



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Importancia de las construcciones sociales y personales
en el complejo salud-enfermedad-atención.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Jesús Antonio Navarro Benitez

Directora: Dra. **María Antonieta Dorantes Gómez**
Dictaminadores: Dra. **Laura Evelia Torres Velázquez**
Mtra. **Margarita Martínez Rivera**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013



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.

RESUMEN

Los modelos de atención en el área de la salud, han sido una necesidad constante en la historia del ser humano, sin embargo, no es una historia lineal y única, es más bien multicultural, plagada de importantes diferencias.

Las explicaciones desarrolladas en occidente, han estado por mucho tiempo, encaminadas a intentar desarrollar un modelo universal en la atención del complejo salud-enfermedad-atención, sin embargo, en épocas recientes, se han abierto espacios para revalorar la multiculturalidad a partir de las aportaciones hechas por la antropología.

Actualmente la medicina cuenta con un apartado denominado medicina social o medicina crítica, en el cual se generan innovaciones en el reconocimiento de la cultura como un factor importante en la creación de padecimientos y en consecuencia de su tratamiento.

En este trabajo se trata de mostrar la necesidad de una participación más activa por parte de la psicología en el desarrollo de nuevos modelos terapéuticos, ya que las construcciones realizadas por el individuo, a partir de la cultura no son consideradas en la actualidad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1. EL FACTOR CULTURAL	
1.1 Descripción densa.....	7
1.2 El sentido común.....	14
1.3 El significado	25
CAPÍTULO 2. SOCIOCONSTRUCCIONISMO	
2.1 Definición.....	33
2.2 La narración.....	41
2.3 Tratamiento.....	48
CAPÍTULO 3. INFLUENCIA DEL MODELO MÉDICO EN PSICOLOGÍA	
3.1 Desarrollo del modelo crítico.....	56
3.2 Crítica al modelo biomédico.....	63
3.3 Las teorías culturales de la enfermedad.....	70
CONCLUSIONES.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	89

INTRODUCCIÓN

El complejo salud-enfermedad-atención ha sido un tema no sólo de interés para las distintas culturas a lo largo de la historia de la humanidad, también ha sido y sigue siendo un tema vital para cada grupo, ya que la explicación que se le dé a un padecimiento, le permitirá a los integrantes de cada sociedad plantearse soluciones o alternativas para resolver las dificultades a las que se puedan enfrentar en este sentido.

La sociedad occidental durante varios siglos, mantuvo un papel de superioridad con relación a otros modelos, y en base a la superioridad auto impuesta, se desarrollaron prácticas que se mantienen hasta la actualidad y en las cuales se puede observar la intención de generalizar el modelo occidental y en consecuencia, erradicar las prácticas culturales que resulten ajenas o extrañas al modelo científico.

Las prácticas en las que se han buscado homologar los criterios sobre el complejo salud-enfermedad-atención, se han encontrado con la fuerte embestida de la resistencia cultural, por lo que la biomedicina empezó a considerar cada vez con mayor importancia al factor cultural en el desarrollo de sus planes de acción.

Del trabajo interdisciplinario entre la biomedicina y la antropología surgió, luego de un largo periodo de ajustes, el modelo de la medicina crítica o medicina social, en el cual se busca reestablecer un nivel de equidad entre los modelos llamados alternativos, tradicionales, o folk (término empleado como sinónimo a los modelos tradicionales), en relación al modelo biomédico, logrando hasta el momento el reconocimiento de éstos a niveles internacionales y legislándose a niveles locales por el mantenimiento y el derecho a ser atendido de acuerdo al modelo con el que el usuario se identifique.

Sin embargo, la psicología, siendo una de las disciplinas occidentales dedicadas al terreno de la salud, se ha mantenido al margen en la generación de estos cambios, y no sólo eso, sino que ha mantenido las prácticas que ya desde décadas pasadas denunció la antropología en la biomedicina, esto es, que se ha mantenido una importante presunción de superioridad en relación a los modelos culturales, se les ha estereotipado, etiquetado y clasificado, en repetidas ocasiones.

El movimiento socioconstruccionista, ha venido a revolucionar en general, las prácticas antes descritas, proponiendo entre otras cosas, un tratamiento horizontal, en el cual el usuario se coloca en el papel de experto de su propia vida, y el terapeuta, además de su formación, fungirá como alguien con una gran curiosidad por conocer esa historia. Por este medio se le regresa al usuario el poder de la palabra, el poder de su discurso, mismo que puede ser empleado en el proceso de curación, como ya lo han realizado en los llamados grupos de autoayuda.

A pesar de ello, se sigue trabajando con lo que el modelo biomédico ha dicho que le corresponde a la psicología y no se han realizado aportaciones importantes en la búsqueda por establecer niveles de equidad entre las distintas concepciones sobre la salud.

Se tendría que recordar que, de acuerdo a los modelos tradicionales, el ser humano es un todo integrado, en el que las partes orgánica, psicológica y cultural funcionan en conjunto, y que el tratamiento de cualquier padecimiento deberá ser visualizado en todos los aspectos que conforman al ser humano.

Es entonces, una tarea pendiente para la psicología involucrarse en la generación de nuevos conocimientos, de nuevas prácticas terapéuticas que le permitan acercarse a modelos tradicionales, a sus usuarios, y se genere así una psicología en la que la cultura y el individuo sean considerados en igual medida dentro del

proceso de curación; una psicología que aporte de manera importante, nociones en el desarrollo de la medicina crítica.

En el presente trabajo se muestra el panorama general de la medicina crítica o medicina social en la actualidad, ya que, a partir de las aportaciones de la antropología se ha logrado consolidar la importancia de las construcciones sociales en el terreno de la salud. Esto con el objetivo de analizar, las escasas aportaciones de la psicología en este terreno, así como sus implicaciones. Si se considera a la psicología como una disciplina proveniente de las ciencias de la salud, parece tarea pendiente el destacar la importancia de las construcciones personales en el complejo salud-enfermedad-atención, para que, el desarrollo de nuevos paradigmas en la prevención y tratamiento de padecimientos sea realmente integral.

Para lograr esto, en el primer capítulo se hará un mapeo de algunas nociones de la antropología que podrían contribuir en la comprensión del tema para los psicólogos, ya que son nociones muy cercanas, pero con distinto abordaje.

Enseguida, se mostrara al modelo socioconstruccionista como representante de la psicología, como una opción al abordaje de la medicina crítica, por compartir características en cuanto al papel del terapeuta y de las herramientas empleadas.

En el tercer capítulo se muestra la relación entre la antropología y el modelo biomédico, a fin de destacar el nivel de avance en el tema así como para evidenciar la ausencia del modelo psicológico.

Al concluir se hablara sobre algunas posibilidades de acción en el campo de la medicina crítica a partir de la psicología.

1: EL FACTOR CULTURAL

Considerando que la antropología ha generado cambios en el modelo biomédico, facilitando el surgimiento de la medicina crítica o medicina social, se presentan a continuación algunas categorías provenientes de esa disciplina, que pueden servir al psicólogo, en la comprensión y desarrollo del tema.

1.1. Descripción densa

La historia de las ciencias sociales ha tomado muy distintos caminos desde su surgimiento y hasta nuestros días, en ese proceso se han desarrollado técnicas y métodos de investigación, congruentes con el momento histórico y el interés de las disciplinas que las conforman.

En esta línea de desarrollo se puede destacar un prolongado momento (aún vigente en muchas ideologías) en el cual, la finalidad de cualquier ciencia social, implicaba metas colonizadoras “el objetivo... era entonces plasmar en escritura todas aquellas confirmaciones que resultasen equívocas, a fin de intentar mejorarlas con la intromisión colonial. Anunciando en la política la esencia de los tiempos modernos, del presente industrializado, que alojará en el discurso la posibilidad de mantener el predominio de la razón y el buen entendimiento (Pérez-Taylor, 2002)”. Esto significa que las disciplinas derivadas de las ciencias sociales, se aplicaban en el sentido del discurso dominante, mismo que a final de cuentas, terminaba favoreciendo a un grupo bien colocado de personas, imponiendo sus ideas al resto de la humanidad, con el aparente beneficio de la llegada del progreso y el bienestar.

Esta ideología propició que se formaran especialistas que, muy probablemente con las mejores intenciones en la mayoría de los casos, hacían una descripción del estado lamentabilísimo en el que se encontraban aquellos menos favorecidos por no tener todos los desarrollos con los que contaba occidente, fraccionando a las culturas, los grupos, las familias, e incluso a las personas, para que cada especialista pudiera decirnos qué es lo que a ese otro le hacía falta, de qué carecía y así poder sacarlos de “la edad de piedra” e insertarlos en la modernidad, por lo que se crearon una enorme cantidad de mecanismos para lograrlo.

En el terreno de la salud, podemos encontrar una cantidad de ejemplos al respecto, mismos que serán abordados en el tercer capítulo, sin embargo se puede decir que, en un inicio, los estudios transculturales en el área de la salud se enfocaban, como ya se dijo, para hacer evidente lo “atrasados” que se encontraban los otros, y que era responsabilidad del modelo dominante “ayudarlos”, posteriormente se le dio voz a esos otros, pero únicamente para lograr crear mecanismos de acceso que fuesen más efectivos y de mayor impacto en el tan buscado cambio de visión, a estos momentos le siguieron importantes modificaciones, hechas desde la antropología de corte posmoderno.

Es así que, durante las últimas décadas, las ciencias sociales han presentado un giro lo suficientemente importante como para replantear las disciplinas que forman parte de ellas, siendo parte de este giro, un cambio de visión que las lleva (a la antropología, sociología y psicología, por citar algunas) a prácticas muy distintas a las que anteriormente se venían desarrollando; los campos de interés están cada día más cercanos entre sí y de hecho, se favorece la interdisciplinariedad, para obtener resultados mucho más complejos, descriptivos, completos y funcionales.

En el terreno de la antropología, la labor etnográfica dejó de ser descriptiva, de aspectos puramente topográficos, para ingresar cada vez más al terreno de las significaciones, pasó al terreno de la descripción densa, y uno de los representantes más destacados de esta nueva forma de hacer antropología es Geertz (1987), quien se replantea tanto los objetivos como los métodos de estudio de la disciplina, mencionando que ésta tiene que ser esencialmente interpretativa, más que descriptiva, debido a que las descripciones en el terreno de lo social son inevitablemente pobres, ya que carecen del principal elemento de producción humana, es decir, carecen de significación.

El autor se replantea la disciplina por completo, iniciando evidentemente por la definición del objeto de estudio y de su forma de aproximación, enunciando: “el concepto de cultura que propugno y cuya utilidad procuran demostrar los ensayos que siguen es esencialmente un concepto semiótico. Creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones (Geertz, 1987)”.

Para realizar un trabajo como el que propone, continúa con el planteamiento de una metodología, misma que es el objeto de interés en este caso, menciona que para poder dar cuenta de las significaciones, se requiere una etnografía descriptiva, y más específicamente, se requiere de una descripción densa, justificándolo con un ejemplo muy específico; “consideremos, dice el autor, el caso de dos muchachos que contraen rápidamente el párpado del ojo derecho. En uno de ellos el movimiento es un tic involuntario; en el otro, una guiñada de conspiración dirigida a un amigo (Ryle en Geertz, 1987)”. Si consideramos este ejemplo desde una visión positivista, la toma del dato tendría que ser plenamente “objetiva” y libre de interpretaciones (algo que conocemos bien en la psicología “científica”) sin embargo, estaríamos lejos de describir lo que está sucediendo en ese momento, ya que ambos casos tendrían que ser tomados como idénticos.

Desde una visión semiótica, interpretativa, la importancia radica en el significado del acto, y es justamente esta etnografía la que se busca establecer. “Desde cierto punto de vista, el del libro de texto, hacer etnografía es establecer relaciones, seleccionar a los informantes, transcribir textos, establecer genealogías, trazar mapas del área, llevar un diario, etc. pero no son estas actividades, estas técnicas y procedimientos lo que definen la empresa. Lo que la define es cierto tipo de esfuerzo intelectual: una especulación elaborada en términos de...descripción densa (Geertz, 1987)”.

El hecho de que la metodología propuesta sea de carácter interpretativo, no quiere decir que las interpretaciones se realicen sin ninguna seriedad, desordenadamente y al antojo del etnógrafo. Para el ejemplo de las guiñadas encontramos que se describen múltiples elementos que nos dan una clara idea de lo que se presenta. “El que guiña el ojo está comunicando algo y comunicándolo de una manera bien precisa y especial: 1) deliberadamente, 2) a alguien en particular, 3) para transmitir un mensaje particular, 4) de conformidad con un código socialmente establecido y 5) sin conocimiento del resto de los circunstantes (Geertz, 1987)”.

La importancia de considerar todos los elementos presentes en el análisis antropológico es fundamental para estar lo más cerca posible de lo que se está presentando, tratando de capturar y transmitir, ya que las posibilidades son prácticamente ilimitadas y la omisión de algún elemento podría llevarnos a una interpretación errónea; es justamente ese esfuerzo intelectual en el cual radica la diferencia. “pero la cuestión es que la diferencia entre lo que Ryle llama la descripción superficial de lo que está haciendo el que ensaya ante el espejo (remedador, guiñador, dueño de un tic...), es decir, contrayendo rápidamente el ojo derecho y descripción densa de lo que está haciendo (practicando una burla a un amigo al simular una señal con el fin de engañar a un inocente y hacerle creer

que está en marcha una conspiración) define el objeto de la etnografía: una jerarquía estratificada de estructuras significativas atendiendo a las cuales se producen, se perciben y se interpretan los tics, los guiños, los guiños fingidos, las parodias, los ensayos de parodias y sin las cuales no existirían, independientemente de lo que alguien hiciera con sus párpados (en Geertz, 1987)".

Ahora bien, resulta importante tener en cuenta que, al igual que los informantes, nosotros nos encontramos insertos de la misma forma en una trama de significaciones y que dichas significaciones pueden verse reflejadas en la interpretación que se está haciendo del evento o del hecho y que aquello que se le denomina "dato", está siendo filtrado ya no sólo por el informante, sino por nosotros mismos.

La tarea entonces a pesar de ser muy compleja, resulta cada vez más clara, el análisis consiste en desentrañar las estructuras de significación y determinar su campo social así como su alcance, esta tarea continuaría mostrando cómo y por qué la presencia de tales elementos en un tiempo y lugar determinados producen situaciones particulares. Es así como, la descripción que se propone consta de tres rasgos característicos 1) es interpretativa, 2) se centra en el flujo del discurso social 3) lo que se busca en esta interpretación es rescatar "lo dicho" en ese discurso de sus ocasiones precederas y fijarlo en términos susceptibles de consulta.

En el terreno de la salud-enfermedad-atención, las significaciones son tal vez de las más amplias y complejas, independientemente del tiempo, de la región. Simplemente resulta ser un concepto central en el desarrollo de cada cultura y por ello, se ha convertido en toda una rama de la antropología, teniendo un desarrollo

que ha logrado no sólo derribar nociones de superioridad, sino que ha logrado aproximar los conocimientos de otras regiones y hacerlos mucho más claros, incluso se han generado cambios en las legislaciones médicas nacionales e internacionales a partir de las aportaciones antropológicas.

Como afirma Geertz (1987) “la finalidad de la antropología consiste en ampliar el universo del discurso humano. Desde luego, no es ésta su única finalidad, también aspira a la instrucción, al entendimiento, al consejo práctico, al progreso moral y a descubrir el orden natural de la conducta humana; y no es la antropología la única disciplina que persigue esta finalidad. Pero se trata de una meta a la que se ajusta peculiarmente bien el concepto semiótico de cultura”.

En el mismo orden de ideas, la comprensión de una cultura no supone únicamente captar su carácter en términos normales para nosotros, sino conservar sus particularidades, ya que al entender dichas particularidades se disipan las incógnitas acerca de las justificaciones sobre los medios para obtener el fin deseado: la salud; y para llegar a ello, es necesario descifrar sus elementos esenciales, estos son, los significados, mismos que se desarrollarán en el tercer apartado de este capítulo, sin embargo, se puede decir ahora que los significados cobran sentido al conocer cada uno de sus elementos, conociendo las relaciones que existen entre ellos, y descifrando su coherencia al articularse entre sí, todo esto analizado en relación a los significados centrales establecidos culturalmente, de una manera más amplia,. En palabras de Abu-Lughod (2006)”podemos beneficiarnos al tratar de contextualizar cuidadosamente pequeños hechos y eventos....como un recurso que nos ayude a reflexionar sobre asuntos más amplios”.

