctica psicoanalíticas a partir de sus reflexiones autobiográficas, como de las determinaciones inconscientes que se jugaron en lo que algunos autores dieron en llamar hace unas décadas el "autoanálisis de Freud" (p. 213)

En una de las tantas cartas enviadas a Wilhelm Fliess (1858-1928), publicadas en 1950 una selección de 168, S. Freud utilizó el término de autoanálisis para designar la empresa que realizaba, aunque después se corregiría señalando que tal cosa en realidad no era posible, pues de lo contrario no existiría la enfermedad. (Aguado Herrera y cols., 1999, op. cit.; Brennan, 1999 y Hothersall, 1997)

A partir de la consideración epistemológica que hace Perrés (1988, citado en: Aguado Herrera y cols, 1999 y Cortés, 1999, op. cit.), acerca de los dos saberes en el psicoanálisis, es decir, el saber sobre lo inconsciente y el saber de lo inconsciente (ver inciso 3.2.1); es posible decir que:

"...Freud sólo a partir de la posibilidad de vislumbrar su propio inconsciente, en *vivo* y en *directo*, de enfrentarse a su propio Edipo, a sus recuerdos encubridores, a sus síntomas y a sus resistencias, es que pudo empezar a distinguir nuevos observables en sus pacientes y generar conceptos tendientes a dar cuenta de lo inconsciente. Y con ello, fundar el campo del psicoanálisis como el resultado de haber estado en la única situación en la cual el sujeto puede cambiar de lugar con relación a su propio saber inconsciente y en la cual también puede modificarse la relación éste: la situación analítica." (p. 225)

Pero además considerando la situación analítica en la que la transferencia juega un importante papel, y que la transmisión del psicoanálisis va más allá de la transmisión vía libros o cátedras (a diferencia de otras disciplinas), pues su nacimiento...

"..., fue la puesta en juego del inconsciente de su creador Sigmund Freud lo que dio pie a la construcción de la teoría. A través de la relación transferencial establecida con Fliess, resultado de su análisis con éste último, Freud coloca a Fliess en el lugar de *Sujeto supuesto Saber*, haciéndolo el destinatario de sus sueños, lapsus y síntomas; donde estos elementos, jugados en el nivel inconsciente, son los que posibilitan el descubrimiento del inconsciente y como resultado de esto la construcción de la teoría psicoanalítica." (p. 247)

Vale la pena aclarar que el término “Sujeto supuesto Saber” fue una propuesta de Jaques Lacan (en 1964) respecto de la transferencia, dada a partir del establecimiento de la regla fundamental en la situación de análisis, en la que el analizante le atribuye al analista un conocimiento de él, que el analista no tiene. Por otro lado, sobre la identificación narcisista de la relación Freud y Fliess y de cómo ésta constituyó el análisis original, existe un gran material digno de una revisión más extensa, que aquí, por cuestión de espacio no se toca.

Finalmente, habría que hacer caso a los autores que sostienen que, no obstante haber diversos historiadores y biógrafos, tal vez en donde se observe mejor el poder y agudeza intelectual de S. Freud es a través de sus obras, cuya influencia se extiende hasta nuestros días.

### 3.1.1. El psicoanálisis después de Freud.

En éste apartado se trata de dar un breve panorama de lo que fue y ha sido el psicoanálisis después de Freud, es decir, se abordan las posturas de algunos autores que a partir de la obra freudiana amplían, corroboran o refutan la misma y algunos tratan de establecer nuevos modelos del funcionamiento mental, su desarrollo y patología.

Para lograr lo anterior, se comienza aquí con la consideración que se hace del psicoanálisis, incluso por su mismo creador, como un modelo teórico explicativo –que al igual que en otras ciencias- se encuentra incompleto o bien no es definitivo. En palabras de Braunstein (1985, op. cit.), después de 20 años de arduo trabajo, S. Freud “terminó postulando una teoría provisoriamente definitiva (como toda construcción científica) del aparato psíquico y de su modo de construcción” (p. 31). En los términos de Freud (1999) la idea se expresa primero respecto a su teoría de la libido:

“ Es cierto que la teoría psicoanalítica de la libido no está aún acabada ni aclarada aún su relación con una teoría general de los instintos –el psicoanálisis es una ciencia muy joven, incompleta, en vías de rápida evolución-, pero sí podemos acentuar ya, desde luego, cuán erróneo es el reproche del pansexualismo que tan frecuentemente le es opuesto.” (p. 23)

y posteriormente haciendo referencia al carácter del psicoanálisis como ciencia empírica, diferenciándolo de los sistemas filosóficos:

“El psicoanálisis no es un sistema como los filosóficos, que parta de nos cuantos conceptos fundamentales precisamente definidos, intente aprehender con ellos la totalidad del universo y, una vez concluso y cerrado,

no ofrezca espacio a nuevos hallazgos y mejores conocimientos. Se adhiere más bien a los hechos de su campo de acción, intenta resolver los problemas más inmediatos de la observación, tantea resolver los problemas más inmediatos de la observación, tantea sin dejar el apoyo de la experiencia, se considera siempre inacabado y está siempre dispuesto a rectificar o sustituir sus teorías. Tolera tan bien como la Física o la Química, que sus conceptos superiores sean oscuros y sus hipótesis provisionales, y espera de una futura labor una más precisa determinación de los mismos" (p. 52)

Como lo indica él también, el psicoanálisis fue evolucionando y extendiéndose en el mundo con la participación de seguidores (y posteriormente continuadores) de las teorías freudianas; tales fueron los casos de E. Bleuler y C. G. Jung de Suiza; de J. Putman, en Boston; E. Jones, en Toronto y luego en Londres; S. Ferenczi, en Budapest y Abraham en Berlin, entre algunos; esto más o menos en las primeras dos décadas del siglo XX. Pero además se comenzaron a establecer clínicas y a fundar revistas en las que se publicaban sus hallazgos.

Parece justo aclarar la situación de dos importantes personalidades con respecto del psicoanálisis, que si bien fueron alumnos y seguidores de S. Freud en un principio, no llegaron a ser estrictamente continuadores, aunque para algunos, ellos también pertenecen a los psicólogos de las profundidades, o como el mismo S. Freud se refiere a ésta la psicología "abisal". Nos referimos a los casos de C. G. Jung y Alfred Adler. Al respecto Freud (1999) indica que varios de los que en un principio fueron adeptos al psicoanálisis se separaron después, tomando caminos propios o pasándose a una oposición. Así, los ya mencionados con sus tentativas de interpretación particular de los hechos analíticos y sus tendencias a desviarse de los puntos del análisis, provocaron cierta conmoción que no fue duradera ni dañina. Esto es,

" De 1911 a 1913 se desviaron del psicoanálisis dos ramificaciones, manifiestamente tendentes a mitigar lo que en ella constituía piedra de escándalo. Una de ellas, iniciada por C. G. Jung, que intentaba dar satisfacción a aspiraciones éticas, despojó al complejo de Edipo de su valor real por miedo de una transmutación simbólica y desatendió en la práctica el descubrimiento del período infantil olvidado, que pudiéramos llamar <<prehistórico>>. La otra, cuyo iniciador fue Alfred Adler, de Viena, presentaba varios factores del psicoanálisis bajo nombres distintos (por ejemplo, la represión sexualizada como <<protesta masculina>>), pero en lo demás prescindía de lo inconsciente de los instintos sexuales e intentaba referir tanto el carácter como la evolución de las neurosis a la voluntad de poderío, la cual tendería a detener por medio de una sobrecompensación los peligros nacidos de inferioridades orgánicas" (p. 46).

El mismo, explica que el éxito pasajero de aquellos y sus postulados se explicaba por la disposición de las masas a pretender liberarse del peso de las exigencias psicoanalíticas, por medio de cualquier camino que se le ofreciera.

Por otro lado, como se trató de mostrar en el anterior apartado, existieron varios eventos a nivel mundial, que influenciaron la producción psicoanalítica o que incluso ayudaron a frenarla, tal es el caso por ejemplo de la Segunda Guerra Mundial. También, poco después de la muerte de S. Freud (en 1939) aparentemente –para ajenos al psicoanálisis-, no se localizan muchos avances o avances de sus ideas, que sin embargo las hubo, y en las que se puede incluir a la propia hija del maestro, Anna Freud, entre otros. O bien, comenzaron a surgir otros modelos y métodos psicológicos a nivel mundial que trataron de satisfacer muchas de las necesidades de la postguerra.

No obstante ello, las ideas freudianas continuaron y fueron retomadas para su estudio en diversos sentidos. Bleichmar y Liberman (1997) indican que a partir de las bases establecidas por S. Freud con el descubrimiento del inconsciente, el complejo de Edipo, la transferencia, el conflicto psíquico, entre otros; el psicoanálisis siguió desarrollándose enfocándose en nuevos problemas con descubrimientos constantes. Se fueron creando modelos alternos de la mente, de las relaciones de objeto, la fantasía inconsciente y el desarrollo psicológico. Lo cual tuvo su impacto en la clínica (como se abordará más adelante). Por otro lado, en la obra de S. Freud se observan muchos virajes teóricos, dado lo heterogéneo y vasto de los temas por él abordados, así:

“Es tan freudiana la preocupación de Hartmann por las funciones yoicas como la de Klein respecto de los objetos internalizados o la de Lacan sobre la función de la palabra. Se pueden citar *El yo y el ello* (1923) en apoyo de Hartmann, *Duelo y melancolía* (1917) para fundamentar a Klein y varios pasajes de *La interpretación de los sueños* (1900) a favor de Lacan” (p. 35)

Eso considerando además a S. Freud como un ejemplo de actitud científica al haber creado sucesivamente a lo largo de su vida dos teorías de las pulsiones, dos de la angustia, dos modelos de aparato psíquico y ediciones renovadas y revisadas de sus puntos de vista.

La división y/o ubicación de los autores postfreudianos y las ideas por ellos desarrolladas, suele variar dependiendo de algunos factores, por ejemplo, el que se observa en la cita de arriba, referente a las obras e ideas que retoman de Freud y a partir de ahí las continúan, las reelaboran o las confrontan con sus propios descubrimientos; o bien, también se pueden ubicar en relación con los problemas que el psicoanálisis se planteó para comprender la psique humana. Así, de entre los mas importantes se

pueden considerar: 1) el problema Naturaleza vs. Cultura, que ha sido replanteado varias veces y en el cual se observa el que algunos dan mayor peso a un aspecto y los que dan mayor peso al otro. En el extremo naturaleza, se enfatiza la importancia de los factores que se consideran constitucionales para el desarrollo psíquico, aquí se encontraría la teoría de Melanie Klein, quien subraya la relevancia de los componentes agresivos del ser humano para la constitución del mundo interno y el equilibrio a lograr entre los impulsos tanáticos y los libidinales, que propician el amor, la gratitud y la reparación, para integrar los objetos buenos internos y externos. Enfatiza en general, la importancia de la madre real como neutralizador de las ansiedades del bebé. La psicología del Yo y la teoría de Lacan coinciden también con Freud y Klein en aceptar un aspecto pulsional interno para la constitución del psiquismo. Aunque Lacan, acentúan que la constitución del sujeto es excéntrica, esto es, desde el lenguaje y la cultura. En el extremo cultura estarían los autores que se inclinan por jerarquizar los factores ambientales para explicar la formación de la personalidad y el origen de los síntomas. D. Winnicott, por ejemplo, con su idea de madre suficientemente buena establece unidireccionalmente tal proceso de afuera hacia adentro (ambiente-niño). En esa misma línea se puede encontrar a Kohut, así como a Balint, Fairbairn y Mahler, quienes conceden decisivamente la importancia de los factores externos, especialmente las características de la personalidad de la madre. 2) Relacionado estrechamente con el anterior, está el problema de la agresión. En un primer grupo se ubicarían Freud, Hartmann, Klein y Lacan, quienes sostienen la existencia de una agresividad intrínseca, autónoma al sujeto y no reducible a la frustración y tampoco exclusiva del trauma. En un segundo grupo estarían Winnicott, Mahler y Kohut, quienes consideran que la agresión es provocada por inadecuación de los factores ambientales. 3) El problema de las relaciones de objeto tempranas; sobre el cual se puede decir que una parte considerable del psicoanálisis postfreudiano enfatiza la importancia de los primeros periodos de vida para la estructuración de la personalidad, y la necesidad de estudiar dichos procesos, incluidos la relación diádica con la madre. Interacción que determina en gran medida la vida mental, principalmente en el aspecto emocional del vínculo. En ésta línea sobresalen Klein (y sus continuadores), Mahler, Winnicott, Kohut y Fairbairn.

A partir del concepto freudiano de objeto y de cómo éste se fue desarrollando en sus diferentes obras (Tres ensayos para una teoría sexual, 1905; Introducción al narcisismo, 1914; los instintos y sus detinos, 1915 y duelo y melancolía, 1917), Lagunas Lamas (1995) establece que existen teóricos que continuaron el lineamiento sobre la "labilidad" de los objetos y sobre cómo el bebé percibe a la madre como objeto, es decir, la madre es percibida como la satisfactora de las necesidades primarias. Dicho

grupo relaciona el desarrollo de las relaciones objetales con el desarrollo del Yo, y por tanto, dependiente de la adquisición de estructuras cognoscitivas que no se encuentran al principio de la vida. Tales ideas forman parte de la denominada Psicología del Yo, y para el grupo que las apoya el bebé no es capaz de percibir a los objetos y las cosas como diferentes de él, puesto que sus estructuras no están lo suficientemente desarrolladas para ello, pues el yo aun no está formado, y es precisamente por medio de las experiencias que tenga el medio, como va estableciendo dichas diferencias. Los teóricos de la psicología del Yo coinciden en que al final del proceso, el niño establece una diferenciación entre él y el medio, pero además establece un fuerte lazo de unión con su madre; todo ello al pasar por varias etapas o periodos que en general se pueden sintetizar en: a) Etapa diferenciada, narcisista o sin el objeto; b) Etapa transitoria y c) Etapa de las relaciones objetales. Aunque cabe aclarar que cada autor establece, según sus observaciones, una serie de etapas. Entre los que se pueden considerar con tendencias a la psicología del Yo, estarían: Anna Freud, Erik Erikson, René Spitz, Margaret Mahler y Heinz Hartmann. Por otro lado, existe otro grupo de teóricos que de alguna manera utilizaron los conceptos freudianos sólo como un fundamento para considerar las respuestas objetales como primarias y no como adquiridas o secundarias. Aquí, la estructura yoica no requiere estar previamente estructurada para comenzar a establecer relaciones objetales. Para éste grupo, es precisamente la relación con el objeto externo y el cómo el infante perciba ésta interacción (placentera y/o displacentera) y lo constante que ésta sea, lo que va a determinar el desarrollo de las estructuras intrapsíquicas. A ésta tradición se le conoce como Teoría de las Relaciones Objetales, en la cual la primera relación objetal temprana es muy primitiva y es establecida con objetos esenciales (Para Klein, por ejemplo, es el pecho), dicha relación está basada en sistemas conductuales propios de la especie, los cuales son activados o desactivados por estímulos que surgen de otras personas y que facilitan la aproximación-interacción entre madre e hijo. Representantes de esa corriente serían: Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Edith Jacobson, Donald Winnicott y Otto Kerneberg.

Complementario al punto anterior y siguiendo a Bleichmar y Liberman (1997), se encuentra que las producciones teóricas postfreudianas pueden dividirse en:

- "a) las teorías generales que proponen un viraje conceptual más o menos radical;
- b) los modelos que reformulan o desarrollan aspectos parciales del sistema psicoanalítico y que por lo tanto no introducen un cambio en sus ideas básicas;
- c) finalmente existen aportes que designan de manera diferente hechos conocidos. Se trata entonces de nuevas denominaciones, es decir de problemas semánticos" (p. 36 y 37).

Así, la Psicología del Yo, que desarrollara Hartmann en los años 40's y 50's (aunque tuvo sus orígenes en los 30's y su pináculo hacia los 60's) tuvo varias metas, una de ellas era el proyecto de crear una psicología general a partir del psicoanálisis, que integrara éste a la psicología académica. Debido a las dificultades metodológicas, eso no se ha cumplido, pues el psicoanálisis trabaja con su propio método basado en la clínica de la sesión analítica y que de ahí obtiene sus conclusiones. Método que difícilmente se comparte con otras ciencias o con los psicólogos experimentales. En lo que ha ayudado la psicología del Yo es a que el psicoanálisis progrese en cuanto a la comprensión de problemas como el del narcisismo, los procesos defensivos, aspectos de la técnica analítica y la utilización del modelo estructural de la segunda tópica. En ésta teoría se intentó pasar de una psicología del ello (la cual está basada en los impulsos) a una psicología del yo, en la que se enfatizan los aspectos de la realidad externa y la adaptación del sujeto a ella. A juicio de Bleichmar y Liberman (1997), ésta teoría es algo hiperrealista en el sentido que limita la comprensión de la compleja subjetividad humana y de las motivaciones, supone además una realidad objetiva externa al sujeto y una adaptación realista a la misma.

En cuanto a los cambios que van de S. Freud a M. Klein, a juicio de los ya mencionados, se destacan: 1) el que la estructura mental se concibe como un sistema de objetos internos que son producto de transacciones de relaciones objetales y de la fantasía inconsciente. Y 2) se propone un sistema de relaciones afectivas que se pueden agrupar en los conceptos de posición esquizo-paranoide y depresiva que organizan las actitudes, vínculos y el funcionamiento psíquico de manera general. Categorizando de tal manera, Klein sostiene que el conflicto psíquico está basado en la lucha de emociones y fantasías inconscientes hacia los objetos tanto internos como externos, lo cual es diferente del clásico conflicto entre el impulso y la defensa. A éste enfoque se le denomina personalístico, y en el se destacan las relaciones de objeto personalizándolas. Entre los problemas que se pueden considerar de ésta postura estarían principalmente el que se enfatiza exageradamente en el punto de vista genético, el cual la lleva a pensar que toda fantasía del adulto es como una repetición del estado por el cual atravesó el bebé en las primeras etapas de su vida. El otro problema podría ser el papel de las pulsiones de vida y de muerte, las cuales son tomadas como determinantes de los acontecimientos psíquicos, sin darle un equilibrio recíproco con la influencia de la madre y del ambiente. Positivamente, un avance que logra Klein en la técnica psicoanalítica es el insistir en la necesidad de analizar tanto la transferencia latente como la manifiesta, así como darle su debida importancia tanto a la transferencia positiva como a la negativa.

El enfoque de Jacques Lacan, constituye finalmente para los autores ya señalados, una reformulación de los fundamentos de las categorías psicoanalíticas. Para J. Lacan existe un sistema relacional intersubjetivo que define al sujeto por su situación en la estructura interpersonal y ante la cultura, por ello su postura es conocida principalmente como estructuralista. Aquí, el falo es el significante primordial y la metáfora del nombre del padre dan el lugar y la identidad. Éste autor incorpora a su teoría la lingüística estructuralista (especialmente de Saussure) y la antropología estructural, las cuales le permitieron reconsiderar casi todos los aspectos de la metapsicología y de la práctica psicoanalíticas. Y aunque su teoría tiene un alto nivel de formalización, rigurosidad y coherencia interna, no logra ni más coherencia, ni es más completa que las demás. Los principales argumentos encontrados en oposición a ésta teoría serían: el verla o tomarla como el único sistema psicoanalítico aceptable; también, se observa un déficit en la conceptualización de los afectos y las consecuencias técnicas como el de la escansión (o la interrupción de la sesión). Por otro lado, Lacan es considerado un extremo en la polémica ambiente-individuo en el sentido de que el lugar en el que queda ubicado el sujeto es inapelable; para él un sujeto se constituye de afuera hacia adentro. Positivamente, su teoría resuelve ciertos aspectos del psicoanálisis como el del narcisismo y la relación entre el sujeto y la cultura, además de dar modelos que se toman como apropiados para pensar en la estructura del inconsciente y la conexión entre la base biológica, las representaciones psíquicas y el ambiente.

En general, como lo indican también Bleichmar y Liberman (1997) de los anteriores enfoques se puede decir que:

"Melanie Klein propone un sistema de amor odio luchando dentro de la mente; Lacan define al hombre como prisionero de la estructura que lo determina; la psicología del yo describe a un ser humano que pugna por adaptarse a la realidad, debiendo para ello encontrar un equilibrio entre sus impulsos y sus defensas. Podemos decir, quizás usando metáforas demasiado simples, que el modelo de la psicología del yo es el de un organismo biológico, el de Lacan es estructuralista y el de Klein es una "ética" de los objetos internos" (p. 40)

Cabe señalar que la gran cantidad de enfoques teóricos y técnicos que actualmente existen en psicoanálisis plantean problemas tanto de tipo epistemológicos como prácticos (que se tratan de abordar en los siguientes incisos); además, cada enfoque desde su visión, soluciona algunos problemas y deja abiertos otros. Por ello se tiene que, no importa si es freudiano o postfreudiano, por el momento no existe una teoría capaz de resolver todos los problemas, así como tampoco hay una obra que sea homogénea, ni todas las propuestas de alguna escuela pueden ser aceptadas en su totalidad.

### 3.2. Definición de clínica psicoanalítica.

En ésta sección lo que se intenta es tratar de definir qué es la clínica psicoanalítica, ello obviamente a través de ver la parte del psicoanálisis que se centra en dar cuenta de su aplicabilidad en la atención de personas con algún "trastorno o padecimiento", tratando además de no descuidar la teoría. Ahora bien, pártase aquí de la definición que da Freud (1999) del psicoanálisis:

"Psicoanálisis es el nombre: 1º De un método para la investigación de procesos anímicos capaces accesibles de otro modo. 2º De un método terapéutico de perturbaciones neuróticas basadas en tal investigación; 3º De una serie de conocimientos psicológicos así adquiridos, que van constituyendo paulatinamente una nueva disciplina científica" (p. 30)

Siendo la segunda acepción la que interesa desarrollar aquí, permítasenos opinar de la primera que a simple vista (debido tal vez a la traducción), podría parecer poco clara; y la cuestión es que en otros textos se puede encontrar que Freud (1923/1955, citado por Lazar, 2001) y Freud (1922 citado por: Aguado, Aranda y Ochoa, 1999) establecía el psicoanálisis como: un procedimiento para la investigación de procesos mentales los cuales son casi inaccesibles por cualquier otra vía. La tercera acepción tendría que ver con es aspecto epistemológico del psicoanálisis. Esto puede entenderse en parte, si se toma en cuenta que en esta disciplina la pregunta, ¿cómo conocemos? es inherente e inextricable a la pregunta ¿qué conocemos? visto desde que el sujeto mismo está conociendo lo que está en cuestión. En otras palabras, la información es la del paciente, a través de él y con él (Lazar, 2001). La situación entonces, tiende o apunta hacia el aspecto subjetivo manejado afortunada e inevitablemente en la clínica, pero además se trastoca el sentido epistemológico o del conocimiento en psicoanálisis.

Si se hace referencia a la definición que hacen otros autores del psicoanálisis, se puede encontrar con que la mayoría de ellos retoma la ya escrita más arriba. Por ejemplo, Etchegoyen (1996, en: Herrmann, 1996), indica que S. Freud definió el psicoanálisis como un método de investigación, una teoría de la personalidad y una psicoterapia a los trastornos neuróticos. También hay quienes, como Bleichmar y Liberman (1997), después de investigar y reflexionar acerca del psicoanálisis postfreudiano, y observar la diversidad en tendencias e hipótesis, sostienen que el psicoanálisis es una ciencia psicodinámica, con su propio método y con capacidades para explicar y predecir fenómenos a través de su aplicación. Por psicodinamia o ciencia psicodinámica se puede entender, aquella que trata de la conducta humana y que intenta explicar y predecir el comportamiento del individuo en términos

motivacionales e impulsos de carácter fundamentalmente emocional e inconsciente (Frazier y Carr, 1984).

Así, parecería redundante utilizar el término de clínica antecediendo al de psicoanálisis, pues una –o la principal- actividad del mismo se da en la clínica, o en una de las áreas en que suele dividirse a la psicología. Más, si se considera que en la definición freudiana de más arriba, el psicoanálisis es considerado por su creador como un método de investigación que a su vez es la base de un método terapéutico que genera conocimientos. De tal manera que el tratar de abordar un aspecto de ésta holística disciplina, de forma separada a sus demás aspectos presenta cierta dificultad.

Esto es, aunque la mayoría (sino es que todos) los autores consultados para elaborar éste trabajo tocan el tema de la clínica psicoanalítica, ninguno da una definición y al igual que en el caso de la psicología clínica, se encuentra una serie de características que señalan con que tiene que ver, qué implica, o bien se ilustra con algunos casos; todo lo cual ayuda a formarse una idea de lo que representa y/o comprende. Ante tal cuestión, tentativamente se puede manejar aquí, que la clínica psicoanalítica es la situación de análisis, la cual en primer lugar constituye una parte, tal vez la más importante, del psicoanálisis –pero no es el psicoanálisis en sí, pues como se observa en la definición de esta disciplina, también es investigación y teorización-. En segundo lugar, dicha situación analítica, posee su propio método y sus propias características, las cuales a su vez están estrechamente vinculadas con los otros componentes del psicoanálisis; aunque también se podría hablar de métodos debido al desarrollo del psicoanálisis hasta nuestros días, vaya, no es lo mismo el análisis que hacen los psicólogos del yo, que el que hacen los lacanianos (se aborda lo referente al método psicoanalítico en el siguiente inciso),. Ahora bien, para que no se interprete como sólo un manejo de sinónimos en la definición que se da aquí, en los siguientes apartados se trata de ilustrar en que consiste la situación de análisis, en la que tienen que ver desde la teoría, pasando por el tipo de profesionista que la ejerce, hasta su campo de trabajo y sus actividades más comunes. Así, se pretende responder no sólo el qué, sino en parte al cómo, al dónde y al cuándo, que se pueden llegar a comprender en una definición (Freud, 1999; Bleichmar y Liberman, 1997; Herrmann, 1996; Pascualini, 1993; Cortés y Aguado y cols., 1999; Pérez Álvarez, 2001; y Davil, 1983).

### 3.2.1. Características.

En esta sección se tiene el que, por una parte, como teoría el psicoanálisis considera algunos factores indispensables para su constitución, por otra, el que en su práctica se debe utilizar su método, pero además no se puede dar sin un sujeto. Así, Freud (1999) reúne algunos factores que constituyen el contenido de la teoría del psicoanálisis, estos se pueden agrupar de la siguiente manera: 1) La acentuación de la vida afectiva, del dinamismo anímico y de la plenitud de sentido y determinación incluso de los fenómenos psíquicos aparentemente oscuros y arbitrarios. 2) El conflicto psíquico y la naturaleza patógena de la represión. 3) El concepto de que los síntomas patológicos son satisfactores sustitutos, y 4) el descubrimientos de la significación etiológica de la vida sexual, y especialmente de los brotes infantiles de la misma. En resumen, la vida afectiva y su dinamismo, el conflicto psíquico, el síntoma como sustituto de satisfacción, y la importancia de la vida sexual y su desarrollo. Pero a estos factores se les puede agregar un quinto, el cual se refiere al tener que adoptar el punto de vista de que lo psíquico no coincide con lo consciente, y que los procesos psíquicos son en sí inconscientes y únicamente por la función de ciertas instancias son hechos conscientes.

Por su parte, Perres (1988, citado por Cortés, 1999, op. cit.), explica el lugar de la práctica clínica y el conjunto de sus características. Y con fines didácticos indica que el psicoanálisis se puede estructurar en dos discursos: el teórico y el clínico, en dos saberes: el saber sobre el inconsciente y el saber del inconsciente; y en tres dimensiones: la transferencia, la interpretación y la teoría. Respecto a la esfera de los dos saberes, Aguado, Aranda y Ochoa (1999 en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999), mencionan que estos se pueden distinguir por que: el saber sobre lo inconsciente (que correspondería con el discurso teórico), es el resultado del proceso de formalización de una experiencia que deriva en un conocimiento determinado, y da lugar a la teoría psicoanalítica para sumarse al universo de ideas. Mientras el saber de lo inconsciente o del analizado (que correspondería con la práctica clínica) es un saber en donde lo inconsciente cumple su función que se produce sólo en relación con el Otro, pues nace de la transferencia. Es el resultado de una demanda de saber, que por serlo implica tanto la imposibilidad de su satisfacción como la posibilidad de producir algo en torno a la propia verdad del sujeto. Así, éste saber sería propio y relativo a cada sujeto.

Cabe aclarar, como lo hacen Bleichmar y Leiberman (1997), que algunos psicoanalistas, entre otros profesionistas, creen que el inconsciente es un objeto que se estudia en la sesión analítica. Éste no era el concepto de S. Freud, pues se sigue pensando que los procesos inconscientes y los conflictos

de sexualidad humana, en el sentido amplio del término, existen fuera del psicoanálisis. El creador del mismo, los descubrió a través de un método especial de estudio, es decir, la técnica analítica.

De forma abreviada se puede señalar que, generalmente se encuentra en la disciplina psicoanalítica, el que es inseparable el hablar de la práctica (clínica) y la teoría sobre la misma. Ello a razón de que lo encontrado y/u observado se contempla tomando en cuenta un cúmulo considerable de conocimientos, o bien, se van generando nuevos sesión a sesión, caso a caso. Y por decirlo de alguna manera el teorizar y conceptualizar no surgen por generación espontánea, es más bien producto de un proceso de constante observación y cuestionamiento relativos a la experiencia sui géneris que produce el análisis; experiencia que es vivida bilateralmente por el analista y por el analizado (o paciente) y que culmina en una verdad, la de éste último. Verdad que es accesible si se supera el narcisismo, la omnipotencia y la omnisciencia del analista (Freud, 1999; Bleichmar y Leiberman, 1997; Aguado, Aranda y Ochoa, 1999 en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999; Aguado, Aranda y Ochoa, 1999; Herrmann, 1996; y Davil, 1983).

Ahora bien, el cómo se llega a esa verdad en la práctica clínica, es una cuestión que está estrechamente ligada con lo que caracteriza de forma principal al psicoanálisis, es decir, su método. Algo que dice Freud (1999) acerca del método psicoanalítico es que a diferencia de otros (como los sugestivos y persuasivos, entre otros), no se intenta sojuzgar autoritariamente ningún fenómeno psíquico del sujeto. Éste procura descubrir la causa del fenómeno y suprimirlo por medio de una modificación duradera de sus condiciones originales. La influencia inevitable del analista es orientada hacia la superación de las resistencias, tarea encomendada al paciente mismo. Aunque en general, precisamente el surgimiento de las resistencias protege al analista contra una posible acción indeseable de la influencia sugestiva. La finalidad del tratamiento se puede concretar en procurar al sujeto, a través de la supresión de las resistencias y el examen de sus represiones, una completa unificación y un robustecimiento de su yo, ahorrarle el gasto psíquico exigido por sus conflictos internos, hacer de él lo mejor que se pueda conciliando con sus capacidades y disposiciones, y hacerlo capaz de rendimiento y de goce. La supresión de los síntomas no se considera como un fin especial, pero es logrado a condición de practicar debidamente el análisis, como resultado accesorio. Por último, el analista respeta la peculiaridad del paciente y no procura modificarla conforme a sus propios ideales, por lo que le es grato ahorrarse consejos y despertar en el analizado la iniciativa.

Cabe señalar que el método psicoanalítico surgió del proceso, en el que su creador fue sustituyendo los métodos hipnóticos y sugestivos hasta llegar al del psicoanálisis (como se vio

anteriormente). De tal manera que como lo refieren Bleichmar y Leiberman (1997), éste método se basa en la asociación libre y el estudio de la transferencia en la situación analítica. La concepción teórica subyacente es la relación de objeto. La transferencia, como repetición de vínculos primarios, proporciona una base para el estudio de las emociones y las fantasías. Se repite la transferencia en todas las relaciones interpersonales y el método psicoanalítico da las bases para su estudio de la manera menos distorsionada posible. Complementario a esto, se tiene que para Aguado y cols. (1999), en la definición que da S. Freud (ver apartado de definición), en la que tanto el método de investigación como el de intervención coinciden, pues a medida que avanza el proceso de investigación se produce un saber que modifica al sujeto y de ésta forma alcanza la cura; el método al que se hace referencia está conformado por dos reglas básicas, la de asociación libre y la de atención flotante de las cuales ya se hizo referencia anteriormente, y que además de constituirse como características de la situación analítica también forman parte de las actividades del psicoanalista. Por otro lado estos autores indican además que a partir de la implementación de éstas dos reglas fundamentales básicas que norman la intervención psicoanalítica, se establece una particular vinculación entre el analista y el analizado que hace necesario establecer una serie de condiciones, en las que también se establece un contrato y que se denomina encuadre. Otros autores como Herrmann (1996) lo denomina setting o marco. Y a partir de éstas condiciones, se da lugar a un proceso que tiene como base la existencia de la transferencia que permite la estructuración de una demanda de análisis. Lo cual lleva a su vez al proceso de interpretación. A partir de éstas características básicas que rigen la práctica clínica psicoanalítica se derivan algunas implicaciones que permiten delimitar la especificidad de dicha práctica, éstas se refieren a: *La asimetría*, la cual consistiría en que el analista no deba asumir el lugar de poder que le es ofrecido por el analizado al considerarlo depositario del saber; más bien se debe reconocer que tal no existe. Éste fenómeno de saber-poder se suele ubicar del lado del analista por efecto de la transferencia, lo cual permitiría pensar en la posibilidad de ejercer un control, sin embargo, gracias a la imposición de las anteriores reglas metodológicas se renuncia a ésta forma de control desde el principio. Otros elementos implicados serían: *La regla de abstinencia*, que es aquella a la que se somete el analista, para no emitir juicios o valoraciones acerca de la información que le proporciona el analizado. *La realidad psíquica*, que es la información o material que proporciona el sujeto, esto es, su mundo interno. Y *la cura*, en donde se deben considerar factores biológicos, sociales, políticos y en general culturales, así como el concepto que se tenga del proceso salud-enfermedad, que deriva de vivir en determinada sociedad. El objetivo a

alcanzar a partir de la intervención clínica se puede definir como el proceso de reconstrucción histórica del pasado del analizado.

Acercas de éste proceso, Pasqualini (1983), señala que un psicoanálisis de lo que se trata es de hacer responsable al analizado de su propio pasado por medio del relato de su historia, con la finalidad de lograr producir una identificación con la misma, para lo cual es necesario poner los recuerdos en palabras (y entiéndase ésta acción como otra particularidad de la clínica psicoanalítica –es decir, el considerar en gran medida el discurso del paciente). La diferencia entre pasado e historia para éste autor, es que el pasado queda como lo que ya fue y por tanto es inerte, y la historia en cambio transforma el pasado en un *sido*. No hay presente ni pasado ni futuro, sino que el pasado es un *sido* que no terminó de ser o no llegó a ser y no un *fue* que queda como causa fuera del sujeto. Por eso el sujeto aquí no es causa final sino que es objeto causa, pues se funda como objeto de deseo.

Avendaño (1998) opina que en la posición psicoanalítica la conformación de los recuerdos estaría envuelta por el misterio, pues no existen esquemas que satisfagan plenamente las diversas ideas de cómo se conforma el pasado y cómo éste da forma al presente. Así, situaciones, diálogos, sueños, olvidos, deseos y formas de relacionarse con el mundo, son materia prima que pone en movimiento los vínculos de la intersubjetividad, en donde el sujeto no sólo es palabra sino la enunciación de la misma, considerando la expresión y manifestación de los titubeos y las dudas como resultado no sólo de sus razones sino también de sus sinrazones.

Ahora, el deseo se representa hacia adentro como identidad y como realidad hacia fuera. El analizado lucha por mantener esas representaciones de sí mismo y del mundo que ha cristalizado su deseo y aparecen en el campo analítico como creencias y/o fantasías. La creencia es una función psíquica que le va a permitir al sujeto las representaciones que su deseo alimenta; creencias que van a ser cuestionadas con la interpretación. En términos freudianos, en la fantasía el deseo inconsciente y lo prohibido a que está ligada es lo que el sujeto pone en escena y por lo tanto, el material con el que se trabaja en el proceso analítico es la realidad psíquica, realidad que es simbólica de los que ahí se encuentran. Por todo ello, se puede definir también a la cura como un cambio de posición del analizado con respecto al lugar que ocupa el analista y el lugar que ocupa él mismo con relación a su propio saber, que lo conduce a enunciar algo relativo a su propia verdad (Herrmann, 1996; Aguado y cols, 1999; y Pasqualini, 1983)

### 3.3. La clínica psicoanalítica en la actualidad.

Es necesario, antes de continuar con ésta vena expositiva, el hacer referencia a lo que en la actualidad se puede considerar la clínica psicoanalítica, la razón de ello, es que ante la evolución de la cultura y el desarrollo científico, han existido una diversidad de cambios en varios aspectos que afectan la cotidianidad del ser humano en general; recuérdese aquí que no son procesos exentos el desarrollo de la ciencia y el de la cultura, más si se observa la tendencia a globalizar la cultura. El psicoanálisis por su parte tampoco es ajeno a dichos cambios.

Considerando eso, se pueden referir algunas opiniones con respecto a, por un lado el psicoanálisis al interior –o cómo es que se observan y dan los cambios interiormente en la disciplina-; y por otro, el psicoanálisis con relación a los procesos y cambios sociales.

De ésta manera, se tiene que para Bleichmar y Leiberman (1997), en la actualidad algunas ideas freudianas subsisten casi sin modificación pues constituyen la esencia o núcleo del psicoanálisis, éstas serían: el inconsciente, la transferencia, la sexualidad infantil, el complejo de Edipo y las bases técnicas como la regla de asociación libre, la abstinencia del analista y la interpretación como principal recurso del terapeuta. Otras ideas fueron reelaboradas al producirse un deslizamiento de sentido y aunque se guarda la terminología en el significado profundo se observan cambios, o se relaciona poco con el original (ejemplo de ello es el caso de el narcisismo principalmente en las teorías de M. Klein y en las de J. Lacan). Otro destino de las ideas de S. Freud, ha sido la no aceptación la crítica profunda o la no consideración (por ejemplo la teoría de la sexualidad femenina). Se podría decir incluso que se están abordando los mismos hechos desde marcos referenciales distintos creándose un problema semántico. O bien, que las escuelas actuales plantean aspectos técnicos y formas de entender el proceso analítico, en parte de forma diferente a cómo lo concibió su creador. Cada corriente trata de resolver problemas que o fueron evidentes o no fueron solucionados por las anteriores teorías. Por lo que, para estos autores, todo momento del conocimiento es un punto del desarrollo entre un pasado que se supera y un futuro que a la vez cambiará lo que se piensa en la actualidad.

También se podría decir que actualmente el psicoanálisis cuenta con una gran diversidad de hipótesis –algunas con criterios novedosos-, que le permiten cubrir una cantidad considerable de problemas psíquicos. Vale la pena hacer un paréntesis aquí para señalar que epistemológicamente, en psicoanálisis hay dos situaciones principales que promueven cambios, una de ellas es la que surge de la práctica clínica, lo cual está vinculado con el tipo de individuos con que se trabaje o que se tenga en análisis. La otra situación que puede llevar a cambios teóricos o a formar nuevos modelos, es la

introducción de elementos o disciplinas extrapsicoanalíticas, como puede ser el caso de J. Lacan y su reformulación a partir de su compromiso con el estructuralismo o la lingüística, o también el caso de Hartmann con su coqueteo hacia el positivismo. Ahora bien, el que haya una diversidad de hipótesis, sin embargo, también permite que las perspectivas teórica y clínica se compliquen; de tal manera que en éste momento se podría hablar de muchos psicoanálisis. Pero se tiene presente que la esencia de la disciplina y sus principios básicos continúan unificados y es a partir de ahí que se construyen técnicas y teorías, las cuales en algún momento dejan ver que los mismos problemas se designan de distinta manera, por lo que parecería que el psicoanálisis se ha convertido en una torre de Babel. Y sin embargo, ésta proliferación de teorías no ejerce –según los autores- gran preocupación a los psicoanalistas pues si bien complejiza el campo de observación y teorización, también lo enriquece. Esto al igual que en otras disciplinas es producto del crecimiento. Y se debería hacer la pregunta de si una teoría es un instrumento de observación que define al campo en estudio; pues no hay duda de que cada teoría posibilita observar algunos hechos y otros no. La experiencia clínica permite suponer que algunas teorías resuelven mejor ciertos problemas. S. Freud pasó de la hipnosis a la asociación libre y al psicoanálisis por que se encontró con dificultades que imponían un viraje, como la reaparición del síntoma o los sujetos que no eran sugestionables. Entonces, se prefieren algunas teorías sobre otras porque en la práctica parecen superiores. Agréguese a esto, el que al no agruparse uniformemente las hipótesis de las distintas teorías, algunos psicoanalistas pueden preferir tomar un aspecto de una teoría para un problema y otros puntos de otra para resolver una cuestión. Tal postura permite muchas combinaciones, pero exige un esfuerzo por mantener una coherencia entre la técnica, esto es, entre lo que se piensa y lo que se hace y entre las hipótesis dentro de la perspectiva elegida. Esto último se menciona por que frente a la proliferación de teorías se suelen producir dos posturas: el eclecticismo o el dogmatismo, que sería la aceptación incondicional y sin crítica de las teorías que se sustenta con el riesgo de creerla al pie de la letra, y no como sólo una teoría que con el paso del tiempo demostrará sus ventajas y limitaciones. El problema crucial (como se verá en un próximo apartado) sería entonces en optar por una teoría y por una técnica.

Con respecto al psicoanálisis en relación con los fenómenos sociales, se puede indicar que hoy en día ésta disciplina forma parte de nuestra vida cotidiana prácticamente en todos sus aspectos, pues al parecer ha dejado de ser únicamente un medio de tratamiento de los padecimientos psicológicos y está prácticamente incorporado en todas las ramas de las ciencias humanas –o del espíritu-. Sus conceptos, sin embargo, a menudo son desvirtuados y desnaturalizados, al ser utilizados en otras

disciplinas. Los medios masivos de comunicación los hacen circular haciéndolos correr el riesgo de convertirse en palabras vacías de un vocabulario desgastado (Daviil, 1983). Pero esta actitud mediocre no sólo se observa en ese nivel, pues en gran parte también se da en los que deberían tener cierto interés en utilizarlas como es el caso de algunos psicólogos, es decir,

"No es raro identificar a diversa generaciones de psicólogos que han incorporado a su lenguaje profesional algunos conceptos psicoanalíticos cuya utilización y significado dista mucho de lo que este cuerpo teórico propone" (Cortés, 1999, op. cit., p. 211)

Más como señala Davil (1983), el psicoanálisis no es inocente, pues le atraen los gustos de moda y los escándalos que ha provocado, al mismo tiempo le han resultado de utilidad. Se complace en repetir que exhala azufre y como decía su creador con aire divertido "No saben que les traemos la peste" (p. 19). Pero también esta disciplina necesita perfume y lucha por defender su carácter científico, y al mismo tiempo se considera una praxis. Despertando el enojo de hipócritas engreídos, defensores de la ciencia y de la medicina, y, contrariamente, entusiasmando a un sector de la intelectualidad de diversas profesiones.

Por otro lado, se tiene el cómo es éste psicoanálisis en la sociedad actual. Sobre esto, Cortés (1999, op. cit.) opina que si en la época en que S. Freud comenzó a dar cuenta de sus descubrimientos, era la moral victoriana la que provocaba una serie de malestares, en la actualidad el malestar tendría como origen a eso que se ha dado en llamar el modelo neoliberal, que pretende que las personas acepten que lo que impera no es ya la ideología sino el mercado. Complementando ésta opinión puede decirse que en la posguerra y hasta nuestro días, los estadounidenses se han convertido en una potencia, cuya influencia es determinante en la cultura mundial, pues entre otras cosas ha promovido la descarga de los impulsos, actuando con mayor "liberalidad". Esto se observa en la apertura de la expresión de la sexualidad, así como de la mayor expresión de conductas agresivas, principalmente en las ciudades. Además, en el momento histórico que vivimos, que se puede decir de gran diversidad dentro de la globalización mundial; en el que las comunicaciones que se dan entre las más lejanas partes del globo son inmediatas (vía internet, por ejemplo), se pierden las características de la localidad y la individualidad, ya que ahora todos somos seres universales, se disuelven las características regionales, para preservarlas de la cultura dominante. Y el costo por tener los avances tecnológicos que permiten obtener una gran información de todo el planeta, es una tendencia a uniformar a los hombres, y a tratarlos como una masa, sin considerar región, cultura y costumbres; lo que puede ocasionar una

perdida de identidad; identidad que eriksonianamente sería la confianza y sensación de ser uno mismo, con sus capacidades, y con la continuidad que hay con lo que la persona ha sido en el pasado, y con el significado que tiene para los demás (Plaza, 2002). Sobre el cómo repercute éste proceso globalizador en el sujeto, Avendaño (1998) indica que:

"Ya algunos han señalado y reiterado que los resultados de la modernidad obligan al olvido. Así la tradición, anclaje sostén de los viejos estilos de vida se disuelven en un mundo que vive el aquí y el ahora, porque el pasado simplemente ya no representa un espacio de experiencia y las expectativas se desvanecen en un mundo en el que las historias que reciclaban la esperanza tiende a ingresar al museo de las prácticas olvidadas. Tal vez en los recientes años se ha agudizado el sentido de individualidad manifestado fundamentalmente, en el olvido de nuestra historia, ¿quién recuerda su pasado reciente, el inmediato y todavía más el lejano?, ¿quién se reconoce en las tradiciones de sus ancestros?

Así, al sujeto moderno el pasado ya no le interpela, la historia es una voz apagada que se disuelve en el presente, pero el olvido tiene sus propios sentidos, lo negado asalta al sujeto con la pregunta sobre el origen, ¿cómo se origina la sujeción?, ¿a qué elementos se sujeta?, ¿por medio de qué mecanismos la sujeción opera para dar lugar al olvido?" ([www.iztacala.unam.mx](http://www.iztacala.unam.mx)).

Las consecuencias de dicho proceso, pueden ser también que el sujeto se sobreidentifique con las multitudes o con sus líderes, poniendo en estos su ideal del yo, volviéndose sumamente influenciado. O bien, que se de una pseudo identificación, o identificación aparente o momentánea, según la utilidad de las circunstancias. Aquí, la angustia de perder la identidad, hace que se gaste mucha energía en defenderse de tal situación, sin que el individuo se percate de ello (Freud, 1920 y Erikson, 1983; citados por: Plaza, 2002). Y si a esto se le agrega el que en las ciudades occidentales la vida es notablemente rápida y la competencia que promueve la economía capitalista es cada vez mayor y más encarnizada, haciendo parecer que de lo que se trata es tener más que los demás, revistiendo al sujeto de una imagen de valoración personal aparente. También en la medida en que las ciudades son más grandes, la complejidad para poder vivir en ellas es mayor, pues las grandes concentraciones humanas crean fuertes presiones, pues se compite por el empleo, por la vivienda y en general por obtener satisfactores, que se vuelven cada vez más caros, y la calidad de vida disminuye por los espacios de que se disponen. Estos factores, entre infinidad, provocan: 1) que las personas vivan pendientes de su entorno olvidando sus necesidades internas afectivas; 2) que existan cada vez menos momentos que permitan la tranquilidad y la interiorización, y 3) una serie de patologías, entre las que destacaría el narcisismo, el cual promueve la valoración de la apariencia externa, en contraste con la

sensación de vacío interno con la que cuenta, en éste tipo de estructura psíquica (del cual se podrían desprender y ligar un sin fin de patologías, como puede ser la anorexia) las personas no permiten que los demás penetren en su intimidad afectiva, para no ser descubiertas por su pobreza interna. Finalmente, una de las propuestas que hace Plaza (2002), al respecto de la situación que se vive actualmente, es en primer lugar, la intervención del psicoanálisis en la atención emocional de las personas, pues lo que se brinda con él es, entre otras cosas, el mantenimiento de esa identidad a través del autoconocimiento, pues se pretende que el sujeto sea congruente consigo mismo, con su historia y con su mundo interno; y en segundo lugar sería el privilegiar la atención psicoterapéutica de grupo, esto a razón de que la interacción hace que las personas pongan en juego toda su personalidad, lo que brinda al analista un prolífico campo para la interpretación y el trabajo analítico, y en general brinda una serie de oportunidades para el trabajo terapéutico, que deben ser aprovechadas.

En general se observa cómo el psicoanálisis y -tal vez más importante-, su práctica, no están exentos en la actualidad, en una actualidad que enfrenta una serie de retos, y situaciones históricas y culturales como las que produce la globalización.

### 3.4. Concepto de psicoanalista.

En éste apartado, la cuestión a responder tal vez sea ¿qué es un psicoanalista?, y sucintamente se podría responder que: es aquel profesionista que emplea el método psicoanalítico en el desarrollo de su quehacer, o el que es capaz de llevar a cabo un psicoanálisis. Ello considerando lo que ya se ha tratado hasta aquí sobre la disciplina. O bien, se podría acudir a alguna definición previamente elaborada, como la que ofrecen Frazier y Carr (1984), quienes entienden por "Psicoanalista: el que practica la psicoterapia por la técnica del psicoanálisis; generalmente se trata de un médico, aunque existen otros especialistas conocedores de ésta técnica" (p. 137).

Y desde aquí obsérvese el que al psicoanalista se le suele asociar con el método, con la medicina y con la psicoterapia, más como se verá más adelante, el que se le relacione con la medicina es un aspecto que constituía cierto debate hasta hace algunos años; pues se tenía en cuenta la profesión de la cual había surgido S. Freud; más como él mismo lo señaló en su texto de *la cuestión del análisis profano*, el psicoanálisis tiene más que ver con la psicología o las ciencias del espíritu que con la medicina.

Por eso, de forma similar a como se abordó el concepto del psicólogo clínico, en el capítulo dos de este trabajo, se trata aquí lo relativo al psicoanalista; esto es, que para poder dar una definición o mejor dicho una conceptualización de éste profesional, se tendrían que responder algunas cuestiones que se relacionan con los requisitos o perfil a cubrir para ser un psicoanalista; así como las relacionadas con su quehacer o actividades que realiza comúnmente, y también las relacionadas con el campo o área donde desarrolla dichas actividades.

Así pues, en los siguientes apartados se tratan dichas cuestiones complementarias al concepto de psicoanalista, mismas que le brindan una identidad.

### **3.4.1. El psicoanalista como profesionista.**

Si se le preguntara a Freud (1999), cuales son los requisitos para ser psicoanalista, tal vez una primera respuesta sería que los principales pilares de la teoría psicoanalítica son: “la hipótesis de la existencia de procesos psíquicos inconscientes, el reconocimiento de la teoría de la resistencia y la de la represión, la valoración de la sexualidad y del complejo de Edipo, son los contenidos capitales del psicoanálisis y los fundamentos de su teoría, quien no los acepta en su totalidad no debe contarse entre los psicoanalistas” (p. 45). Así, como se observa, la respuesta señala algunas de las características del psicoanálisis que deben ser aceptadas por quien pretenda ser analista. Sin embargo, esto, como se verá más adelante, se ha complicado principalmente por la diversidad de ideas existentes en el psicoanálisis.

Ahora bien, acerca de quiénes pueden aspirar a ser psicoanalistas, se puede señalar que para Davil (1983), el psicoanalista puede ser médico y a menudo psiquiatra, pero existen profesionales que no cuentan con el título médico. Muchos de ellos son psicólogos, filósofos o personas que han realizado estudios universitarios en otras ramas de las ciencias humanas. De ésta manera, cuando se aduce al respecto, se tiene que abordar inevitablemente el tema del psicoanálisis profano, del cual Freud (1999) explica que:

“En efecto, destaqué la tesis de que no importaría si el analista posee o no un diploma médico, sino que lo fundamental es si ha adquirido la capacitación especial que requiere para el ejercicio del análisis. De aquí arrancó la discusión, tan fervientemente llevada por mis colegas, acerca de cuál sería la formación más conveniente para un analista. Mi propia opinión era entonces –y sigue siendo ahora- que en modo alguno es la prescrita por la Universidad para los futuros médicos. Lo que se conoce como formación médica me parece un acceso arduo y tortuoso a la profesión analítica, pues si bien ofrece al analista muchos elementos indispensables, lo carga también con muchas otras cosas que de nada podrán servirle y lo expone además

a que su interés y su entera manera de pensar se aparten de la comprensión de los fenómenos psíquicos. Aún está por crearse el plan de enseñanza para el analista; sin duda habrá de comprender temas de las ciencias del espíritu, de psicología, historia de la cultura y sociología, así como de anatomía, biología y genética. Hay tanto que aprender en estos terrenos, que es justificable omitir de dicho programa cuanto no guarde una relación directa con la práctica del análisis y sólo contribuya indirectamente, como cualquier otro tipo de estudio, al adiestramiento del intelecto y de la capacidad de observación sensorial." (p. 336 y 337).

Y se puede agregar que:

"..., he dado por sentado que el psicoanálisis no es una rama especializada de la medicina, y por mi parte no concibo que sea posible dejar de reconocerlo. El psicoanálisis es una parte de la psicología, ni siquiera de la psicología médica en el viejo sentido del término, ni de la psicología de los procesos mórbidos, sino simplemente de la psicología a secas. No representa, por cierto, la totalidad de la psicología, sino su infraestructura, quizá aun todo su fundamento." (p. 337)

Algunas de las razones que él da para desconfiar de los médicos y no dejarles en su totalidad el manejo del psicoanálisis, se refieren entre otras, al recordar el frío recibimiento, por un lado, y por otro la enconada animosidad, por parte de la profesión médica hacia el psicoanálisis desde el comienzo. Otra razón serían las fuertes dudas de la solicitud de los médicos por apropiarse del psicoanálisis, pues podría tratarse de intentar poseerlo con el propósito de destruirlo, para preservar el objeto, es decir, lo médico. Pero habría tal vez otra razón, que a saber, es su propia confesión o como el lo llama su presentación de credenciales, al mencionar que:

"Después de cuarenta y un años de actividad médica, mi autoconocimiento me dice que nunca fui un verdadero médico. Ingresé en la profesión porque se me obligó a apartarme de mi propósito original, y el triunfo de mi vida reside precisamente en que, después de un largo rodeo, he vuelto a encontrar mi primitiva orientación. De mi infancia no tengo ningún recuerdo de haber sentido la necesidad de socorrer a la humanidad doliente; mi innata disposición sádica no era muy grande, de modo que no tuvo necesidad de desarrollar este derivado suyo. Tampoco me dediqué nunca a <<jugar al doctor>>; mi curiosidad infantil siguió sin duda otros caminos. En mi juventud se apoderó de mí la omnipotente necesidad de comprender algo acerca de los enigmas del mundo en que vivimos y de contribuir quizá con algo a su solución." (p. 338)

Considérense entonces razones personales en su proceder; lo cual le lleva a defender el valor autónomo del psicoanálisis y su independencia de la aplicación a la medicina. Más aclara que no se debe ver al psicoanálisis como una subdivisión de la medicina o de la psicología, pues el punto es que la

aplicación de éste se debe dar en la medida en que sea aceptado como una rama especializada, tal como lo es otra.

Así, se puede decir que S. Freud, quiso mantener el análisis fuera del estricto dominio médico, pues los conocimientos y la experiencia necesarios para la práctica analítica no se limitan a la anatomía, la fisiología o las psicopatologías de las enfermedades mentales. Las neurosis, psicosis y perversiones pueden considerarse además como “enfermedades de la civilización”. Y para saber escuchar bien al paciente, el terapeuta debe tener conocimientos que no pertenecen sólo a la biología. Abriendo un pequeño paréntesis, se considera aquí que la capacidad de escuchar por parte del analista es algo que debe subrayarse, pues varios autores (además del mismo S. Freud) en sus textos enfatizan sobre esto; y aunque parecería que entra en contradicción con lo dicho sobre la atención flotante, se debe aclarar que esto más bien es complementario, pues no es cualquier forma de escuchar, sino una forma especial o sistematizada para ello, en la que obviamente intervienen los sentimientos y pensamientos del analista, pues recuérdese aquí que la situación analítica es una relación bipersonal (Davil, 1983, Leclaire, 1980; Hernández Ramírez, 1999; Aguado y cols, 1999 y Bleichmar y Leiberman, 1997).

El psicoanalista entonces, también necesita de la antropología, la lingüística, la historia, el estudio del folklore y de los mitos, la sensibilidad hacia diversas manifestaciones del arte; pero no se excluye a la fisiología del cuerpo; ya que para el psicoanálisis, el hombre nace, evoluciona y alcanza su desarrollo en un mundo social que influye sobre él durante todo el proceso, y a lo largo de éste, el cuerpo y la psique puede torcer su desarrollo hacia cualquier forma de patología. Y en general, el psicoanálisis no puede prescindir de la cooperación de aquellas personas que cuenten con una formación preliminar en las ciencias del espíritu o humanas (Davil, 1983 y Freud, 1999).

Lo anterior nos lleva necesariamente al tema de la formación del psicoanalista, esto es, a cómo se llega a ser dicho especialista y lo que implica. Una de las preocupaciones de S. Freud, radicaba en éste sentido y en el de la transmisión del psicoanálisis, de tal manera que en un principio parecía, incluso para él mismo, que el proyecto de una escuela psicoanalista parecía un ideal, pero que ese ideal debía ser realizado. Con dicha intención en 1920 nació el Instituto Psicoanalítico de Berlín, cuyo objetivo era dedicarse a la formación de analistas (Freud, 1999 y Aguado y cols., 1999, op. cit.).