Es justamente ésta, la razón por la cual a partir de los modelos posmodernos se puede justificar la labor interdisciplinaria entre la antropología simbólica y la psicología, en este caso de carácter construccionista, ya que el elemento cultural en lo tocante al complejo salud-enfermedad-atención, tan ampliamente desarrollado por la antropología, puede resultar fundamental para generar cambios en la aproximación al tema e incluso, en la forma en la que el psicólogo cumple con un papel dentro del tratamiento, y es que si bien, la antropología no tiene como finalidad la terapéutica, es también cierto que, el análisis etnográfico, específicamente la descripción densa pueden ser herramientas fundamentales en el desarrollo de nuestra disciplina.

La posibilidad planteada es resultado, como se deja ver al inicio, de la dinámica en la que se encuentran las ciencias sociales, las cuales están pasando un momento fundamental. Los modelos posmodernos comparten un interés primordialmente cualitativo y tanto la antropología como la psicología están cada vez más interesadas en las significaciones de los actos, en descripciones que permitan conocer las especificidades de las situaciones, es decir, no generalizar a través de casos particulares sino generalizar dentro de éstos. “generalizar dentro de los casos particulares se llama generalmente, por lo menos en medicina y en psicología profunda, inferencia clínica. En lugar de comenzar con una serie de observaciones e intentar incluirlas bajo el dominio de una ley, esa inferencia comienza con una serie de significantes (presuntivos) e intenta situarlos dentro de un marco inteligible. Las mediciones se emparejan con predicciones teóricas, pero los síntomas (aun cuando sean objeto de medición) se examinan en pos de sus peculiaridades teóricas, es decir, se diagnostican. En el estudio de la cultura los significantes no son síntomas o haces de síntomas, sino que son actos simbólicos o haces de actos simbólicos, y aquí la meta es, no la terapia, sino el análisis del discurso social. Pero la manera en que se usa la teoría-indagar el valor y el sentido de las cosas-es el mismo (Geertz, 1987)”.

Las posibilidades que surgen a partir de un análisis interdisciplinario son vastísimas. La psicología posmoderna, de tipo construccionista, nos ayuda a acceder plenamente al mundo de las significaciones individuales y emplear, conjuntamente con el usuario, esas significaciones en un proceso terapéutico, pero realizar esa tarea sin tener claras las significaciones propias de su contexto sería una labor incompleta, herencia de la visión positivista, fragmentaria.

El uso de herramientas antropológicas entonces no tiene otra finalidad que la de dar al usuario una atención integral, más acorde a sus construcciones y significaciones particularmente en lo que se refiere al complejo salud-enfermedad-atención. “la meta es llegar a grandes conclusiones partiendo de hechos pequeños pero de textura muy densa, prestar apoyo a enunciaciones generales sobre el papel de la cultura en la construcción de la vida colectiva relacionándolas exactamente con los hechos específicos y complejos (Geertz, 1987)”.

1.2.- El sentido común

La visión occidental presenta una postura tendiente a la descalificación de concepciones de realidad que le resultan ajenas, principalmente debido a lo distante o extraño que pueden parecer, en consecuencia, las visiones de la realidad que no corresponden con la visión occidental terminan por ser calificadas como, poco objetivas y carentes de veracidad. Este ha sido el argumento con el que se ha intentado imponer las nociones propias de la cultura occidental, basándose en la idea de liberar a los más desfavorecidos de pensamientos supersticiosos y errados.

Esta lógica de acción ha impactado a lo largo del tiempo a grandes grupos de distinto origen cultural, tanto en sus prácticas, como en sus creencias, llevándolo a niveles tan grandes como, las guerras contra grupos religiosos que se presentan como una amenaza contra las ideas occidentales, o bien, tan básicos e individuales como la imposición de prácticas alimentarias tales como la comida rápida, o bien, la descalificación de las practicas terapéuticas tradicionales, tales como, los rezos, las limpias o las peregrinaciones.

Como ya se mencionó, a partir de la posmodernidad dio inicio un movimiento generalizado en las ciencias sociales, al que la antropología simbólica ha aportado, entre algunas otras nociones, el cambio de enfoque con el que se plantea la diferencia entre las sociedades que se han estudiado tradicionalmente y las sociedades en las que habitan los antropólogos, ya que solía hacerse en términos de primitivismo, no obstante, en la actualidad esta relación se plantea mejor en relación al desarrollo que presentan los sistemas de pensamiento y de acción.

Y es justamente siguiendo la línea de pensamiento y acción como, tanto desde la antropología como desde la psicología, se puede llegar a aportaciones interdisciplinarias mucho más complejas y completas. Pensando en el terreno de la salud-enfermedad-atención puede desarrollarse un análisis en el cual se logre entender el por qué un grupo de personas le dan sentido a algún padecimiento y a su consecuente tratamiento de una forma en particular (tratamiento alópata, homeópata, tradicional) y no de otra.

Si se focaliza la atención en una búsqueda de nociones transculturales sobre ideas desarrolladas dentro de una cultura en particular (medicina genómica, resonancias magnéticas, investigación de células madre, etc.), es evidente que los

resultados serán poco fiables, ya que estas nociones no se encuentran establecidas de forma universal, sin embargo, es también difícil de creer que conceptos como los de cuerpo, salud, enfermedad, sean patrimonio exclusivo de la visión occidental.

Tanto en la antropología como en la psicología se realizaron aportes importantes en relación al estudio transcultural, a partir de las nociones posmodernas, rescatando para este caso, la noción de sentido común, misma que resulta de enorme utilidad para el análisis y comprensión de los datos obtenidos en cualquier aspecto estudiado, dentro de la cultura, ya que el sentido común es parafraseando a Soto, R.(2008).un medio por el cual sabemos cómo sortear las dificultades, las inmediateces a las que nos enfrentamos. Esta noción se basa precisamente en la afirmación de que en realidad no se dispone de otra teoría que de la vida misma.

Ahora bien, si tenemos en cuenta que a diferencia de su puesta en práctica, el análisis de esta categoría tendría que empezar por hacer una distinción entre lo acontecido y la interpretación o construcción ya sea individual o grupal que se realiza del hecho, el sentido común pues, es una construcción primeramente grupal y posteriormente individual y aquel que actúa con sentido común realizará aquello que el grupo ha determinado como lo "lógico", lo "evidente", es capaz de enfrentarse a los problemas diarios de una manera cotidiana y con cierta eficacia, contrario a lo que manifiesta alguien a quien le falta sentido común, ya que, tropieza en los problemas que la vida le arroja a su paso.

Esta categoría entonces, puede ser un punto de convergencia en el análisis de los significados tanto en la antropología como en la psicología, debido a que, al entender la creación de los significados, podremos entender los actos resultantes ya sea a nivel grupal o individual. Al entender el significado de los actos se puede

determinar si el proceder de la persona tiene “sentido común”, esto es, si lo que realice es lo que se espera que haga al interior de un grupo en el cual se construyen los significados. Se pueden observar y analizar las representaciones de la realidad, y la forma de enfrentarse a esta realidad, ya sea ante la adversidad o la fortuna.

Geertz (1987) presenta, para aclarar la forma en la que el sentido común está presente en nuestros propios actos, algunas fracciones de la disertación de Evans-Pritchard sobre la brujería zande. Destacando los casos de un niño que afirma ser víctima de la brujería por haber tropezado con alguna raíz de camino a su casa, lo mismo que un alfarero al que se le rompe alguna pieza en la cual tuvo todos los cuidados necesarios para evitar dicho problema, Evans-Pritchard lejos de realizar la transcripción de los hechos, califica el pensamiento y proceder de los zande mencionados, dándoles el calificativo de “tonterías”, y recurriendo a su sentido común para dar una justificación que para él resulta evidente, el niño se cayó por caminar descuidadamente y es natural que en la producción de la alfarería en algún momento alguna pieza se rompa, son cosas naturales. Sin embargo, el autor no alcanza a entender cómo es que el conocimiento se genera de manera grupal, con la finalidad de darle sentido a la realidad y que las explicaciones que dan sus informantes son ni más ni menos que la manifestación de dicha realidad, no es nada místico, ni mucho menos algo invisible, es al contrario la certificación de lo visible.

Los mismos ejemplos pueden llevarse al terreno de la salud-enfermedad ya que, tradicionalmente podemos encontrar posiciones conservadoras a partir del modelo médico dominante, en las que se busca dar todos los argumentos necesarios, los más científicos, para alejar a la gente de las prácticas tradicionales por ser, supersticiosas, poco confiables e incluso riesgosas, en contraposición del conocimiento que ellos detentan y que es el más confiable, seguro, moderno. Los

representantes de la medicina alópata, no consideran la importancia del sentido común en la búsqueda de atención médica, y parece que no logran identificar que ellos mismos están empleando el sentido común al intentar modificar las creencias de los usuarios, ya que para ellos, la construcción de la realidad que están realizando es la más lógica y esperada y cualquier otra opción representa un problema evidente que conflictúa a la realidad misma. “En suma, dado lo dado, no se sigue ninguna otra cosa. El sentido común no es lo que percibe espontáneamente una mente liberada de propensiones; es, más bien, lo que colige una mente llena de presuposiciones (Geertz, 1983)”.

Es entonces, un término mucho más elaborado de lo que supone de forma coloquial, y es que tradicionalmente, por lo menos desde la psicología, se ha descalificado al proceder por medio del sentido común, por ser un conocimiento popular, impreciso, supersticioso en muchos de los casos, en fin, está lleno de adjetivos que buscan como ya se dijo descalificar su uso y sus resultados.

Sin embargo autores como Geertz, Bruner, o Vygotsky realizan observaciones por medio de las cuales podemos darnos cuenta que el sentido común está presente desde el espacio en el que una partera o un huesero desarrollan sus actividades, hasta los laboratorios experimentales de la conducta, ya que en todos estos contextos se realizan construcciones de conocimientos elaborados de manera colectiva primeramente y posteriormente son significados de manera individual. En palabras de Morin (1991) el conocimiento está relacionado con todas las partes de la organización social, por las prácticas culturales, es decir, que no solo es condicionado, determinado y producido por ellas, sino que también condiciona, determina y produce prácticas.

La falta de apego a dichas construcciones, tanto para el huesero, como para el laboratorista tendrá por consecuencia la observación del grupo para mostrar la falta de sentido común en el proceder del actor en turno.

Ahora bien, Geertz (1983) menciona que el concepto de sentido común como tal, como categoría fija y etiquetada, como dominio semántico explícitamente delimitado, no es, por supuesto, universal; pero forma parte de nuestra propia forma de distinguir los géneros de expresión cultural. “su contenido real, como ocurre con la religión, el arte y otras cosas semejantes, varía demasiado radicalmente de un lugar y época a la siguiente como para que podamos tener esperanzas de encontrar alguna constante definitoria en su interior, una suerte de historia en cadena siempre repetida. El sentido común -o cualquiera de sus géneros afines- sólo puede caracterizarse transculturalmente al aislar lo que podríamos llamar sus rasgos estilísticos, los signos de esa actitud que le imprimió su sello particular”.

De esta forma el autor emplea los siguientes términos para hacer referencia a lo que podemos llamar sentido común, por medio de algunas propiedades genéricas identificadas en su trabajo de campo a las cuales da el nombre de cuasi-cualidades.

En primer lugar, se encuentra la Naturalidad, “el sentido común representa materias como si fueran lo que son en su naturaleza simple. Impone un aire de objetividad, un sentido de elementalidad sobre las cosas. Estas se representan como si fueran inherentes a la situación como aspectos intrínsecos de la realidad, como el rumbo que toman los acontecimientos (Geertz, 1983)”. Esto es, que las respuestas dadas en relación a un acontecimiento, por ejemplo, la forma en la que una persona tiene que tratar o enfrentarse a un padecimiento estomacal, se

presenta de la forma más “natural”, ya que es evidente que ese padecimiento tiene que resolverse siguiendo un tratamiento específico, dependiendo del grupo en el que se encuentre, y es justo este último elemento, en donde se generan las interpretaciones divergentes.

Siguiendo con el tema de la salud-enfermedad el autor menciona: “Este aspecto es general. El desarrollo de la ciencia moderna ha tenido un profundo efecto sobre la concepción occidental del sentido común. Se haya convertido o no el hombre llano en un auténtico copernicano, seguramente ha sido seducido, y en una época bastante reciente, por una versión microbial de la enfermedad. Pero como también demuestra cualquier simple anuncio televisivo, comparte esa visión en la medida en que es de sentido común, y no porque constituya una materia científica articulada (Geertz, 1983)”. Este comentario está en las bases de lo que fue un cambio absoluto en la concepción del modelo salud-enfermedad-atención, debido a que, coloca en un papel crítico al modelo médico, al ubicarlo en un plano conceptual idéntico al de cualquier modelo tradicional o alternativo, en consecuencia, se pueden observar las prácticas alópatas, como prácticas de sentido común, dentro de un contexto determinado.

Un siguiente punto es el de Practicidad, el cual se refiere a la función que cumple la práctica de acciones de sentido común “es tal vez más obvia al ojo desnudo que las otras que he señalado, ya que lo más a menudo significamos cuando decimos que un individuo, una acción, o un proyecto manifiesta una falta de sentido común es que tales cosas son poco prácticas (Geertz, 1983)”, sin embargo, esa función no se define en términos operativos, o mecánicos, es más bien, una forma de enfrentarse a las circunstancias de una manera, adecuada, y que es susceptible de ser reconocido por su grupo.

El hecho de sufrir la picadura de un alacrán, para una persona que cotidianamente no se encuentra en contacto con ellos, probablemente sea tomado como algo por demás amenazante, no así para personas que vivan en alguna playa. Si las personas de la playa, pudieran observar los intentos desesperados del posible foráneo por acudir por un antídoto, probablemente juzgarían el intento como algo poco práctico, ya que, todos saben que con mantener la calma y esperar un poco, los efectos de la picadura desaparecerán.

Por Transparencia “nos referimos a la tendencia que manifiestan las concepciones de sentido común sobre ésta o aquella cuestión a representarlas como si fueran precisamente lo que parecen ser, ni más ni menos (Geertz, 1983)”. Esta cuasi-cualidad está en función principalmente, de la importancia que tiene el discurso del otro, y de la fidelidad que se deberá tener en la transcripción de los datos, sin emitir juicios de valor que interfieran, esto es importante tanto para los estudios antropológicos, como para los hechos desde la Psicología, ya que nos interesa conocer al otro, y es principalmente por medio del discurso como lograremos hacerlo. “El mundo es lo que las personas sencillas y despiertas creen que es. Los hechos realmente importantes de la vida se encuentran abiertamente dispuestos sobre su superficie, y no astutamente ocultos en sus profundidades. No tenemos necesidad de negar la obviedad de lo obvio (Geertz, 1983).”

Refiriéndose precisamente al discurso, no solo del individuo, sino del grupo, Geertz plantea el concepto de Asistematicidad por medio del cual busca justificar el valor de lo dicho y de cómo esto influye en las prácticas cotidianas, en lo que el grupo considera como lo deseable y lo esperado de cada integrante del grupo. “La sabiduría de sentido común es descarada y condenadamente ad hoc. Se nos presenta en forma de epigramas, proverbios, obiter dicta, chanzas, anécdotas, contes morales y no mediante doctrinas formales, teorías axiomáticas o dogmas

arquitectónicos, desde luego...es en los dichos sentenciosos donde la asistematicidad del sentido común se muestra más vívidamente (Geertz, 1983).”

Finalmente nos encontramos con la definición de *Accesibilidad*, este término puede ser muy claro y no requerir de mayor explicación para un antropólogo, pero desde la psicología se tendría que remarcar el valor que tiene la cultura como el punto de partida del comportamiento humano “al ser común, el sentido común está abierto a todos, constituyendo la propiedad general de todos los ciudadanos respetables (Geertz, 1983)”.

De esta manera, si pensamos en las propuestas de Vygotsky (1988), en que destaca la idea de que el ser humano es primeramente un ser social y que posteriormente se presenta la individualidad, podremos articular el desarrollo de los estados psicológicos con relación a la influencia del contexto, o en este caso, a entender cómo un individuo construye conceptos en torno a la salud-enfermedad-atención enlazándolo con las construcciones sociales en las que se ve inmerso, cómo las explicaciones que se dan al evento dentro del contexto se relacionan con el proceder en la búsqueda de una solución “razonable”, tanto para la persona, como para su entorno, y cómo el proceder de una manera opuesta a lo socialmente establecido implica consecuencias bien claras en la mayoría de los casos.