Acerca de la formación como psicoanalista, o del estar capacitado como tal, Cortés (1999, op. cit.), refiere que el candidato deberá asumir que “tendrá que integrarse a un grupo de trabajo transdisciplinario, con quienes pasará un tiempo no determinado en seminarios teóricos, ateneos clínicos, sesiones de lectura y discusión de materiales, debiendo iniciar un análisis individual así como participar

en diversas sesiones de entrenamiento para la práctica clínica y someter a supervisión sus casos clínicos hasta devenir en analista." (p.211 y 212) Reforzando éste comentario se puede decir que efectivamente, no se puede llegar a ser analista si no se ha pasado por la experiencia de una terapia personalmente; pues con ello se adquiere no sólo un mejor conocimiento de uno mismo, sino además mayor flexibilidad personal, que permita percibir con menos resistencias el inconsciente de los demás. El análisis del futuro analista se completaría con lo que Davil (1983), denomina como "controles", lo cual implica que el novel profesional se encuentra relativamente solo frente a su paciente, y es relativamente solo porque su supervisor le ayuda aportando su experiencia clínica, pero esto únicamente se podrán ver como indicaciones, consejos empíricos de experiencias similares. El principiante, solo con su paciente deberá elegir su modo de intervención, que dependerá de sus vivencias personales, pues de no hacerse así, se estaría volviendo a la época en la que los psiquiatras exponían a los enfermos.

Retomando un poco la cuestión histórica, se puede decir, siguiendo a Aguado y cols. (1999, op. cit.) que con la formación del Instituto Psicoanalítico de Berlín se suscitó el obstáculo referente al análisis didáctico, esto es, considerando que los aspirantes a psicoanalistas debían (como deben aún) pasar por la experiencia de un análisis personal, esto los llevó a que en lugar de querer los beneficios de un tratamiento, querían que éste llegara pronto a su fin, para poder así tener la autorización de ejercer como analistas. De ahí que el aspirante estuviera más preocupados por salir bien de su análisis, muchas veces aparentando normalidad y tratando de complacer a su analista personal o didáctico (el cual había sido asignado por el instituto), que por involucrarse genuinamente en su propio análisis. Por ello, a partir de 1970 se trató de eliminar ese formato de análisis, es decir, en el que los miembros del instituto formativo analizaran a sus aspirantes, de ahí que como señala Perrés (1992, citado por Aguado y cols., 1999, op. cit.):

"... los miembros de una asociación psicoanalítica se rehusarán sistemáticamente y categóricamente a analizar a los que integran su propio grupo o aspiran a hacerlo, dejándose totalmente libre al analista en formación esa dimensión esencial de su formación. Su análisis deberá ser inevitablemente exogámico" (p. 249)

Y se podría pensar que con esas medidas se salva de que los analistas reproduzcan con sus pacientes las mismas pautas en las que ellos se han formado, más como lo señala Herrman (1996), en la clínica psicoanalítica el estilo se da de la sedimentación y de la depuración. Es decir, la influencia de los profesores así como de las lecturas, de los diversos modelos e incluso de los pacientes, se colocan

como capas sucesivas que primero se deben recibir casi pasivamente, y sólo después de que las más básicas de ellas se consolidan se puede estar en condiciones para dejar entrar las siguientes. Y sólo después, una especie de corte autorreflexivo revela que se es como se fue formado. Ese sería el delicado momento para seleccionar, lo que se quiere ser en la clínica, pues el clínico sólo puede imitar legítimamente lo que ya le pertenece y los intentos de apoderarse de un estilo ajeno muchas veces fracasan, dejando como secuela algún manierismo inconsecuente, una jerga, alguna muletilla, un tic nervioso de interpretación. No es raro, señala el autor, encontrarse personas naturalmente talentosas que se niegan a sí mismas el tiempo necesario para desarrollarse, ...

“...degenerando en imitadores sin brillo del maestro que encabeza una corriente o del transmisor preferido de su saber. Tan lamentable estado de cosas se ve sumamente facilitado por la sed proselitista de los grupos de formación. Como generalmente se organizan bajo la égida de una sola escuela o línea, les parece necesario implantar su “personalidad terapéutica” integral en cada discípulo: cursos seminarios, supervisión y el propio análisis personal convergen con el propósito modelador. En el límite, algo recargado, se llega a imprimir una especie de personalidad teórica, un remedo de configuración subjetiva que reproduce fielmente la corriente de adopción. Más que seguidores convencidos resultan personas idénticas a la teoría transmitida, exhibiendo las características psicológicas, los mecanismos de defensa y hasta los afectos propugnados por la teoría a la cual adhieren. Y el aspirante se presta a eso, entre dócil y ansioso, movido por la sed de ser y por la incomprensible urgencia de trabajar en la clínica, pues se lo convenció de que sólo lo hará disponiendo de una “identidad profesional”. (p. 18)

El resultado final de éste proceso, además de una especie de domesticación psicológica, es que las corrientes y escuelas acaben por demostrar su verdad, puesto que pueden señalar que cuentan con ejemplos vivos del modelo de hombre que proponen, por medio de la persona del seguidor, que a su vez lo imprimirá en sus pacientes. Por ello, el autor propone que el estilo clínico es algo que se debe reservar para el final de la carrera del terapeuta, quien debe dedicarse pacientemente al perfeccionamiento profesional. De alguna manera ésta propuesta se visualiza con dos sugerencias, la primera de ellas sería que el aspirante a analista o el analista se vea como un lector, suponiendo que éste considera, duda, y crítica un texto, el cual no sufre por los afectos; así desde el comienzo el proceso se ve como una discreta invitación que se dirige al sentido común del candidato a terapeuta, aun no excesivamente comprometido por escuelas definitivas. La otra sugerencia es que se debe considerar la existencia de diferencias en las escuelas, las cuales tienden a generalizar sus observaciones para construir un modelo positivo del individuo, principalmente en lo relativo a la historia

del hombre, la cual se puede repetir en el análisis. Al respecto, Bleichmar y Leiberman (1997) señalan que dentro del psicoanálisis el que las teorías proliferen exige al psicoanalista ubicarse con criterios epistemológicos más o menos definidos, pues de lo contrario puede haber confusiones y el peligro de caer en el dogmatismo o en la desilusión hacia lo que ofrece el psicoanálisis como teoría y como instrumento de trabajo. Por tal razón, la epistemología se vuelve fundamental para tratar de dar coherencia a tantas ideas que se superponen, se contradicen o se complementan; entiéndase pues éste proceso, del cual el terapeuta o futuro terapeuta, como un reto profesional.

En fin que la formación psicoanalítica supone una labor nada sencilla, pues implica una serie de factores que se vinculan con la enseñanza de la disciplina. Por una parte estaría el análisis del analista, el cual constituye el núcleo de su formación, y el cual le permite si no la transmisión del saber del inconsciente, si su apropiación del saber inconsciente por parte del analista y el analizado; por lo que no se debe prescindir dicha línea formativa. Agréguese a ello, que la enseñanza del psicoanálisis no se puede dar utilizando el modelo académico tradicional, pues en el hay un maestro (o poseedor del conocimiento) y un alumno (o el que no sabe), lo cual se ve como una defensa contra la transferencia, la cual a su vez junto con las resistencias, son pilares del psicoanálisis. Pero además, el análisis del analista es un complemento permanente, que le puede permitir ejercer mejor su profesión, pues el análisis le permite reconocer al analista sus límites, pues ningún analista puede llevar a su analizado más allá de su propio análisis. Por otra parte, el procurarse un análisis le permitirá vincularse de una mejor manera al aprendizaje de la(s) teoría(s) psicoanalítica(s), lo cual se complementa con seminarios, pertenecer a grupos de estudio que leen y critican las diferentes propuestas dentro del psicoanálisis, y aprender clínicamente con la ayuda de la supervisión y reflexión de los casos.

### **3.4.2. Actividades que comúnmente desarrolla el psicoanalista.**

Se puede comenzar ésta sección por señalar que, el ejercer determinada profesión o el denominarse como profesionista en materia de algo, no está -en la mayoría de los casos- desligado con la actividad que se realiza, de tal manera que, el psicoanalista, mencionan Bleichmar y Leiberman (1997), es un profesionista y como tal se gana la vida desempeñando su profesión; pero también es un investigador de la mente humana utilizando el método del psicoanálisis, método de investigación complejo y sutil a la vez. Al ejercer su profesión tiende a ser conservador porque en su práctica, que no puede cambiar diariamente, es necesaria cierta coherencia; como investigador, se encuentra en un estado de

cuestionamiento constante, pues cada teoría es cuestionada y revisada permanentemente. De acuerdo con estos autores, el psicoanalista bien se puede dedicar a una de las dos actividades de tiempo completo o preferentemente; o bien, puede realizar ambas actividades. De hecho ésta es una cuestión ideal que se plantea desde Freud (1999), pues él consideraba que en psicoanálisis había reinado desde el principio una unión indisoluble entre curar e investigar, pues el conocimiento trae consigo el éxito en la terapia, por tanto es imposible tratar a un paciente sin aprender al mismo tiempo algo nuevo. Por ello "el procedimiento analítico es el único en el cual permanece asegurada esta preciosa conjunción". Parecería existente en esta reflexión una especie de contradicción, más debe aclararse que los primeros autores se refieren al psicoanalista en su labor de teórico, el cual debe prestar atención a la revisión epistemológica de las diversas hipótesis que hay en el psicoanálisis, y como profesionistas tendrían que asumir más bien la postura que defiende S. Freud. En esa misma línea de ideas puede agregarse que los problemas semánticos que se han creado con el desarrollo teórico del psicoanálisis actualmente, obligan al analista a ser una especie de políglota para realizar la retraducción de los nombre que aluden, desde una teoría, a hechos que se conocen desde otra.

Por otra parte, se puede mencionar que, en la práctica clínica son patentes las tareas de supervisión y su estrecha relación con la construcción teórica, la cual implica necesariamente la labor de los discursos, tanto clínico como teórico se articulen, para dar forma a un modelo eficiente. De tal manera que para teorizar la práctica intervienen los discursos, los saberes y las dimensiones, según Perrés (1988, citado por Cortés, 1999, op. cit.) (y de los cuales ya se hizo alusión). Esto con el fin de evitar el detrimento de la experiencia clínica. En el caso específico de la tarea clínica, dice Cortés (1999, op. cit.), ésta se puede referir como "una búsqueda permanente, duda razonable, cuestionamiento específico e incluso la posibilidad de sabotear los imaginarios de salud psicológica, las fantasías de recuperación y reposición que acompañan y pueblan la tarea y la mentalidad del profesional" (p. 209). Respecto a la labor del psicoanalista como docente, el mismo autor menciona que aunada a la práctica clínica y al papel que como teóricos la labor de algunos psicoanalistas se complica por el hecho de que como corriente teórica y práctica clínica la presencia del psicoanálisis en la Universidad se torna difícil, causado además por el desconocimiento de la investigación y sus productos, por parte de las comunidades académicas que imperan con otros paradigmas.

Sumariamente, las actividades del psicoanalista serían hasta aquí la de teórico, la de docente, la de supervisor, la de aspirante, la de analizado, la de investigador, pero principalmente la actividad del psicoanalista se da en la psicoterapia, o más propiamente dicho es la situación de análisis. Ésta se

puede llevar a cabo en varios formatos como es el de la psicoterapia de grupo (Pérez Álvarez, 2001), talleres (Aguado Herrera, 2002), pero principalmente la psicoterapia individual. En ésta situación de análisis también se exige que el analista cumpla con una serie de actividades. Mismas que Pérez Álvarez (2001), organiza por etapas. Éstas serían:

- 1) El inicio del tratamiento, el cual comprende: a) las entrevistas preliminares, en las que se da un diagnóstico estructural presuntivo; b) el esclarecimiento de la demanda de tratamiento, o el interés por una posible cura; c) los criterios de inclusión y exclusión del tratamiento, esto es, en que casos y condiciones se dará el tratamiento, y d) el encuadre del proceso analítico
- 2) El desarrollo del tratamiento, cual consiste en: a) la persistencia de la demanda de tratamiento; b) la transferencia positiva y negativa, o el interés y resistencia durante el tratamiento; c) la contratransferencia; d) la asociación libre; e) la atención flotante, o escucha psicoanalítica; f) las intervenciones del analista, en las que se toma en cuenta las interpretaciones, las preguntas, los señalamientos y las reconstrucciones, entre otras; g) el insight, que es la forma en que el paciente se inscribe o no en su propia historia al relatarla; y h) los cambios en el discurso del paciente, que pueden ser subjetivos o sintomáticos
- 3) El cierre del tratamiento, que puede comprender: a) el fin de análisis, que es la terminación terapéuticamente establecida y trabajada entre el analista y el analizado, cuando se han alcanzado las metas y objetivos de la demanda del tratamiento; b) la interrupción del tratamiento, que es cuando por algún motivo imprevisto y sin haber avanzado lo suficiente, pero bajo cierto acuerdo, se suspende el tratamiento; y c) el abandono del tratamiento, que es cuando el analizado o el analista sin previo aviso deja de asistir al tratamiento e incluso posteriormente no hace llegar ningún mensaje alusivo.

Se debe enfatizar que todas éstas actividades corresponden a la práctica clínica del psicoanálisis, incluso las que tienen que ver con el lugar en donde se da el tratamiento (lo cual se aborda en el siguiente inciso), e incluso la mayoría de las veces la de teorizar, pues en ésta disciplina se teoriza la práctica y no como en otros modelos psicológicos en los que se trata de practicar la teoría; y todas éstas actividades, además, están estrechamente vinculadas con el método del psicoanálisis, por lo que se puede indicar que la clínica psicoanalítica puede ser plenamente demostrada a partir de su método, ya que el empleo de éste presupone una formación teórica constante, la práctica clínica

supervisada y el análisis personal del profesional que lo practica (Pérez Álvarez, 2001; Cortés, 1999, op. cit.; y Herrmann, 1996).

Por otro lado, reflexionando sobre la cuestión hermenéutica, Bleichmar y Leiberman (1997), puntualizan algunos asuntos relacionados con ésta y el psicoanálisis, lo cual puede ayudar a comprender mejor el proceder del psicoanalistas, dichos asuntos serían principalmente:

- a) La dificultad de comparar a un paciente con un texto, pues el paciente interactúa con el analista en un vínculo emocional. Trata a través de la transferencia, que el analista reproduce algunos de sus objetos pasados, lo cual señala una relación emocional compleja.
- b) El psicoanálisis tiene una meta terapéutica, que es el comprender para curar. Aunque como disciplina no sea parte de la medicina tradicional ni de la psiquiatría. No sólo cuenta la comprensión y la coherencia, sino que es necesario producir transformaciones.
- c) Parte del efecto terapéutico del psicoanálisis, lo cual aumenta a medida que se agrava la patología del paciente, es producto del vínculo entre paciente y analista. Ésta relación que se da en análisis, consensuadamente, no es posible si el sujeto está a distancia, es decir lejos.
- d) La evaluación de la interpretación no puede estar dada sólo por la coherencia interna sino también por su eficacia terapéutica y la revelación de la verdad de la realidad psíquica. Se prefiere una teoría porque da mayor nivel explicativo, pero principalmente porque beneficia más al paciente.
- e) Aunque se acepta que hay una relación indisoluble entre método y hecho de observación, se cree que la realidad psíquica es algo que existe independientemente del observador, su descubrimiento es complejo y puede estar distorsionado por el instrumento de observación: la mente del analista.

Sería interesante el detenerse a elucidar algunas de éstas actividades, que suponen además los componentes del método del psicoanálisis; sin embargo, debido a su complejidad y a lo exhaustivo que eso puede ser, pues existen tratados acerca de cada uno, y por cuestiones de espacio, se tiene que dejar esa tarea para otro momento.

### 3.4.3. Campo de trabajo del psicoanalista.

Se puede comenzar ésta sección, por señalar que en el psicoanálisis el campo de trabajo está dado por una serie de campos o espacios en los que el analista desarrolla su quehacer. En términos de Herrmann (1996), el campo analítico está representado por muchos campos que se entrelazan, y sólo cuando se separan y se rompen se permite ver la lógica de las emociones, el deseo que las sustenta.

Considerando eso, se podría entonces hablar de espacios que van del lugar físico en donde se realiza la labor de análisis, ya sea éste un consultorio, o una sala por ejemplo, hasta espacios que evocan constructos ficticios pero reales, por que en esos espacios están las personas involucradas en el análisis, esto es, que los pacientes en sesión pueden llegar a constituir un espacio de trabajo, real a través de la imaginación –por decirlo de alguna manera-.

A partir de ahí, se puede hablar entonces en primer lugar, de lo que implica el comúnmente denominado encuadre, esto en cuanto a espacio físico de trabajo. Aguado y cols. (1999) señalan que además de algunas condiciones básicas en el tratamiento tipo, como son el privilegiar la palabra, el silencio como comunicación pasiva y la aceptación de la exclusión del cuerpo; se puede agregar en el encuadre otros requisitos como son el establecimiento y respecto de un horario, de una periodicidad y del pago de las sesiones. Por su parte, Pérez Álvarez (2002) indica que el espacio psicoanalítico también está conformado por el uso del diván, el trabajo sobre silencios, la toma o no de notas, entre otros. Para Herrman (1996), en la clínica, lo poco importante es lo que suele llamarse en inglés *setting*<sup>1</sup>, o “marco” –que es como prefiere llamarlo el autor-, éste marco sería todo lo que encierra el proceso analítico, desde la formación de una clientela hasta el montaje de un consultorio, los horarios y rituales, el teléfono, la secretaria, el diván, el sillón, dar o no dar la mano de entrada, conversar o no sobre cine, sobre dinero, sobre lo que el paciente debe hacer al día siguiente. Más es todo, menos lo que cuenta, y es que en la clínica lo importante es la interpretación. El marco que encierra a la terapia analítica, con su campo transferencial y su interpretación, constituye un bordo de sensatez, y cuanto más simple mejor. Cabe aclarar que para éste autor, la interpretación sería algo así como la búsqueda de la elucidación lógica de las emociones sin cuidarse en principio de las teorías del psicoanálisis ni de la historia infantil, que le serán dadas por añadidura; y el campo transferencial, sería aquello que revela a un hombre distinto en aquel ser cotidiano que entra en un consultorio, un hombre desconocido de sí mismo, pero

---

<sup>1</sup>Puede entenderse por ésta palabra: 1) el tiempo, lugar, y circunstancias en las cuales algo ocurre o se desarrolla, 2) el tiempo y lugar de la acción de una obra literaria, dramática o cinematográfica, y 3) el escenario utilizado en una producción teatral o fílmica.

profundamente verdadero. En éste concepto, la clínica se semeja a un juego infantil donde se crea una situación de "mentira" en la que el niño puede experimentar verdades de otro modo intangibles aún, por ejemplo, el ser madre, o ser ratero, o un muerto, o nacer de nuevo, etc., etc. Entonces, en la clínica se armaría un campo de "mentira" en el que se crea un hombre nuevo, el hombre psicoanalítico, el cual revelará la verdad del paciente, la sucesión lógica de sus emociones, su sentido desconocido hasta entonces. Tal hombre psicoanalítico contiene todo lo que el campo transferencial es capaz de revelar al paciente y al analista. En cuanto al marco se refiere en este proceso, se puede decir que éste funciona como límite y guardián del espacio transferencial, donde la supresión de la realidad cotidiana identifica lo real el deseo. De ahí que para practicar psicoanálisis se necesite básicamente un espacio cerrado y en buena medida constante. Más el insistir en el marco o setting puede ser síntoma de resistencia por parte del analista, y de ésta manera el contrato analítico se podría transformar en una especie de código preferencial en el que el paciente se acostumbra a comunicar sus emociones por medio de él, ya sea atrasando el pago, olvidando una sesión, telefoneando a altas horas de la noche o simplemente yendo al baño. Cuestión de la cual debe dar cuenta el analista.

Por tal razón, es decir, la insistencia en el marco, el paciente podría decidir a abandonar el tratamiento, pues lo haría utilizando el setting como pretexto, por ejemplo, quejándose de la rigidez de horario, o el costo del análisis. Más se debe considerar su queja como algo más respetable de lo que aparenta, pues podría estar denunciando un área acumulada no interpretada, que funciona en el momento como psique enloquecida y condensada en el marco del análisis. Por tales razones el autor propone entre otras cosas que un consultorio debe ser un lugar que no se imponga como tema. Silencioso, tranquilo, estable, sobre todo lo menos notorio posible. Su espacio físico y decoración reflejan el gusto y estilo del analista, pero no es con todo, su bandera. Por el contrario, el ascetismo de algunas salas, hace parecer que en ese lugar solo se va a hacer análisis, por ello debe ser rechazado, pues es un espacio espectacularmente despojado y como tal una interferencia. Del analista, bien podría decirse que no es necesaria su cara de analista, como tampoco son útiles su demostraciones de falsa neutralidad, pues la verdadera neutralidad es inaparente. No obstante, éstas sugerencias para el analista y su consultorio, el autor es conciente de que como todos los consejos, nunca se cumplen al pie de la letra, por lo que lo valiosos sería aquello que emane con naturalidad y más que interferir ayude a descifrar la lógica de las emociones, de tal manera que el resto no influya.

Por otro lado, Bleichmar y Leiberman (1997) señalan que predominantemente la clínica, con su práctica, sus resultados y sus dificultades, es el lugar en donde los psicoanalistas prueban sus hipótesis. Y dentro de la clínica la sesión analítica sería la zona de estudio y de desarrollo del psicoanálisis, esto es, la sesión es el instrumental de trabajo, el campo donde se generan las hipótesis y se tratan de probar sus teorías; por tal razón quizá es que se tenga problemas con otros especialistas; y sin embargo se coincide con aquellos que creen que las propuestas psicoanalíticas son metáforas o construcciones auxiliares con las cuales se trata de dar cuenta de lo que ocurre en la sesión. Éste campo es ajeno a los recursos tradicionales de la ciencia y, por tanto, crea una situación difícil de entender. Ahora bien, en esa sesión analítica, el objeto de conocimiento del psicoanalista es el paciente con su realidad psíquica accesible a su metodología y esos son los únicos hechos que se pueden comprobar, independientemente de su génesis y su desarrollo anterior.

Considerando lo anterior, se puede hacer la pregunta acerca de qué tipo de pacientes puede atender el psicoanálisis y qué implica. Tratando de dar respuesta a tal cuestión se indica que Al analizar el Yo, Freud (1999), logró la diferenciación clínica de las psiconeurosis en neurosis de transferencia y afecciones narcisistas. En las primeras existe una carga libidinal que tiende a la transferencia hacia otros objetos, ésta libido es utilizada para la práctica del tratamiento analítico (aquí se pueden ubicar la histeria y las neurosis obsesivas. En las perturbaciones narcisistas, hay una retracción de la libido de los objetos y, en la época del ya mencionado, eran poco accesibles a la terapia analítica; no obstante ya se trabajaba en su comprensión (aquí se solían ubicar la demencia precoz, la paranoia y la melancolía).

A partir del desarrollo que ha tenido el psicoanálisis hasta nuestros días, gracias a los autores postfreudianos, el espectro de pacientes accesibles al método de la disciplina se ha ampliado permitiendo investigar y atender a psicóticos, fronterizos o estructuras narcisistas. La ideología psicoanalistas cambio de ser una perspectiva más psicopatológica encargada de resolver síntomas, a un trabajo de mayor profundización en la estructura de personalidad que permite aumentar las perspectivas de vida y la creatividad del individuo (Bleichmar y Leiberman, 1997).

Ahora, acerca de cuáles serían las implicaciones del tratamiento, Davil (1983) refiere que, en la práctica todos los psicoanalistas utilizan dos técnicas: el psicoanálisis puro (clásico o tipo) y la psicoterapia analítica, esto, independientemente de los enfoques teóricos que se puedan utilizar. En el caso del psicoanálisis puro, lo común es que el paciente esté acostado y verbalice todo lo que se le vaya ocurriendo, mientras que el analista escucha en silencio sentado detrás del diván. Es como un encuentro en el que tanto analista como analizado "van a descubrir y hacer revivir la infraestructura inconsciente de

los síntomas actuales y reconstruir sus orígenes en la vida infantil. Para poder comprender mejor y hacer un recorrido por la subjetividad actual del paciente, son dos arqueólogos que van a excavar en el pasado enterrado, van a juntar los recuerdos, a clasificar los "hallazgos", hacer un índice con los "restos" y a imaginar lo invisible..." (p. 11). En cuanto a la psicoterapia analítica, que es una técnica que implica la modificación y el uso diferente de la relación transferencial, se puede decir que el diálogo desempeña un papel más importante y no se utiliza el "encuadre analítico". Las razones por las cuales se elige el uso de éste formato, se debe a que en ocasiones el paciente no acepta el análisis tipo, pues le parece absurdo o bien insoportable, por lo cual el analista debe renunciar a utilizarlo, desde el comienzo o ya entrado el tratamiento, para ello explica que no es posible utilizarlo por la personalidad del paciente, los ejemplo más frecuentes serían los de: estado límite (o borderline) o psicosis potencial. En otras palabras:

"..., los límites del análisis (en su formato tradicional) corresponden a la imposibilidad de mantener la seguridad existencial, el sentido de la realidad y la identidad del analizado en el momento de la regresión y de los movimientos de la libido durante el tratamiento." (p. 13)

En cuanto a lo que pasa con el cuerpo en la relación analítica, se explica que en el análisis clásico la regresión provoca que las personalidades llamadas límite, experimenten dificultades en el nivel del narcisismo, de la imagen corporal y de la simbolización. Esto es, cuando el analizado del tratamiento clásico asocia libremente, se comunica con su inconsciente a través de palabras que son símbolos. Si el paciente regresa a un estadio anterior, en la que la unidad de sí mismo es una imagen corporal arcaica que se expresa mediante una simbolización anterior al lenguaje, ¿Cómo podría el analista comunicarse con él con palabras?.

En general se tiene pues que, muchas veces dependiendo del caso con el que el psicoanalista trate se modificará la técnica. Más debe entenderse que el psicoanálisis cada vez es más capaz de atender a personas con diferentes tipos de padecimientos, gracias a la modificación y adaptación de método de trabajo; y gracias también al contacto más que directo con el sujeto y su subjetividad en el campo de trabajo.

### 3.5. Algunos datos históricos del psicoanálisis en México.

Se ha dejado para el final del presente capítulo lo relativo al psicoanálisis en México, considerando por una parte guardar cierta secuencia lógica en la exposición de los temas, por otra, el que ya habiendo abordado lo fundamental de ésta disciplina, se podría hablar sin la necesidad de detenerse tanto en explicaciones. De tal manera que puede comenzarse aquí por decir que, el modelo psicoanalítico ha sido introducido en nuestro país desde hace relativamente poco tiempo; esto si se compara el caso con otros países europeos, o incluso el vecino país de Norteamérica, pero también si se le compara con la introducción de otros modelos psicológicos podría decirse que es más antiguo –no menos importante y no menos funcional-, y por tanto tiene más tiempo. Sin embargo, pocos han dado cuenta de su historia y de lo que se ha trabajado con él en México. Por ello, el tratar de dar cuenta de su desarrollo en éste país se dificulta, más cuando se siguen utilizando las posturas y opiniones de pensadores extranjeros, lo cual en un momento es básico porque de ahí se parte, pero hace parecer –como con otros modelos psicológicos- como si tal modelo hubiera sido infructuoso o como si su adopción, adaptación, aplicabilidad y permanencia no fueran “reditables”, más aún, como si se tratara de la película del momento o una moda pasajera, que en un momento y nada más porque si, ya no atrae, pues ha surgido otra novedad, eso, además de ocurrir especialmente en el mundo moderno víctima y victimario del consumismo, sucede como se verá, especialmente en México.

Puede señalarse que la introducción del psicoanálisis a América Latina (AL) estuvo a cargo de los médicos; así, por ejemplo, Ardila (1986; citado por Cárdenas Sánchez, 1996), menciona que en AL fueron Honorio Delgado y Germán Greve, entre otros médicos, los que llevaron a cabo dicha tarea, esto en las décadas de 1910 y 1920.

Aproximadamente en 1925, en América del Sur, Allende Navarro regresó a Chile desde Suiza y comenzó a formar analistas. En 1927 y 1928 se creó en San Pablo y Río de Janeiro la Sociedad Brasileira de Psicoanálisis. En 1942, Ángel Garma junto con otros colegas, fundó en Buenos Aires la Asociación Psicoanalítica Argentina y su instituto. En E U A se fundó el primer Instituto Psicoanalítico en la ciudad de Nueva York, en 1931, bajo la dirección de A. A. Brill (aunque a saber, su primer director fue Sandor Rado. Éste instituto, al igual que muchos de Europa, durante mucho tiempo siguieron el currículum del de Berlín, en la cual se exigía como experiencia suplementaria a la psicoanalítica, residencias en psiquiatría. Después las demás unidades de preparación de E U A, seguirían el modelo Berlín Nueva York. (Dupont, 1991; Freud, 1999; Parres y Ramírez, 1966 y Ramírez, 1983).

Estos datos son significativos en la medida de que, como apunta Dupont (1991), la expansión del movimiento psicoanalítico desde el norte y sur del continente americano avanzó hacia el centro hasta llegar a México; y era inevitable que dicho movimiento llegara tarde a éste país, pues durante los años 20's y 30's del siglo XX, cuando aquellos pioneros llegaron a América y trajeron el psicoanálisis, México se reponía de su lucha armada revolucionaria. Concluida ésta, el gobierno encabezado por Álvaro Obregón, inspirado por un sentimiento nacionalista y ayudado por intelectuales como José Vasconcelos, se encargarían de rescatar algunos valores del México prehispánico sepultados durante el porfiriato, y se daba un vuelco hacia el adentro del mexicano. Pero la avanzada del psicoanálisis aunque lenta lo hacía por medio de la literatura que ya circulaba entre los estudiosos de medicina y psiquiatría. Esto se puede más o menos corroborar con casos como el de José Torres Orozco (1890-1925), quien fue médico, psicólogo, filósofo y educador. Sus actividades principales las llevó a cabo en Morelia, Michoacán (de donde era oriundo), y en la ciudad de México. Y aunque positivista más que en esencia, lee y ensaya sobre diversos temas, de tal manera que en 1922, "publica su ensayo Las doctrinas de Freud en la patología mental en momentos en que la obra de Freud era poco conocida en nuestro país. En él analiza la obra de Freud y hace una sistematización bien lograda. En términos generales, concuerda con él y hasta se ve influenciado, como puede apreciarse en sus posteriores trabajos" (Valderrama, Colotla, Gallegos y Jurado, 1994, p. 70).

Hacia 1934, Guillermo Dávila, Raúl González Enriquez y Alfonso Millán, quienes eran profesores en la Facultad de Medicina, sustentaban conferencias sobre la obra de S. Freud para los alumnos de la carrera de medicina y ocasionalmente para otro público. Hacia 1937, E. González Enriquez organizó un seminario en que se leían y comentaban los textos del ya referido, con el interés especial de las aplicaciones del psicoanálisis a la comprensión de fenómenos socio-culturales de México (Millán, 1965). Con esto comenzó a surgir la conciencia de crear una escuela sólida, pues en un principio, cualquiera que hubiera tenido contacto con la literatura psicoanalítica podría afrontar en forma silvestre esa psicoterapia (Vázquez Malgamba, 1996). Como lo señala Dupont (1991), en ese mismo año de 1937 se organizó la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, y

"Muchos de quienes la fundaron ya participaban del espíritu del psicoanálisis, que enseñaban y, quizá en forma silvestre, practicaban. Lo importante es que los jóvenes estudiantes de psiquiatría hallaron en sus maestros y en el ámbito de dicha sociedad, un espacio de discusión y aliento. Como nuevos miembros que eran, desarrollaron dentro y fuera una intensa actividad académica y profesional. En la cátedra universitaria, en la investigación y en las instituciones hospitalarias, dejaron sentir la presencia del espíritu renovador del

psicoanálisis, y sus propios maestros, aquellos fundadores de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, los alentaron a viajar en busca de una formación psicoanalítica formal. Por lo pronto, organizaron un grupo que se reunía semanalmente para estudiar la obra de Freud." (p. 106).

Tratando de contextualizar ésta época, se puede decir que en Europa la Guerra civil española preludiaba la Segunda Guerra Mundial. En México, el presidente Lázaro Cárdenas expropiaba las compañías petroleras inglesas y norteamericanas. S. Freud se trasladaba a Londres, en donde moriría. Lo que significó que el nuevo centro de del movimiento psicoanalítico amenazara con escindirse por razones político-doctrinarias. Mientras se fortaleció un tercer grupo intermediario, la polarización repercutió en América, ya que la psicología del yo predominó en los E U A, y la kleiniana en Argentina, y en general, en el sur del continente. Ambas corrientes convergirían posteriormente en México y generarían otro espacio a las nuevas corrientes. Terminando la Segunda Guerra Mundial y siendo presidente de México Miguel Alemán, un pequeño grupo de psiquiatras de la entonces "joven generación" partiría al extranjero a formarse como psicoanalistas, habiendo tomado conciencia del notorio atraso de la psiquiatría en éste país, de la falta de normas y requerimientos que regularan su ejercicio, de la incapacidad de recibir una preparación adecuada en el propio país, y de la necesidad de crear en el futuro una escuela sólida, capaz y eficiente, que brindara preparación. Así en los años de 1947 y 1948, principalmente, ocurrió ésta emigración. Algunos de ellos marcharon con sus propios recursos, otros con becas mexicanas o dada por el gobierno argentino. Sobre los destinos de algunos de ellos, se dice que Rafael Barajas fue a París, Ramón Parres a Nueva York, y José Luis González, Santiago Ramírez, José Remus, Estela Remus, Avelino González, Jaime Tomás y Gustavo Quevedo, marcharon a Argentina. Todos los institutos contaban con el reconocimiento internacional (Dupont, 1991; Millán, 1965; Parres y Ramírez, 1966; Ramírez, 1983 y Vázquez Malagamba, 1996).

Fue en éste periodo, en el que se comenzó a gestar algo así como una rivalidad, entre los que se fueron y los que se quedaron, pues mientras aquellos se preparaban en el extranjero, en 1950, en la UNAM por medio de la Escuela de Graduados, José Zozaya organizó cursos para especialistas en psiquiatría y en psicoanálisis. Sin embargo, estos primeros cursos dejaron mucho que desear, de manera que el grupo de psiquiatras que se había quedado, veían también la necesidad de recibir una mejor preparación, por lo que deciden invitar a través de la Universidad y González Enriquez, a Erich Fromm, quien acepta dicha invitación y llega al país en 1950, y desde ese momento se instaló y comenzó a organizar y dirigir la enseñanza del psicoanálisis por medio de cursos y seminarios –pero se debe aclarar aquí que dicho psicoanálisis traía la etiqueta de humanista-. Fromm fue ayudado por

algunos profesores huéspedes para dicha tarea, algunos de esos profesores o bien eran psiquiatras o psicoanalistas, todos procedentes de Nueva York. (Millán, 1965 y Vázquez Malagamba, 1996). Lo que ofrecieron estos psicoanalistas, según Millán (1965), fueron sus propios puntos de vista, lo que les permitió apreciar desde el principio de ésta formación, las ventajas de los principios de libertad y no-sectarismo que habrían de inspirar todas las actividades posteriores de ese grupo, como psicoanalistas y como profesores de las nuevas generaciones.

La siguiente pregunta sería, qué sucedió cuando los emigrantes comenzaron a regresar a su país?. A partir de 1952 se comenzó a dar éste retorno, y aquellos regresaban ya graduados como psicoanalistas y afiliados a la Asociación psicoanalítica Internacional a través de las sociedades en las cuales se habían formado. Mundialmente se daba la guerra de Corea y en México el presidente Ruiz Cortines establecía su régimen de austeridad (Dupont, 1991; Millán, 1965; Parres y Ramírez, 1966; Ramírez, 1983 y Vázquez Malagamba, 1996). Ahora bien, la situación desde el punto de vista de los principales protagonistas sería la siguiente:

"Los psicoanalistas mexicanos, apenas desembarcando, hallaron que sus maestros, aquellos que los alentaron a marchar al extranjero, habían invitado a Erich Fromm a establecerse en México desde 1950, organizando el Instituto Mexicano de Psicoanálisis donde ya se preparaban estudiantes en el denominado "Psicoanálisis humanista". El grupo era políticamente poderoso y contaba con el apoyo del director de la Facultad de Medicina y el del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde ocupaban los puestos académicos de mayor importancia. A su invitación de integrarse al grupo, siguió la decisión de los recién llegados de mantenerse autónomos e independientes, como fue en adelante" (Dupont, 1991, p. 107).

Por su parte, Parres y Ramírez (1966), ven éste suceso como parte de las vicisitudes externas que se dieron en la formación de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Pero no deja de observarse cierta sensación de traición principalmente en el comentario acerca de que:

"Mientras tanto, aquellos que se quedaron en casa se sintieron intranquilos, temerosos y amenazados de quedarse atrás en este nuevo horizonte de la psiquiatría mexicana... importaron a Erch Fromm. La historia mexicana se repite una vez más ... los conquistadores hablaban una lengua distinta (el español); el lenguaje de los Dioses; los mexicanos se sintieron profundamente impresionados... más tarde vino la iglesia y habló latín ... ahora, en lengua inglesa, una llamada ciencia ético-religiosa-humanítica que dice estar afiliada al psicoanálisis tocó un punto sensitivo" (p. 25 y 26)

Y tal vez, ciertamente, implicaba la lucha por conservar un lugar de poder entre alumnos y maestros, pero eso quizás no se puede comparar con el comentario referente a la conquista, por que el mismo puede ser un arma de doble filo, ya que mientras unos invitaban al "conquistador", otros iban a él como intermediarios para que a fin de cuentas llegara por medio del lenguaje, pero en dicho caso el psicoanalítico, además fue Parres quien viajó a Nueva York y aprendió por medio de esa lengua inglesa. De lado de los maestros, o los que se quedaron, Millán (1965) menciona que:

"En efecto, cuando el Dr. Ackerman (colaborador de Fromm) estaba en México colaborando en nuestra enseñanza, regresaron al país algunos de los jóvenes que habían recibido entrenamiento psicoanalítico en la Argentina y en los Estados Unidos. Por iniciativa tanto de ellos como de nosotros, iniciamos trabajos para formar una Asociación Psicoanalítica Mexicana, que nos incluyera a todos. Una comisión integrada por Santiago Ramírez y Ramón Parres, y por Guillermo Dávila, Ramón de la Fuente y Alfonso Millán, elaboró los Estatutos. Desafortunadamente nuestros esfuerzos no cristalizaron a última hora, y fuimos notificados de que ellos habían resuelto formar su propio Grupo, afiliado a la Asociación Psicoanalítica Argentina, y que declinaban el formar parte de la Asociación que ellos mismos habían promovido. Renunciaron también a las cátedras que, a invitación mía y muy satisfactoriamente por cierto, venían desempeñando en el Departamento de Psicología Médica y Salud Mental de la Escuela de Medicina. Desde entonces no forman parte del profesorado de dicha Escuela. Continuando su propio desarrollo, organizaron la Asociación Psicoanalítica Mexicana y su propio Instituto de Enseñanza. Mientras tanto, nuestra enseñanza continuó como desde sus orígenes, oficialmente vinculada con la Universidad Nacional." (p. 6, el paréntesis es propio de éste trabajo).

Otras de las razones por las que no se logró la unión de ambos grupos, Parres y Ramírez (1966) las explican así:

"En esa época se hicieron algunos esfuerzos tendientes a integrarnos con el grupo de Fromm pero nos dimos cuenta de que esto no era posible, no obstante que significó el rechazo de posiciones académicas, facilidades editoriales, ayuda financiera y posiciones directivas. El examen crítico de la posición teórica, tipo de psicoanálisis personal, forma de supervisión terapéutica y educación académica, se encontraban por debajo de los más elementales requisitos exigidos por cualquier Sociedad Psicoanalítica, que nos hicieron renunciar categóricamente a cual intento de integración" (p. 26)

Ésta serie de citas son importantes tanto histórica como ilustrativamente, pues se puede observar cómo éste evento fue tan significativo para el psicoanálisis en México. De ahí en adelante se pueden observar las distintas corrientes que han pasado por México, tan sólo en psicoanálisis. También

se puede observar la formación, más o menos por la misma época, de dos instituciones encargadas de difundir el psicoanálisis y formar profesionistas en éste país.

En lo que respecta a la Sociedad Psicoanalítica Mexicana, se puede señalar que, ésta se fundó legalmente a finales del año de 1956, con carácter de asociación civil no lucrativa, y con la finalidad de estimular el desarrollo de la ciencia psicoanalítica en México. Ésta organización fue presidida en principio por Alfonso Millán, luego por Jorge Silva García y (en el año en que fue escrito el artículo del cual se toma ésta información), después por Ramón de la Fuente. Ésta organización fue creciendo y con ello sus actividades de tal suerte que para 1963 se fundó el Instituto Mexicano de Psicoanálisis, también con carácter de asociación civil. Dicho instituto tuvo a su cargo la investigación, la divulgación y la enseñanza, de acuerdo ésta última con los programas y requisitos de la División de Graduados, y del Departamento de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM. En cuanto al contenido de sus programas de entrenamiento, estos incluían además de las enseñanzas de Freud y Fromm, las de autores como Jung, Adler, Horney, y Sullivan, entre otros; así como incluían cátedras sobre biología, sociología, antropología y filosofía, todo lo cual hacía necesaria la colaboración de profesores huéspedes de diversas materias que tuvieran que ver con el estudio y la investigación de la naturaleza humana. Algo que llama poderosamente la atención es la consideración del psicoanálisis y de la psicología social, pues como se verá en el próximo capítulo aquella consideración puede ser algo artificial o errónea. Esto es, en los términos del autor del artículo, desde los inicios de esta organización, sus integrantes estuvieron interesados en la investigación clínica y especialmente en el campo de la psicología social, y algunos de ellos comenzaron a realizar investigaciones sobre el carácter social del mexicano, la familia y otros problemas que eran importantes aplicaciones del psicoanálisis, pues los fenómenos psicosociales tenían en México un particular interés ya que éste país se industrializaba rápidamente, planteando los problemas de una sociedad agraria tradicional en transición hacia una sociedad cada vez más industrializada. Todo lo cual correspondía con las bases de su enseñanza –en la que obviamente tenían que ver los conceptos frommianos-. Por otro lado, a finales de 1965, se comenzó a publicar la *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, distribuida por la editorial fondo de cultura económico, en la que éste grupo publicaba y distribuía sus descubrimientos. También establecía contacto con otras sociedades psicoanalíticas internacionales (Millán, 1965). Siguiendo a Vázquez Malagamba (1996), se puede decir que la sede principal de esta Sociedad tuvo como sede principal la Facultad de Medicina.

En cuanto a la Asociación Psicoanalítica Mexicana, o mejor dicho al grupo que la formó, se puede decir que aquella ruptura entre maestros y alumnos, supuso un desafío que estimuló el trabajo y la formación de una organización independiente, por parte de estos últimos. Así, se puede explicar que para 1955 el número de analistas por parte de ellos era suficiente para constituir una organización reconocida a nivel mundial, por lo cual en la Sesión Administrativa del XIX Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Ginebra, los analistas mexicanos fueron aceptados como "Grupo Mexicano de Estudios Psicoanalíticos" bajo el patrocinio y supervisión de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Las razones por las cuales se dio la preeminencia a la supervisión argentina, fue principalmente el tomar en cuenta que el mayor número de analistas mexicanos se había formado en dicha asociación, pero además se consideró la "igualdad idiomática" que facilitaba el intercambio común. Los integrantes de aquel grupo fueron Rafael Barajas, José Luis González, Ramón Parres, Santiago Ramírez y José Remus y los entonces candidatos Carlos Corona, Fernando Césarman, González Pineda, Luis Féder y Estela Remus; y se designó como secretario permanente a Ramón Parres. Los años que siguieron fueron de una gran actividad para el grupo y sus miembros participaron regularmente en asambleas médicas, e internamente se sistematizó la presentación de trabajos científicos y la discusión de casos clínicos, así como se reglamentaban las actividades y funciones del Instituto de Psicoanálisis. En 1956, se realizó el primer congreso psicoanalítico latinoamericano en Buenos Aires. En ese mismo año, se establecieron los primeros requisitos del instituto para la formación de futuros psicoanalistas, y aunque al paso del tiempo estos requisitos se han modificado, se enfatizaba que la tendencia general y la filosofía para la formación consistía, grosso modo, en: a) Selección rigurosa, prefiriendo en todos los casos calidad a cantidad, b) exigir dos años previos de análisis personal al entrenamiento académico, y c) transformar en cuatro, el número de años de instrucción académica, el cual era inicialmente de tres. En la primavera de 1957, con la designación por parte de la Asociación Psicoanalítica Argentina, de tres miembros del grupo como analistas didácticos y tres más como analistas titulares con funciones didácticas, se hizo posible que en el XX Congreso Internacional de Psicoanálisis realizado en París, el Grupo Mexicano de Estudios Psicoanalíticos se transformara en la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Ésta creció numéricamente con la graduación de generaciones de candidatos. Desde entonces los psicoanalistas mexicanos han estado presentes como funcionarios, como participantes y organizadores de congresos no solamente nacionales sino internacionales, de tal manera que en 1961 se llevó a cabo el Primer Congreso Psicoanalítico Mexicano en la ciudad de Cuernavaca. En 1964, México fue sede del V Congreso Psicoanalítico Latinoamericano. Con dichas actividades se daba también la expansión y

reconocimiento a nivel internacional de la asociación. Por otro lado, desde 1965, la APM tiene un órgano de expresión periódica trimestral, denominado "Cuadernos de Psicoanálisis", en el cual se han expresado las inquietudes, orientaciones y tendencias de los integrantes, pero también de los huéspedes que han presentado trabajos originales en sus reuniones. Pero también se organizó, más o menos por la misma época, un Departamento editorial que tenía como finalidad la divulgación del pensamiento psicoanalítico internacional, éste se dividía en dos series, la de "colección psicoanalítica" y la de "monografías psicoanalíticas". En cuanto al aspecto clínico, se puede mencionar que desde 1962 la asociación comenzó a patrocinar una clínica en la cual se logró obtener material clínico para el trabajo de estudiantes y a la vez brindar un servicio a la comunidad, y parte del currículum formativo del estudiante era su participación en la evaluación de casos así como la evolución de los mismos procedentes de la institución. En esto, Ramón Parres fue uno de los iniciadores, pero más formalmente se indica que la expansión hacia el área de la psicoterapia psicoanalítica la inició Santiago Ramírez, quien en 1965 promovió la fundación de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica; y en 1967, José Luis González, Frida Zmud, Gustavo Quevedo y Luis Feder, fundaron la Asociación mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo. En cuanto a sus contactos con otras instituciones mexicanas, se puede decir que, desde sus inicios la APM mantuvo una comunicación estrecha con instituciones como los Departamentos de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y de Psicología de la UNAM aunque posteriormente y durante un tiempo más o menos considerable se dio mayormente con ésta segunda Facultad; también se tenía contacto con el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, con el Instituto Nacional de Cardiología, con el Hospital Infantil, con el Instituto de Neurología y Psiquiatría y el Pabellón de Psiquiatría del Hospital Militar, entre otros (Dupont, 1991, Parres y Ramírez, 1966; Ramírez, 1983 y Vázquez Malagamba, 1996).

Un evento que cimbró de alguna manera a la APM, fue el que en 1972 se separara de ella varios miembros y candidatos encabezados por dos de sus fundadores, Avelino González y Santiago Ramírez. Por lo cual la organización tuvo que realizar cambios. Así, en ese año Avelino González y Amapola Gaitán fundaron la Sociedad Psicoanalítica de México, y en Jalisco se fundaba la Asociación Psicoanalítica Jalisciense con ayuda de otro disidente, Enrique Torres. En 1976 Nora Gramajo y Jorge Saretta organizaron el Grupo Guadalajara de Psicoterapia Psicoanalítica, cuya revista apareció en 1989. En 1977, Armando Barriguete fundó el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia. En ese mismo año, durante el XXX Congreso Internacional en Jerusalem se reconoció la Asociación Psicoanalítica de Monterrey. En 1978, Antonio Mendizábal inauguró la Comunidad

Psicoanalítica Mendao (Dupont, 1991). Cabe señalar, siguiendo a Salles (2002), que es a partir de los años setenta cuando se ve el interés y necesidad de formar analistas especializados en niños y adolescentes, por lo cual se organizó en la UNAM un curso de Psiquiatría infantil y de la adolescencia. Mismo que sirvió como trampolín para que a finales de la misma década y principios de los ochentas, se organizara un curso sobre dicha temática pero esta vez en la APM, esto implicaba que al presentarse en principio un interés externo a la APM, para formar especialistas en ésta área, la misma institución no tuviera mecanismos lo suficientemente elaborados para detectar el interés de la comunidad científica de la localidad donde se originaba tal cuestión, pero habiendo visto eso se detectó otra situación, referente a lo político, lo cual impedía tomar una respuesta en un momento que parecía oportuno, y fue hasta que ese movimiento externo se dio cuando la respuesta de varios sectores pareció más contundente.

En 1987, se organizó la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica del Bajío, en Querétaro con la colaboración de José Luis González y Miguel Kolteniuk. Y en la APM, Pablo Cuevas inauguraba en 1988, el Centro de Estudios de Posgrado. Ahora bien de esa década de los ochenta cabe mencionar dos testimonios, de laguna manera retrospectivos. El primero de ellos, dado por Santiago Ramírez, quien para 1983 indicaba que: treinta años después de haber iniciado el movimiento psicoanalítico en México, él había abandonado asociaciones y sociedades porque, en rigor, éstas se habían transformado en verdaderos sindicatos cada vez más cerrados, los cuales no le brindaban nada. Pero también había abandonado la práctica terapéutica, pues tenía otros intereses además de que por su edad prefería (y sugería a los que como él), ceder el paso a nuevas generaciones. Pero además las asociaciones y las escuelas estaban marcadas por una ausencia que le provocaba insatisfacción, ésta ausencia era la de Freud. Y treinta años después, también, su idea de lo mexicano, plasmado principalmente en su libro: *El mexicano psicología de sus motivaciones* (aparecido en los 50's), no se había modificado, ya que para él las limitaciones terapéuticas del psicoanálisis se fincaban sustancialmente en la compulsión a la repetición y en la pulsión de muerte, y aunque el entorno social lógicamente se modificaba, no lo hacía la estructura, estructura que se expresaba en formas nuevas pero que seguía siendo la misma. Y sin embargo a treinta años, él indicaba que volvería a hacer lo mismo, esto es, a ser psicoanalista, pues no existía otra disyuntiva que brindara mejores perspectivas. Y él mismo indica que:

“mi actividad como fundador del psicoanálisis en México, en torno a Freud y del mexicano siguen una línea depresiva sin que esto quiera decir que mis metas, dentro de este contexto limitado, no hayan sido logradas. Mi actividad, en una ciencia frustrante, ha sido gratificante: estoy satisfecho de mi acto de fundación en la

misma medida en que estoy frustrado por él, y lo mismo puedo decir de mi práctica terapéutica o de mi quehacer académico." (Ramírez, 1983, p. 352)

El otro testimonio es el que dio Marcelo Salles en la inauguración del congreso de la APM, a finales de 1987 en Puebla. En éste se menciona que a treinta años de distancia el grupo de psicoanalistas había sido instigador en la formación de psicoanalistas, instigador de la investigación psicoanalítica y facilitador en las aplicaciones diversas de la teoría psicoanalítica, principalmente en las diferentes modalidades de psicoterapia. Y el inconsciente, la sexualidad infantil reprimida, la compulsión a la repetición, la neurosis infantil, así como el manejo técnico de los sueños, del diván y la utilización de la transferencia, seguían siendo (como lo son actualmente todavía) elementos indispensables en la práctica del psicoanálisis. Las modificaciones a la técnica clásica han dado lugar a nuevas modalidades terapéuticas psicoanalíticas, como el análisis de niños y de adolescentes, o de las personalidades limítrofes, o bien el que se de la psicoterapia en diferentes modalidades como la individual, de pareja, de familia o de grupo. Esto gracias a los investigadores psicoanalíticos posfreudianos quienes enriquecieron a la disciplina, y gracias a los pioneros en México, se ha dado el progreso de la misma en éste país. Pero además considerando los factores en los que vive el hombre moderno menciona que:

"..., el hombre moderno entra en crisis, cuando sus pasiones internas, tan antiguas y viejas, como antiguo es el hombre sobre la tierra, coludan con el mundo actual, al no poder satisfacer su pasión, mundo hacinado, contaminado, con hambre, con falta de oportunidades, de empleo, de agua, de aire y de casi todo; paralizando y achicando al hombre, cada vez más; impidiéndole poco a poco su expresión creativa y su capacidad de amar. Hoy, más que nunca, el psicoanálisis y la teoría psicoanalítica pueden ayudar al hombre contemporáneo a reencontrar el camino creativo y el camino para volver a amar." (Salles, 1987, p. 6)

Con ello el psicoanálisis y las terapias de este tipo, seguían brindando una alternativa viable para hacerle frente a lo que producía la miseria neurótica, la cual es parte íntima del hombre. Y a más de treinta años dice Marco Antonio Dupont, en 1991, la APM podía decir que el trabajo en común ha propiciado que las corrientes teóricas que del norte y sur de América y de Francia que los habían influido, al encontrarse aquí se abrió un espacio creativo donde hallaron lugar los desarrollos de Bion, Meltzer, Winnicott, Lacan, Mahler, Kohut o Kernberg; y es en éste mismo espacio en donde germina y se expande la producción de los analistas mexicanos, que así participan en el concierto del movimiento psicoanalítico latinoamericano. Éste mismo autor también señala que:

"La fuente de referencia, pertenencia e identidad de los analistas mexicanos, reconoce la obra de Freud como base y fundamento de su formación, de su trabajo y producción. De las corrientes posfreudianas y su influencia entre nosotros, sabemos que cuatro de los fundadores de nuestra asociación trajeron a México las enseñanzas de la Escuela Argentina de Psicoanálisis, influida por el pensamiento kleiniano y enriquecida por las aportaciones de Ángel Garma, Arnoldo Raskovsky, Enrique Picho-Riviere y sus continuadores, entre otros. Un fundador más trajo de la escuela estadounidense la psicología del yo, básicamente en el pensamiento de Hartmann, Anna Freud, Kris y Loewenstein, el de sus continuadores, y una visión eminentemente operativa de la clínica psicoanalítica. Otro aportó las enseñanzas del psicoanálisis clásico de la escuela francesa de Sacha Nacht." (Dupont, 1991, p. 109 y 110)

En opinión de Palacios López (1995), quien también escribe sobre (y desde) los noventa, acerca de la teoría de la clínica, menciona que en la actualidad la ética del analista se pone más a prueba cuando, por ejemplo, debe encarar con calma el imperioso reclamo sexual de un paciente limitrofe y lo reduce a la tristeza que devino de una simbiosis excesiva y una carencia ulterior, por lo que la transferencia negativa de principios del psicoanálisis pudo haber sido más tolerable que algunas situaciones que se presentan en la actualidad. Particularmente en México, parte de los profesionales analistas con peculiaridades propias, hace mucho tiempo que se hallan cómodos con la versión clásica de la teoría de la técnica. A veces con el forzado apoyo de la crisis financiera que también se ha colocado en las salas de consulta, que ha ayudado a legitimar, por ejemplo, los análisis de dos veces por semana y algunos parámetros de apoyo yoico de su cobriza y obligada técnica actual. Y agrega que muchos han enriquecido esa visión ya no tan reciente de la teoría de la técnica, como es el caso de Winnicott en Inglaterra, o Mahler y Kohut, en E U A, así como en otros lugares, y en la APM, principalmente Ayala, Cueli, Kolteniuk, Solís, Tubert y él mismo. Pero también indica:

"Creo que en México, como parte de los pocos privilegios de tercermundistas y, como alguna vez escribí, por hallarnos ubicados geográfica y analíticamente en la frontera de las dos Américas y con un mar interior que mira hacia Europa, no hemos visto forzados a intentar hacer síntesis utilizables de las aportaciones extrañas (muy frecuentemente y por herencia ancestral con desprecio de lo nuestro)" (p. 19)

Por lo que sería falso, dice el mismo autor, afirmar que se ha generado una teoría psicoanalítica original y distintiva o que se cuente con una teoría de la técnica o una técnica psicoanalítica mexicana (salvo el modelo aplicativo de psicocomunidad desarrollado por Cueli), pero en general, aun no se cuenta con un pensador original que dignifique ante los ojos del mundo.

Ahora bien, se ha tratado de abordar lo esencial de los antecedentes del psicoanálisis en México, principalmente de las instituciones consideradas como las más importantes o las que comenzaron a tener una gran influencia en la vida académica y científica del país, principalmente a través de la UNAM, sin embargo existen otras que se fueron constituyendo y desarrollando con el paso del tiempo como es el caso del Círculo Psicoanalítico Mexicano (CPM), el cual fue fundado en 1971 por dos alumnos de Igor Caruso, creador de los Círculos de Psicología Profunda; dichos discípulos fueron: Raúl Páramo-Ortega y Armando Suárez G.. Ésta organización ha estado empeñada en el desarrollo, aplicación y crítica del psicoanálisis que es entendido como un campo problemático, teórico y metodológico creado por S. Freud para ser indefinidamente laborado. El CPM fue siendo reconocido nacionalmente y con ello la demanda de formación. Además acogió a la mayoría de los analistas que llegaron a México debido a la persecución política en los países del cono sur de América durante los años setentas, estos inmigrantes se encontraban empeñados en la misma lucha contra la institucionalización del psicoanálisis y por la crítica ideológica de su inscripción entre los aparatos de salud mental. Poco a poco estos inmigrantes fueron abandonando el CPM para crear sus propias instituciones y desarrollar sus ideas. Además de ellos, en 1977 Raúl Paramo-O. renunció al CPM, para fundar en Guadalajara el Grupo de Estudios Sigmund Freud, que se afiliaría después a la Federación Internacional. El CPM, cuenta con un Instituto para la formación de analistas y actualmente, cuenta con varias sedes, como es en las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey y Cuernavaca; así como también, cuenta con una editorial propia, sostiene una red clínica para atender a la comunidad y es miembro del Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A. C. ([www.cpmac.net](http://www.cpmac.net), 2005). Otro caso es el Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social (IIPCS), fundado en 1979, el cual actualmente se aboca en la enseñanza y formación de psicoterapeutas que posean la actitud de servicio social y personal según sus posibilidades personales. El marco conceptual que orienta la filosofía educativa de éste instituto es el psicoanálisis, sin descartar otras teorías que puedan ayudar a la meta de la interpretación de la realidad de los fenómenos psicológicos, individuales y sociales. Éste instituto está afiliado al International Council Of Psychoanalytic Psychotherapy, y cuenta con una publicación anual llamada Alethéia, en la cual se difunden sus aportaciones al psicoanálisis contemporáneo ([www.iipcs.edu.mx](http://www.iipcs.edu.mx), 2005) Por otro lado, también se pueden encontrar en la actualidad bastantes páginas de internet, dedicadas a ello, como es la Revista Electrónica Acheronta ([www.psiconet.org](http://www.psiconet.org)), entre muchas otras.