Una persona que se ha desarrollado dentro de un grupo, e incluso, una persona procedente de un grupo ajeno, y que ha tenido la necesidad de integrarse a una nueva comunidad, son partícipes del peso e importancia de las construcciones elaboradas al interior del mismo.

Ahora bien, para Bruner (1998) las culturas se caracterizan porque crean “prótesis” que nos permiten trascender nuestras limitaciones biológicas “en bruto”; por ejemplo, los límites de nuestra capacidad de memoria o los límites de nuestra capacidad de audición. El punto de vista que se desarrolla a partir de esta teoría es que es la cultura, y no la biología, la que modela la vida y la mente humanas, es la cultura la que confiere significados a las acciones, a los hechos, a la realidad y ubicándolos en un marco susceptible de ser interpretado. “Y esto lo consigue imponiendo patrones inherentes a los sistemas simbólicos de la cultura: sus modalidades de lenguaje y discurso, las formas de explicación lógica narrativa, y los patrones de vida comunitaria mutuamente interdependientes (Bruner, 1998)”.

Para el autor, en todas las culturas hay una psicología popular, o prácticas de sentido común, definido como “un conjunto de descripciones más o menos normativas y más o menos conexas sobre como “funcionan” los seres humanos, cómo son nuestra propia mente y las mentes de los demás, cómo cabe esperar que sea la acción situada, qué formas de vida son posibles, cómo se compromete uno a estas últimas, etc. (Bruner, 1998)”. La visión que se tiene entorno al sentido común, se centra principalmente en la adquisición y el uso que se le da al lenguaje como medio por el cual se da la adquisición e intercambio de signos y significados.

Si bien la descripción se centra en la persona, el análisis parte de las instituciones que conforman a la sociedad, al entenderlas como la base de todas las construcciones que elabora el individuo, ya que le resulta imposible a éste, librarse de la influencia de todas aquellas instituciones, y antes bien, no se podría entender el desarrollo del individuo sin la influencia de su contexto, y así entendemos como “Las instituciones culturales se construyen de tal manera que reflejan las creencias de sentido común sobre la conducta humana (Bruner, 1998)”.

La psicología popular se encuentra investida de canonicidad. Se centra en lo estable y/o lo usual de la condición humana. Dota a ambos de legitimidad o autoridad. Sin embargo, como lo menciona Bruner, (1998).posee medios muy poderosos contruidos a propósito para hacer que lo excepcional y lo inusual adopten una forma comprensible. La viabilidad de una cultura radica en su capacidad para resolver conflictos, para explicar las diferencias y renegociar los significados comunitarios, los “significados negociados”.

Para Bruner, (1998), aunque una cultura debe contener un conjunto de normas, también debe contener un conjunto de procedimientos de interpretación que permitan que las desviaciones de esas normas cobren significado en función de patrones de creencias establecido. Los relatos alcanzan su significado explicando las desviaciones de lo habitual de forma comprensible, proporcionando la “lógica imposible”.

“El sentido común, para decirlo con otras palabras, representa el mundo como algo familiar, un mundo que cualquiera puede y podría reconocer, y en el que cualquiera puede o podría mantenerse sobre sus propios pies (Geertz, 1983)”.

La aproximación desde el sentido común busca entonces, interpretar el comportamiento humano a partir de sus creencias y deseos como medios para hacer frente a la realidad, teniendo siempre bien claro que dichas creencias y deseos, si bien no se deben únicamente al factor cultural, sí se ven delimitados en gran medida por éste.

Actualmente se realizan trabajos en los cuales se habla de la eficacia simbólica de los tratamientos, en los que se ha encontrado que, esta se basa casi exclusivamente en lo que se ha llamado *fe* de los usuarios, ya sea en el médico, chaman, sacerdote, psicólogo, etc., o en los remedios, tratamientos, o recursos en general que este le recomiende.

Como una aportación importante para la psicología encontramos que, los estudios hechos en relación al sentido común, sugieren la posibilidad de la cura por la palabra. “puede decirse que es la cura de lo real por medio de lo simbólico; sin embargo, para que realmente sea eficaz, es necesario que el simbolismo utilizado esté basado en un régimen de conexión simbólica compartido por el especialista – sea éste curandero, chaman, médico alópata u otro- , el enfermo y su grupo social de referencia (Altamirano, L., 2007)”.

Estos trabajos sin embargo, son escasos en el sentido opuesto, es decir, a nivel simbólico, ¿Cómo pueden influir las afirmaciones del profesional de la salud en el desarrollo de padecimientos?, ¿Cómo se problematiza el usuario de servicios especializados ante diagnósticos como los de esquizofrenia, Trastorno por Déficit de Atención (TDA), diabetes, hipertensión, cáncer, etc.?

1.3. El Significado.

El trabajo presentado hasta este momento es, como puede verse, de carácter semiótico, en franca oposición, a las metas y los medios cuantitativos, y positivistas. Esta es quizás, la aportación más importante de los modelos posmodernos, dándole un mayor peso a la interpretación, y en consecuencia, al significado que tanto el individuo, como el grupo o comunidad le atribuye a algún

hecho o evento. Es justo en este espacio en donde se desarrollara la importancia del significado, tanto para la psicología como para la antropología, siendo este, el potencial concepto de articulación interdisciplinario en el análisis del complejo salud-enfermedad-atención.

La importancia que Geertz le da a la significación de los actos que se generan al interior de la cultura es fundamental en el desarrollo de la interpretación que se hace de dichos actos, es decir, que los acontecimientos sociales, los modos de conducta, las instituciones o los procesos sociales, adquieren sentido al contextualizarlos. Para el autor; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos los fenómenos de manera inteligible, es decir, densa, así, podemos entender más claramente porque el apego de Geertz a las nociones de Weber, al considerar la necesidad de cambiar el enfoque en el trabajo etnográfico, para el análisis de la cultura, modificando o eliminando la búsqueda de leyes universales y dándole prioridad a la interpretación en busca de significaciones.

Ahora bien, la metodología a emplear para lograr llegar a los resultados deseados gira en torno al acceso a los significados, para lo que, en primer lugar se deberá aislar cada uno de los elementos culturales a analizar, posteriormente se tendrá que especificar cuáles son las relaciones internas que guardan entre sí estos elementos, y finalmente se tendrá que dar coherencia interna a los conceptos analizados, caracterizando todo el sistema de forma tal que, sea coherente con los conceptos y significados centrales alrededor de los cuales se organizó la cultura.

En este sentido la importancia de la labor antropológica, y más específicamente etnográfica consiste en la captura de los hechos y discursos sociales, haciendo de ellos algo susceptible de ser analizado e interpretado, siendo de gran importancia la forma en la que se captan tanto los hechos como el discurso, ya que siguiendo

la idea de la importancia del significado, no se trata de capturar el hecho de hablar, sino lo que se dice en el hablar, entendiendo que lo que se dice es el resultado de la elaboración de significados al interior del grupo, por lo que no es la tarea principal captar el hecho de hablar, sino lo que se está diciendo al hablar, se busca captar el pensamiento, el contenido, la intención, es decir el significado del hablar.

El acceso a las nociones o conceptos construidos socialmente, será pues, el discurso, ya que por este medio se puede acceder a la significación buscada, pero se debe tener claro que es lo que se va a preguntar al intentar acceder al significado de algún hecho o evento en particular, aquello por lo que hay que preguntar es por su sentido y su valor.

Es así como, la cultura puede ser entendida como una construcción grupal, resultando algo público, ya que la significación también lo es, la cultura influye en la elaboración de conceptos y de comportamientos, pero también es susceptible de ser modificada a partir de los individuos al incidir en la construcción de los significados.

Una propuesta interpretativa hacia la cultura es, un asunto bastante conocido, sin embargo en la psicología es más reciente aunque sus bases se establecieron con las aportaciones de Vygotsky, en las primeras décadas del siglo XX, destacándola idea de la constitución simbólica de la mente.

Para Vygotsky, el pensamiento y el lenguaje son posibles y se realizan únicamente a partir de los significados, "la concepción del significado de la palabra como una unidad que comprende tanto el pensamiento generalizado como el

intercambio social, es de un valor incalculable para el estudio del pensamiento y el lenguaje; permite el verdadero análisis causal-genético, el estudio sistemático de las relaciones entre el crecimiento de la capacidad del pensamiento del niño y su desarrollo social (Vigotsky 1988)” Si bien para el autor, el interés de sus investigaciones se centra en dar una explicación coherente al desarrollo, del pensamiento y el lenguaje, la metodología que propone abre un importante camino para la integración de la cultura, en el análisis de los fenómenos tanto de tipo individual como grupal.

Los símbolos resultan esenciales para entender la actividad comunicativa e intelectual, pero también para entender la cultura. Vygotsky reconocía la importancia de las herramientas, como instrumentos físicos que median nuestra actividad, y al interrogarse sobre las herramientas del pensamiento, que naturalmente no pueden ser físicas, encontró que las herramientas esenciales del pensamiento y el lenguaje son los signos, y como son significados, ya que los signos, al igual que las herramientas físicas tienen una función mediadora.

Los símbolos entonces sirven para mediar y regular nuestra propia actividad en un contexto determinado. “la verdadera comunicación requiere significado, o sea, tanto generalización como signos.....Sólo de esta forma se hace posible la comunicación, puesto que la experiencia individual reside únicamente en su propia conciencia, y es, estrictamente hablando, no comunicable. Para convertirse en transmisible debe ser incluida en una determinada categoría, que por convención tácita, la sociedad humana considera como una unidad. De este modo la comunicación verdadera presupone una actitud generalizadora que es una etapa avanzada en el desarrollo del significado de las palabras (Vygotsky 1988)”.

Tenemos entonces que, estas herramientas, si bien son empleadas para la construcción de un pensamiento y lenguaje con el cual el individuo pueda hacer referencia de y hacia su contexto, estas herramientas son desarrolladas o construidas socialmente, y solo al ser comunes a un grupo, pueden ser transmitidas. Así mismo, muestra como el factor cultural, al ser portador de significados, dará las bases del comportamiento al interior del grupo, es decir, que al existir una noción de realidad socialmente establecida, los individuos realizarán sus actividades en torno a dichas nociones. “El análisis de las unidades.....Demuestra la existencia de un sistema dinámico de significados en el cual se encuentra la unidad afectiva e intelectual. Muestra que cada idea contiene una actividad afectiva transmutada hacia el trozo de realidad al cual se refiere. Avanzando, nos permite delinear la trayectoria que va desde las necesidades e impulsos de un individuo hasta la dirección específica que toman sus pensamientos, y el camino inverso de éstos hacia su conducta y actividad (Vygotsky 1988)”.

Estas ideas fueron excluidas del pensamiento psicológico occidental por mucho tiempo debido principalmente a motivos políticos, e ideológicos, sin embargo no fueron abandonados del todo y en la década de los 90's Bruner afirma que la psicología cognitiva, de la cual es uno de sus fundadores, se encuentra ante una nueva revolución, el estudio de los significados. De acuerdo con esta reorientación, ya no interesa tanto estudiar la mente como una estructura formada y desarrollada intrínsecamente, al margen de la cultura, sino en relación íntima con ella.

En palabras del propio autor “los seres humanos, al interactuar entre sí, crean un sentido de lo canónico y lo ordinario que se constituye en el telón de fondo sobre el que poder interpretar y narrar el significado de lo inusual, de aquello que se desvía de los estados normales en la condición humana (Bruner, J.1998)”

Desde esta perspectiva el lenguaje es nuevamente el medio por el cual se tiene acceso a los significados. Para reconocer un significado se requiere de un signo, de un referente y de un interpretante, esto es, de una representación mediadora del mundo, y en este sentido “los símbolos dependen de la existencia del lenguaje que contiene un sistema de signos ordenados o gobernados por reglas”. (Bruner, J.1998)

El significado que tienen los símbolos, depende entonces para Bruner de la capacidad de internalizar el lenguaje y en usar el sistema de signos para representar la realidad. Si el carácter de los símbolos es una convención entre un grupo, y estos son las herramientas primordiales del pensamiento, la génesis y el desarrollo de la mente son evidentemente un producto de naturaleza cultural.

Altamirano, L. (2007) destaca la importancia del lenguaje que subyace a todo pensamiento, ya que se encuentra cargado de imágenes matizadas por emociones y experiencias, al igual que Geertz, para la autora las palabras, gestos, movimientos, indumentaria, tiempo y espacio resultan fundamentales en la comprensión de lo dicho, es en estos elementos los que permiten al individuo o grupo la construcción de una realidad particular, y solo en la medida en que tanto el tratante como el tratado compartan un mismo sistema de signos y significados, la construcción de la realidad que permita la curación será posible.

Para todos estos autores la mente no solo se expresa en los símbolos y su significación, sino que se realiza en ellos, es así como, tanto para la psicología de tipo cultural y la antropología simbólica pueden emplearse en conjunto para realizar un análisis de mayor alcance y con mayores posibilidades.

Refiriéndonos al complejo salud-enfermedad-atención, podemos entender que, las aportaciones de la antropología simbólica en la aproximación del estudio intercultural son enormes, ya que la metodología empleada (descripción densa) permite tener acceso a las significaciones creadas y a la comprensión de las conductas manifestadas, ayuda a entender que no existe ninguna cultura que no signifique la realidad y que actúe en relación a esa significación (sentido común), y en coincidencia con la psicología cultural, se le da un papel principal al estudio de los significados como el medio por el cual se puede comprender e interpretar la realidad estudiada.

Las personas requieren de una explicación de lo que es el cuerpo, de lo que es la salud y la enfermedad, de que se debe hacer en caso de requerir un tratamiento, de cuál es el mejor tratamiento, en fin, de cómo vivir su realidad y de cómo enfrentarse a ella.

La importancia que tienen los significados, y la forma en la que se construyen, son desde hace mucho tiempo, un tema de análisis en la antropología, existiendo incluso la disciplina de la antropología médica, logrando reubicar a la medicina occidental en un terreno de equidad epistemológica y ontológica en relación a otros modelos médicos, sin embargo la psicología, aun siendo una disciplina derivada del área de la salud, no ha contribuido de manera importante en el replanteamiento que hace la antropología.

Es tarea pendiente analizar cómo, en el terreno del complejo salud-enfermedad-atención, las construcciones sociales son interiorizadas, de cómo los significados creados grupalmente se establecen individualmente y dan coherencia a la explicación y búsqueda de tratamiento. Se requiere, replantearse la relación entre usuario y terapeuta, de forma tal que se revalore el discurso del usuario, a fin de

comprender la construcción de los padecimientos, hace falta de igual manera, replantearse el papel que debería ocupar la psicología en los cambios de esquemas biomédicos, para este fin me parece conveniente emplear la metodología socioconstruccionista en el siguiente capítulo.

2: SOCIOCONSTRUCIONISMO.

Considerando las características de los modelos posmodernos de hacer terapia se considera conveniente presentar al socioconstruccionismo como, una alternativa viable en la aportación de nuevos paradigmas de atención en el complejo salud-enfermedad-atención, debido a características epistemológicas y ontológicas que a continuación se abordan.

2.1.-Definición

El desarrollo del movimiento socio construccionista, desde sus inicios a finales de los años setenta y principios de los ochenta, ha sido una postura crítica ante la aceptación incondicional de supuestos heredados de la modernidad, nutriéndose de los planteamientos de Michel Foucault, de los desarrollos del segundo giro lingüístico de la escuela de Oxford, del paradigma de Richard Rorty, de la teoría de la complejidad y de los planteamientos post modernos. Para Jean Francois Lyotard la posmodernidad es la manifestación de la crisis en la que se encuentran los grandes relatos de occidente, es decir, las grandes explicaciones racionales de la realidad.

El hecho de que Kenneth Gergen (en Ibáñez, 2003) lo definiera como un movimiento y no como una doctrina teórica es solo el primer ejemplo de la postura crítica que se emplea en su desarrollo, ya que se plantea como un conjunto de elementos en constante movimiento, laxo, abierto y con contornos cambiantes e imprecisos. Esta definición establece una distancia importante en relación a lo establecido en el periodo modernista, ya que, se presenta al

socioconstruccionismo, como algo en constante cambio y no como un producto terminado.

Las mayores aportaciones se dan en dos campos: el primero se refiere a la forma en la que se genera el conocimiento “científico” en las ciencias sociales en general, y en la psicología en particular, el segundo se refiere a la función que cumplen las aportaciones hechas por las disciplinas en un plano más amplio, en el terreno político.

En relación al primero de estos puntos, La tradición modernista se fundamentó, en la intención de acceder a un conocimiento puro, un conocimiento de las cosas en sí mismas, y en la promesa de alcanzar ese conocimiento con un método, éste tendría que ser objetivo, libre de interpretaciones, y debería de reflejar la realidad tal cual es, esta idea perdura hasta nuestros días y sus efectos se ven reflejados en cada uno de los campos o áreas de influencia de las ciencias en general, y en el caso que nos ocupa, de la psicología, al establecerse teorías y metodologías “objetivas” para conocer la realidad. “En cambio, para el construccionista social, las teorías sobre el comportamiento humano no se construyen ni se derivan de la observación, sino que surgen de la estructura misma del conocimiento. Esto es, las convenciones de inteligibilidad que comparte un grupo específico son las que determinarán cómo se interpreta el mundo que se observa (Gergen, 1992)”.

Este método se empleó y se sigue empleando con la ilusión de encontrar esa verdad pura, sin embargo, las aportaciones post modernas y la lingüística principalmente, se encargaron de dismantelar esta fantasía y de mostrar las dificultades lógicas que plantea este modelo.

El primer argumento se centra en lo que se denomina como criterio de validez, ya que se hizo creer por mucho tiempo que, no éramos nosotros los que desarrollamos este criterio, sino que, es la realidad misma la que lo determina, era la realidad la que se encargaba de decirnos si nuestras afirmaciones eran ciertas o falsas. Pareciera que el método nos trasciende, y no que es una construcción de conocimientos elaborados por medio de prácticas sociales, y que éstas al ser históricas tendrán que ser necesariamente “nuestras”. Esto es, que la comunidad científica determina qué es y qué no es observable, qué categorías se deben emplear, el lenguaje apropiado para referirse al tema que les interesa, en fin, construyen y delimitan aquello que puede ser observado e interpretado. No es entonces la realidad la que lo determina, sino la comunidad científica.

Es así como “el construccionismo pone en tela de juicio a estos romances tradicionales con la unidad. Acepta que existen diferentes construcciones de lo real – cada una válida dentro de su propia comunidad – lo que le quita vigencia al concepto de una “verdad única y coherente”, pues es simplista y potencialmente opresora (Gergen, 1992)”. Esta crítica tiene dos finalidades: romper con paradigmas establecidos sobre las nociones universales y darle el poder a los grupos que generan explicaciones sobre la realidad. Ya que como el propio autor señala, “El construccionismo sí reconoce la importancia de la verdad en su contexto (Gergen, 1992)”.

Un segundo argumento se refiere a la noción de la representación de la realidad, y es que para el modelo positivista, la afirmación de que la realidad puede ser conocida tal cual es, resulta fundamental, pero ¿Cómo poder dar cuenta de la realidad si no es por medio del lenguaje?, y éste ¿No es más que un convencionalismo social? para que la noción de la representación fuese aplicable, se tendría que encontrar algo que fuera idéntico a lo que se pretende estudiar, y el

lenguaje sólo atiende a características, es una traducción incompleta de aquello que se pretende conocer.

Abandonar la noción de representación implica tener que aceptar la relatividad de los conocimientos, ya que éstos se construyen al interior de las comunidades y no existe un conocimiento que pueda representar “la realidad” sino simplemente una realidad posible.

Para Gergen el valor del lenguaje empleado en la construcción del conocimiento genera posibilidades terapéuticas, al igual que puede generar dificultades al convertirse en una trampa, en una limitante en la amplitud del análisis posible, en ese sentido se pregunta: “al tener demasiada fe en una sola posición, en una sola historia, se corre el riesgo de crear una realidad terapéutica empobrecida e inflexible, por lo que nos preguntamos: ¿Cómo podemos aprender a ser desleales a una historia cuando deja de sernos útil? (Gergen, 1992)”.

La flexibilidad que se presenta ante esta posibilidad es inmensa, ya que al evitar alcanzar el conocimiento tal cual es, el conocimiento real, desaparecerán nociones tradicionalistas como las de “el problema real”, “las causas de la dificultad”, “las fuerzas subyacentes”, “las estructuras determinantes”. Para el constructorista no existen problemas, causas, fuerzas, estructuras, que no deriven de las interpretaciones basadas en el pensar común. “Por supuesto, eso no significa que “nada existe” o que “nunca se puede conocer la realidad” –los malentendidos corrientes del constructorismo-, sino que al intentar articular lo que existe, al ubicarlo en el lenguaje, penetramos el mundo de los significados generados socialmente (Gergen, 1992)”.

En tercer lugar, tenemos una crítica al conocimiento objetivo, ya que este implica que se neutralice cualquier influencia del sujeto que está produciendo conocimientos sobre los conocimientos producidos. Para el construccionismo, la dicotomía sujeto-objeto resulta improbable, ya que ninguna de estas dos entidades existe de manera independiente de la otra, por lo que el concepto de objetividad quedaría invalidado.

Si consideramos que, el objeto requiere de un sujeto para poder existir, es decir, que una silla adquirirá el título, sólo en el sentido de que sea empleada como tal, tendremos que afirmar que la presencia del objeto, requiere de manera obligada de la presencia de un sujeto, por lo que no se puede separar.

La creencia de la objetividad siguiendo con este análisis, requiere en muy buena medida a una práctica de fe, al imponer la máxima de que “las cosas son como son”, sin que para ello se requiera de la presencia y actuación del sujeto, y más aún, que son de manera independiente a los conocimientos que generamos sobre ellos. Para el construccionismo, este discurso es insostenible, ya que al estar en interdependencia el sujeto y el objeto, podremos afirmar que los objetos no son naturales, ya que los construimos y nos construyen de manera constante e infinita.

Se puede afirmar incluso que, la propia palabra “objeto” es una convención dentro de la que cabe sólo aquello que se conoce como un objeto, lo que significaría que no existen objetos en la realidad, sino en el discurso, y lo que se toma como “objeto natural” no es más que una objetivación instituida.

En el terreno de la psicología tendríamos que preguntarnos entonces si la histeria, la anorexia, la neurosis, la adicción, el C.I., son entidades que existen de forma

natural, o se trata de un discurso que instituye mediante un juego de convenciones, construcciones realizadas por un círculo bien definido. Tendríamos que problematizarnos sobre nuestro papel en la producción de salud-enfermedad, ya que todas estas etiquetas de “realidades” imponen a través del discurso, un deber ser.

Si seguimos esta línea de pensamiento, tendremos que la realidad está dada en relación a nosotros mismos, es decir, ¿qué es real desde nuestra percepción o punto de vista?

Por ejemplo, una corrida de toros adquiere valor desde los ojos de quien pretenda interpretarla, llegando a cubrir un margen tan amplio que lo lleva desde ser “el arte taurino” hasta ser un “crimen contra los derechos de los animales”. Así, tenemos que para cualquiera de los dos extremos existe una noción de realidad, pero al mismo tiempo existe también la certeza de todo aquello que no es la realidad, ya que al ser un arte no puede ser un crimen y viceversa.

Es esta, la crítica a la noción de realidad. Y es que no se trata de negar la existencia de las cosas o de los eventos, sino de comprender que su existencia esta mediada por nuestra experiencia, por la forma en la que nos aproximamos a ello, la realidad ha sido construida colectivamente a través de un proceso histórico.

Finalmente, se tiene que mencionar que durante la modernidad se le dio el poder al método científico de determinar qué es lo verdadero, reemplazando a otras instituciones como a la propia iglesia, pero haciéndolo en los mismos términos, es decir que se desarrolló un concepto de verdad que no podría ser cuestionado, por ser absoluto.

Lo que no se contempló al hacer una búsqueda de “la verdad” es que ésta es, histórica, que se establece culturalmente, al interior de las sociedades, de las prácticas y producciones humanas, y para alcanzar una noción de verdad universal se tendría que separar de todas estas fuentes, pero ¿Qué problema puede tener el conservarlos en la búsqueda de la verdad? si la verdad se somete al juicio de las circunstancias y las consideraciones particulares, entonces esta será relativa esto es, que lo verdadero no es del todo verdadero, que solo lo es para un grupo de personas en particular, en un tiempo determinado y bajo ciertas circunstancias. Estas argumentaciones terminan no sólo con las posibilidades del método científico, sino con una estructura de poder y dominación empleado desde nuestra disciplina y desde contextos más amplios.

Esta postura construccionista le plantea al psicólogo una enorme responsabilidad en la aproximación al tema de su preferencia, ya que su ejercicio tiene incluso implicaciones políticas como las ha tenido desde siempre. Como ejemplo se pueden mencionar las incontables campañas de “educación” en el terreno de la salud, para “ayudar” a los grupos más “desfavorecidos” culturalmente al intentar erradicar las prácticas establecidas por ser “supersticiosas” y carentes de verdad, ya que en esas campañas se emplearon discursos contruidos por los profesionales de la salud para tratar de imponer visiones de la realidad antes de comprender las características de los sistemas locales.

Todos estos argumentos concluyen con la afirmación de que los seres humanos, al ser seres sociales, estamos inmersos en un entramado simbólico que nos instituye como tales y que es el lenguaje, un medio muy importante por el cual podemos tener acceso a las construcciones que se generan de la realidad así como una posibilidad de realizar nuevas construcciones que permitan el establecimiento de escenarios distintos.

En relación al carácter político de la práctica construccionista, puede mencionarse como ejemplo, que las escuelas tradicionales detentan el poder de decidir de manera “científica” si una persona o grupo de ellas se encuentra o no dentro de una norma que se establece arbitrariamente. Tradicionalmente las escuelas psicológicas han funcionado entonces, como elementos de control social, generando así una importante opresión sobre los grupos menos favorecidos.

Al plantearse una realidad en la que el terapeuta abandona su posición de poder, no sólo se le regresa éste al usuario, sino que se construye un espacio en el cual las posibilidades de generar realidades alternas son mucho más amplias “Se supone que culturalmente, la comprensión de los problemas humanos está llena de prejuicios, malentendidos, y supersticiones, mientras que la del profesional es mucho más exacta y abarcativa. Para el construccionista, en cambio, una “comprensión más exacta y objetiva” deja de tener vigencia (Gergen, 1992)”.

No se trata entonces de deslindarse de una “responsabilidad profesional”, todo lo contrario, se trata de adquirir una conciencia y responsabilidad social en cada acto que realizamos en el espacio terapéutico, teniendo siempre la claridad de que nosotros no somos poseedores de “la realidad” y estando abiertos a conocerla todo el tiempo, “la perspectiva constructivista social implica la formación del significado individual, siempre está enclavada socialmente y no se la debería separar del contexto en que está inmersa (Neimeyer, 1996)”.

Todo esto se resume claramente en las afirmaciones del propio Gergen, al referirse al concepto de la multiplicidad versus individualidad, “Parece evidente que, como toda práctica construccionista, la multiplicidad tiene que tener una ubicación; tiene que ser utilizada dentro de un contexto apropiado, más aún

cuando se habla de *selves* múltiples, ya que muchas instituciones altamente respetadas funcionan bajo la premisa de un self único y singular (Gergen, 1992)".

2.2.-La narración

Desde el socioconstruccionismo, tanto los procesos sociales como los culturales contribuyen en la visión e interpretación del mundo, teniendo un papel fundamental la naturaleza cambiante e interactiva de la vida humana, motivo por el cual se generan múltiples realidades, así se visualiza al ser humano como "parte integral de muchos sistemas que los constituyen (Payne, 2000)", desde esta perspectiva el ser humano se convierte en un constructor de sistemas en los cuales se encuentra relacionado, y al mismo tiempo los sistemas lo construyen.

Para Aya (2010) estas perspectivas epistemológicas son la base, que nos permite pensar en las narrativas, así como en los mecanismos o procesos que las organizan, estando integradas por identidades, emociones, acciones, contenidos narrativos, escenarios de vida, conversaciones, etc. mismos que al combinarse interactúan en la emergencia de los relatos.

A diferencia de los modelos tradicionales, para el socioconstruccionismo el lenguaje, el uso del mismo y la interpretación que se le da son fundamentales en la aproximación al significado. Esto lo podemos identificar claramente al observar que tradicionalmente, "Lo que el enfermo diga, sus pensamientos, sus modelos culturales, su mundo moral, su realidad social de estigmatización, quedan relegados en beneficio de los datos de sus tests sanguíneos, de la formalización de sus síntomas en criterios diagnósticos DSM-IV o CIE-10, de las epistemes individualistas de la mayoría de paradigmas psicológicos (Correa, M.2006)".

Bruner (1990) coincide con la postura de Geertz respecto al papel de la biología y los recursos culturales en el desarrollo del pensamiento, señalando que al emplear este punto de vista, según el cual la actividad mental humana depende del vínculo con un conjunto de recursos culturales para su total expresión, se está en condiciones de estudiar la actividad mental considerando los instrumentos de ésta. Llegando a la conclusión de que los significados son creados y negociados dentro de la comunidad y no el resultado de un proceso mental, ya que si fuera así, la mente de cada individuo tendría sus propios núcleos de significación y la comunicación sería imposible, esta es la base y la justificación para el empleo de las narraciones como herramienta para aproximarse a la construcción de significados y desde la psicología, para la creación de nuevos discursos en los casos que sean necesarios, dándole al usuario la posibilidad de interactuar con su contexto a partir de realidades mucho más posibilitantes.

Parfraseando a Gadamer (1977) tendríamos que decir que, la realidad en la comunicación humana, se encuentra en la falta de imposición de un dialogo sobre otro, así como tampoco agrega la opinión de uno a la de otro a modo de suma, para el autor el verdadero dialogo transforma los primeros, generando un nuevo discurso, en el cual, los disensos desaparecen, se genera una nueva realidad, una interpretación común del mundo. Este es, un proceso constante en el que los individuos participan en la creación de certezas comunitarias.

Ahora bien, al destacar la importancia de las narraciones de los usuarios, se genera otro punto de ruptura con los procedimientos tradicionales en la psicología, esto llevó entonces a replantearse la importancia de las narraciones de los propios usuarios, en franca oposición a lo realizado hasta entonces

La mayoría de las prácticas terapéuticas del siglo XX han aislado al individuo para curarlo; y sus relaciones con los demás se deducen a través de lo que en privado dice de ellas. Así, su *self* independiente es la materia prima con la que construye sus relaciones, que son elementos secundarios o artificiales.

Si tomamos en cuenta lo antes dicho, las dinámicas de grupo y la terapia familiar ofrecen alternativas interesantes, aunque, nuevamente, muchas de estas terapias siguen viendo la relación como un derivado del proceso psicológico individual (Gergen, K.2001)".

Entendiendo los supuestos socioconstruccionistas así como la importancia de las narraciones, nada alejado del papel político que ejerce el terapeuta o la escuela psicológica, tenemos ante nosotros la responsabilidad de la generación de etiquetas en los espacios terapéuticos, y es que en la inmensa búsqueda de las nociones objetivas que nos permitan tener acceso a la realidad, el ser humano con su historia particular ha quedado en un segundo plano.

En palabras de Correa "el capitalismo supone la cosificación de las personas y la personificación de las cosas...otorgando la personificación a los psicofármacos, los modelos de psicoterapia, los programas y las propias nosologías (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor, etc.) que, a la vez que adquieren subjetivación en el imaginario de los saberes expertos y populares, ofrecen una ilusión explicativa omniabarcadora sobre los comportamientos, sentimientos y vivencias de los afectados (Correa 2006)", es decir, que lo dicho por el terapeuta adquiere una dimensión de realidad única, dejando al usuario y a su discurso, fuera de cualquier posible opinión sobre sí mismo, por lo que su realidad se empieza a explicar y a generar a partir de la etiqueta, esta es la "realidad" de la persona.

Para Correa, la formación profesional, las certezas que se generan desde las escuelas, las teorías y los modelos se convierten en una barrera, en una dificultad para que el diálogo entre usuarios y terapeutas se presente, y lejos de existir diálogo y generación de realidades alternas, se dan imposiciones arbitrarias por parte de los profesionales de la salud.

Tradicionalmente, lo dicho por el profesional de la salud no puede ser puesto en tela de juicio, ya que al ser algo respaldado por el método científico es real y el usuario tendrá que cargar y vivir con esa realidad, sin embargo, “La constante ante categorías como *psicosis, locura o trastorno mental severo* es que los presuntos cuerdos creamos un monólogo para escucharnos a nosotros mismos (Correa, M.2006)”, esto es, que sólo generamos una explicación de la realidad que nos sirve a nosotros, y que difícilmente se refiere al otro en realidad.