Finalmente, se debe señalar que en la década de los noventa fue más notoria la apertura de todas éstas asociaciones para que los psicólogos y otros profesionistas fueran aceptados e incluidos en la formación como psicoanalistas. Aunque ésta ya se venía dando de tiempo atrás, principalmente a finales de los ochenta. En un principio, al igual que en otras latitudes se les exigía a los psicólogos poseer el grado de doctorado. Pero por las presiones de éste grupo de profesionistas, a nivel mundial la Asociación Internacional tuvo que ir abriendo las puertas, y sobre ésta relación de psicólogos y psicoanalistas se hablara en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO IV.

### RELACIÓN HISTÓRICA Y MISCELÁNEA

En éste capítulo lo que se intenta es abordar lo referente a la relación histórica que ha existido entre éstas dos disciplinas, tanto a nivel mundial como a nivel nacional, principalmente en la UNAM. También se trata de abordar otras situaciones relacionadas con las mismas que se consideran relevantes en la actualidad.

#### **4.1. Relación Histórica del psicoanálisis y la psicología clínica.**

En éste inciso lo que se intenta es exponer uno de los primeros contactos del psicoanálisis con la psicología, y como los conceptos de ésta disciplina entraron a la psicología norteamericana, preferentemente académica, pero tuvieron mayor resonancia en el campo clínico o aplicado. De ésta manera, menciona Buendía (1999) que, a inicios del siglo XX la práctica clínica no había llegado muy lejos, y se enfrentaba a la frustración de no poder verificar la mayoría de sus hipótesis. El comportamiento anormal volvía a ser incomprensible al entrar en crisis el modelo médico-positivista que pensaba al paciente como un organismo que funcionaba mal, y no sólo no se habían encontrado las causas biológicas de las psicosis y de las neurosis, sino que tampoco se habían descubierto medicamentos para el tratamiento. Así, cuando el psicoanálisis entró a escena, se produjo una valoración de los aspectos psíquicos (en ese proceso de enfermedad), lo que tuvo una influencia importante en la concepción de los trastornos mentales y su tratamiento. Téngase esto como un primer reconocimiento de lo que se lograba con el psicoanálisis.

Se puede decir de manera general que, en 1909 S. Freud fue invitado por G. Stanley Hall (y, a saber, por William James) a la Universidad de Clark en Nueva York, Estados Unidos, para dar una serie de conferencias y expusiera sus ideas a los estudiantes y psicólogos de ese país. En aquel encuentro las ideas al parecer fueron bien recibidas, de tal manera que se tiene históricamente, como aquel momento en el cual el psicoanálisis entró a éste país y además influyó en el desarrollo de la psicología clínica norteamericana, sin embargo, ésta influencia no fue notoria sino hasta unos años después, pues durante esa época la psicología clínica continuó con la tradición que recientemente había propuesto L. Witmer (Ávila y cols., 1992; Freud, 1999; Phares, 1996; Reuchlin, 1992; Strickland, 2001, op. cit.; y Vázquez Malagamba, 1996).

De las cinco conferencias dadas por S. Freud en el ya citado evento, se puede resaltar sumariamente que: en la primera conferencia el padre del psicoanálisis comienza con la reseña histórica y descripción del caso de histeria atendido por J. Breuer, caso que fue publicado en colaboración, y empieza por tal reseña por que para él es fundamental el caso en el surgimiento del psicoanálisis. Por otro lado, se percata de que su audiencia, no pertenece en su mayoría a profesionales médicos, lo que lo obliga a tratar de ser más claro y a indicar que sólo se acompañaran del aspecto médico en un inicio. También en ésta conferencia explica en que consiste la histeria y cómo se solía diagnosticar, así como aborda parte del tratamiento que dio J. Breuer a su paciente (Anna O.) y termina esa conferencia señalando que:

“Después de lo que hasta ahora he expuesto estará muy justificado en vosotros la impresión de que las investigaciones de Breuer no han podido daros más que una teoría muy poco completa y una insatisfactoria explicación de los fenómenos observados; pero las teorías completas no caen llovidas del cielo y hay que desconfiar más justificadamente aun cuando alguien nos presenta, desde los comienzos de sus investigaciones, una teoría sin fallo ninguno y bien redondeada. Una teoría así no podrá ser nunca más que hija de la especulación y no fruto de una investigación de la realidad, exenta totalmente de prejuicios. “  
(Freud, 1999, p. 70 y 71)

En la segunda conferencia, expone otro antecedente que ayudaría en la formación del psicoanálisis, esto es, hace referencia a los estudios de J. M. Charcot y su discípulo P. Janet, aunque sobre los estudios de éste último hace varias diferencias en cuanto a la concepción de los fenómenos psicológicos. Notando por ejemplo que:

“Nosotros no derivamos el desdoblamiento psíquico de una insuficiencia innata del aparato anímico para la síntesis, sino que lo explicamos dinámicamente por el conflicto de fuerzas psíquicas encontradas y reconocemos en él el resultado de una lucha activa entre ambas agrupaciones psíquicas.” (p. 77)

También explica el porqué abandonó el método hipnótico y cómo lo fue sustituyendo por su técnica asociativa, asimismo hace referencia de varios conceptos fundamentales para su teoría, como son el de la resistencia, el de la represión y su proceso, y el de conflicto, los cuales son expuestos con la ayuda de un caso por el tratado (el de la muchacha que se había enamorado de su cuñado). Ésta conferencia la cierra haciendo una introducción:

"Sobre la naturaleza de los deseos intolerables, que a pesar de la represión logran hacerse notar desde lo inconsciente y sobre las condiciones subjetivas o constitucionales que tienen que aparecer conjuntamente en una persona para que tengan lugar un tal fracaso de la represión y una formación sustitutiva o de síntomas." (Freud, 1999, p. 79 y 80).

En la tercera conferencia, hace referencia a la importancia del lenguaje "Indirecto" como expresión, muchas veces de lo reprimido y del síntoma, pero analógicamente se presenta también en fenómenos como el chiste. Éste es comparativo a las ocurrencias que expresa el paciente. Así, indica que:

"La interpretación de las ocurrencias que exterioriza el paciente cuando se somete a los preceptos psicoanalíticos capitales no es el único de nuestros medios técnicos para el descubrimiento del inconsciente. Al mismo fin conducen otros dos procedimientos: la interpretación de sus sueños y la evaluación de sus actos fallidos (*Fehlhandlungen*) y actos casuales (*Zufallshandlungen*)." (Freud, 1999, p. 84 y 85)

De tal manera que también explica en ésta conferencia el papel de los sueños y los actos fallidos y la interpretación de ambos fenómenos. Así pues, aborda lo referente al contenido manifiesto e ideas latentes del sueño; y a los procesos de condensación y al de desplazamiento también en el sueño. Con los actos fallidos hace lo mismo indicando que estos deben considerarse extraordinariamente significativos y los cuales deberán ser interpretados examinando la situación en la que se ejecutan.

En la cuarta conferencia explica que:

"... la investigación psicoanalítica refiere, con sorprendente regularidad, los síntomas patológicos del enfermo a impresiones de su vida erótica; nos muestra que los deseos patógenos son de la naturaleza de los componentes instintivos eróticos y nos obliga a aceptar que las perturbaciones del erotismo deben ser consideradas como las influencias más importantes de todas aquellas que conducen a la enfermedad. Y esto en ambos sexos" (Freud, 1999, p. 93)

De ésta manera, explica el desarrollo sexual y las etapas por las que atraviesa el ser humano en éste proceso. Aquí hace énfasis en la vida sexual infantil y el proceso por el cual puede existir una fijación en el curso del desarrollo en una etapa. Para lograr esto hace uso de términos como: zonas erógenas, libido, elección de objeto, perversión y fijación, entre otros, los cuales explica.

En su quinta conferencias retoma el tema de la sexualidad infantil y explica como se relaciona ésta con el proceso de enfermedad y con el psicoanálisis, así, menciona en principio que:

“Con el descubrimiento de la sexualidad infantil y la referencia de los síntomas neuróticos a componentes instintivos eróticos hemos llegado a establecer algunas inesperadas fórmulas sobre la esencia y las tendencias de las neurosis. Vemos que los hombres enferman cuando, a consecuencia de obstáculos exteriores o falta interna de adaptación queda vedada para ellos la satisfacción de sus necesidades sexuales en la *realidad*, y vemos que entonces se *refugian en la enfermedad*, para hallar con su ayuda una satisfacción sustitutiva de la que les ha sido negada. Reconocemos que los síntomas patológicos contienen una parte de la actividad sexual del sujeto o a veces su vida sexual entera, y encontramos en el alejamiento de la realidad la tendencia capital, pero también el daño principal de la enfermedad. Sospechamos que la resistencia que nuestros enfermos oponen a su restablecimiento no es de constitución simple, sino compuesta de varios motivos.” (Freud, 1999, p. 104)

También en ésta conferencia se da a la tarea de explicar fenómenos como el de la regresión, la transferencia y la sublimación y como son observados en el proceso analítico.

Como ya se mencionó éstas ideas no tuvieron tanto eco poco después de que fueron presentadas, más bien fueron utilizadas en la Primera Guerra Mundial y después de ésta, principalmente para la evaluación de la personalidad. Así, otro de los reconocimientos de los psicólogos clínicos hacia el psicoanálisis, se refiere a que ésta teoría tendría bastante influencia en la clínica a partir de los años 30's, pues contribuyó con sus aportaciones a definir el objeto y método del psicodiagnóstico. Mediante la interpretación, el psicoanálisis se acercó a una evaluación del inconsciente por medio de técnicas de asociación, primer eslabón de lo que después serían los “procedimientos psicoanalíticos” en el diagnóstico psicológico. Es C. G. Jung, quien en 1906 (como todavía discípulo de S. Freud), crea el primer test de asociación de palabras usado sistemáticamente como instrumento para la detección y análisis de los conflictos psíquicos, posición que en cuanto al psicodiagnóstico sería luego extendido por los psicoanalistas norteamericanos, especialmente por la psicología del yo. Posteriormente, S. Freud precisaría su posición sobre el diagnóstico, relativizando notablemente su interés y en todo caso considerándolo un aspecto si no desechable sí marginable de la práctica psicoanalítica (Ávila y cols., 1992)

Una de las razones por las cuales esto último es así en psicoanálisis, se puede encontrar en Follari (1982), quien señala que:

“Otro caso es el de los “test”, cuya construcción estuvo ligada estrechamente a las necesidades del aparato militar norteamericano en la Primera Guerra Mundial (garantizar la inteligencia y lealtad de los soldados) y del aparato educativo-técnico (garantizar que la escolaridad fuese otorgada a los más dotados) (p. 42)

Los "test" estuvieron, y aún están, al servicio de la selección de las personas según aptitudes que no son naturales sino fruto del aprendizaje y por tanto de condiciones sociales particulares, y son la justificación de la repartición desigual de las posibilidades sociales" (p. 43)

En general, se puede decir que ésta relación supone un gran avance para la psicología, principalmente clínica. Pero fue una relación que no duraría, por los "avances" tecnológicos, vistos especialmente en la Segunda Guerra Mundial, en donde se comenzaron a usar otros modelos, que suponían el gasto de menores recursos. Y de ahí en adelante, con el veloz desarrollo tecnológico y el rápido modo de producción, con su consecuente consumismo voraz, se empezó a observar la aparición de nuevos modelos psicológicos que presumían la pánacea idea de la cura mágica y milagrosa. En palabras de Avendaño (1999, op. cit.):

"Hoy día, la misma industria farmacéutica ofrece productos para incrementar la potencia sexual, para el descanso del cuerpo sin abandonar las actividades cotidianas, para evitar el dolor y el sufrimiento, para recuperar la tranquilidad, etc. Los eventos desagradables, que en el pasado eran considerados parte de la vida, pueden evitarse con dinero. El displacer, el dolor, la satisfacción social, la confianza en sí mismos, la reintegración familiar y la eliminación de los vicios pueden ser evitados, pues en el mercado se ofrecen una serie de productos para la cura de estos males: como psicoterapias, técnicas de relajación, discursos religiosos, manuales de conocimiento, desarrollo y superación personal, etc. Productos que se inscriben en el contexto de una competencia entre curanderos de diversas especies" (p. 60)

Por su parte el psicoanálisis es consciente del papel que juega en la actualidad, pues a través del tiempo (como ya se abordó) ha ido evolucionando por medio de su contacto íntimo con el individuo. Como es consciente también de que luchar con el estilo de vida con el que se debe vivir actualmente, suscita un reto.

### **Relación histórica en México.**

Cárdenas Sánchez (1996) menciona que en AL la psicología clínica se identificó con el psicoanálisis durante décadas. Pero fueron los médicos y psiquiatras quienes, al igual que en otros lugares, se dedicaron al diagnóstico y al tratamiento de los trastornos mentales y comportamentales. Ellos introdujeron las técnicas proyectivas y en muchos casos los test para medir la inteligencia, la personalidad, el rendimiento, las aptitudes y las actitudes.

En México, con la formación de organizaciones psicoanalíticas, se dio una relación formal entre psicólogos y psicoanalistas desde mediados de los años cincuentas, más dicha relación en sus inicios

fue tensa. Para 1957 el grupo frommiano (fundador de la Sociedad Psicoanalítica Mexicana, a saber, extinta actualmente) se quedaba definitivamente en la Escuela de Medicina, mientras que el grupo freudiano (fundador de la Asociación Psicoanalítica Mexicana y considerada por muchos como ortodoxa) se quedaba en el Colegio de Psicología, ambas instituciones pertenecientes a la UNAM. Vázquez Malagamba (1996) menciona que ambos grupos dirigieron los caminos de los psicólogos en los años cincuentas y sesentas, pues muchos de ellos eran profesores en el área clínica u ostentaban algún puesto directivo. Como ejemplo de ello está el del mismo Santiago Ramírez quien fue nombrado coordinador del Colegio en 1966, y como tal "tuvo un gran respeto por los psicólogos "propiamente dichos", como él los llamaba, así como una gran colaboración, lo cual permitió que posteriormente se crearan asociaciones psicoterapéuticas de psicólogos clínicos" (p. 25). Así como también permitió que el plan de estudios de esos años fuera heterogéneo pues en él se incluía la participación de grupos de maestros de diversas tendencias, así como de autoridades y estudiantes, lo que hizo que se redujeran las tensiones y diferencias grupales. El mismo Ramírez (1983), cuenta que la influencia que el movimiento psicoanalítico tuvo en México fue indudable, y gran parte de los miembros de la APM ejercieron influencia técnica y científica en diversas instituciones oficiales y privadas. En la UNAM, los coordinadores del Colegio de Psicología fueron psicoanalistas y gran parte del profesorado del Departamento de Métodos Clínicos de la Psicología eran psicoanalistas.

Ahora bien, antes de que coordinara S. Ramírez (y algunos años después) los psicólogos clínicos eran considerados como auxiliares psicométricos para establecer el diagnóstico, y de alguna manera los psicoanalistas les impidieron incorporarse a las actividades psicoterapéuticas, pues aquellos no contaban con la preparación médica. Pero dicha situación, como indica Lara Tapia (1983, citado por Vázquez Malagamba, 1996), no era causada por los psicoanalistas particularmente, sino también por el tipo de sociedad profesional que ejercitada bajo un modelo liberal, exigía un territorio clínico que le parecía propio y sobre el cual los psicólogos solamente podían trabajar en forma colateral y subordinada, supervisada y controlada. Por otro lado, éste autor también señala que entre estos dos grupos de psicoanalistas en la UNAM existía un gran antagonismo, mismo que se vio reflejado en varios aspectos de la vida académica. Indica además que, la influencia de ambos grupos fue determinando gradualmente el que las materias de contenido psicoanalítico se incrementaran, saturando los planes y programas de estudio, por lo cual los psicólogos tenían dos opciones: integrarse a cualquier grupo psicoanalítico (siendo considerados como subprofesionales) o pertenecer a un grupo amorfo, con

tendencias varias como las psicotécnicas, filosóficas o psicopedagógicas, en torno a maestros de éstas orientaciones.

No fue hasta la década de los ochentas que ésta situación comenzó a cambiar, no solamente en México sino a nivel mundial, pues se veía como algo inevitable para el psicoanálisis mismo, pero principalmente para el gremio médico. Tratando de explicar y deslindar responsabilidades de ésta relación, Davil (1983) menciona que:

"Es cierto que se puede acusar a los estudios de medicina de haber alejado a los médicos de los conocimientos psicológicos esenciales, pero también se puede criticar la enseñanza de la psicología en las universidades. El trabajo del analistas no se aprende en los libros y no se adquiere con diplomas. No es solamente cuestión de principios teóricos. Los psicólogos ya no quieren ser sólo "los que hacen test", y el aumento de la cantidad de estos profesionales plantea el problema de una formación universitaria que no desemboca en una tarea práctica." (p. 38)

Salles (2002), por su lado, señala que la presión de los psicólogos que exigían una formación como psicoanalistas, principalmente en los E U A, dio pie a una demanda legal contra la Asociación Internacional, misma que ganaron y de esa manera fueron admitidos en muchas de las organizaciones psicoanalíticas alrededor del mundo, pertenecientes a la ya citada asociación. Y agrega que:

"... en nuestra Asociación ya se venían aceptando psicólogos antes de dicho desenlace. Hay que hacer notar la tenacidad de este grupo profesional que nunca bajó los brazos hasta lograr su cometido. Personalmente me ha parecido que el ingreso de psicólogos a nuestra Asociación ha sido muy enriquecedor desde el punto de vista científico, ya que por su propio adiestramiento tienen antecedentes curriculares distintos de los que, nos originamos en la medicina y por lo tanto se aprecian cualidades diferentes en su modo psicoanalítico de pensar; además que se encuentran más versados que muchos médicos, en el llamado procedimiento científico." (p. 179)

Finalmente, se debe considerar que en la actualidad el psicoanálisis representa una especialidad más, para aquellos profesionistas que están relacionados con los fenómenos "psi", pero principalmente para los que tienen que ver con el área clínica.

## 4.2. Particularidades del psicoanálisis respecto de la psicología

En éste apartado se tratan de abordar algunas cuestiones relacionadas con ambas disciplinas como son: el concepto del ser humano, el aspecto bio-psico-social, las implicaciones de algunos métodos empleados en la investigación del fenómeno "psi", la definición de la psicología y sus implicaciones; para tratar de dilucidar, a partir de la concepción que se tenga de estos temas, que lugar le puede corresponder al psicoanálisis.

### 4.2.1. Concepto de ser humano

De ésta manera, se puede decir que existiendo bastantes modelos (tanto descriptivos como explicativos) en psicología, se puede observar una gran diversidad en cuanto a cómo estos conceptualizan al ser humano. Y en una primera revisión se tiene que, según Cerra Padilla (2000), el psicoanálisis concibe al individuo como un ser determinado por los primeros años de vida; el conductismo lo concibe también determinado, pero por el aprendizaje del contexto en el que se desenvuelve; para el humanismo es un sujeto capaz de desarrollarse y dar un sentido a su existencia; para el modelo sistémico el ser humano es considerado como un sistema abierto autorregulador, en el que sus miembros son influenciados recíprocamente. Éste autor también señala que de las teorías así como del concepto de ser humano que tengan se van a generar una serie de elementos teóricos básicos, los cuales van a sustentar el proceso de conocimiento, así como la orientación del camino que conducirá a tratar de esclarecer al ser humano.

Por su parte, Braunstein (1985, op cit.) señala que, el psicoanálisis esclareció que los seres humanos no son entidades autónomas, dueñas de sus pensamientos y de sus conductas, sino que éstos están determinados por una estructura armada (el aparato psíquico) en cada uno de ellos durante los primeros años de la vida la cual permite e impone la adecuación a los lugares asignados en los procesos sociales a través de mecanismos inconscientes.

Otra opinión es la de Argüero (1999, en: Aguado, Avendaño y Mondragón, 1999), quien dice que el psicoanálisis no es una teoría de la personalidad que se dirija al estudio de las máscaras del hombre (dada la etimología de la palabra persona), así como tampoco se circunscribe –únicamente- a la noción de individuo, la cual está sobrecargada por la ilusión de pensarse como totalidad indivisible; noción que proviene de la biología y que puede cuestionarse de múltiples maneras cuando pasa a formar parte del conjunto conceptual en el campo de las ciencias sociales. De igual forma, la noción de hombre plantea

un campo de teorización que rebasa al psicoanálisis mismo y su campo, pues éste no es y no aspira a ser una teoría general de la realidad. Todo lo cual nos lleva al siguiente aspecto.

#### 4.2.2. El aspecto bio-psíco-social.

Antiguamente, y hasta hace no mucho, algunas ciencias encargadas de explicar el proceso de salud-enfermedad, tendían a considerar más un aspecto que otro, ya sea que en su quehacer le dieran demasiado peso al aspecto biológico, al psicológico, o al ambiental (o social) del individuo; sin considerar la estrecha relación existente entre estos. Particularmente, la filosofía del modelo médico implicaba un reduccionismo en el que todos los fenómenos eran reducibles a procesos bioquímicos básicos, y el mantenimiento del dualismo mente-cuerpo, o mejor dicho los procesos somáticos y psicológicos se excluían mutuamente, esto es, el cuerpo y la mente eran dos entidades que estaban separadas. Es hasta finales de los setentas que en las ciencias biomédicas, autores como Engel (1977; citado por Becoña y Oblitas, 2000), plantea un modelo alternativo, el llamado bio-psico-social. Él hipotetizó sobre la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento. En sus palabras:

"El modelo médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud." (p. 13)

Cabe aclarar, que éste modelo ha tratado de ser utilizado principalmente por la medicina y algunas disciplinas "auxiliares" de la misma como la psicología de la salud. Pero en general, las distintas áreas de la psicología, actualmente lo consideran importante en la explicación del proceso salud-enfermedad.

Por otro lado, y no obstante lo anterior mencionado, en psicoanálisis la consideración de esos factores, de alguna manera ha estado presente desde sus inicios. Por una parte, se tiene el que autores como Bleichmar y Leiberman (1997), lo consideren dentro del problema naturaleza-cultura, siempre vigente en la disciplina. Para ellos, el que S. Freud haya descubierto la sexualidad humana como principal factor etiológico de las neurosis, lo llevó a postular un desarrollo pulsional que se manifiesta en la sexualidad infantil, con distintas etapas de organización que culminan al resolverse el complejo de Edipo. Desde ésta perspectiva el desarrollo pulsional, intrínseco al sujeto, establecería la génesis del

conflicto psíquico; el otro polo del conflicto estaría representado por el aspecto cultura, el mundo exterior, en permanente interacción pulsional. Otra idea que también marca la impresión del factor interno en el pensamiento freudiano es la de los fantasmas originarios, o las fantasías existentes en todo individuo que no pueden explicarse como provenientes de la percepción o la identificación directa. En ésta idea S. Freud evoluciona desde una primera aproximación que buscaba el origen de dichas fantasías en situaciones sexuales infantiles reales, hacia una concepción más intrínseca al sujeto, en que las fantasías primordiales serían organizadoras de la realidad psíquica, más allá de las experiencias personales. En su obra *Más allá del principio del placer*, S. Freud incorporó el concepto de una destructividad primaria, constitutiva al ser humano, como fuerza pulsional. Así, la noción de series complementarias para resolver la etiología de las neurosis define claramente el intento de S. Freud de dirigir la alternativa entre lo interno y lo externo a través de su interacción. Esto es, la constitución hereditaria (aspecto interno) y las experiencias sexuales infantiles (factor ambiental) se condicionarán recíprocamente para constituir la disposición a la enfermedad; y ésta disposición como factor interno y la frustración como factor externo actuarán al mismo tiempo para desencadenar la enfermedad. Para estos autores:

“...Freud siempre consideró la fuerza pulsional, intrínseca al sujeto, como uno de los polos del conflicto psíquico, interactuando con la realidad en el polo opuesto. Por lo tanto, concibió la complementariedad entre lo interno y lo externo como una constante del funcionamiento mental.” (p. 509)

En otras palabras, considerando el concepto de realidad psíquica, en la que los objetos y fantasías internos están en constante interacción con los elementos de la realidad externa permite al psicoanálisis un abordaje del problema de la relación entre el individuo y el medio. Ahora bien, el pensamiento psicoanalítico evolucionó desde una jerarquización de los factores pulsionales, hacia nuevas teorías que en los últimos treinta o cuarenta años ponen el acento en los factores ambientales como determinantes del psiquismo. De tal manera que, la teoría de M. Klein continuó enfatizando la lucha de pulsiones (propuesta por S. Freud), pero ésta vez desde la visión de las relaciones de objeto. Algunos postkleinianos como Bion, inciden en las características reales de la madre como producción de la patología con su idea de continente-contenido y la función de rêverie de la madre. En Hartmann se mantiene el enfoque pulsional, pero el centro de atención se va hacia el ambiente al jerarquizar el yo y su adaptación a la realidad. Las ideas de Mahler, Winnicott y Kohut marcan una orientación más ambientalista para comprender el desarrollo de la enfermedad mental. Y la teoría lacaniana también se ubicaría en este sector, pero ésta vez definido desde la cultura estructurante del sujeto.

Incluso, ésta serie de factores se pueden encontrar un poco más desarrollados en autores como E. Erikson, quien según Laguna Lamas (1995), propone que todo ser humano depende de tres procesos de organización que son complementarios entre si, estos son: 1) el proceso biológico (soma), que comprende la organización jerárquica de los sistemas orgánicos que constituyen un cuerpo; 2) el proceso psíquico (psyque), que organiza la experiencia individual mediante la síntesis del yo; y 3) el proceso comunal (ethos) que consiste en la organización cultural de la interdependencia de la persona.

Otra forma de sostener el que en psicoanálisis se consideren estos factores, y que es complementario con el anterior punto de vista, es como lo menciona Braunstein, 1985, op. cit), considerando los descubrimientos de S. Freud en relación con las tesis de Descartes, las cuales influyeron a la psicología académica por muchos años. Esto es,

“Nada de “pienso, luego existo”. Por el contrario: existo como cuerpo y en tanto que cuerpo, tiendo al placer. La existencia es, antes que nada, tendencia al placer y a la satisfacción del deseo. El deseo aparece en el escenario de un grupo humano preformado: la familia. Una de las funciones de ese grupo es, precisamente, la de modelar y encauzar al deseo en función de las necesidades de conjunto de la estructura social. En la familia se impone la dominación de las pulsiones que tienden al placer sexual y de las funciones corporales relacionadas con ellas: la alimentación y la excreción, primero; el placer derivado de la región genital, después. (p. 32 y 33)

De ahí que, para la psicología académica basada en los conceptos cartesianos, la conciencia era el punto de partida, porque si se piensa se existe en un mundo, y pensando se podía representar al yo desligado del cuerpo como soporte material y de una localización espacial. En tanto que para S. Freud, la conciencia aparece como un proceso secundario que se basa en la inhibición del proceso primario movido por el principio de placer. En términos de Argüero (1999, op. cit.), el psicoanálisis tiene entre sus funciones, el poner en tela de juicio la existencia misma del sujeto, dejándola de entender como algo evidente. Desde éste campo, es imposible sostener que la existencia no depende de la razón, o el pensamiento tal y como se entiende. El pensar no verifica la existencia; y si se fundamenta en esto la reflexión psicoanalítica la cuestión tal vez sería: “¿si no es la razón la que corrobora la existencia entonces cuál sería el criterio para determinar que yo existo?(p. 308), y la respuesta que da el autor es que, la noción de la existencia no depende de uno, sino del otro, pues es a través del otro como uno confirma quién es, “ y como soy depende del otro, el otro que me da sentido; para ser yo he de ser otro. La existencia propia es un asunto del otro. Por lo tanto, la propuesta cartesiana queda entrecorillada: no soy yo quien puede corroborar que existo, sino el otro” (p. 308). Más no se debe pensar con que con

esto se quiera decir que el sujeto no tenga noción de su existencia; pues nunca se está solo, siempre hay otro, tal vez internalizado, pues por ejemplo el soliloquio o hablar a solas no es posible ya que hablar es dirigirse a otro, al otro que forma parte del propio ser que uno inventa y que lo inventa a uno.