El modelo tradicional y el mismo contexto obligan al usuario a buscar una explicación de la realidad, cuando su marco de referencia no le es suficiente, tratando de darle sentido a *su realidad*, de encontrar una interpretación y un significado que le permita seguir adelante y es así como, acude a las instituciones socialmente establecidas para encontrar las respuestas que requiere. “Esa búsqueda puede ser religiosa, social o profesional, lo cual señala la trascendencia que puede tener para la vida de una familia el “diagnóstico” y la definición que de una dificultad en particular haga el neurólogo, el docente, el religioso, el terapeuta o el neuropsicólogo (Vargas, 2009)”.

La solución planteada desde el socioconstruccionismo nos lleva a considerar a la etnografía como una posibilidad de aproximación, ya que, “En este desafío, la mirada etnográfica ofrece un marco de relaciones dialógicas, pues aporta tanto una desnaturalización de las presunciones de los sistemas expertos y populares

como una posición liminal o intersticial, un “estar entre” como indica Gadamer para la posición de hermeneuta o intérprete, que posibilita la asimetría y el diálogo entre saberes (en Correa, 2006)“.

Pero el uso de la etnografía para el socioconstruccionista no es solamente el empleo de una técnica de recolección de datos, es antes que otra cosa, una posición epistemológica que posibilita las nuevas narrativas ofreciéndose así la posibilidad de un espacio para la recuperación de identidades perdidas o dañadas. El privilegiar una posición horizontal en el espacio terapéutico permite que las interpretaciones que le dan sentido a la realidad del usuario se generen simultáneamente entre el saber profesional y el saber popular.

Desde el socioconstruccionismo, esta posibilidad, es tan solo el primer paso para la generación de realidades alternas, se trata de llevar a la relativización de los significados, se trata de que lo dicho y lo que ello significa adquieran nuevas alternativas, que le permitan al usuario construir una realidad mucho más posibilitante, se trata de cuestionar toda noción que criminaliza, culpabiliza, o incluso “enferma”; la problemática mental intenta ser puesta en suspensión.

Es así como el espacio terapéutico, desde el socioconstruccionismo, es una alternativa a la realidad social, alternativa que permite la construcción de nuevas realidades, “es de alguna manera la “no sociedad”, pero no su contrario, sino un *stand by*, un freno al universo simbólico de los saberes expertos que se abre como una posibilidad para el resurgir de las consideraciones narrativas de los afectados (Correa, M.2006)“.

Esta posición, como ya se planteó anteriormente, no pretende liberar de responsabilidades al terapeuta al ubicarlo en una posición de inexperto, antes bien, el terapeuta socioconstruccionista tendrá que conocer ampliamente la

problemática desde el discurso del usuario, con la finalidad de emplear todo aquello del contexto inmediato que pueda servir dentro de la terapia “Bajo estos términos, no existe un solo *método construccionista social* de terapia (Gergen, K.2001)”.

Implica pues, el comprender ampliamente la realidad de la que el usuario está hablando, y comprender como podemos colaborar en la co-construcción de nuevos discursos. Como lo indica Hoffman “el cambio de un estilo jerárquico a un estilo colaborativo es radical. Equivale a un cuestionamiento franco de la estructura lineal que prevalece en el campo de la medicina que se conoce como salud mental; es una bofetada a los siglos de un proceder tradicional de occidente (en Gergen, K.2001)”.

La importancia que adquieren las narraciones de los usuarios tienen entonces múltiples dimensiones, ya que tradicionalmente el terapeuta poseedor del poder era el encargado de “curar” al usuario, de liberarlo de sus patologías, dificultades de adaptación, de sus relaciones disfuncionales, y en este momento se plantea la necesidad de regresar ese poder al usuario, se trata en un segundo punto de cuestionarnos sobre las implicaciones de todo aquello que nosotros como profesionales hemos dado por nombrar como problema, cuáles son sus alcances reales, cuáles son sus consecuencias, y principalmente, que las narraciones adquieren una mayor importancia al convertirse en el medio por el cual tenemos acceso a las realidades individuales y grupales, a un mundo de significados que son susceptibles de modificaciones que resulten mucho más posibilitantes.

Lo dicho al interior de un grupo en relación a cualquier evento, requiere ser escuchado para entender claramente las dimensiones del evento estresor, y poder así intervenir de una manera más efectiva, ya que si las explicaciones que se

generan no corresponden con la realidad del usuario se corre el riesgo de que este se genere nuevas dificultades, que las anteriores se amplíen o que nuestra intervención resulte inútil, “la ocurrencia frecuente de formas narrativas compartidas en los grupos hace que se tenga en cuenta su uso para entender el sí mismo y los asuntos vitales de los participantes del grupo (Neimeyer, 1996)”.

En el análisis del complejo salud-enfermedad, la visión socioconstruccionista en general, y el de la narrativa en particular, implicarían, que el profesional de la salud se ubique en una posición de igualdad con el usuario y que juntos construyan nociones que le permitan al usuario hacer frente a su realidad de una mejor manera.

Estas ideas se pueden ver reflejadas dentro de los modelos de medicina tradicional, ya que, podemos ver con claridad, que el chamán, el curandero, la partera, el homeópata, etc., se encuentran muy cercanos al usuario, a sus necesidades y principalmente, escuchan lo que tienen que decir sobre sus padecimientos.

Pareciera evidente entonces que, el psicólogo como profesional de la salud puede incidir en el desarrollo de nuevos modelos terapéuticos, en los cuales las narraciones de los usuarios ocupen un papel fundamental en el complejo salud-enfermedad-atención.

En palabras de Román, A., (2008) el psicólogo deberá incluir en su quehacer, elementos retrospectivos, que permitan comprender la ficción de la realidad; donde el discurso y la narrativa del otro, actúen como un puente hacia la

interpretación de su mundo interior, haciendo posible el encuentro con lo subyacente.

2.3.- Tratamiento

Cuando una persona, familia o grupo acude con algún profesional de la salud para que le ayude a darle sentido a su realidad, generalmente se encuentra con líneas establecidas anticipadamente para enfrentar esta situación, por ejemplo, si alguien acude con el psiquiatra para enfrentarse al diagnóstico de psicosis, esquizofrenia, etc., que fue asignado a algún familiar, éste será asignado a un espacio en el cual se ubican las personas que “comparten” rasgos generales, buscando hacer más fácil el manejo de su sintomatología, y como ya se mencionó en el punto anterior, dejando de lado lo dicho por el propio sujeto.

Esto concuerda con las nociones de Correa para quien, “Las ópticas neoliberales mercantilizan el sufrimiento, transformándolo en ratios de financiación día/cama/paciente. El modelo noekraepeliano o biologista, por su lado, centraliza su atención en la supuesta enfermedad más que en el enfermo. Se trata de paliar la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la depresión mayor y no tanto escuchar o comprender (en su sentido de *Verstehen*) la voz del afectado, esa voz subjetiva, narrativa y autobiográfica que es generalmente omitida en los informes clínicos y en las iniciativas medicalistas de reinserción y que generalmente remite a una historia de exclusión del mundo social (Correa, M.2006)”.

Esta realidad se reproduce infinitamente, y es más evidente en estos casos, pero ¿Qué sucede ante los diagnósticos entregados de manera rutinaria en los centros de salud?, ¿Qué papel juega el usuario al designársele la etiqueta de diabético,

hipertenso, de padecer cáncer, etc.?. Para Vargas (2009) la mayor dificultad consiste en que desde el rótulo, se cuentan historias que validan el sentido de la experiencia familiar y a la vez cierran la posibilidad de generar nuevas narrativas y posibilidades para el cambio del sistema.

Lo que podemos encontrar es que, ante la construcción del complejo salud-enfermedad-atención el usuario generalmente se convierte en una pieza pasiva de un engranaje enorme de creación de significados. Para Correa (2006), la enfermedad mental, deja de ser una realidad biográfica, familiar, social, política y económica para convertirse únicamente en un problema de ajuste del tratamiento psicofarmacológico.

La principal y más delicada dificultad de centrarse en la enfermedad y no en el usuario radica en la circularidad interpretativa, es decir, en la creación de mecanismos que se emplean de forma acrítica, irreflexiva y descontextualizada, dejando al usuario en un segundo plano, y al análisis individualizado de los casos como algo prácticamente inexistente.

Por ejemplo, si pensamos en el tratamiento que se le da a una persona diagnosticada con diabetes nos encontramos con procedimientos e indicaciones médicas que se le imponen al usuario, sin atender a las prácticas culturales y personales en el que puedan impactar de manera negativa, y más aún, ir en contra de principios fundamentales en la concepción de sí mismo, “La terapia tradicional se basa en el modelo médico, donde los problemas de los pacientes (clientes) se definen como patologías, dificultades de adaptación, relaciones disfuncionales y demás. Por lo tanto, la tarea del terapeuta radica en eliminar el problema. “curarlo” (Gergen, K.2001)”.

Esta lógica de tratamiento es con la que se busca romper a partir de la posmodernidad “Algunas veces, la manera en que las familias describen sus vidas los limitan para elaborar nuevas ideas o enfoques respecto de su situación vital. La importancia del trabajo terapéutico consiste en unirse a las familias en el desarrollo de una nueva historia de vida de éstos, que les ofrezca una visión algo diferente de su situación (Freeman, en Vargas, 2009)”.

Otro riesgo real es el de la permanencia indefinida de los papeles establecidos socialmente, haciendo creer al profesional, que su conocimiento es real y absoluto, dejando al paciente en un consiguiente papel de pasividad y dependencia. Ambos papeles, el del terapeuta y el del paciente deberían replantearse, generando papeles horizontales en los cuales el usuario sea responsable en mayor medida por su propia salud, y al mismo tiempo, retirarle al terapeuta la facultad de tomar decisiones por sobre los demás.

Para plantearse esta posibilidad, tendremos que reconocer la importancia de lo dicho por los usuarios “si se acepta que las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato, y que en la construcción de estos relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida, se deduce que estos relatos son constitutivos: modelan la vida y las relaciones (White, en Vargas, 2009)”.

Así, desde el socioconstruccionismo se plantea la terapia como un constante proceso de co-creación a través de la conversación buscando generar una nueva narración, de la cual el usuario haya sido el principal creador, sin imposiciones, ya que el terapeuta ocupara un papel de observador participante, así la familia o el usuario, pueden alcanzar una explicación de su realidad que les resulte más posibilitante ante cualquier evento estresor. Para Ramos (2001) “el ser humano

es, ante todo, un narrador. Todas las personas tienen una historia que contar; y si no la tienen, dejan de existir como personas. Son sus historias las que los hacen humanos, pero también las que los aprisionan haciéndolos extremadamente fieles a sus trágicos relatos, y es aquí donde entra la conversación terapéutica (en Vargas, 2009)".

Las terapias posmodernas se centran entonces en lo dicho por el usuario partiendo de la premisa de que, es por este medio por el cual los individuos construyen realidades y que estas se mantienen por medio de las interacciones sociales, "los significados surgen cuando adquirimos el lenguaje a través de las transacciones con los demás, en los diversos contextos sociales y se van modificando continuamente, para responder a cambios en el ambiente externo o a perturbaciones externas (Vargas, 2009)".

Es por este motivo que se requiere entender los sistemas de interpretación empleado por los usuarios para desarrollar y dotar de significado a su realidad, a su experiencia, a su mundo. "Esta posición es fundamental para uno de los supuestos de la teoría hermenéutica: que la creación dialogal de significado es un proceso permanente (Vargas, 2009)".

Se tiene que mencionar que, la postura que se plantea no emplea como único recurso interpretativo, al lenguaje como palabra hablada o escrita. "La tradición nos facilita este camino, dada la literatura tan amplia sobre semiótica, teoría literaria, retórica, y lingüística. Sin embargo, es reduccionista: reduce el discurso a simples afirmaciones habladas o escritas por un solo individuo. Además, borra el proceso relacional de donde surgen los significados, ya que las palabras no significan nada en sí mismas; sólo su fluir en el intercambio lingüístico permite discernir su origen, su riqueza o su pobreza de significado. Más aún, si

privilegiamos la palabra le robamos al discurso todo lo que es característico de la persona o de la situación y, con ello, empobrecemos su inteligibilidad. No sólo se habla con palabras, sino con expresiones faciales, gestos, postura del cuerpo, vestido, etc. Por lo tanto, es importante agregar esta dimensión. No hay que objetivizar ni la visión más amplia ni la más restringida del discurso, sino extender su alcance con cada nueva faceta semántica (Gergen, K.2001)”.

Como se puede ver, el socioconstruccionismo presenta varias finalidades tanto en el nivel de desarrollo de la disciplina como en la práctica terapéutica. En lo referente al desarrollo de la disciplina nos invita a replantearnos cuestiones tan elementales como el propio discurso empleado en la disciplina, ya que, podemos observar que en el complejo salud-enfermedad-atención, siguiendo la lógica de construcción de significados a partir del lenguaje, muchos padecimientos se crean a partir de lo dicho por los especialistas, esta es la principal razón de regresarle el poder y el papel de experto al usuario. Se busca ubicarlo en un rol activo, participativo. “no es cuestión de abandonar la terminología convencional con respecto al “problema” sino de abrir una pausa para considerar sus consecuencias.” (Gergen, K.2001)

Como se mencionó al inicio del capítulo, la postura posmoderna en general y el socioconstruccionismo en particular, tienen importantes implicaciones políticas, y esto queda claro justo en las críticas al papel del usuario de manera tradicional, no solo a nivel individual, sino pensando en él como miembro de un grupo que, al ser silenciado de manera cotidiana, por juzgar su conocimiento, sus narraciones, sus tradiciones, como algo incorrecto, equivocado, o carente de valor, estaremos imponiendo nociones culturales, que generalmente inmovilizan a “los otros”, esto en el mejor de los casos , ya que también pueden llegar a dañar de forma por demás seria la estructura racional del grupo. “Esto está íntimamente ligado con el compromiso moral del que se habló anteriormente, puesto que la definición del

problema está determinada por los valores tradicionales específicos, y al subestimar el relato sobre “el problema” se está cuestionando la tradición subyacente (Gergen, K.2001)”.

Tendríamos que preguntarnos entonces sobre el papel que ocupamos en procesos de colonización al descalificar el discurso, la visión de todo aquel que no comparta nuestra matriz cultural, pero al llevar esta crítica a niveles más complejos, resulta inevitable llegar al punto de cuestionarnos sobre la validez de los conocimientos que generamos y de los cuales somos portadores, representantes y defensores.

La crítica a la noción de realidad, desde la posmodernidad, impacta en las certezas disciplinarias que buscan sistematizar, y generalizarlo todo, incluso a los usuarios, sus problemáticas, sus realidades. “se ha convertido ya en una constante que es activada de forma acrítica y irreflexiva, como si las nosologías..... no estuviesen sujetas a la provisionalidad de todo conocimiento (Correa, M.2006)”.

Otra aportación importante es, sin duda, la crítica a la visión fragmentaria, de la cual a la psicología, siempre le interesó únicamente la correspondiente al sujeto, totalmente desarticulado de su realidad histórica, social, contextual, llegando incluso a apostar por el descubrimiento de las bases biológicas del comportamiento como el único medio fiable para comprender al sujeto, por lo que las aportaciones socioconstruccionistas encaminadas a la comprensión total de la persona a partir de su contexto y su historia, permiten la elaboración de análisis mucho más complejos. “al reconocer la dimensión social de la construcción del significado, la narrativa personal se ve como producto de un proceso constructivo autodirigido aunque comunalmente mediatizado (Gergen en Neimeyer, 1996)”.

A partir de este momento, el individuo, la sociedad, los discursos que en ella se generan, los significados de todo ello, serán los medios por los cuales se puede incidir de manera más compleja y clara en las realidades en constante construcción, “esta relación dinámica entre la expresión individual y el proceso mediado por el grupo significa que la unidad de análisis puede incluir todo lo siguiente: a) el individuo, b) el individuo en el proceso de grupo, y c) el grupo como una entidad de formación de significado colectiva (Neimeyer, 1996)”.

En la práctica terapéutica nos encontramos entonces con una gran tarea, al tener que desarrollar habilidades que nos permitan ubicarnos como terapeutas en una posición horizontal con relación a los usuarios, apoyados siempre de las propias historias, pero siempre buscando el llevarlas a la generación de nuevas historias. Weingarten (1998) explica: “a la terapeuta posmoderna que utiliza la narrativa no le interesa una conversación que intenta conocer las causas del problema; le interesa la que genera múltiples formas de ir hacia delante (en Gergen, K.2001)”.

Significa también que, a pesar de adoptar una postura de ignorancia con relación al tema al darle el poder al usuario, el terapeuta requerirá de una gran capacidad de investigación y comprensión, de los significados, no solo del individuo, sino de su contexto, y comprender claramente cómo es que impacta en la persona el discurso en juego, ya que como lo menciona Gergen (2001) la construcción de un individuo no se puede entender separada de los significados compartidos del grupo y de la cultura aparente del grupo que media intercambios narrativos.

En general, el socioconstruccionismo, nos permite hacer una mirada crítica a la psicología en general, y nos plantea un panorama de acción distinto. En lo referente al complejo salud-enfermedad-atención se han venido trabajando distintos temas, que como ya se dijo antes, buscan regresarle el poder al usuario,

pudiendo mencionar en este caso a manera de ejemplo el trabajo de Montes J. (2011) en relación a las narraciones de sobrevivientes de intento suicida, en el cual se destaca la importancia de las narraciones del usuario al ser negadas en los espacios terapéuticos.

Desde el socioconstruccionismo, el terapeuta se problematiza de forma distinta, impactando favorablemente en el complejo salud-enfermedad-atención, está mucho más consciente de las implicaciones de los significados designados al etiquetar a un usuario con alguna categoría que debe ser “vívida” de una manera específica.

En este sentido el psicólogo como profesional de la salud es mucho más responsable de su papel, pero aún queda algo pendiente, ¿Cómo participa el psicólogo en el complejo salud-enfermedad-atención cuando los padecimientos reportados no son del orden de lo psicológico?, ¿puede el psicólogo aportar elementos que le permitan a los usuarios de los servicios de salud el construir una realidad más adecuada, menos aflictiva? para darle respuesta a estas preguntas será necesario revisar el proceso de cambio en el discurso del modelo biomédico.

3: INFLUENCIA DEL MODELO MÉDICO EN PSICOLOGÍA

El desarrollo del modelo crítico en medicina, ha sido en gran medida, producto de la insistencia por parte de la antropología, en destacar la importancia de la cultura en la creación del complejo salud-enfermedad-atención. A continuación se muestra de manera general su proceso de desarrollo y como se ha relacionado la psicología con ello.

3.1 Desarrollo del modelo crítico

La necesidad de desarrollar un referente que permita entender el complejo salud-enfermedad-atención, ha sido recurrente en cualquier cultura a lo largo del tiempo e independiente de la localización geográfica, sin embargo la naturaleza de las explicaciones, en muchos de los casos ha ocasionado que se generen profundas discrepancias entre las distintas formas de interpretar los hechos biológicos y sociales.

Durante un prolongado tiempo, la medicina alópata o modelo biomédico, fueron consideradas, desde la visión occidental, como *El Modelo* a seguir, ya que era el único con un sustento, “científico” mismo que ayudaría a la población del mundo a librarse de los padecimientos de una manera efectiva. Sin embargo, este discurso ha sufrido modificaciones gracias a la aparición en la escena de la salud, del modelo antropológico, sin embargo, los cambios mencionados se generaron gradualmente, debido a algunos aspectos históricos que a continuación se describen brevemente.

La introducción del método etnográfico como categoría de análisis en los temas de salud, no es algo nuevo, ya que anteriormente, la medicina occidental se apoyaba de la antropología para realizar estudios que tenían como finalidad la incorporación de nuevas formas de tratamiento en comunidades tradicionales, o en todo caso la justificación de dichas acciones bajo el argumento de generar condiciones de igualdad para las comunidades más necesitadas. No obstante, este proceder fue puesto en tela de juicio, ya que la lectura que se le dio posteriormente fue la de emplear un discurso eurocentrista, es decir, basado en los discursos y visiones dominantes, y que en consecuencia sólo generaría daños en las estructuras de las comunidades tradicionales en tanto que los beneficios reales los obtenían las industrias farmacéuticas, políticos, médicos, etc.

La antropología entonces, tomó una posición política mucho más responsable y empezó a hacer análisis etnográfico de algunos temas que anteriormente no se tocaban, se empezó a hablar de tecnologías médicas, de ingeniería genética, de enfermedades como la hipertensión, diabetes, cáncer o sida, y en general cada vez con mayor fuerza se empezó a estudiar a la medicina occidental en términos mucho más equitativos en relación con los modelos de medicina tradicional, el proceso de este fenómeno resulta fundamental para el desarrollo de este trabajo, por lo que a continuación se presenta a mayor detalle.

Como se mencionó anteriormente, la evolución en el abordaje del complejo salud-enfermedad-atención, puede describirse en periodos históricos bien definidos, debido principalmente al discurso empleado en la descripción del problema. Hernáez, M.(2008) sugiere que este fenómeno se puede estudiar o entender en tres grandes momentos históricos el primero es el modelo clásico, el segundo es el modelo pragmático, y finalmente el llamado modelo crítico.

El autor menciona que durante el modelo clásico se presentaron dos importantes omisiones “El primero: la marginalidad de la enfermedad en los informes etnográficos y en la discusión teórica. El segundo: la ocultación e inclusión de los sistemas terapéuticos aborígenes en ámbitos temáticos que el investigador considera más propios del mundo nativo y del quehacer antropológico, como las *creencias*, la magia y la religión (Hernández, M. 2008)”.

En estas distinciones se pueden observar claramente, la tendencia a plantear la realidad a partir de absolutos universales, es decir, que en los estudios realizados durante este periodo, nociones como *desarrollo cultural*, pretendían mostrar el desarrollo humano como una constante, sin que para ello se considerara el factor de la cultura, por lo que la actividad humana, en este caso la salud, se podía etiquetar fácilmente de acuerdo al nivel de desarrollo alcanzado, pudiendo ubicarse en alguna parte de los extremos. ciencia-creencia, racional-primitivo.

La primera omisión es frecuente y se refiere al hecho de mencionar a la enfermedad como algo puramente anecdótico, carente de significado en la vida de las comunidades y de las personas. Los datos arrojados tendían a parecer más un censo, una muestra de número de casos, y no un análisis detallado de los significados alrededor del fenómeno.

Por otro lado “La ocultación de los procesos terapéuticos en los textos antropológicos está relacionada con otro despliegue epistemológico: la disolución de los sistemas médicos indígenas en otras instancias que se consideran omniabarcadoras de la mentalidad nativa como la magia, la brujería o la religión (Hernández, M. 2008)”. Esto es, que la tendencia dominante, occidental, a realizar análisis objetivos, que permitieran desmitificar la realidad, encontrarla en su forma más pura, independientemente del observador por medio de una metodología, de

un lenguaje científico, eran las que filtraban los análisis realizados “Desde esta perspectiva, la mentalidad indígena es observada como un sistema erróneo o imperfecto en cuanto a su adecuación a la realidad de los hechos (Hernández, M. 2008)”.

Se tendría que recordar que la tendencia en ese periodo se apegaba al modelo evolucionista y que las explicaciones dadas afirmaban que el desarrollo humano se sujetaba a leyes universales, la evolución de las culturas tenía como parámetro a las culturas occidentales (más específicamente a Francia, Alemania, Estados Unidos e Inglaterra) y las comunidades estudiadas se catalogaban en relación a su cercanía al mayor nivel de desarrollo cultural, juzgando a la mentalidad indígena como una aplicación errónea de la facultad humana de la razón.

La tendencia entonces en los textos se encamina a ubicar al indígena, a sus medios terapéuticos e ideológicos en un papel de inferioridad en relación a los modelos de los cuales el observador es representante, y en este momento histórico surgen categorías como “superstición” o “creencia”, con las que se les atribuye un sentido o significado peyorativo, es decir, que se juzga a los conocimientos locales como carentes de valor.

Un autor emblemático de ese periodo es Rivers, quien dedicó un trabajo al estudio de la salud-enfermedad (cosa rara en ese momento) distinguiendo tres sistemas sobre la etiología y tratamiento de las enfermedades: la mágica, la religiosa, y la naturalista, y aun cuando llegó a reportar la existencia de remedios y prácticas naturalistas en los sistemas indígenas siempre lo atribuyó a creencias mágicas y/o religiosas. “Estas creencias... son falsas y afectan a las concepciones etiológicas y terapéuticas de las enfermedades (Rivers, en Hernández, M. 2008)”.

La problemática entonces entre los conceptos de ciencia y creencia es la presencia o no de la llamada racionalidad, pero con la llegada de autores como Malinowski quien trata de encontrar y justificar pensamientos racionales en las poblaciones primitivas, se da inicio a un cambio de paradigma sin embargo, no lleva la pregunta a otros niveles, ya que no identifica lo creencial en el conocimiento científico. Esto debido a que lo científico es concebido como medida de las cosas, como un referente de su propio trabajo etnográfico. No obstante, parafraseando a Good (1994) algunos paradigmas científicos se pueden comprender como epistemologías fundamentalistas que se rigen por lógicas similares a los discursos religiosos, como es la idea de una *creencia única*.

Si bien en este periodo se cometieron errores u omisiones en los análisis desarrollados, se tiene que decir que inició un movimiento tendiente a entender la salud como un fenómeno social, pero tenemos que observar un segundo momento histórico, el llamado modelo pragmático.

Durante éste periodo se presentan múltiples hechos que contribuyen al desarrollo de la antropología médica, el primero se relaciona con nuestra disciplina, y es el surgimiento de la escuela de cultura y personalidad en donde se desarrolla o trabaja sobre la preocupación por la relación entre cultura e individuo, se busca la determinación cultural de la personalidad, el desarrollo de debates sobre la universalidad o particularidad de los criterios psicológicos y psiquiátricos de normalidad y anormalidad, entre algunos otros temas, sin embargo lo más destacado en este periodo es el trabajo que se realiza en apoyo a las grandes campañas internacionales de salud, tras su fracaso en los años 40's y 50's .

En este periodo, los antropólogos trabajaban para las agencias de salud, al acercarse a las comunidades para conocerlas, así como sus prácticas y conocimientos, y posteriormente informar cómo las *creencias* de los nativos podían interferir en el desarrollo de las campañas de salud, por ejemplo Aguirre, (1980) menciona que “problemas de avenamiento, agua potable, abrigo y habitación higiénicos, prevención y otros tantos que preocupan hondamente al epidemiólogo no son motivos de ansiedad para los indígenas que ignoran la causalidad natural de las enfermedades y, por tanto, no ven la necesidad de ofrecer trabajo y cooperación para resolver situaciones de malestar por métodos cuyos supuestos teóricos no alcanzan a comprender”. Ésa fue la atención que recibieron los métodos de salud tradicional, únicamente se buscaba realizar análisis para poder modificar en la medida de lo necesario los planes de acción en las campañas de salud para que estas fueran cubiertas con éxito.

Esta tendencia dio como resultado que durante casi dos décadas se presentara un trabajo totalmente metodológico, sin detenerse a reparar en lo teórico, esto fue así hasta la publicación de los trabajos de Fabrega (1972), para quien “los propósitos de la antropología médica pueden ser definidos como aquéllos que a)elucidan los factores, mecanismos y procesos que juegan un papel o influyen en la manera en que los individuos y grupos son afectados por y responden a la enfermedad y la aflicción (*disease e illness* en el original), y b)examinan estos problemas con un acento en los patrones de conducta. El énfasis principal debe darse a aquellos estudios que se desarrollen en contextos no occidentales y que tomen como base el concepto de cultura”.

A partir de ese momento la dicotomía de términos *disease e illness* será la regla en el análisis antropológico, refiriéndose el primero a la patología, hace referencia a disfunciones y desequilibrios biológicos empleados de manera regular por la

medicina occidental, en tanto que *illness* designa la dimensión cultural de la enfermedad aludiendo a términos sociales y psicológicos.

Finalmente el modelo crítico ha tendido a la deconstrucción de los límites entre ciencia y creencia, específicamente entre la biomedicina y la cultura. Como ya se dijo antes, Malinowski buscaba racionalidad en el pensamiento aborigen; en la actualidad se busca descubrir lo creencial en el espacio de la biomedicina.

Esta nueva actitud surge de la independencia entre la antropología y la biomedicina, dejando de servirle a ésta, para los fines de sus campañas, y empezando a problematizarse al complejo salud-enfermedad-atención, con miras más amplias, planteándose incluso al modelo biomédico como similar a los modelos tradicionales, tratando de encontrar cómo se construyen los objetos, cómo se crean representaciones e identidades culturales en torno al tema. Esto tiene por consecuencia la aparición de criterios de simetría entre los distintos modelos de medicina, dándoles otra visión a los modelos terapéuticos y favoreciendo el desarrollo de la teoría.

En este momento las instituciones de salud, se convierten en un foco de debate en temas como el poder y la dominación “Temas como la aflicción el cuerpo y la terapia se han constituido en un campo de investigación de las relaciones y desigualdades de género desde ópticas feministas (Hernández, M. 2008)”.

No se busca con este cambio de perspectiva la reducción en la práctica médica, pero si se pretende problematizar de una forma distinta los conceptos como enfermedad, experiencia, cultura, naturaleza, sentido común, racionalidad, poder, economía, etc., para Hernández, M. (2008) “la incorporación de lo científico y lo

biomédico al repertorio de la mirada antropológica puede entenderse como una respuesta culturalista y relativista que amortigua la ofensiva de las teorías biológicas en la exploración de terrenos como la subjetividad y la cultura como una duda introducida por la puerta trasera. Una duda que vendría a recordar que la biomedicina y a ciencia son también productos de la vida social y la imaginación cultural”.

En general, las preguntas que se hacen en este momento se pueden ver en casi todos los sectores de las disciplinas relacionadas a la salud, incluso el concepto de ciencia, entra en la mirada antropológica, con lo que se ha logrado equilibrar a los terrenos de la subjetividad y la cultura, desde este momento la ciencia, la tecnología, la biomedicina, son entendidas como productos culturales con un significado determinado, son construcciones tanto físicas como ideológicas y en consecuencia son susceptibles de análisis, como menciona Young (1991) “la cultura de la ciencia nos indica que ningún significado es inmune a su escrutinio”.

3.2 Crítica al modelo biomédico

A partir de las aportaciones hechas por la medicina crítica, tanto las instituciones occidentales referentes al complejo salud-enfermedad-atención, como los conocimientos y conceptos derivados de ella, entran en el discurso y análisis del antropólogo, esto nos permite realizar críticas al modelo biomédico, del cual nuestra disciplina forma parte, al tratar con aquellos fenómenos de los cuales la biomedicina no alcanza a dar cuenta, sin embargo, la participación de la psicología en la construcción del modelo biomédico ha sido hasta el momento, realmente pasiva.

Las ciencias médicas occidentales, a lo largo de su desarrollo han dado por establecer una línea de explicación en la cual la biología forma la base de una pirámide, las condiciones biológicas determinan las conductas individuales y los procesos psicológicos y posteriormente el individuo genera relaciones sociales y producciones culturales. Este modelo propuesto por la biomedicina contempla al factor biológico como el principal determinante, ya que tiene influencia directa sobre las otras dos áreas, sin embargo, también se sostiene que ni lo psicológico ni lo social pueden ejercer acción sobre lo biológico, sin embargo, nadie puede negar que en la actualidad, la biotecnología, como producto cultural está generando modificaciones en el orden de lo biológico, es decir que la cultura puede modificar a la naturaleza.

Tendríamos que preguntarnos cómo es que lo biológico determina lo social y lo psicológico, principalmente porque, si consideramos la dialéctica generada de lo individual a lo social y viceversa, resulta difícil entender cómo la biomedicina pretende librarse de la influencia de las construcciones generadas culturalmente, es decir, ¿cuánto podría progresar la biomedicina sin los logros culturales que se han generado de manera exponencial?, ¿Qué es natural y que es cultural en los avances médicos?.

En la Grecia clásica, a diferencia de la interpretación mágica o religiosa, las enseñanzas hipocráticas dieron lugar a otras elucidaciones que implicaban que tanto la salud como la enfermedad estaban regidas por leyes naturales, esta visión de la realidad se mantuvo sin cambios durante casi veinticinco siglos. Para las décadas centrales del siglo XIX se hace presente el positivismo, con innumerables investigadores médicos. Es importante destacar que la psicología parte de este modelo y que muchos de los procedimientos se emplean hasta la actualidad.