Complementario a estos puntos de vista se tiene que, para Follari (1982), desde la epistemología del problema de la psicología social, plantea (considerando lo dicho por S. Freud) que toda psicología es necesariamente social, no sólo por que afecta a toda disciplina científica, de estar socialmente construida, sino por lo perteneciente a su objeto de tratamiento, esto es, el hombre como el conjunto de sus relaciones, pues no se puede pensar en cualquier consideración respecto de la conformación psíquica que sea manejable fuera de esas relaciones. Así:

“La psicología denominada “individual” pone el acento en el *efecto* subjetivo de una multideterminación social: es psicología no del “individuo” pensado metafísicamente como expresión de una particularidad radical e inefable, sino del *sujeto* sujetado, producido a partir de determinadas situaciones sociales. En este sentido, la expresión “psicología social” carecería de significado preciso, ya que el adjetivo “social” nada agregaría a lo implícito en la palabra “psicología.” (p. 32)

Y al tocarse el tema del objeto de tratamiento, se daría pie al siguiente punto.

#### 4.2.3. Algunas implicaciones de la definición de psicología.

Para Braunstein (1985, op cit.), el trabajo de la psicología académica se da en el terreno de la conciencia de la conducta y por tanto en el terreno de la práctica ideológica. De tal manera que, si al definir la psicología se emplea la conciencia, los métodos de investigación tendrían que ver con una reflexión que partiera de los contenidos que hay en la conciencia del propio sujeto; y si se considera a la conducta y se es consecuente, se desaprobará toda alusión a los contenidos de la conciencia para dedicarse a observar y experimentar con los aspectos observables del comportamiento animal y humano. Por otro lado, dentro del plano del conocimiento (o gnoseológico) –que es en el que se pretende llegar a una apropiación teórica de la realidad, mediante prácticas específicas-, existen dos tipos de prácticas: la ideológica y la científica. La primera, “parte de representaciones y termina en nociones, leyes y modelos que reproducen de un modo elaborado esas representaciones” y la segunda “toma como punto de partida a las abstracciones simples producidas por la práctica ideológica y desemboca en un efecto de conocimiento de la realidad” (p. 46)

Por tal razón, el trabajo de la psicología, según éste autor, no es científico, pero tampoco desdeñable, más bien indispensable pues sirve como materia prima para la práctica científica. También señala para la palabra ideología dos acepciones, la primera teniéndola como conjunto asistemático de nociones precientíficas y la segunda como representación ilusoria y deformada de la realidad elaborada por las clases dominantes que ocultan el yugo impuesto al conjunto de la sociedad.

Pensando también en el estatus científico de la psicología, Follari (1982) señala que:

"1) La ciencia se construye a través de una ruptura con el campo de desconocimiento-reconocimiento previo instaurado en torno a los fenómenos que pretende explicar; 2) se trata de un cambio de *problemática* que se aleja del sentido común hacia la construcción del objeto científico; 3) este objeto rompe con el sentido común precisamente en cuanto es metaempírico; 4) este objeto es el que permite la explicación del funcionamiento del objeto empírico. La función de la ciencia es explicar, interpretar teóricamente, y no describir o reproducir la forma del objeto empírico; 5) ésta reproducción, presentada a menudo como ciencia, no es más que sentido común recategorizado, forma teórica de operaciones puramente tecnológico-prácticas y, según las opciones de Luis Althusser y sus seguidores (...), "ideología"."(p. 36)

En el campo de la psicología dicha ruptura teórica con el sentido común instalado en la mera descripción, se da de forma más clara y precisa que en otras disciplinas. Éste autor también menciona que en el psicoanálisis existe una construcción del objeto y el método de acceso al mundo psíquico. Lo cual no ocurre, en alguna medida comparable con ninguna otra corriente de la Psicología; ya que por ejemplo, la teoría de la Gestalt que ha propuesto métodos terapéuticos, partiendo del análisis sobre la percepción, que permanece en el plano de la apariencia. O por ejemplo, la fenomenología, la cual insiste en permanecer dentro del marco de la conciencia como a priori, lo cual le impide reconocer los límites de éste método en cuanto al mundo psíquico, donde el yo es sitio de desconocimiento y por ello poco o nada sabe de la causa real y significación de sus síntomas. O bien, el experimentalismo que proviene de una indebida importación de las ciencias naturales a las ciencias humanas, según el positivismo que plantea un método científico universal; produciendo una reducción del mundo psíquico a los elementos de aquel método, donde lo psíquico queda atrapado en una metodología que no es inherente. O el behaviorismo que se remite a la obtención del dato en bruto carente de interpretación, y queda limitado a lo que el sujeto hace o dice. Todo lo cual nos lleva al siguiente punto.

#### 4.2.4. Método científico, método clínico y método psicoanalítico.

De acuerdo con Bunge (1958), el método científico consistiría de manera general en:

1. PLANTEO DEL PROBLEMA
  - 1.1. *Reconocimiento de los hechos*: examen del grupo de hechos, clasificación preliminar y selección de los que probablemente sean relevantes en algún respecto.
  - 1.2. *Descubrimiento del problema*: hallazgo de la laguna o de la incoherencia en el cuerpo del saber.
  - 1.3. *Formulación del problema*: planteo de una pregunta que tiene probabilidad de ser la correcta; esto es, reducción del problema a su núcleo significativo, probablemente soluble y probablemente fructífero, con ayuda del conocimiento disponible.
2. CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO TEÓRICO
  - 2.1. *Selección de los factores pertinentes*: investigación de suposiciones plausibles relativas a las variables que probablemente son pertinentes.
  - 2.2. *Invencción de las hipótesis centrales y de las suposiciones auxiliares*: propuesta de un conjunto de suposiciones concernientes a los nexos entre las variables pertinentes; p. ej. Formulación de enunciados de ley que se espera puedan amoldarse a los hechos observados.
  - 2.3. *Traducción matemática*: cuando sea posible, traducción de las hipótesis, o de parte de ellas, a alguno de los lenguajes matemáticos.
3. DEDUCCIÓN DE CONSECUENCIAS PARTICULARES
  - 3.1. *Búsqueda de soportes racionales*: deducción de consecuencias particulares que pueden haber sido verificables en el mismo campo o en campos contiguos.
  - 3.2. *Búsqueda de soportes empíricos*: elaboración de predicciones (o retrodicciones) sobre la base del modelo teórico y de datos empíricos, teniendo en vista técnicas de verificación disponibles o concebibles.
4. PRUEBA DE LAS HIPÓTESIS
  - 4.1. *Diseño de la prueba*: planteamiento de los medios para poner a prueba las predicciones; diseño de observaciones, mediciones, experimentos y demás operaciones instrumentales.
  - 4.2. *Ejecución de la prueba*: realización de las operaciones y recolección de datos.
  - 4.3. *Elaboración de los datos*: clasificación, análisis, evaluación, reducción, etcétera, de los datos empíricos.
  - 4.4. *Inferencia de la conclusión*: interpretación de los datos elaborados a la luz del modelo teórico.
5. INTRODUCCIÓN DE LAS CONCLUSIONES EN LA TEORÍA
  - 5.1. *Comparación de las conclusiones con las predicciones*: contraste de los resultados de la prueba con las consecuencias del modelo teórico, precisando en qué medida éste puede considerarse confirmando o disconfirmando (inferencia probable).
  - 5.2. *Reajuste del modelo*: eventual corrección o aun reemplazo del modelo.
  - 5.3. *Sugerencias acerca del trabajo ulterior*: búsqueda de lagunas o errores en la teoría y/o los procedimientos empíricos, si el modelo ha sido disconfirmado; si ha sido confirmado, examen de posibles extensiones y de posibles consecuencias en otros departamentos del saber. (p. 63 y 64).

Ahora bien, la pregunta que surge aquí es ¿cómo se podría usar éste método en la psicología clínica, y más precisamente en la psicoterapia, pues muchas de las veces una sesión al igual que un paciente, presuponen una situación irrepetible o verificable o confirmable?. O quizá sea como señala Aguado y cols. (1999), los psicólogos fueron víctimas de sus propias ilusiones al creer saber en qué consistía el método científico y quizás cometieron el error de pensar que bastaba tener un instrumento (el método científico) para hacer de una mano torpe una mano diestra y capaz.

En cuanto al método clínico se puede decir, siguiendo a Reuchlin (1992) que, históricamente fue L. Witmer quien primero utilizó las expresiones de psicología clínica y método clínico en psicología, y a diferencia de Cattell, que se orientaba hacia las aplicaciones industriales hacia el terreno experimental-estadístico (o psicométrico), Witmer se interesó en profundizar los casos individuales de niños difíciles o anormales, y cuando utilizó por primera vez la expresión de método clínico en psicología, lo definió como un método de investigación que consistía en utilizar los resultados del examen de numerosos sujetos, estudiados sucesivamente, para realizar generalizaciones sugeridas por sus aptitudes y sus deficiencias. De ahí que en las clínicas psicológicas los psicólogos aprendieran a aplicar la psicología a la higiene profesional educativa y correctiva, así como a la orientación industrial y social. En lo sucesivo al hablar de psicología clínica se hablaría de tratar de ayudar a un individuo particular. Dichos individuos irían en busca del psicólogo porque se encontraban en dificultades, algunos eran niños con retardo en su desarrollo intelectual o que experimentaban dificultades escolares anormales, otros eran jóvenes o adultos a quienes el aprendizaje o reaprendizaje de una profesión les planteaba un problema; o jóvenes delincuentes o neurópatas. Y dada la diversificación en la atención en orientación profesional o psicología escolar por ejemplo, el dominio de la psicología clínica se redujo a la atención de "anormales", y más restringidamente esos casos iban a consultar al psiquiatra, por lo que el psicólogo clínico pasaría a convertirse en colaborador de aquel. El contenido que le atribuyó Witmer al mencionado método, correspondía al examen de casos individuales, y la necesidad de conocer, hasta donde sea posible, toda la vida del sujeto; mismo que apareció en la primera década del siglo XX al parecer por influencia del psicoanálisis. De ahí que:

"La historia del método de la psicología clínica es dominada entonces por la presencia de estas dos actitudes: examen histórico exhaustivo que conduce a un cuadro del caso y a un pronóstico sin límites precisos; examen por tests, en condiciones estandarizadas, que conduce a <<perfiles>>, o a pronósticos bajo forma numérica. Cuando se habla de <<método clínico>>, se piensa en la primera de ambas actitudes.

A veces se vincula con una <<tradición dinámica>> proveniente de Ribot, Janet y Freud, mientras que la segunda actitud pertenecería a la <<tradición psicométrica>> de Wundt y Galton." (p. 85)

Y en general pues, al hablar del método clínico se supone una actitud con la cual se trata de observar de forma profunda durante mucho tiempo a individuos particulares que luchan con sus problemas, de conocer tan completamente como sea posible todas las circunstancias de su vida, de manera que se pueda interpretar cada hecho a la luz de todos los demás, constituyendo en la totalidad un conjunto dinámico que no es posible simplificar sin mutilarlo.

Ahora bien, aunque de alguna manera ya se abordó lo concerniente al método psicoanalítico en el capítulo anterior de éste trabajo, se pueden mencionar algunas de sus implicaciones respecto de lo que comúnmente se considera ciencia y su método. Así, se puede decir que los orientados por el positivismo exigían en primer lugar al psicoanálisis que hiciera validaciones empíricas, o le cuestionaban su forma de teorizar, o bien les pedían que definieran mejor sus términos para no caer en pensamientos analógicos. O más aún, decían (o dicen) que no es ciencia sino pseudociencia capaz de constituir una mística o credo. Y sobre todo el positivismo en su versión clásica define el modelo de ciencias a las llamadas naturales, cuyos prototipos son la física y la química; ubicando al psicoanálisis con la metafísica, la ideología o la religión, entre las humanidades. Con base en eso muchos psicoanalistas han tratado de sostener la validación empírica de su disciplina realizando: 1) estudios sobre la eficiencia terapéutica, 2) verificación de las hipótesis dentro de la sesión (que es el llamado laboratorio interpretativo), 3) la observación directa del desarrollo y 4) estudios experimentales que validen las principales concepciones. Estudios que no han dejado de ser cuestionados, incluso por otros psicoanalistas. Otros, presentan defensas bastante razonables como la de McIntosh (1979, citado en Bleichamar y Leiberman, 1997), quien señala que:

"Sin embargo las ciencias naturales también desarrollan afirmaciones sobre áreas que no están abiertas a la validación empírica, por ejemplo el interior de las estrellas o los hábitos de especies extinguidas. El punto es que la evidencia que tenemos es usada para apoyar teorías que a su vez nos permiten extender el conocimiento más allá de lo que es directamente observable. En realidad de eso es lo que trata la ciencia" (p. 482).

Por su parte Holt (1981, citado por Bleichmar y Leiberman, 1997), considera que el positivismo lógico ha sido vulgarizado, pues a través de éste se llega a suponer que cualquier conjetura, intuición o especulación imaginativa es mística y anticientífica.

El psicoanálisis tiene su metodología, la cual hace difícil su comprensión, más para quienes no participan en la práctica y la teoría analíticas. La sesión es el instrumental de trabajo del psicoanalista, el campo donde se generan las hipótesis y se trata de probar sus teorías. Éste campo es ajeno a los recursos tradicionales de la ciencia, y por lo tanto, crea una situación difícil de entender. Desde ésta postura también es cuestionable que todo conocimiento científico deba mostrar validez mediante experimentos hechos según algunas técnicas de laboratorio o estadísticas; pues se debe distinguir entre la experiencia y los diseños experimentales. En psicoanálisis, además de las estadísticas y los diseños experimentales se cuenta con la observación, el razonamiento y la lógica para aprender a verdad, ya que la capacidad de acceder al conocimiento es también una dotación innata de los seres humanos, aunque es bien sabido que pueden interferir las trampas emocionales. Y sin embargo, aunque no se comparten las objeciones del positivismo hacia el psicoanálisis, el positivismo resulta útil pues constituye una apelación a la razón y a los hechos, lo cual exige a los psicoanalistas buscar pruebas de sus teorías, y se puede tener como un guardián epistemológico encargado de cuidar la científicidad del trabajo y evitar el irracionalismo de aceptar cualquier teoría (Bleichmar y Leiberman, 1997).

#### **4.3. Posición del Psicoanálisis en cuanto a la Psicología Clínica**

Considerando lo anterior mencionado, se puede señalar aquí que la psicología no es tenida por algunos como Braunstein (1985, op. cit.) y Follari (1982), con el estatus de ciencia, y no es ciencia porque es ideología y lo es porque no tiene establecido un objetivo teórico metaempírico, pero además, no es un conjunto de leyes y conceptos coherentes, sino más bien un tipo de mezcolanza teórica de la cual deberían separarse o definirse los diferentes elementos que la integran. Pero también, estos autores concuerdan en que la psicología es una ciencia en construcción, la cual debe de contar con una estructura o columna que la sostenga. Más adviértase aquí, que esto puede llegar a representar un círculo vicioso, pues desde las diferentes teorías que se ven interesadas en el desarrollo de la psicología se pueden plantear una serie de elementos y argumentaciones que sustenten el porqué deben ser éstas y no otras esa columna.

En cuanto al psicoanálisis respecta, éste podría ser considerado como una parte de la psicología, como ya se manejara por S. Freud en su análisis profano (referido en el capítulo tres de éste trabajo) y retomado por otros psicoanalistas, pero dicha parte sería la estructura o quizás todo su fundamento. Así:

“Si aceptamos que la teoría psicoanalista cumple con las condiciones definidas acerca de la producción de conocimientos científicos, entre ellas la fundación de un objeto metaempírico y el alto nivel de explicación en relación a los fenómenos del campo, aceptamos partir de ella como la base de una psicología científica, que se estructuraría desde las nociones centrales de inconsciente y aparato psíquico” (Follari, 1982, p. 38 y 39).

Complementando éste señalamiento, téngase además en cuenta que la teoría psicoanalítica es un conjunto de conceptos articulados que se han obtenido a través de un trabajo realizado a partir de un dispositivo experimental específico: la situación analítica. Misma que se puede ubicar en la encrucijada de dos objetos, esencialmente, que en parte se superponen y en parte pueden divergir. Hay un objeto teórico: el análisis, en el cual la meta es llegar a saber y en el cual se distribuyen dos lugares el del analizando y el del analista. Pero también existe al mismo tiempo un objetivo práctico: la cura, y en función de ésta las personas que se encuentran en la situación analítica son paciente y terapeuta (lo cual puede ser tomado como algo ideológico). Ahora bien:

“En las condiciones del encuentro se posibilita la proyección de fantasías del analizando sobre el analista, la emergencia de resistencias del paciente a la comunicación con el terapeuta y a la cura, el reavivamiento de fantasías en el analista respecto de su analizando, etc. Estos fenómenos, conocidos técnicamente como de transferencia, de resistencia y de contratransferencia surgen y pueden ser analizados en el marco experimental singular de la situación analítica. Por sus características, este dispositivo técnico constituye el campo ideal para que brote un tipo particular de discurso del analizando detrás del cual pueden detectarse, mediante un cierto trabajo teórico, esos objetos de conocimiento específicos del psicoanálisis que son las *formaciones inconscientes*; para que puedan describirse los procesos que rigen su formación, refiriéndolas a ciertas *posiciones subjetivas* y a una determinada modalidad de estructuración del *aparato psíquico*, entendido este último como objeto teórico del psicoanálisis.” (Braunstein, 1985, p. 50)

Todo lo cual, particularmente en el área clínica de la psicología (y más especialmente en la labor que desempeña el psicólogo clínico como psicoterapeuta), repercute y deviene –o puede devenir- en el empleo y adaptación de técnicas, sustentadas en un más completo marco teórico, en la atención de personas con diferentes problemáticas y en diferentes situaciones. Más debe aclararse aquí, que en el presente trabajo no se tiene la pretensión de señalar al psicoanálisis como el paradigma que podría resolver los problemas de la psicología, así como tampoco se está de acuerdo con que toda la psicología tenga como base el psicoanálisis; pues lograr tal pretensión se sabe aquí que es imposible y es una cuestión en la que no únicamente ha incurrido el psicoanálisis, ya que existen una infinidad de modelos que también lo han hecho y el enumerar ejemplos escaparía a nuestros objetivos. De tal

manera que en el siguiente capítulo se revisan algunos trabajos en los que se ha empleado el psicoanálisis como un modelo teórico-práctico que aún sigue brindando a los psicólogos clínicos una más que eficiente opción dentro del amplio espectro de paradigmas psicológicos.

## CAPÍTULO V

# VIGENCIA DEL PSICOANÁLISIS (O MODELO PSICODINÁMICO) EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Antes de comenzar propiamente con la revisión de algunos trabajos con los cuales se puede demostrar la vigencia del paradigma psicoanalítico en la psicología clínica; parece necesario hacer algunas consideraciones. Así, en primer lugar se tiene que como mencionan Bleichmar y Leiberman (1997) el psicoanálisis enfrenta diversas dificultades externas a la disciplina entre las cuales está el que otras técnicas de psicoterapia ya sea individual, grupal o familiar, ejerzan cierta presión; pues éstas buscan resultados más rápidos, frente a los cuales "el psicoanálisis sólo cuenta con su método que es lento, trabajoso, muchas veces incierto y requiere de una gran paciencia y tolerancia al dolor mental" (p. 524). Lo cual se refleja en la labor del psicólogo clínico mexicano, principalmente metropolitano, pues de acuerdo con Vázquez Malagamba (1996) y Serra Padilla (2000), en psicoterapia la mayoría de los psicólogos que trabajan en el área clínica únicamente cuentan con el nivel académico de licenciatura lo cual los hace elegir para su desempeño, principalmente tratamientos de apoyo y reeducativos (recuérdese aquí lo señalado en el capítulo dos), pero también eligen éstas opciones de tratamiento considerando que su labor la desempeñan en mayor medida en instituciones públicas, por lo cual en su elección también intervendrían factores socioeconómicos pues lo que las instituciones demandan son técnicas breves o de corto plazo que les permita brindar servicios a la mayor población en el menor tiempo posible; de tal manera que los profesionistas no necesitan –relativamente– de mayor especialización para practicar dichas técnicas, contrariamente a lo que les ofrecen las que son derivadas de tratamientos reconstructivos (clasificación en la que se incluye al psicoanálisis y algunas de sus variaciones), los cuales son considerados de largo plazo y se piensan como exclusivos del sector privado, además de que en estos el profesionista requiere de un mayor entrenamiento.

En cuanto a las psicoterapias de tipo psicoanalítico, se puede decir que éstas por diversos motivos, tanto externos como internos, han tenido que evolucionar para adaptarse y sobrevivir y es aquí donde el psicoanálisis no sufre modificaciones estructurales o teóricas, más bien de adaptaciones de sus técnicas, que se han que hacer tomando en cuenta los casos con los que se enfrenta. Así, Davil (1983) menciona que es falso el concepto que algunos tienen del análisis (o psicoanálisis puro) y de la psicoterapia analítica. El primero se tiende a ver como aquella imagen clásicamente caricaturizada en la

que el profesional está sentado en su sillón en silencio mientras el psicoanalizado (supuestamente llamado así por su papel activo en el proceso) se debate angustiado en su recorrido autobiográfico. A la segunda, se le suele considerar una forma rebajada o deformada de análisis, en la que el paciente es sólo eso, pues su papel sería como menos activo y el terapeuta está para sostenerlo y darle directivas. El autor señala que la diferencia entre el análisis y la psicoterapia analítica sería esencialmente el establecimiento del encuadre analítico, el cual junto con la relación (transferencia y contratransferencia) constituyen la situación analítica. Más dicha relación se observa en ambas técnicas. De tal manera que:

“ El encuadre plantea problemas en los individuos cuyo narcisismo es frágil. El silencio, la ausencia visual del interlocutor y la relajación del cuerpo pueden sentirse como una privación muy angustiante, hasta insoportable. Los pacientes pueden rechazarlo invocando diversos pretextos: el encuadre es sentido como absurdo, es rechazado de manera fóbica. El analista mismo puede renunciar a él desde el primer momento o postergar su utilización según lo que perciba de la personalidad de su paciente o por temor a la pérdida del sentido de la realidad en el mismo” (p. 160).

Pero también advierte que la elección de una determinada técnica plantea un problema de método y de campo de aplicación. En cuanto al primero, dice que hay quienes pueden pasar del análisis (posición de diván) a la psicoterapia (cara a cara) o viceversa, a veces de forma indiscriminada. En cuanto al segundo problema, aunque se admite que el análisis se reserva preferencialmente en el caso de neurosis, se deben tener en cuenta los siguientes factores (además de los nosográficos o que describen el cuadro) para elegir la técnica:

- “1) la capacidad de aceptar la soledad propuesta por el encuadre analítico;
- 2) las posibilidades de producir fantasías en el estado de vigilia que quizás se relacionan con cierto grado de “viscosidad” de la libido;
- 3) la facultad de verbalización autónoma de las fantasías y de la introspección.” (p. 161)

Factores que tienen que ver con la persona misma del paciente, esto es, su modo de ser, su determinada organización de las defensas y su carácter (entre otros). De tal manera que, el problema de elección de técnica(s) tiene que ser planteado constantemente.

### 5.1. De qué forma el psicoanálisis continúa siendo una alternativa para la psicología clínica.

En ésta sección se revisan algunos textos de psicólogos clínicos (principalmente) que han utilizado el modelo psicoanalítico para desempeñar su labor. Debe señalarse que el criterio con el que se eligieron dichos textos fue contemplando principalmente el que no fueran totalmente teóricos o el que presentaran algún caso tratado a la usanza acostumbrada en clínica, es decir, la presentación del caso como viñeta. Más bien, se eligieron aquellos casos en los que existe una adaptación del método psicoanalítico que puede ser de interés para los psicólogos clínicos.

Así, el primer texto es el estudio que realizaron Christian y Jurist (2001) acerca de la relevancia de las ideas psicoanalíticas en el trabajo en crisis o la intervención en crisis. Ellos señalan que tradicionalmente la intervención en crisis ha sido definida como una intervención enfocada y dirigida a resolver una situación que temporalmente está interfiriendo con el funcionamiento del paciente. La dificultad común del paciente radica en tener la claridad de pensamiento, para identificar las causas precipitantes, de los cuales los más frecuentes son: algún tipo de pérdida, el comienzo imprevisto de una enfermedad (o los cambios en la vida que han trascendido como respuesta a una enfermedad), y el trauma. La intervención en crisis es medida por el grado por el cual el paciente soluciona el problema que inicialmente le indujo a buscar ayuda para regresar a un estado premorbido de funcionamiento. En su estudio, los autores objetan ésta noción del trabajo en crisis. En particular piensan que éste no debería estar limitado únicamente al síntoma. Éste debería incluir en lo más posible, una exploración de los múltiples significados contenidos del suceso en la vida del paciente, para lo cual proponen tomar en cuenta tres principios psicoanalíticos que consideran relevantes en éste tipo de trabajo. Dichos principios son la historicidad, la neutralidad y la fantasía, los cuales de alguna manera son flexiblemente utilizados, tratando de no traicionar la esencia de los mismos. De esa manera, los pacientes que atendieron se encontraban precisamente en una situación de crisis según el criterio tradicional. Muchos, sino es que la mayoría vivieron en un estado de continua angustia. Para estos pacientes, la crisis no representó una respuesta aberrante contraria a su vida tranquila. Por el contrario, la crisis presente fue sólo el retraso de una cadena de crisis, como el resultado de una historia marcada por pérdidas, descuidos o traumas. La crisis fue frecuentemente la conclusión de una historia esperando ser contada (historicidad).

Ahora bien, un hecho inevitable de toda crisis, es que ésta se presenta como un accidente (p. ej. como resultado de un desastre natural), que ocurre dentro del contexto de una experiencia vivida por la persona. Por ello, la comprensión del significado que la persona le da a la experiencia es importante. Como lo observaron los autores en su trabajo, los pacientes en crisis pueden sacar provecho de las

intervenciones (cuidadas y discretas) precisamente debido a su estado de incertidumbre, lo cual puede darles la oportunidad de cambiar para crecer. Existe una oportunidad presente para el paciente en crisis, algunas veces más que otras, pues les permite ganar cierto control sobre su vida y conseguir además cierto autoconocimiento. Muchos pacientes pertenecían a un nivel socioeconómico bajo (ello debido a que la experiencia se realizó en un hospital metropolitano con una gran población de latino y afro americanos), y sus vidas estaban marcadas por incontables demandas, lo cual los hace tener una fuerte demanda para que se les de soluciones inmediatas para especificar sus problemas vitales y presionar como a ellos se les presiona, y tal vez también por eso, muchos de esos pacientes tenían el "potencial" para recrear un escenario familiar, social o personal donde el mensaje subyacente es que cualquier significado que ellos den a su experiencia es de poca importancia.

Los autores también señalan que es difícil especificar que sucesos se pueden incluir en el trabajo en crisis, más cuando las posturas se enfocan exclusivamente en trata de extirpar el síntoma, habiendo demasiados problemas. Por otro lado, el terapeuta puede de alguna manera prestar sus funciones yóicas al paciente en crisis. Lo cual puede implicar tomar algunas medidas drásticas para proteger al paciente (flexibilidad en el uso de la neutralidad). Y sin embargo, ultimadamente, la efectividad del trabajo comienza con los fuertes sentimientos y comprensión del paciente. Cuando eso pasa, el trabajo en crisis puede ofrecer una sorprendentemente rica experiencia para el clínico y para el paciente.

Desde su punto de vista, el trabajo en crisis puede servir también para abordar algunas de sus creencias no examinadas. De ahí que una clara medida de un resultado afortunado haya sido la opción de numerosos pacientes que decidieron continuar con una psicoterapia de largo plazo (sobre ésta cuestión, los autores enfatizan que el trabajo en crisis nunca podrá sustituir a la terapia). Finalmente, las crisis también pueden llegar a representar una oportunidad para colocar la situación crítica inmediata en el amplio contexto de la vida del paciente donde los cambios importantes pueden estar ocurriendo.

El siguiente texto, corresponde al trabajo titulado "Algunas vicisitudes del trabajo clínico: la transferencia y la contratransferencia", de Sánchez Zago (1995) quien señala que, los conceptos de transferencia y contratransferencia en la psicoterapia con adolescentes tienen grandes consecuencias técnicas, por lo que es importante ubicar el lugar exacto del terapeuta, permitiéndole al paciente surgir, pues de lo contrario se corre el riesgo de aumentar el temor a la identificación, esto es, que aumenten sus fantasías incestuosas al ocupar el lugar de sus figuras edípicas. Es importante también, en la

práctica clínica especialmente con adolescentes, el tener en cuenta que frecuentemente se opta por la consejería, lo cual, aunque podría ser una modalidad de trabajo (y en ocasiones lo es), no parece ético fundamentar un trabajo psicoterapéutico de corte psicoanalítico desde esa perspectiva. Y no es ético en el sentido de las posibilidades mismas de los pacientes que como seres humanos poseen la suficiente libertad de encontrar sus propias respuestas y sus propias opciones, de lo contrario lo único que se estaría haciendo sería repetir un papel parental que no los lleva a encontrar una nueva forma de relación a la elaboración de las anteriores, y se tiene claro que el papel del terapeuta aquí, no es la de ser padres, ni ponerse de ejemplo a seguir.