Para la biomedicina, las enfermedades se entienden como anomalías biológicas o psicobiológicas, mismas que afectan las funciones o estructuras del cuerpo, se pueden conocer y tratar a partir de atender signos y síntomas, éstos son, de acuerdo a las nociones biomédicas, las evidencias objetivas de la enfermedad como pueden ser abultamientos, dolores, tos, etc.

Esto lleva a los defensores de este modelo a crear procedimientos estandarizados que establecen generalidades en el tratamiento, es decir, se generan clasificaciones nosológicas, mismas que tenderán a alejarse cada vez más del usuario como persona individual, se busca entender las características generales de padecimientos, lesiones, trastornos, etc. la constitución del modelo biomédico se puede entender a partir de tres paradigmas básicos: 1) el método anatomoclínico; 2) el paradigma bacteriológico y 3) la medicina molecular.

El primero se refiere al proceso inicial de fragmentación del sujeto, entendiéndolo como el cambio de discurso de un “¿Qué tiene usted?” a un “¿Dónde le duele?” Es decir, se empieza a alejar el discurso del usuario tratando de encontrar las causas orgánicas de los padecimientos, los padecimientos se atribuyen a lesiones o alteraciones estructurales, que se pueden descubrir a partir de la indagación. De esta herencia surgen medios de análisis como las radiografías, las tomografías, las muestras de sangre y orina.

El segundo momento trata sobre la consolidación de las teorías bacteriológicas, desde las que se afirma que la causa de las enfermedades es la acción de algún microorganismo que genera un mal funcionamiento en el cuerpo humano, para estas teorías la única forma de entender las enfermedades infecciosas y sus medios de contagio, será en el espacio de los laboratorios.

Finalmente la denominada biología molecular, tiene que ver con la aplicación de la biología en la investigación médica así como en la práctica terapéutica, aquí ya no se trata de identificar lesiones u organismos invasores, sino de modificar la información genética para desarrollar nuevos organismos, más resistentes.

Todo esto en conjunto ha sido entendido como determinismo biológico, es decir, que la explicación dada a partir del modelo biomédico, afirma que el complejo salud-enfermedad-atención tiene su sustento en la comprensión y adecuada manipulación de lo biológico, dejando relegado a lo psicológico y lo social.

La respuesta más estructurada al modelo determinista biológico, es el determinismo social para el cual “Frente a la presunción de una biología determinante, este tipo de culturalismo ha esbozado la idea de un medio cultural que, mientras constituye una realidad con sus propias leyes y autonomía, impone su influencia mediante formas de praxis (conductas, hábitos, relaciones sociales, producción técnica, etc.) a la conducta humana (Hernández, A. 2008)”.

Boas es uno de los representantes de esta escuela, quien tiene un interés constante por marcar los límites entre lo biológico y lo cultural. Sus trabajos se centraron en desmitificar las afirmaciones de que existían diferencias culturales importantes a partir de tipos raciales, para el autor, “cometemos un gran error cuando nos permitimos a nosotros mismos elaborar esta inferencia. En primer lugar, sería necesario probar que la correlación entre forma corporal y comportamiento es absoluta, que es válida no sólo para el grupo estudiado, sino para la población general del susodicho tipo e, inversamente, que el mismo comportamiento no se produce en otras tipologías. En segundo lugar, se debería demostrar que existe una relación interna entre los dos fenómenos (Boas, en Hernández, M. 2008)”.

Boas deconstruye los criterios determinantes del Coeficiente Intelectual (CI) empleando la metodología etnográfica, y concluye que es imposible desarrollar una prueba de medición en este sentido, que esté libre de sesgos culturales, que es imposible un conocimiento psicológico universal en este sentido, menciona con toda claridad que los test de inteligencia sólo son válidos en la cultura occidental.

Con estas afirmaciones, no sólo le arrebató las aptitudes psicológicas a la biología, sino que además consigue “un espacio abierto en donde la cultura, ahora libre de las determinaciones biológicas, se convierte en núcleo explicativo tanto de ella misma como de las conductas humanas individuales (Hernández, M. 2008)”.

Así se empieza a cuestionar la generalización de las psicopatologías, y en consecuencia nociones como la de normalidad y anormalidad, ya que, todas estas categorías cobran sentido sólo en relación a su contexto “la cultura, entendida como configuración, es el terreno en donde la conducta asume su condición y su significación como normal o patológica (Hernández, M. 2008)”.

Con esto no se trata de desentenderse de la presencia de algunos trastornos de carácter orgánico, pero es un hecho que, la forma en la que se definan éstos, determinará el curso, el tratamiento o falta de este.

Es así como, la antropología ha servido como un referente importante para hacer un contra peso a la actitud convencional de las ciencias de la salud occidentales, tendientes siempre a la fragmentación microscópica, ya que nos ofrece un panorama mucho más amplio y en consecuencia una percepción distinta a la acostumbrada; “desde una perspectiva antropológica, la enfermedad, la salud, la

aflicción y la muerte se entienden como fenómenos dependientes de la cultura y de la vida social (Hernández, M. 2008)”.

Podemos mencionar como importantes aportaciones desde la antropología, algunos conceptos que pueden ser empleados desde la psicología para problematizarnos nuestro papel en la dinámica terapéutica.

Tenemos por ejemplo la *construcción social de la enfermedad* atribuida generalmente a las creencias, costumbres y posiciones tomadas como poco científicas pero que poseen un impresionante peso simbólico, es decir, de gran valor significativo, así, podríamos entender cómo, la persona que reporta padecer constantemente de “subírsele el muerto” puede somatizar y reportar un importante daño a su salud física y emocional, por algo que le resulta muy real y que socialmente encuentra cabida dentro de su grupo, podríamos entender también como la intersexualidad, tan callada en occidente, pueda ser incluso bien recibida en tribus tradicionales, por ser una muestra de divinidad, y definitivamente, tendríamos que problematizarnos sobre nuestro papel en estas cuestiones, ya que, al entender la importancia de las construcciones sociales, resulta necesario entender el papel del terapeuta como colaborador y no como único experto en la elaboración de dichas construcciones.

Podemos afirmar en general que, la sociedad y la cultura afectan por lo menos de tres formas diferentes al desarrollo de la enfermedad, teniendo en primer lugar a la denominada *construcción social de la enfermedad* en la cual podemos mencionar casos como el “mal de ojo tan presente en la sociedad mexicana y del cual la biomedicina no puede decir nada, en ese sentido podemos mencionar también que en algunos grupos hindúes, la hidrocefalia es contemplada como una señal

divina, al tener rasgos físicos, que los asemejan con una deidad, por lo que las medidas de rehabilitación, o desarrollo de habilidades, no figuran en este caso.

En segundo lugar tenemos a la mediación, de prácticas y hábitos, podemos enunciar por ejemplo, la constante exposición de los especialistas en microorganismos a virus o bacterias.

Y finalmente tenemos a los factores sociales y culturales que posibilitan o incrementan la posibilidad de que se presente o se desarrolle un padecimiento, estos factores pueden ser por ejemplo, los escasos medios económicos para llevar una dieta adecuada, lejanía física de vivienda y lugares de atención médica, etc.

Es conveniente mencionar el desarrollo del concepto *nocebo*, que se refiere al efecto contrario al ya conocido efecto *placebo*, en el que se reportan mejorías físicas, ante la inducción por la presencia de un supuesto medio farmacológico.

Su opuesto tendría que ser tema de discusión importante en las ciencias de la salud, en general, pero muy particularmente en la psicología ya que se ha demostrado el impacto negativo de los usuarios de servicios especializados de salud ante un diagnóstico, aun cuando este sea erróneo, pudiendo mencionar el decaimiento general de supuestos hipertensos, o de estigmas sociales, académicos y familiares ante falsos diagnósticos de TDA.

Como se mencionó anteriormente, el psicólogo puede incidir de manera importante en el complejo salud-enfermedad-atención, principalmente en lo referente a la creación y puesta en práctica de significados atribuidos a un diagnóstico, ya que la sugestión y el etiquetamiento parecen desempeñar el papel

de detonantes de una gran cantidad de síntomas, pudiendo ser en ocasiones, fatales.

La forma en la que el usuario de los servicios especializados se perciba a sí mismo, en relación a un padecimiento o disfunción determinará de forma definitiva la efectividad del tratamiento, esto es, que la historia que el usuario se cuente a sí mismo, tendrá un papel fundamental en el complejo salud-enfermedad-atención, pudiendo ser de éxito si el tratamiento coincide con las construcciones del usuario, o bien de fracaso y constante búsqueda, al no sentirse escuchado, comprendido y atendido en relación a su padecimiento.

3.3 Las teorías culturales de la enfermedad

La transición en el modelo biomédico, como lo hemos podido observar, ha sido paulatino, aunque con cambios importantes en la percepción de sí mismo en relación a otras formas de tratamiento, sin embargo este cambio continua en proceso, no sin encontrarse con fuerzas opositoras, encabezadas principalmente por grandes intereses económicos y políticos, sin embargo, es un hecho que, a pesar de que durante muchos años se ha pretendido, generalizar y establecer a la biomedicina como el único medio capaz de dar respuestas válidas a los problemas de salud, esto no se ha logrado, debido en gran medida a que los intereses que representa, no son compartidos por un amplio sector de la población que de manera paralela se aproxima a propuestas más afines a las construcciones que el posee.

Este fenómeno entre muchas otras cosas nos permite ver que la construcción de significados no es algo homogéneo, sino más bien, heterogéneo, profundamente relacionado con elementos culturales, mismos que deberán ser tomados en cuenta a pesar de la negativa de los modelos científicos.

Como se pudo ver anteriormente, este hecho no es desconocido por la biomedicina, incluso se reconoció desde varias décadas atrás la importancia de la cultura, pero ese reconocimiento se planteó principalmente como un obstáculo, por lo que, se intentó eliminar los factores culturales a partir de las aportaciones antropológicas, tratando de incidir en las construcciones sociales, buscando establecer de manera definitiva al modelo biomédico, desplazando a los métodos tradicionales.

En la actualidad, un sector de la medicina se ha problematizado su existencia en términos antropológicos, mostrándose una tendencia hacia orientaciones más interpretativas, de carácter hermenéutico, semiótico y narrativo, debido principalmente a la ratificación de la cultura como un conjunto de significados que se construyen y se anclan tanto en lo grupal como en lo individual, y la enfermedad se considera como un fenómeno que también es cultural y no puramente biológico, se entiende a la biomedicina como “ institución social, aparato ideológico-cultural y organizativo históricamente determinado (Seppilli, en Perdiguero, E. 2000)”.

El empleo de orientaciones interpretativas ha permitido que el interés de algunos investigadores ya no se centre en la causalidad, sino en la comprensión de la enfermedad como símbolo o texto que es interpretable en términos de un contexto, para Hernáez (2008) “Las perspectivas interpretativas de la enfermedad se insertan precisamente en ese territorio desasistido por la biomedicina de

discursos y expresiones de aflicción, esa voz del enfermo tantas veces negada y omitida en las historias clínicas y en los informes biomédicos”.

Es de mencionarse que, en la actualidad las terapias llamadas “alternativas” se han abierto paso en los espacios e ideología urbanos, con lo que se puede constatar que, los modelos explicativos occidentales están siendo rebasados por las expectativas, o dicho de otra manera, no comparten las construcciones de diversos grupos, por lo que se puede plantear incluso una realidad terapéutica totalmente opuesta a la del modelo biomédico, en el que las representaciones y los valores simbólicos así como las emociones a las que se enfrentan los usuarios que acuden por algún padecimiento en específico, se consideren con el mismo nivel de importancia que los procesos biológicos. Seppilli menciona que “se está produciendo la revalorización de la importancia de los estados emotivos y de las vivencias psíquicas, producto de las relaciones interindividuales y de los estilos de vida como factores patógenos o, viceversa, como factores de defensa orgánica o de auténtica terapia (En, Perdiguero, 2000)”.

Es así como en estos modelos se busca hacer frente a diversos padecimientos, a partir de escuchar al usuario, entender sus inquietudes, necesidades, ambiciones, deseos y preocupaciones, en fin, hacerlo participe en el proceso de sanación.

La propuesta entonces tiene su principal diferencia en el objeto de estudio, ya que para la biomedicina, la prioridad es la indagación y tratamiento de la enfermedad y no así del enfermo, en este primer caso el usuario de los servicios médicos queda en un segundo plano, en una actitud pasiva, es receptor de los discursos que los especialistas detentan. Para la medicina crítica, lo importante es el usuario y sus representaciones culturales. “pensar la enfermedad como símbolo, un texto o una narrativa de aflicción significa así, recuperar sentidos considerados erróneos

desde la perspectiva biomédica, como son los propios saberes populares (Hernández, M.2008)”.

Se trata pues, de entender la enfermedad no como algo microscópico, analizado en sus partes aisladas, sino como un todo complejo en el que el padecimiento, el sujeto, su comunidad, los significados creados, lo dicho y lo no dicho deberán ser tomados en cuenta “La idea es que una enfermedad no es sólo un conjunto de signos y disfunciones biológicas predefinidos, sino:...más bien un síndrome de experiencias típicas, un conjunto de palabras, experiencias y sentimientos que se entienden como un conglomerado para los miembros de una sociedad. Tal síndrome no es meramente un reflejo de la relación de los síntomas con una realidad natural, sino un conjunto de experiencias asociadas entre sí a partir de una red de significación y de interacción social (Good, 1977)”.

El enfoque interpretativo entonces busca indagar en las construcciones de significados, a diferencia del modelo biomédico, que entiende los padecimientos a partir del estudio de lesiones y microorganismos, bajo procedimientos científicos, clínicos, estandarizados. La atención a las interpretaciones sobre los síntomas, equivale a tratarlos como textos intentando una comprensión del sentido del padecimiento.

Para Kleinman (1980) el análisis propuesto puede realizarse a partir de modelos explicativos, entendidos como nociones acerca de un episodio de enfermedad, así como su posible terapéutica, el autor define como un componente fundamental a la interacción de los modelos explicativos de los pacientes y los de los profesionales durante el proceso terapéutico, ya que los modelos explicativos de los profesionales explicaran las formas de entender y tratar el padecimiento, en tanto que los modelos explicativos de los usuarios, así como de sus familias,

expresan el sentido que le otorgan al padecimiento y en consecuencia, cómo valoran y escogen el tratamiento que les resulte más conveniente. “Kleinman nos dice que hay una construcción y modelación cultural que permite reconocer determinados estados como enfermedad y otros como normalidad. El problema es que no siempre coincide la contribución biomédica de la enfermedad (*disease*) con la elaboración popular de la misma (*illnes*) (en Hernández, M.2008)”.

La falta de reconocimiento de estos hechos genera una falta de entendimiento entre discursos, ya que existirán ocasiones en las que los usuarios no se sientan identificados con una etiqueta de enfermo impuesta por los especialistas y también existirán ocasiones en las que el usuario reporte padecimientos que, ante la mirada del profesional resulten inexistentes y en consecuencia no podrán ser tratadas, es en este sentido en el que resulta más evidente el estar concientes de los factores culturales de la enfermedad y dejar de abordarlos como algo puramente biológico. “Las enfermedades y sus síntomas, al igual que la vida cotidiana, son construcciones de significado que se articulan en un contexto cultural. El análisis de los modelos explicativos constituye un instrumento clave para dar cuenta de las diferentes versiones de la enfermedad que se establecen en los universos profesionales y populares, de sus diversas significaciones y resignificaciones (Hernández, M.2008)”.

Todas estas aportaciones no tienen como finalidad única, la diversidad cultural, sino que, tendrían que mover de manera importante, la formación de los profesionales de la salud, ya que, si bien se han generado cambios en la ubicación de la biomedicina en relación a los modelos tradicionales, estos cambios apenas empiezan a mostrarse, y aún existe una actitud de resistencia al cambio, principalmente por parte de los profesionales de la salud con formación occidental (médicos, psiquiatras, psicólogos, etc.), quienes por formación están acostumbrados a tener la última palabra en relación a los padecimientos, se les paga por eso, y plantearse una realidad alterna resulta muy complicado.

De esta manera, tendríamos que preguntarnos sobre las construcciones sociales que se elaboran a partir de los espacios terapéuticos institucionales, tales como los hospitales, sanatorios, clínicas de rehabilitación, asociaciones civiles e incluso el consultorio del psicólogo, cada uno de los usuarios que acuden a ellos, ya que, como lo comenta Seppilli existe una profunda implicación psíquica del paciente que parece desempeñar un papel esencial en el proceso terapéutico (en Perdiguero, 2000).