Éste trabajo también es importante por la metodología empleada, así, la misma autora refiere que su trabajo no trata de dar cuenta de contribuciones, enlaces o diferencias; y no obstante resalta el que en el mismo empleó una metodología de tipo experimental, que a simple vista tendría muy poca relación en el campo de la psicoterapia, más aún, de la psicoanalítica; sin embargo, la importancia para ella radica en tanto a que existe una notable escasez de investigaciones donde se planteen los resultados de manera tal que, con todas las implicaciones de la práctica clínica, puedan de alguna forma ser replicados y/o estudiados, o puedan encontrar un lugar dentro de las llamadas metodologías científicas. De esa manera, en un apartado designado para la metodología Sánchez Zago (1995), muestra una ilustrativa forma de dar cuenta de lo que ella tomó en cuenta para su trabajo; es además una adaptación del uso de técnicas y conceptos de procedencia psicoanalítica, a otro sistema metodológico, el cual es usado para explicar su proceder. De ésta metodología caben citar los siguientes aspectos:

Su objetivo general fue el de:

"Puntualizar alternativas de intervención psicoterapéutica cuando un impasse se hace perceptible durante el proceso terapéutico de un paciente adolescente, dando como resultado la salida de este tiempo de impasse y la consecuente elaboración de la transferencia erótica" (p. 61).

Uno de sus objetivos específicos, tal vez el más importante fue:

"Puntualizar alternativas de intervención psicoterapéutica para salir del momento de impasse, y trabajar la transferencia erótica" (p. 61)

Si bien utilizó tres hipótesis de trabajo ( $H_1$ ), su hipótesis general fue la siguiente:

"Al detectar e interpretar la transferencia erótica, cuando ésta se hace manifiesta, así como manejar la contratransferencia, es posible que se resuelvan las dificultades que se presentan en el tratamiento psicoterapéutico con adolescentes" (p. 61)

Su variable independiente fue: el manejo psicoterapéutico; y la dependiente: la transferencia erótica, la contratransferencia y el impasse. En la definición de éstas variables señala que:

"Manejo psicoterapéutico. Técnicas psicoterapéuticas de corte psicoanalítico que permiten el curso del proceso psicoterapéutico.

Psicoterapia analítica. Forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 337, citado en el original)

Resistencia. Todo aquello que, con los actos y palabras del analizando, se opone al acceso de éste a su inconsciente (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 399, citado en el original).

Transferencia. Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 459, citado en el original).

Transferencia erótica. Momento transferencial del paciente en donde existe una repetición de hechos que sucedieron durante la niñez, enfatizando el estilo seductor de la defensa y la importancia de los problemas narcisistas y preedípicos disfrazados de edípicos.

Contratransferencia. Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 83, citado en el original)

Contratransferencia erótica. Momento de desencuentro en donde el psicoterapeuta revive conflictos infantiles en respuesta a la transferencia erótica del paciente en la situación psicoterapéutica, lo cual impide el curso de la solución del conflicto del paciente.

Impasse. Situación de detención del proceso terapéutico a pesar de la conservación del encuadre psicoanalítico, es decir, se conserva la neutralidad del analista, se continúa interpretando y el paciente continúa asociando; sin embargo, no hay evolución o mejoría del paciente (Lara, 1985, p. 87, citado en el original)" (p. 62 y 62)

La población utilizada en éste estudio fue únicamente de un sujeto, un adolescente varón de 17 años de edad. Su diseño de investigación, fue un diseño preexperimental de una sola medición, tipo ex post facto, y su nivel de investigación fue descriptivo con el propósito de resaltar los aspectos más relevantes de un fenómeno determinado.

En su trabajo la autora comparte las vicisitudes que se dieron en el tratamiento psicoterapéutico del adolescente en cuestión, de ésta serie de acontecimientos lo más sobresaliente fue la evolución de la comprensión del proceso psicoterapéutico, las modificaciones de la dinámica de dicho vínculo transferencia / contratransferencia, que en ocasiones llevó a un impasse, así como a sus momentos de

evolución. También presenta una fundamentación teórica subyacente al tratamiento psicoterapéutico de corte analítico. Y aclara que si bien la transferencia no predomina para el trabajo técnico, si resulta importante en el mismo, ya que ésta es una compañera constante, que muchas veces no parece tan evidente. De tal manera que, a diferencia del tratamiento psicoanalítico, en el cual la interpretación de la transferencia es la pieza fundamental, en la psicoterapia ésta es interpretada cuando se convierte en un obstáculo para la continuación del tratamiento, esto es, cuando deviene en transferencia negativa; por lo que parece irremediable considerar la existencia de un amor de transferencia, y se presencia como ésta da paso a la elaboración de conflictos pregenitales o preestructurales hasta llegar al trabajo propiamente edípico, conflicto nuclear de toda neurosis. Por otra parte, indica que la contratransferencia da cuenta de los aciertos y los errores en la comprensión del material que los pacientes muestran a lo largo de las sesiones del tratamiento. En el trabajo con adolescentes resulta interesante por la serie de movimientos que se originan durante ésta etapa y que generan estudios sobre las posibilidades de modificar la técnica, ello considerando que la sexualidad de los adolescentes muchas veces mueve conflictos relacionados con la propia sexualidad del terapeuta, su edipo, su adolescencia, su identidad, entre otras, que resulta ser de alguna manera la búsqueda permanente de ésta etapa. La autora concluye que: "Mientras no se tengan analizadas éstas etapas, los tratamientos podrán ser suspendidos y sin número de actuaciones contratransferenciales se presentarán en toda su magnitud, lo que redundará en un posible fracaso del tratamiento" (p. 87). Y respecto de la metodología utilizada indica que puede ser considerada para la presentación de datos clínicos que puedan ser replicados y que coadyuven a que investigaciones de éste tipo adquieran mayor campo de acción por las posibilidades de su aplicación.

El siguiente texto es el trabajo de Pérez Álvarez (2002) titulado: "Aportes de la clínica psicoanalítica para el tratamiento de algunos enfermos mentales en reclusión (inimputables). El objetivo aquí fue el de "Evaluar el impacto en el discurso de los pacientes de un tratamiento basado en la escucha psicoanalítica aplicado a algunos enfermos mentales en reclusión (inimputables)" (p. 107). Para lograr esto, su trabajo consistió primero en tomar como materia prima, notas escritas de cada sesión y posteriormente, evaluar la experiencia clínica llevada a cabo, mediante un formato que les permitió (tanto al autor como a sus compañeros de trabajo) compartir el proceso mismo de tratamiento de una manera sistematizada y organizada en categorías psicoanalíticas específicas que facilita, al que lee los resultados, formarse un juicio acerca del tratamiento vía el discurso del propio paciente. Esto es, para facilitar la exposición de sus resultados, el autor presenta primero una viñeta de cada caso y luego el

formato del análisis de los datos (e instrumento de investigación); en éste se eligieron doce categorías que en sí constituyen el proceso psicoanalítico, dichas categorías fueron: I) Demanda de tratamiento, II) Persistencia de la demanda, III) Transferencia positiva, IV) Transferencia negativa, V) Resistencia al tratamiento, VI) Inclusión en la propia historia, VII) Nuevos cuestionamientos, VIII) Autoreporte de mejoría, IX) Expectativas de vida formuladas durante el tratamiento, X) Cambio sintomático positivo, XI) Cambio sintomático negativo y XII) Cierre del tratamiento. La elaboración de éste formato está relacionado tanto con los objetivos del trabajo como con los objetivos del tratamiento psicoterapéutico de la "Clínica de la Inscripción del Síntoma (CIS)", propuesta de tratamiento que tiene fuertes bases psicoanalíticas, principalmente de la escuela francesa, basada en los trabajos de J. Lacan sobre la psicosis, y la cual tiene por objetivo general: "Contribuir en la rehabilitación del paciente, propiciando la construcción y enunciación de una historia anterior al ilícito, en la que pueda inscribirse" (p. 74 y 109). Ello considerando que el ilícito no se produce en cualquier circunstancia, pues hay una historia que precede al acto y es de esa historia de la que se pretende ocupar, de esa historia que se presenta y de la que no se pudo hablar. Es indudable, dice el autor, que algo se dice con el ilícito, es un decir de lo inefable, es un suceso subjetivo fundamental, inseparable de las pasiones y del contexto social del sujeto, pero que adquiere otra dimensión y otro espacio. Por ello lo que se intenta con ésta propuesta es que el paciente pueda construir algo que aparece como sin sentido, que pueda ponerle palabras a su acto, que pueda nombrar, porque nombrar es escribir para después inscribir, o dar cuenta de lo escrito e incluirse en ello. Aquí la posición del terapeuta fue principalmente la de escuchar la historia, el delirio, ser testigo y acompañar en la reconstrucción. De ahí que se parte del supuesto de que existe un sujeto en espera, un sujeto que puede surgir a través de un escucha. Y en general se puede decir que la inscripción del síntoma "implica que el paciente se incluya en su historia al relatarla, que se viva como reflejo y consecuencia de su pasado, que vea sus síntomas como parte constitutiva de su estructura psíquica. La no inscripción del síntoma implicaría vivir en un estado de enajenación respecto a su historia, escindir la realidad interna y externa, no reconocerse como producto de su pasado histórico real, simbólico e imaginario" (p. 71).

Éste trabajo se realizó en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI), institución dependiente de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social, cuya obra objetiva se constituye como la culminación del Sistema Nacional de Atención Psiquiátrica para Enfermos Mentales en Reclusión. El CEFEREPSI, fue creado en 1994 en la Ciudad Ayala, Morelos, por la Secretaría de gobernación de donde se canalizan "enfermos mentales" en reclusión desde 1995. Al

respecto el autor señala que generalmente la práctica psicoanalítica se entiende si se le tiene en el ámbito privado, y poco se le relaciona con la práctica en el ámbito institucional por las características y objetivos que ambas instancias persiguen. Tal vez por tal motivo, resulta casi inconcebible para muchos el considerar “que el psicoanálisis tenga vigencia y apertura en la sociedad actual, el asombro que esto produce, no es ya el ¿cómo es posible que esto exista?, sino el ¿Cómo es posible que no haya desaparecido ya?” (p. 192) Hace más de un siglo que Freud fundó el psicoanálisis y cuando los que esperaban que éste pasara a la historia o que se fuera al archivo muerto, resultó que además de ser un modelo de tratamiento, evolucionó hacia un método de investigación y se consolidó como una teoría del conocimiento, con su respectiva parte ideológica y por ello pudo pasar en la estructura social. Por ello, después de S. Freud, muchas instituciones psiquiátricas acogieron a personas formadas en la tradición psicoanalítica, que de alguna manera, sin practicar un psicoanálisis clásico al interior de las instituciones, si han empleado estrategias de intervención inspiradas en éste; por eso, tanto el psicoanálisis como las instituciones de éste tipo, se han influido mutuamente. Sin embargo, es obvio que tradicionalmente la elección terapéutica en las instituciones corresponde más bien a las necesidades y costumbres de la misma, que a la propia demanda o necesidad de los pacientes; por ello se organizan programas métodos generales para toda la población, olvidando la singularidad del sujeto, entre otras situaciones debido a la falta de presupuesto, tiempo y personal necesarios pues las metas se rigen por el presupuesto sexenal y no en función de los tratamientos y sus resultados. Así, el trabajo psicoterapéutico en instituciones públicas está encuadrado en una normativa específica sobre la cual todo programa de intervención debe supeditarse. Tomando en cuenta eso, la meta principal del trabajo de Pérez Álvarez (2002), en el CEFEREPSI fue asistencial y consistente en proporcionar el mejor trato y tratamiento al interno para lograr su rehabilitación, para lo cual se utilizaron las herramientas de las que se disponían las cuales fueron claramente aplicables a su campo laboral. Por todo ello, el autor señala que en espacios carcelarios y psiquiátricos es factible practicar la escucha psicoanalítica con algunos pacientes que de acuerdo con un programa de tratamiento cumplan con los criterios de inclusión para asegurar que se vean favorecidos con el mismo. En su caso particular dichos criterios fueron el que el paciente: 1) manifestara un interés por una cura posible (demanda de tratamiento), pero aclarando que el psicoanálisis no cura la “enfermedad mental”, pero ayuda a comprenderla para efecto de coadyuvar en la rehabilitación psicosocial de dichos pacientes. 2) su pensamiento conservara microestructura. 3) Conservara habilidades básicas y de autocuidado. 4) No padeciera un proceso demencial irreversible. 5) No padeciera un trastorno primario de lenguaje. 6) No padeciera epilepsia con sintomatología completa.

Y 7) su dinámica del delito contuviera al menos una de las siguientes versiones: a) no se cómo pasó, b) no recuerdo nada, c) yo no lo hice, d) yo no quería hacerlo, e) lo hice pero... no sé por qué, f) lo hice pero... pero quiero saber por qué, y g) lo hice por... aunque. También enfatiza el que para garantizar el mayor éxito del tratamiento, "es necesario hacer un encuadre de carácter institucional que deje claros a todos y cada uno de los miembros de la institución (clínicos, técnicos, administrativos y seguridad) los lineamientos del contrato terapéutico y sobre todo la esencial importancia de respetar tales principios deontológico" (p. 211), pues su desconocimientos socavaría los alcances del tratamiento.

Con relación a la muestra de sujetos (pacientes) con los cuales se trabajo, el autor indica que de un total de 124 pacientes que se encontraban en el CEFEREPSI en el momento en que se inició la intervención (marzo de 1997), se incluyeron sólo 21 en la propuesta de tratamiento, esto en función de los criterios de inclusión; los cuales fueron atendidos entre 7 psicoterapeutas, que formaban parte del grupo que sostuvo ésta propuesta. Particularmente, para su investigación la muestra se conformó de 4 pacientes varones que le fueron asignados, con características heterogéneas en lo relativo a los centros penitenciarios de procedencia, edad, estado civil, tipo de delito y diagnósticos clínicos. Algunas de las principales conclusiones que señala en su trabajo con éste tipo de pacientes serían: 1) que si bien la escucha psicoanalítica no es el remedio para curar la psicosis, si le ayuda al "enfermo" a colocarse frente a su propia historia de una manera diferente, por el hecho de atreverse a verbalizar y re-significar su historia anterior al ilícito. Aquí señala que la principal premisa, para lograr un éxito con pacientes de éste tipo, es que estos estén dispuestos a ser escuchados (demanda de tratamiento) por un terapeuta que se ofrece como posible destinatario de su discurso que es apariencia es confuso, desarticulado y sin sentido. 2) que la menor muestra de disposición al tratamiento de un paciente neurótico, es la mayor cuando se trata del tratamiento de "enfermos mentales" en reclusión; esto considerando las condiciones de ambos casos; pues en el caso de los segundos –en éste estudio- demostraron que también pueden tomar la palabra y empezar a asociar hasta encontrar y reportar satisfacción por sentirse atendidos y escuchados por alguien que no penaliza la evocación de su discurso y que se empeña por detectar la relación entre un significante y otro; pues el discurso delirante es parte de las producciones de una estructura psicosocial. 3) Que el impacto del tratamiento se observa en el avance de los pacientes al reconocerse como producto de su historia; historia que fue relatada y escuchada por ellos mismos, historia que fue puesta en palabras, la cual les precedía a ellos y a sus actos y en la cual se inscribieron y al hacerlo se incluyeron para pasar del lugar del objeto al lugar del sujeto, agente de cambio de su propia historia. Logrando en muchos casos las situaciones concretas de ser más tolerantes a la

frustración, tener la capacidad de controlar sus impulsos, lo que a su vez se traduce en la posibilidad de simbolizar (reflexionar) antes de actuar “y en todo caso anticipar las consecuencias de sus decisiones y acciones, situación que podrá cristalizarse en la prevención y/o evitación de conductas para y antisociales. Si esto es así, institucional y socialmente se habrá producido un logro enorme, pues se tratará de sujetos que podrán imprimir un giro a su vida para luego reinscribirse en la sociedad” (p. 213)

Respecto a su propuesta de evaluación del tratamiento, el autor indica que: la aportación de su trabajo es haber diseñado y probado una propuesta de evaluación de tratamiento psicoanalítico que permite sistematizar la información tratando de no afectar la riqueza subjetiva de cada caso. Por otro lado, al no encontrarse estudios o investigaciones similares sobre la evaluación de tratamiento psicoanalítico de enfermos mentales en reclusión, le da a este un toque de originalidad. También, ésta propuesta de evaluación, basada en las doce categorías, da una visión de la experiencia misma del tratamiento, que de otra forma sólo quedaría en el plano de lo abstracto y limitado a la comunicación tradicional entre el terapeuta y el supervisor de casos.

El siguiente y último texto revisado en ésta sección, es el trabajo realizado por Aguado Herrera (2002), titulado: “Una aproximación psicoanalítica al análisis de la identidad profesional del psicólogo de la ENEP-Iztacala”. La autora ubica su trabajo principalmente en el campo de la investigación educativa, en donde un aspecto que ha sido objeto de análisis y reflexión es el que se refiere a la posición que los sujetos tienen en el ámbito educativo. Particularmente, en su trabajo la autora propone el análisis de la identidad que construye el sujeto como efecto de haber pasado por un proceso de formación profesional específico. Teóricamente aquí, se parte de la definición y características del campo educativo, para con éste abordar el concepto de curriculum, que tendría el papel de ordenador y sistematizador de contenidos educativos. Pero también debido a que el discurso teórico, desde el cual se analizó la investigación, fue el psicoanalítico, se retoman de éste conceptos como sujeto, identidad y formación; y se propone el de la “otra escena” el cual emplea Manoni (1979, citado en: Aguado Herrera, 2002) para referirse al principio de placer y proceso primario y que tiene como función escapar al principio de realidad sometiéndose a él. Con ello, la autora distingue dos escenas; la educativa formalizada, prevista y promovida y la “otra escena educativa”. Ahora bien, específicamente el tema de investigación es el análisis de la identidad del psicólogo egresado de la (otrora) ENEP-Iztacala (ahora FES-Iztacala); partiendo de la consideración de que la formación es un proceso en el que no sólo se transmiten una serie de contenidos, sino el que se da de una constitución subjetiva; es decir que se da el proceso en el que

se entrecruza la dimensión histórico, social y libidinal de los sujetos del acto educativo. De ésta parte, se derivan dos ejes de análisis: el 1º constituido por la definición de identidad del psicólogo que la ya mencionada institución pretende formar; y 2º el discurso que se generó a partir de la implementación de un dispositivo grupal, en la modalidad de taller elaborativo vivencial.

Aquí parece necesario señalar que es precisamente por ésta última parte mencionada, el por que se incluye en el presente trabajo dicho texto. Esto es, se toma en cuenta el que teniendo como guía heurística el discurso psicoanalítico, la autora implementó un dispositivo de "investigación-intervención", consistente en "realizar un trabajo grupal, elaborativo y vivencial, en la modalidad de taller cuyo eje de referencia fue el sujeto histórico social e histórico sexual esto es, el sujeto que piensa, desea y sufre" (p. 118). Los principales objetivos de su trabajo fueron: a) analizar la dimensión subjetiva que en el proceso de formación, conforma la otra escena educativa, y comprender los elementos que se entrecruzan en la constitución de la identidad profesional del psicólogo egresado de dicha institución; b) analizar los puntos de articulación y contradicción entre los discursos: oficial y el de los propios egresados acerca de la identidad profesional; y c) producir conocimiento relativo a la identidad del egresado de ésta institución, que permita diseñar estrategias terapéuticas y formativas en las que se realice un trabajo de análisis y elaboración acerca de la formación de los psicólogos.

Así, gracias por ejemplo al concepto de sujeto que da el psicoanálisis, según la autora, ese que desea, sufre y se ilusiona; se dice en la investigación que la identidad del psicólogo se formula, igual que toda identidad, en el plano de lo que se aspira o se desea alcanzar a ser, y sólo como eso como ilusión, como creencia, y en tanto que tal en el orden de lo imposible. En cuanto al ámbito educativo formal, la autora señala que: "El sujeto que es objeto de la acción educativa, es considerado como un organismo en situación de adiestramiento o entrenamiento, con el objetivo de que adquiera una serie de habilidades conductuales generales y particulares, específicas de una determinada ciencia. El alumno es exigido desde un ideal de cientificidad, de objetividad, y de rigor metodológico, el cual sólo podrá ser alcanzado en la medida que su repertorio conductual se ajuste a lo establecido curricularmente, como conductas terminales producto de un entrenamiento específico, cuya adquisición en la medida adecuada le permitirá ser reconocido como psicólogo, por los miembros de una comunidad que poseen y por ello pueden transmitir vía el modelamiento dichas conductas." (p. 134 y 135). Por otra parte, en cuanto a la vivencia de la educación, o cómo vive y significa ese proceso el alumno, se dice en primer lugar que éste puede no guardar relación con lo curricularmente establecido. Aquí se articulan y se contraponen, el deber ser propio de lo curricular, y el de la propia vivencia educativa cotidiana, en el cual ese deber ser

deviene inalcanzable o irrealizable; principalmente por la heterogeneidad tanto teórica como aplicada referida por los sujetos. Lo cual se traduce como una situación generadora de síntomas, de ansiedades, de temores, de desilusiones, ante los cuales la escuela no da estrategias, ni maneras de solución, por lo que el sujeto se enfrenta a ello con sus propios recursos, que van desde la alienación y renegación hasta la creación. Y en general, la identidad del psicólogo o qué significa serlo, aparece como algo problematizado y sin una respuesta única o concreta. En la producción de esas respuestas la autora observó que se hace patente "que no son suficientes las fórmulas, las teorías psicológicas, el "conocimiento"; no se puede dar cuenta desde estos de la condición humana." (p .136). El recurso monocromático de la certeza, el control y la planeación; que correspondería con una escena, es desplazado por los matices introducidos por la falta de certezas, las dudas, los conflictos y las angustias; que sería parte de la otra escena, es decir lo no planeado, en donde la subjetividad de quienes ahí se encuentran da lugar a una diversidad de vínculos que se entrelazan con historias, deseos, fantasías, demandas y fracasos.

También vale la pena resaltar que la autora, al preguntarse cuál podría ser la contribución del psicoanálisis en éste ámbito, señale que no se trata de proponer convertir el salón de clases en un consultorio, en el que en lugar de mesa-bancos haya divanes y se convoque a tirarse en estos para asociar libremente, pues eso implica entre otras cosas una cuestión ética y un escenario técnica y completamente diferente. Más bien, lo que el psicoanálisis posibilitaría, y le permite a la autora, es proponer la construcción de un lugar desde el cual el sujeto pueda tener una relación diferente con la educación. La implementación de dispositivos en los que se realice un proceso de elucidación en el sentido de pensar lo que se hace y saber lo que se piensa, esto es, "llevar cabo un trabajo desde la propia subjetividad" (p. 138) en la que no se trata de explicar desde los otros sino desde uno mismo, responsabilizándose del propio deseo, contradicciones y conflictos; pues, negar al sujeto (exigiéndole objetividad) no basta para que éste deje de operar con cuestionamientos, indeterminaciones y falta de orden.

## 5.2. Algo acerca de los textos revisados.

Parece necesario aquí, el abordar algunas cuestiones respecto de los textos anteriores. En principio se puede señalar que la cantidad de estos podría no ser representativos de lo que se quiere mostrar – a saber la vigencia del psicoanálisis en la psicología clínica-; situación que nos ayuda por un lado, a señalar que por dicha razón no se incluye en éste trabajo apartados como el de resultados o el de análisis de estos, pues lo mostrado permite al lector formarse una idea. Por otro lado, como señalan los mismos autores de los textos, existen muy pocas investigaciones de éste tipo, y no es tal vez porque en psicoanálisis no se haga labor de registro de los hallazgos de las investigaciones, pues quizá es una de las disciplinas que estudian al fenómeno “psi”, que cuentan con una enorme cantidad de información, sin embargo, no es desconocido que la mayor parte de éstas obras sean (y muchas parezcan) de tipo teórico y muy pocas dan cuenta de procedimientos metodológicos “detallados”, aunque esto último también puede constituir una trampa, ya que desde otro lugar (u otras disciplinas) se le está exigiendo que cumpla con una serie de requisitos para incluirlo como ciencia, sabiendo que como tal tiene su propia metodología; y no obstante los autores de estos textos ajustan y adaptan dicho método a diferentes situaciones que se pueden dar en la clínica como lo son: la intervención en crisis, el trabajo con adolescentes, el tratamiento de personas en hospitales psiquiátricos y cárceles, o hasta la implementación de talleres vivenciales con psicólogos; mostrando con ello no únicamente la gran flexibilidad del psicoanálisis (no ortodoxo), sino el que éste pueda registrarse de otras formas sin perder su esencia. Ahora bien, mucho de esto obedece a que se demuestra su vigencia en el área clínica de la psicología; es decir, siempre han existido formas (y creemos que las seguirán habiendo) en que el psicoanálisis de cuenta de sus investigaciones; así como la psicología en las diferentes áreas en que se le quiera dividir; pero trabajos, en los que se investigue, se intervenga y más aún, se reporte en psicología clínica con psicoanálisis, son contados pero no por ello desdeñables, antes por el contrario suscitan y devienen en continuidad de una forma de dar cuenta del fenómeno “psi” en la clínica. Y es una continuidad si se toma en cuenta que, aunque relativamente reciente, los psicólogos están presentes con su particular punto de vista en el psicoanálisis desde aproximadamente principios de los años ochenta.

Otra situación que permite observarse con estos textos, es el que en algunos de ellos se muestre que el psicoanálisis pueda ser utilizado, con sus especificaciones, en instituciones públicas; poniendo con ello en tela de juicio la concepción que comúnmente se tiene de que el psicoanálisis no puede aplicarse en éste tipo de contextos en los cuales se suele preferir ya no modelos eclécticos sino

el pragmatismo a ultranza, argumentando, con una gran dosis de desconocimiento que no se usa básicamente por sus " características" o llanamente por que es más caro, dejando entrever que es más bien por otros motivos (como podrían ser sociales, políticos, económicos o de prejuicio) por los que no se maneja y/o no se permite el trabajo con éste paradigma.

Finalmente, otro aspecto que cabe tomar en cuenta sería el que todos los trabajos fueron realizados a nivel posgrado o especialidad, como lo es propiamente la psicología clínica y el psicoanálisis. Por lo que se aclara aquí que no se trata de proponer éste tipo de enseñanza y práctica a nivel licenciatura, más bien de lo que se trata es de apostarle o plantear a la especialización como un camino que fomente la continua superación profesional que le permita al psicólogo clínico contar con mejores herramientas en pro de su desempeño laboral, en la cual el psicoanálisis sigue siendo una alternativa. Así como exhortar a los que se dediquen a ello registrar y/o publicar sus investigaciones y los conocimientos que de éstas deriven.

## CONSIDERACIONES.

El preguntarse si se cubrió o no el objetivo de éste trabajo, y tratar de responder, es sin duda importante. Sin embargo, en esta última sección para el que escribe esto, parece más importante retomar algunas cuestiones concernientes y particulares de los temas aquí expuestos. De tal manera que, en ésta parte se hacen algunas consideraciones que parecen necesarias. Así, se puede señalar en primer termino que el preguntarse ¿quién y con qué fin escribe la historia? parece una pregunta relevante que sirve para hacerla con respecto a los aspectos históricos abordados en éste trabajo. En ocasiones los que toman en cuenta algún antecedente histórico de la psicología, para la elaboración de algún escrito que refiera a algún sentido de ésta ciencia (disciplina o ideología), lo hacen dejando observar que en la elaboración de dichos antecedentes, ellos se convierten en algo así como una máquina fotocopidora, volviéndose el historiador un actor pasivo, ya no hay investigación, ya no hay un interés en develar eventos. Y si, hay a quienes no les interesa la historia pues sólo pretenden ver el ahora o el adelante sin importar que puedan estar reproduciendo el pasado. Por eso se está de acuerdo aquí con autores como López Ramos (1997) cuando señala que "Por qué no darle un toque de mayor envergadura y compromiso social a la profesión para dejar de ser los tecnócratas que califican y evalúan y, como consecuencia, odian la historia <<porque no sirve para nada>>" (p. 18). Ahora bien, la pregunta hecha más arriba, también implica hacerse otras preguntas como por ejemplo: ¿desde dónde observa y escribe el historiador?, interrogación que resulta relevante cuando uno se encuentra con autores como Strickland (2001, op. cit.), quien en hartos momentos de su historia de la psicología clínica señala el papel que ha tenido la mujer en el desarrollo de la disciplina. O bien se puede señalar el caso de Brailowsky y cols. (1998), quienes desde su postura médica y especialista en las neurociencias, señalan no a Hipócrates como padre de la medicina y de la psicología antiguas, sino a Alcmeón, contemporáneo de Aristóteles, quien mostró serio interés por el cerebro y algunas de sus funciones como la memoria, las sensaciones y las ideas. Y así por el estilo se podría continuar con una larga lista de autores, sin embargo, lo que se quiere indicar aquí es que el historiar también depende de ese lugar desde donde el autor escribe e investiga, esto es, que implica esa subjetividad, por muchos repudiada pero en todos encontrada.

Con respecto a la psicología en las culturas antiguas o "primitivas" como es el caso de los aztecas parece justo puntualizar con ayuda de autores como Harrsch (1994), que " sería un error adaptar la mentalidad del hombre moderno al comportamiento de grupos culturales que tuvieron su propio modo de pensar, ya que su mentalidad para abordarlos era de tipo mágico pues se mezclaba la

fantasía y la realidad; por ello es imposible tratar de comparar las prácticas mágicas de los indígenas con las técnicas modernas, pues las actividades del médico prehispánico y las del psiquiatra contemporáneo son totalmente distintas. Sin embargo, es un hecho que el médico indígena de México actuaba ante situaciones similares a las que se enfrenta el psiquiatra moderno" (p. 110). Complementaria a ésta opinión se encuentra la de Mendoza García (1995), quien señala que en la mayoría de las culturas antiguas ha existido una relación con los fenómenos "sobrenaturales" y que dicha relación implica el concepto de enfermedad, el concepto de alma, las modalidades terapéuticas y el significado que la sociedad le da a esos conceptos. En la actualidad existen disciplinas que se encargan del estudio de estos aspectos, muchos de los cuales se tratan de abarcar en aquellas que estudian los fenómenos psi, el autor concluye su breve ensayo refiriendo que la psicoterapia entre los aztecas si existía, pero no en la forma y con las características que actualmente se le conocen; lo cual es demostrado por la gran importancia que le concedían al factor emocional como causa de enfermedad, la búsqueda de ayuda para la solución de las dolencias y la terapéutica de las mismas a través de la palabra (sugestión, autoridad, apoyo, catarsis, confesión, etc., etc.). De ahí que se considere que el cuadro, enfermedad o comportamiento descrito a alguna de ellas, en la antigüedad ya se observaba pero su concepción y tratamiento eran diferentes pues implicaba una cosmovisión del hombre y del mundo en si diferente al actual. Esta puntualización hágase para que no existan confusiones o elucubraciones acerca de que la práctica de la psicología en México data de tiempos precolombinos, pues se sabe de los riesgos que acarrea el retomar estos aspectos y estas posturas.

Parte de lo anteriormente señalado nos ayuda para mencionar que la mayoría de los autores que abordan lo relativo a la psicología clínica, señalan tal vez lógicamente, a L. Witmer como principal pionero en la fundación de ésta área de la psicología. Sin embargo, vale la pena notar que, por mucho, los orígenes de ésta se extienden históricamente más allá. Pero se debe enfatizar en que los usos y costumbres de las actividades que en la antigüedad se pueden relacionar con lo que hoy se conoce como psicología estaban también influidas por otra cosmogonía.

Respecto a considerar como parte importante la historia de la psicología a las ideas filosóficas anteriores a los siglos XIX o XX (según se quiera ver el origen de la psicología), se puede decir siguiendo a Mondragón (1999, op. cit.), que si se acepta el planteamiento de que toda visión científica de la realidad presupone una visión filosófica de ésta, se tiene que concluir que una formación científica está incompleta sin la perspectiva crítica que pueden dar las representaciones filosóficas acerca del hombre y el mundo. Menciónese esto último porque hay quienes consideran en su historia de la

psicología que antes de fundarse el primer laboratorio de psicología en Leipzig en 1879, la psicología no existía sino como parte del conocimiento filosófico. Así para éste autor “No es posible comprender la gran variedad de perspectivas teóricas que surgieron desde los inicios de la psicología, si no conocemos las diversas tradiciones de pensamientos que las han influido hasta el día de hoy” (p. 96). Más aún, “el papel de la filosofía es pues innegable. De ella surgió la ciencia moderna y muchas de las preguntas y los métodos que sirvieron para estudiar el mundo de la naturaleza y posteriormente la realidad humana, incluyendo lo psicológico” (p. 97). Para mostrar lo que se intenta señalar se puede referir el ejemplo de J. Locke, quien ya en el siglo XVII, propusiera que un niño con miedo a las ranas podía superarlo con acercamientos progresivos al objeto de su temor; para que después, en el siglo XX viniera otro y señalara lo mismo con un muñeco de felpa.

Considerando otras cuestiones del historiar, se puede señalar el estar de acuerdo aquí también con López Ramos (1997), cuando señala acerca de la utilización de historias absolutistas o del uso de modelos históricos para su enseñanza, que no existen historias completas, pues a éstas siempre les falta algo. Aquí interviene a interpretación que es la creencia del lector sobre lo que debería o debió ser incluido, ésta interpretación no es desdeñable pero se trata de una historia que no hicimos y por ello quizá se pueda tornar vulnerable. La selección de un modelo histórico o historia “terminada” puede propiciar la “pereza teórica” y con ello la marginalidad pues no existe una interpretación histórica sino varias, y es recomendable seleccionar las historias que respondan a los propósitos de los contenidos que se quieran tratar contemplando las implicaciones de cada una de ellas. De tal manera que historiar puede parecer trampeado, pues el que elabora la historia es el que elige que acontecimientos mencionar, dejando de lado otros.

Por otra parte, en cuanto a la historia (y el historiar) del psicoanálisis se refiere se puede comentar que, según algunos, dos serían las principales obras a las que se tendría que recurrir, cuando uno aborda la historia del psicoanálisis y, obvio, de S. Freud. Una es la: “Vida y obra de Sigmund Freud” escrita por Ernest Jones y la otra es “El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis” escrita por Didier Anzieu. Sobre la primera se pueden encontrar comentarios positivos que van desde el que tal biografía ha vuelto ocioso el relato la historia de S. Freud y el psicoanálisis (MacIntyre, 2001), hasta comentarios que dejan ver el ensalzamiento de la figura de S. Freud por parte de E. Jones, quien lo hace héroe, o bien, se dice que tal obra deja ver a los lectores lo que Anna Freud permitió que se publicara (Hothersall, 1997). O también se pueden encontrar posturas como la de Cortés (1999, op. cit.)

en las que no negando la genialidad de S. Freud y los detalles de su vida siempre en relación con el psicoanálisis, hay una oposición a analizar tal cuestión desde la fascinación que ésta ejerció en E. Jones, pues lo mismo es contraproducente. El mismo autor también señala que existe una diversidad de profesionales e intelectuales, tales como psicoanalistas, historiadores o directores de cine, entre otros, que han sucumbido ante el ejercicio de desentrañar el sentido de las experiencias y reflexiones del creador del psicoanálisis. Considerando tales cuestiones parecería que de ser una tarea ociosa, por que ya alguien la hizo, pasaría a ser una tarea estéril porque realícese como se realice o realícela quien lo haga, está destinada a no alcanzar su objetivo. En la otra obra mencionada, la del "autoanálisis", se trata de desentrañar la manera en que la subjetividad y vida de S. Freud juegan un aspecto fundamental en su obra, lo que permite aproximarse al origen del discurso psicoanalítico con los conceptos propios de la teoría.

En otro orden de ideas, pero también en cuanto al psicoanálisis se refiere, se puede decir que no parece desatinado el preguntarse si ¿el psicoanálisis es o fue S. Freud? Si la respuesta es positiva se puede caer en la cuenta de que hace mucho tiempo el psicoanálisis dejó de existir y el cúmulo de conocimientos posterior al creador de ésta disciplina y que no fue regulado y/o autorizado por él, es un conocimiento con menor validez, o que pertenece a otro ámbito. Con otras palabras y tratando de mirar obtusamente y tomando en cuenta a algunos autores que abordan la historia del psicoanálisis y sus aportaciones para el desarrollo de la psicología clínica (principalmente), se podría pensar que el psicoanálisis murió cuando S. Freud lo hizo, ya que éste defendió su obra hasta los últimos días de su existencia. Yendo más lejos, se podría caer en las analogías y se podría estar tentado a adoptar un tipo de postura nietzscheana y denunciar –más no perpetrar- el posible hecho de *el psicoanálisis ha muerto*; sin embargo no se estaría viendo lo obvio, esto es, que efectivamente S. Freud físicamente dejó de estar vivo desde 1939, pero su obra y legado NO. De tal manera que como varios lo muestran, existe una debatida y extensa continuación del psicoanálisis el cual demuestra su evolución al continuar siendo vigente con sus conceptos y técnicas; aunque esto mismo sea difícil de aceptar y declarar por otros. Si por el contrario la respuesta es negativa, lo que se requiere es que se de un "buen" uso a ese gran cúmulo de conocimientos y técnicas derivadas; es decir, no se pretende que cualquier persona lo utilice o se cuelgue títulos que no le pertenecen, o decir que puede utilizar esos conocimientos sin una supervisión adecuada; pues la cuestión más bien sería que esas técnicas y conocimientos derivados sean efectivamente enseñados, adquiridos y utilizados. Ya que lo preocupante puede ser el "uso" de

alguna técnica o concepto de origen psicoanalítico por parte, ya no únicamente de los psicólogos sino de cualquier otro profesionista, y que estos no sean utilizados correctamente o medianamente adaptados para su uso; pues de ahí provendrían entre otros, la desinformación, los deficientes resultados y en la mayoría de los casos la mala actuación de los profesionistas en el área clínica.

Esto último nos lleva a advertir, y enfatizar, que en éste trabajo no se pretende proponer que el psicoanálisis se de a nivel licenciatura para la carrera de psicología, pues la cuestión es que aquí se apunta hacia el psicoanálisis como lo que es, una especialidad. Más bien, para el nivel académico mencionado se puede proponer que se trate en la medida de lo posible que en donde el psicoanálisis sea impartido como materia (o dentro de otra que lo contemple) se explique sobre el uso de muchos términos, que por un uso no tan contextualizado frecuentemente acaban siendo desvirtuados. O bien, el que se trate a la historia del psicoanálisis y a éste mismo como un modelo que no acabo junto con su creador.

En cuanto a tratar aquí a la psicología clínica y el psicoanálisis en México, se puede decir que el interés por investigarlos y desarrollarlos como tema, surgió a partir de tratar de comprender los antecedentes de dicha área –en el caso de la psicología- y de dicho modelo como lo es el psicoanálisis-, en nuestro país. Se puede decir también que se enfrentó la dificultad para encontrar material que tratara el tema de los antecedentes en nuestro país. El material encontrado fue contado y hasta cierto punto incompleto, pues si bien algunos textos, como el de S. López Ramos, contemplan generalidades históricas acerca de la psicología clínica. Otros, como en el caso de Serra Padilla y Barragán Torres y cols. (en: Urbina Soria, 1992) incluso limitan lo relativo a ésta área a su desarrollo institucional, específicamente a la UNAM. A nivel tesis, la mayoría de las veces se siguen citando autores extranjeros y los países en los que se originó está área haciendo parecer algo descontextualizado su discurso o haciendo parecer como si en psicología clínica no se hubiera trabajado sino hasta esos momentos que se escribe el texto.

En lo relativo al tratamiento del psicoanálisis, principalmente en tesis, se puede mencionar que éste se ha utilizado de diferentes maneras que van desde la crítica (a veces basada en una lectura superficial del modelo) para defender la utilización de otro paradigma que no sea éste, hasta su utilización para dar cuenta de la vigencia del modelo ya sea a nivel teórico o práctico (como se trata de hacer ver en el capítulo 5); sin embargo, la cuestión de los antecedentes de éste en nuestro país sigue sin ser tratada con mayor formalidad por parte de los psicólogos (incluso de aquellos que se dicen

usarlo). Al parecer, la historia del psicoanálisis en México ha sido tratada únicamente en algunos círculos que hasta hace unos cuantos años estaban cerrados para otros profesionistas que no fueran médicos.

También en cuanto a los antecedentes del psicoanálisis en México se refiere se puede comentar que estos están oscuramente marcados por cuestiones del manejo del poder creado por una élite preferentemente médica, como lo muestra el trabajo de Vázquez Malagamba (1996), ya que si se quería estar en el área clínica el psicólogo era subordinado al psiquiatra, y si se quería ser psicólogo "independiente" el trabajo comprendía principalmente problemas pedagógicos, estando supeditado a las opiniones de maestros y pedagogos (dicha cuestión cambio al irse abriendo espacios en los que el psicólogo pudiera laborar). Dicho esto, se debe hacer énfasis en que no se trata aquí de proponer que nuevamente el destino de la psicología clínica esté a cargo de los médicos psicoanalistas o de algún otro grupo de profesionistas, pues eso además de ser más o menos irrisorio sería imposible.

Por otra parte, si bien parece prescindible tratar estos temas en el presente trabajo, pues lo que se intenta específicamente es dar cuenta de la vigencia del psicoanálisis en la psicología clínica; si parece una situación digna de mención y posible tema de investigaciones posteriores, pues es curioso observar que se tiende a la adaptación –a veces no muy buena- de técnicas que no han sido desarrolladas en nuestro país; repitiendo el patrón una y otra vez, y tal vez con esto se pueda retomar la frase de G. Santayana citada en la introducción de éste trabajo y se pueda complementar con la frase freudiana que indica que "se repite para no recordar", de ahí también la relevancia o insistencia en abordar los antecedentes de estas disciplinas. Aunque la adaptación de las técnicas también depende de la capacitación que tengan los profesionistas y el interés (o desinterés) que muestren por tenerla; al mismo tiempo que es una cuestión que no respeta paradigmas, es decir, que las técnicas de tal o cual modelo pueden ser utilizadas eficientemente o deficientemente, y es importante también en el sentido de la concepción que se tenga de la relación entre necesidades y ciencia y/o tecnología, en lo cual está incluida la psicología. Pero además, el que se utilice determinado paradigma para tratar de solventar determinadas necesidades también estaría sujeto a otros aspectos socioeconómicos y hasta políticos, pues en las instituciones públicas, principalmente, se tiende a cambiar radicalmente los esquemas de trabajo que se daban en una administración anterior. Por dichas razones tal vez, se encuentra que México probablemente es un crisol y un tinglado de técnicas, esto es, un ambiente que parece por antonomasia ecléctico, si no es que preferentemente pragmático, en el que no se originan técnicas más bien se adoptan, adaptan y aplican la mayoría de las veces. Y con ello se marca una dependencia científica y tecnológica, a la vez que una inestabilidad en la generación de conocimientos (pues parece

que no se termina de adaptar algún modelo cuando ya se importa otros que están “respaldados” por una propaganda mercadotecnia que anuncia que tales son más rápidos y más baratos que otros. En fin que quizás sea el precio que hay que pagar por no conocerse (y querer seguir siendo un autodesconocido) ni como individuo ni como nación. Todo lo cual también nos lleva advertir que, se pueden construir infinidad de currículas y perfiles profesionalizantes en las universidades para la carrera de psicología y no obstante, se podría continuar encontrando que en muchas ocasiones las demandas y/o necesidades del alumnado difícilmente son satisfactorias al enfrentar la realidad del mercado laboral; por lo que se podría hablar de una idealización por parte de la institución que ofrece la carrera, o bien, por parte de las personas que deciden estudiarla a pesar de ver lo que ofrece la institución o la carrera en sí. Lo cierto es que *la profesión empieza, para muchos, donde termina la carrera*, por lo que el especializarse con cursos o en la práctica misma no es sólo una necesidad sino una prioridad en la que ya entran en juegos los ya mencionados intereses.

Ahora bien, sobre la cientificidad (como quiere ser entendida por los que continúan empeñados en aplicar el método científico) de la psicología y del psicoanálisis, se puede considerar el que a algunos modelos psicológicos les interesa junto con su objeto de estudio lo cuantitativo, o el ver cuantas veces reporta un evento -como puede ser el llanto- un paciente para poder decidir su condición. Y ese mismo tipo de modelos (que parecen estar buscando una hegemonía para la psicología) busca que otros también cuantifiquen lo que difícilmente podría serlo, como puede ser el inconsciente o alguna instancia psíquica, por ejemplo.

No se niega aquí la importancia que tienen los cálculos matemáticos en diversas disciplinas científicas, pues gracias a estos se ha podido conocer la distancia no solamente entre los planetas sino además entre sistemas solares y galaxias, aun cuando nadie haya estado ahí. Sin embargo, en el psicoanálisis no se pueden utilizar estos cálculos matemáticos para dar cuenta de la existencia del inconsciente o de alguna instancia psíquica, de los cuales no obstante, se puede referir a su existencia a través de otras formas técnicas que implican un método, aun cuando no se lo pueda cuantificar. En esa misma vena, se puede decir que en el área clínica de la psicología difícilmente se puede llevar a cabo una rigurosa aplicación del método científico, ya que, por ejemplo, que pasa cuándo se le pide a un paciente que registre sus propias conductas problema y a la siguiente sesión éste no lo hace... Como podría referirse desde el psicoanálisis eso podría estar representando una resistencia, o de hecho podría ser el problema, o puede ser la manifestación del mismo. Pero desde otro modelo habría quienes

preferirían no seguir trabajando con dicho paciente, pretextando por ejemplo que el mismo presenta una indisposición a ser tratado.

Finalmente se puede decir que, en el momento en el que se comenzó a estar con mayor presencia en el área de la psicoterapia también se debieron asumir mayores responsabilidades adquiriendo capacidades o habilidades en el tratamiento de personas; habilidades que pueden ser desarrolladas desde diversos modelos psicológicos dentro de los cuales el psicoanálisis sigue siendo una opción; y cabe aclarar que la influencia de éste no únicamente se observa en el campo de la psicoterapia sino además se le puede observar en otros como el de la evaluación y el de la investigación; así como en otros ámbitos científicos como es el de la criminología, por citar alguno.

## REFERENCIAS

- Aguado Herrera, Irene, (2002) *"Una aproximación psicoanalítica al análisis de la identidad profesional del psicólogo de la ENEP-Iztacala"*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Aguado, H. Irene; Aranda, B, Blanca y Ochoa B. Francisco. "El método psicoanalítico: observaciones sobre algunas de sus implicaciones". **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, 1999, 2 (1) (<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerotres/elmetodopsicoanalitic/htm>)
- Aguado, H. I.;Avenidaño, A. C.; Mondragón, C. (1999) **Historia, Psicología y subjetividad**. UNAM Campus Iztacala, México
- Ardila, R. "Historia y perspectivas de la psicología en Latinoamérica En: Tortosa Gil, F. (1998) **Una historia de la Psicología moderna**. McGraw-Hill, España, pp. 553-564
- Avenidaño, A. Cesar R. "Sujeto y construcción de la realidad en el contexto de la clínica". **Revista electrónica de Psicología Iztacala**, 1998, 1 (1) (<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerotres/lainterpretacion.html>)
- Ávila, E. A.; Jiménez, G. F.; Ortiz, Q. P.; Rodríguez, S. C. (1992) **Evaluación en Psicología Clínica I. Procesos método y estrategias psicométricas**. Amarú ediciones. España, pp. 15-93
- Barragán, T. N.; Heredia, A. C. y Lucio, G. M. E. "Perfil del psicólogo clínico". En: Urbina, S. J. (1992) (compilador) **El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva**. UNAM. México, pp. 285-293
- Becoña, I. E. y Oblitas, G. B. (2000) **Psicología de la salud**. Plaza y Valdez. México, pp. 11-47
- Bleichmar, N. M. y Leiberman, C. (1997). **El psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica**. Piados. México, p. 525
- Brailowski, S.; Stein, D. G. y Will, B. (1998) **El cerebro averiado plasticidad cerebral y recuperación funcional**. Fondo de cultura económica, México, pp. 21-39
- Braunstein, N. A. (1985) **Psicología: ideología y ciencia**. Siglo XXI, México.
- Brennan, J. F. (1999) **Historia y sistemas de la Psicología**. Prentice Hall, México, pp. 226-245
- Buendía, j. (1999) **Psicología Clínica. Perspectivas actuales**. Pirámide. España, pp. 15-31
- Bunge, M. (1958) **La ciencia, su método y su filosofía**. Quinto sol. México, pp. 37-68

- Cárdenas Sánchez, Miguel Ángel, (1996) *“Actitud del profesionalista hacia el psicólogo clínico”*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología
- Christian, Ch. and Jurist, E. “The relevance of Psychoanalytic Ideas to crisis work”. **Journal of Social Distress and the Homeless**, 2001, 10 (4) pp. 293-304
- Círculo Psicoanalítico Mexicano. Antecedentes (2005) <http://www.cpmac.net>
- Davil, P. (1983) **La sesión de psicoanálisis**. Gedisa. Argentina, pp. 11- 52 y 159-181
- De Figueroa, Nora B. L. Y Schuffer de Paikin, Marta L. “El psicólogo clínico y el médico: evaluación cruzada de imágenes profesionales”. **Revista Latinoamericana de Psicología**, 1992, 24 (3), pp. 293-300
- Díaz González, A. Eugenio. “Las terapias en Psicología: ¿Morales, amorales o inmorales?”. **Psicología Iberoamericana**, 1999, 7 (2), pp. 64-67
- Dupont, M. A. “Breve relación histórica del movimiento psicoanalítico en México”. **Cuadernos de psicoanálisis**, 1991, 24 (3 y 4), pp. 105-110
- Enciclopedia Salvat Diccionario, España, Salvat, 1971
- Follari, A. R. “Consideraciones críticas acerca de la epistemología de la Psicología social”. **Revista de la educación superior**, (México, ANUIES), vol. XI, núm. 3 (43), julio-septiembre 1982, pp. 31-50
- Frazier, S. H. y Carr, A. C. (1984) **Qué es la psicopatología**. Lidiun. Argentina, pp. 133-138
- Freud, S. (1999) **Esquema del psicoanálisis y otros escritos de doctrina psicoanalítica**. Alianza. España.
- García Jiménez, Sergio, (1994) *“Relación entre poder y conocimiento en la Psicología clínica”*. Tesina inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, pp. 6-10, y 37-72.
- Gill, M. M. y Rapaport, D. (1962). **Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica**. Pax México, librería Carlos Cesarman, S. A. Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C.. México, pp. 19-40
- González Velásquez, Magdalena de la Cruz (2000) *“El papel del psicólogo en la rehabilitación psicosocial del paciente psiquiátrico en una institución pública”*. Tesis inédita, Tlalneantla, Estado de México: Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
- Gran diccionario enciclopédico Espasa, Vol. 5, España, Espasa Calpe S. A., 2001, pp.1677
- Guerrero Luna, Angelina, (2001) *“Análisis de la evaluación de los programas de la maestría en Psicología clínica desde la perspectiva de los alumnos periodo 95-98”*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

- Harrch, C. (1992) *¿El psicólogo qué hace?*. Alambra, México
- Hernández, R. Victor M. "La soledad del psicoanalista". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1999, 2 (1) (<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerotres/soledad.html>)
- Herrman Fabio. (1996). *Clínica Psicoanalítica. El arte de la interpretación*. Nueva Visión, Argentina, pp. 9-53
- Hothersall, D. (1997) *Historia de la Psicología*. McGraw-Hill, México, pp. 255-307
- Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A. C. Presentación. (2005) <http://www.iipcs.edu>
- Laguna Lamas, Laura, (1995) *"Aportaciones teóricas y técnicas de Otto Kernberg a la Psicología clínica"*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Lazar, R. "Subject in first person –subject in third person: subject, subjectivity, and intersubjectivity". *The American Journal of Psychoanalysis*, 2001, 61 (3) pp. 271-288
- Leclair, S. (1980) *Psicoanalizar. Un ensayo sobre el orden del inconsciente y la práctica de la letra*. Siglo XXI. México, pp. 1-23
- López R. S. (1995) *Historia de la Psicología en México*. CEAPAC. México.
- MacIntyre, A. (2001) *El concepto de inconsciente*. Amorrortu. Argentina.
- Marzillier, J. S. y Hall, J. (1997) *¿Qué es la Psicología clínica?*. Promolibro, España
- Mendoza, G. E. "La psicoterapia en los aztecas". *Cuadernos de psicoanálisis*. 1995, 28 (3 y 4), pp. 123-128
- Millan, A. "El desarrollo de la sociedad psicoanalítica mexicana y del instituto mexicano del psicoanálisis". *Revista de Psicoanálisis Psiquiatría y Psicología*, 1965, 1 (1), pp. 5-9
- Mora Ortiz Norma Isabel (2002) *"El rol del psicólogo clínico dentro del hospital pediátrico Villa perteneciente a la secretaria de salud del Distrito Federal (SSDF)"*. Reporte de trabajo, Tlalneantla Estado de México: Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, campus Iztacala.
- Palacios L. A. "Técnica psicoanalítica en México". *Cuadernos de psicoanálisis*, 1995, 28 (1 y 2), pp. 13-19
- Parres, R. y Ramírez, S. *"Historia del movimiento psicoanalítico en México"*. *Cuadernos de psicoanálisis*, 1966, 2 (1), pp. 19-29
- Pasqualini, G. (1993) *Psicoanálisis: Ética más allá de la razón*. Grupo Editor Latinoamericano, Argentina, pp. 125-136 y 161-169

Pérez Álvarez, Luis, (2002) *"Aportes de la clínica psicoanalítica para el tratamiento de algunos enfermos mentales en reclusión (inimputables) : evaluación y tratamiento"*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

Phares, E. J. (1996) **Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica**. Manual moderno. México, pp. 3-63

Plaza Espinosa, A. "Psicoanálisis: sus retos y perspectivas" **Alêtheia**. 2002, Revista anual, No. 21, pp. 71-83

Rage, A. Ernesto y Tena, S. Antonio. "Propuesta para la supervisión en la maestría en Psicología clínica de la UIA, Santa Fe, México". **Psicología Iberoamericana**, 1999, 7 (2), pp. 12-18

Ramírez, S. (1983) **Obras escogidas**. Línea, México, pp. 175-184 y 349-351

Reuchlin, M. (1992). **Historia de la Psicología**. Paidós, México, pp.65-86

Rodríguez Leal y Vázquez G., (1992) *"Revisión de las tesis elaboradas sobre psicoterapia publicadas desde el año de 1967 hasta el año de 1988 en Psicología clínica"*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Rodríguez Millan, Jaime, (1995) *"La Psicología criminal en la práctica clínica del psicólogo"*. Reporte de Trabajo Inédito, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, pp. 3-6 y 24-35

Salles, M. M. "Treinta años de psicoanálisis en México". **Cuadernos de psicoanálisis**, 1987, 20 (1 y 2), pp. 3-7

Salles, M. M. "Historia del psicoanálisis infantil en México". **Cuadernos de psicoanálisis**, 2002, 35 (3 y 4), pp. 175-185

Sánchez Zago, Griselda, (1995) *"Algunas vicisitudes del trabajo clínico : la transferencia y la contratransferencia erótica"*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

Santamaría, C. (2001) **Historia de la Psicología. El nacimiento de una ciencia**. Ariel. España

Serra Padilla, C. "El campo de trabajo del psicólogo clínico en México" En: Urbina, S. J. (1992) (compilador) **El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva**. UNAM. México, pp. 637-659

Serra Padilla, Celso, (2000) *"Enseñanza y ejercicio de la psicoterapia"*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

Strickland, B. R. "Historia e introducción a la psicología clínica" En: Cullari, S. (2001) **Fundamentos de Psicología Clínica**. Pearson Educación. México, pp. 1-25

Suplemento semanal de actividades de la gaceta de la UNAM, agenda No. 669, Gaceta de la Universidad Nacional Autónoma de México. México, pp. 26 A, 6 de diciembre de 2004

Tarnovsky, Daniel. "Supervisión clínica y co-visión. La implicación del terapeuta en su labor con pacientes y grupos; o acerca de una forma alternativa de construcción de saberes y prácticas". *Psicología Iberoamericana*, 1999, 7 (2), pp. 47-52

Trujano, R. Patricia; Valadez R. Alfonso; y Balladares de la C. Patricia (2001). "Propuesta para un subprograma profesionalizante: 'Psicología clínica cognitiva conductual'. Tlalnepantla, Estado de México. Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. ([http://psicología.iztacala.unam.mx/cambio\\_curricular/principal2.htm](http://psicología.iztacala.unam.mx/cambio_curricular/principal2.htm))

Valderrama, P.; Colotla, V. A.; Gallegos, X. y Jurado, S. (1994) **Evolución de la psicología en México**. Manual moderno. México, pp. 41-80

Vázquez Malagamba, Guillermo Federico, (1996) *"El psicólogo clínico : su formación y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional. Un estudio exploratorio"*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

Velarde Aguirre, Maria de los Ángeles, (1998) *"Propuesta de un programa de trabajo en base a un modelo de psicocomunidad para el psicólogo clínico en un hospital psiquiátrico (I. M. P.)"*. Tesis inédita, México, D. F. : Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

Wolff, W. (1992) **Introducción a la psicoopatología**. Fondo de cultura económica. México, pp. 22-48

Xochihua, N. Sergio. "Sobre un modelo de supervisión clínica". *Psicología Iberoamericana*, 1999, 7 (2), pp. 53-57