Si entendemos que la psicología es una disciplina nacida del modelo médico occidental, que ha mantenido un proceder idéntico al del profesional médico, detentando un poder que lo mantiene alejado de los usuarios, tendríamos que plantearnos cambios urgentes al interior de nuestra disciplina.

De manera adicional, si seguimos la lógica del tratamiento médico con carácter semiótico, hermenéutico, deberíamos estar mucho más involucrados en el terreno del complejo salud-enfermedad-atención, de lo que tradicionalmente se nos ha delegado, ya que las construcciones personales y sociales estarían consideradas en la totalidad de los padecimientos.

En las páginas anteriores se han expuesto algunas de las herramientas con las que la antropología pudo realizar aportaciones importantes en el terreno de la salud en general y en el de la medicina en particular, también se plantean elementos propios de la psicología, más específicamente del socioconstruccionismo, que comulgan con la ideología posmoderna de la antropología, y finalmente, se presenta un esbozo de lo sucedido en el terreno de la medicina crítica buscando cuestionar el papel de la psicología en el cambio de actitud hacia los usuarios de los servicios de salud.

A continuación se marca la necesidad de la práctica de la psicología en el desarrollo de nuevos modelos terapéuticos, en los cuales el papel del psicólogo sea mucho más activo en cuanto al desarrollo de los planes sanitarios, pero al mismo tiempo, más abierto a la escucha de las necesidades, del discurso del usuario.

En la medida en que los profesionales de la salud entiendan la importancia de los factores culturales de la enfermedad, se podrán generar servicios de salud en los cuales, dichos factores sean un eje transversal, impactando directamente en la población a la que durante mucho tiempo se la ha negado la palabra.

CONCLUSIONES

Las aportaciones de la antropología en el terreno de la medicina son, en este momento más que evidentes, por ejemplo, el desarrollo de la medicina crítica ha permitido cuestionar conocimientos, procedimientos y el papel desempeñado tanto por los terapeutas como por los usuarios de los servicios sanitarios en la cultura occidental en general y en la biomedicina en particular.

Esto ha impactado entre otras cosas, en el desarrollo de legislaciones a nivel internacional en las cuales se busca establecer una importancia equitativa en los modelos tradicionales en relación a la medicina occidental, destacando la declaración emitida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2007 sobre los derechos de los pueblos indígenas, dedicándole el artículo 24 al tema de la medicina tradicional.

Sin embargo, estas modificaciones son aún parciales ya que, la psicología no ha participado de manera importante de ellas. Tendríamos que recordar que la psicología proviene del modelo médico occidental y que dentro de este paradigma, la fragmentación de conocimientos y del propio cuerpo tiene sentido, hecho que contrasta con los modelos tradicionales en donde el ser humano se entiende como un todo integrado entre lo biológico, lo psicológico y lo social.

La antropología ha introducido de lleno el factor cultural en la discusión, pero la psicología se a mantenido al margen, como si no existieran elementos para hablar de factores personales, de la forma en la que el individuo construye la salud o la enfermedad a partir de significados personales, como si no existiera evidencia de

que en la medida en que la persona se sienta identificada con el tratamiento éste será exitoso o no.

Un tratamiento tradicional, requiere ser entendido en forma integral. Solo así se avanzará en el intento por establecer un trato equitativo entre los distintos modelos de atención, pero aún más importante, sólo así podremos replantearnos nuestro papel como terapeutas en un nuevo escenario, en el cual el psicólogo, no sólo incida en los terrenos de lo afectivo, y comportamental, sino también de lo corporal y de la construcción de significados individuales y grupales de lo que es estar sano o enfermo.

Las áreas en las que parece más evidente el atraso o desinterés por parte de la psicología son en general dos: el primero se refiere a la construcción personal en el complejo salud-enfermedad-atención, así como al papel que cumple el terapeuta (médico, enfermero, psicólogo, etc.) en la construcción de dicho complejo en el proceso terapéutico, el segundo se refiere a un papel activo en las aportaciones internacionales y nacionales, en la creación de legislaciones que permitan alcanzar la equidad prometida.

Con relación al primero de los puntos existen dos términos que pueden ser rescatados a manera de ejemplo, aunque no cubren la totalidad del tema, estos son el efecto *placebo* así como el efecto *nocebo*. Pensemos en el efecto *nocebo* visualizándolo como el proceso de construcción de un padecimiento, los escenarios son muy amplios, pero se puede plantear por ejemplo, a un paciente con una historia familiar en la que varios de los miembros han padecido diabetes, y que algunos de ellos, hayan sufrido de amputaciones, o problemas en la visión de manera importante. Las formas en las que esta persona signifique la enfermedad serán muy distintas a las que pueda tener una persona que no ha

tenido contacto cercano con el padecimiento, por lo que, si éstas dos personas se enfrentan a un diagnóstico de incremento importante en sus niveles de azúcar, la forma en la que vivan ese dictamen serán muy diferentes entre sí.

Las posibilidades son enormes, ya que ambas pueden responder con ansiedad, preocupación, fatalismo, etc. o bien, alguno de estos personajes pueden reaccionar con calma y tomando medidas en su alimentación y estilos de vida en general, mientras que el otro podría manifestarse resistente al diagnóstico, negándolo incluso, y continuando con hábitos riesgosos para su salud.

Este hecho se puede presentar de igual manera en el espacio del psicólogo, pensando en un terapeuta que sin mayor problema *etiqueta* a un niño con TDA, y que no se plantea una realidad más amplia, en la cual los miembros de la familia quizá tengan una concepción cultural de lo que significa padecer TDA.

En una sociedad en la que padecer TDA signifique realmente algo problemático, indeseable, es probable que la familia viva el diagnóstico como algo funesto, como una tragedia y que la dinámica se modifique a partir de dicho diagnóstico, ya sea con posible hostilidad hacia la persona así definida, o bien con excesiva protección, con descuido a otros miembros, en fin, parece que en los espacios terapéuticos se tendría que ser muy conciente de cómo se construyen los padecimientos de manera cultural, en primer lugar y posteriormente, contribuir en la construcción de conceptos que le permitan al individuo y a su grupo, enfrentarse a la realidad de una mejor manera, mucho más saludable, de acuerdo a sus propios conceptos.

De igual manera, abordamos el efecto *placebo*, como otra muestra de que los padecimientos y el proceso de curación están mediados por construcciones, expectativas, creencias que se elaboran de manera comunitaria y que se introyectan y actúan de manera muy particular.

Existen amplias investigaciones a partir de la biomedicina en las que se muestra cómo de manera recurrente, se presentan casos en los que se administra alguna sustancia supuestamente terapéutica, que en realidad no posee ninguna característica curativa (por lo menos no desde este discurso) y que sin embargo, surten efecto, es decir, *curan* a las personas a las que se les administró.

Esto ha sido definido como un fenómeno sustentado en comportamientos históricos, como sugestión, u otros calificativos que, buscan comprender el fenómeno, pero que lo hacen desacreditando al sujeto.

Es en este punto, donde el socioconstruccionismo podría realizar importantes aportaciones ya que, si se sigue la premisa de regresarle el poder al usuario a partir de su discurso, se le podrá dar una visión novedosa a estos fenómenos.

¿Pero qué puede aportar de novedoso?, la respuesta es simple, al regresarle el poder del discurso al usuario en cualquier espacio terapéutico, se podrá entender de mejor forma cómo significa el proceso salud-enfermedad-atención y en consecuencia, se podrán diseñar modelos terapéuticos más afines a las construcciones personales, mucho más efectivos, que concuerden con sus construcciones, que sanen mucho más de lo que enferman.

Si en los espacios terapéuticos se tomaran en cuenta fenómenos como el efecto *placebo* y *nocebo*, se dejaría de etiquetar de manera indiscriminada para dar paso a elaborar o construir de manera conjunta, conceptos en torno a la propia salud que les permitieran a los usuarios salir adelante en este proceso.

De igual forma se podría dejar de devaluar el conocimiento “no profesional”, el conocimiento “popular”, y emplearlo en el proceso de curación. Uno de los principales ejemplos en relación a este tema es la certificación que se realiza actualmente de la herbolaria tradicional, en la que se está descartando a una gran variedad de plantas, por carecer de un efecto terapéutico comprobado. Si se considerase que, la forma en la que se significan estas plantas posee en si mismo un efecto terapéutico, tal vez se podrían integrar muchas más plantas, y emplearse como un elemento más a favor de la curación.

En general, parece evidente que la primera aportación que puede realizar la psicología para la creación de nuevos modelos terapéuticos es, la revalorización de las narraciones de los usuarios, así como, la concientización del enorme peso que tienen los discursos “especializados”, ya que, en los centros de salud de corte occidental, no se considera el efecto que tiene lo dicho o lo no dicho por el especialista, de quien se espera un diagnóstico.

Actualmente en los centros de salud se puede escuchar de manera reiterada, la queja de falta de interés por la persona, afirmaciones como “ni siquiera me vio”, “no me explicó que es lo que tengo”, “no se para qué sirve lo que me dio” son por demás comunes, y son parte de un vacío en este modelo de atención, ese vacío es justamente el que ha dejado la separación de lo orgánico y lo psicológico.

Los usuarios de los servicios de salud en general, están esperando que el terapeuta, el especialista, les ayude a enfrentarse a una realidad que resulta estresante, pero se encuentran con un modelo al cual le importan las enfermedades, no los enfermos. La necesidad es entonces escuchar a los usuarios de los modelos médicos, entender sus aflicciones, entender cómo se construyen sus concepciones de enfermedad o de salud.

Parece que para ser realmente fieles a las nociones de equidad intercultural, se tendría que aprender bastante de los modelos tradicionales, en los que el usuario y el terapeuta, construyen una realidad.

Ahora bien, existe otro punto, como ya se mencionó anteriormente, y ése es el de la aportación directa en la elaboración de legislaciones tanto a nivel internacional, como local.

Como abordó a lo largo de este trabajo, la antropología contribuyó enormemente en el desarrollo de lo que hoy se llama medicina crítica o medicina social, y esto se ha visto reflejado entre otras cosas, en la elaboración de leyes que intentan proteger a los factores culturales, como algo valioso y digno de ser considerado en la elaboración de planes sanitarios, pero la forma en la que se redactan estas leyes hace pensar en la cultura como algo fijo, estático, generalizado, aunque con muchas caras.

Pareciera que todas las personas que nacen en una comunidad en Oaxaca, por citar un ejemplo, necesariamente van a tener el mismo concepto de salud y que el tratamiento de enfermedades puede ser igualmente generalizable, o si en las

grandes ciudades las personas se acercaran de manera homogénea a los servicios alópatas.

Para decirlo más claro, pareciera que la cultura es algo que determina de manera idéntica a cada uno de los miembros que se encuentran en ella, y que al considerar el factor orgánico y cultural en la elaboración de planes sanitarios se conseguirá de manera inequívoca el éxito en los tratamientos, cuando en realidad, hace falta agregar el elemento individual.

Para entender más ampliamente este hecho, se puede iniciar hablando del sentido común, como categoría de análisis. Si lo entendemos como la construcción de realidades en torno a un elemento, hecho, evento, etc., y además decimos que la construcción se puede realizar de manera explícita o implícita se podrán observar y analizar múltiples situaciones.

La forma en la que una persona de un grupo cultural en particular se enfrenta a una situación y la resuelve estará mediada por las construcciones de sentido común al interior de su grupo, por ejemplo, las autolesiones se entenderán de manera diferenciada dependiendo del grupo cultural, encontrando reacciones de desprecio o valoraciones negativas para ésta práctica en la cultura occidental, específicamente en las grandes ciudades, a diferencia de las prácticas religiosas en períodos de semana santa en lugares como Filipinas, en donde se ve a las autolesiones como un sacrificio en busca de un fin espiritual mayor.

Lo que para algunos puede parecer horroroso, para otros es una vía de comunicación espiritual, y tiene sentido entonces realizar actos que a otros ojos pueden parecer poco justificables, pero no es necesario llegar a ejemplos tan

polémicos, si se piensa en prácticas de sentido común en el complejo salud-enfermedad-atención se pueden plantear muchas ideas interesantes, siendo tal vez una de las más importantes la que se refiere a la equidad entre las prácticas tradicionales y la práctica biomédica, ya que ambas encajan con una explicación de la realidad, se elaboran a partir de consensos e impactan en las necesidades, en las angustias, en las quejas de los miembros de la comunidad, es decir, que acudir con un *huesero* tiene el mismo nivel de racionalidad que acudir con un ortopedista, ya que ambos resuelven problemáticas “reales” para los miembros de cada grupo.

Así, la cultura impacta en la vida de sus miembros, en cada aspecto de la vida, la cultura se convierte en un marco de referencia, nos da identidad, y le da sentido a nuestras prácticas.

Sin embargo es un hecho que, la cultura no se autosustenta, sino que requiere del individuo para mantenerse, pero más importante, para modificarse y seguir en constante crecimiento, y en ese sentido, tanto el individuo requiere de la cultura, como la cultura requiere de las aportaciones de los individuos.

Es bastante claro que, no sólo por pertenecer a un grupo cultural, tienes que introyectar y vivir la realidad de una manera homogénea. En el mismo terreno de la salud, es muy claro que en las grandes ciudades existen prácticas tradicionales, así como en las poblaciones más alejadas existen personas que solo emplean métodos alópatas.

En relación a este tema, Eroza, S. (2006) realizó un estudio sobre las crisis convulsivas en comunidades tzotziles y tzeltales en Chiapas, y encontró que, a pesar de pertenecer a un mismo grupo cultural, las soluciones que reportaron sus informantes, fueron muy distintas, pudiendo ir desde la conversión a curandero de

uno de ellos, pasando por explicaciones de los hechos como el resultado de la falta de control en el manejo de emociones, y llegando hasta la explicación derivada de problemas maritales y de consumo alcohol, que impactaron en la salud de los hijos.

Esto nos permite ver que, el hecho de pertenecer a un grupo cultural no te destina a pensar, a vivir, a entender la realidad de una única manera, nos demuestra además, que los individuos construyen la realidad a partir de una gran cantidad de elementos, en los que las ideas personales juegan un papel fundamental.

No es de sorprender entonces, que en las grandes ciudades se presenten dificultades en relación a los tratamientos. En los grandes hospitales, se pueden escuchar de manera recurrente, historias en las que se refleja, la incertidumbre sobre el estado de salud, la falta de certeza sobre las causas de los padecimientos o de la eficacia terapéutica, se observa muy cerca de estos centros de salud, la proliferación de centros alternativos, y en general, se puede ver que, tratar de encasillar a la población de un grupo en una sola concepción de realidad, sin cambios, sin particularidades, resulta prácticamente imposible.

Es justo en este punto donde se requiere la aportación de la psicología, ya que, como se ha venido mencionando, la antropología y la biomedicina, han trabajado de manera conjunta y han logrado de manera innegable, muchos cambios en las prácticas de atención a la salud, pero han dejado de lado el factor individual.

Ejemplo de ello es la reforma al artículo 2º constitucional, publicado el 14 de Agosto de 2001, en el que “se reconoce el derecho de los pueblos indígenas para preservar todos los elementos que constituyen su identidad cultural, así como el

derecho al acceso a la salud aprovechando debidamente a la medicina tradicional”.

Pareciera que esto es un logro en toda la extensión de la palabra, pero sólo lo es parcialmente, ya que, si bien se reconoce la importancia de los modelos tradicionales, se cometen varios errores en el camino.

El primero de ellos es definirlo como un derecho de los pueblos indígenas, cuando en realidad es un derecho humano (o tendría que serlo), ya que como se mencionó anteriormente, el grupo cultural no define de manera inequívoca las prácticas de atención, y para confirmarlo, la Secretaría de Salud publicó datos de población que se aproximó a medios tradicionales en las ciudades más importantes del país, señalando que entre el 2005 y el 2007 el 46% de la población encuestada utilizó algún medio terapéutico tradicional, y más aún, arroja datos específicos sobre cada una de las principales ciudades del país, y reporta que en el Distrito Federal, el porcentaje de atención fue del 21%, y en ciudades como Guadalajara y Monterrey alcanzó niveles del 55.1 y 76.1% respectivamente, por lo que se puede decir que, no sólo las comunidades indígenas emplean medios tradicionales en la atención de padecimientos.

En un segundo punto de posible contribución de nuestra disciplina se encuentra la justificación de los medios simbólicos en el tratamiento, ya que como se mencionó anteriormente, existen elementos de sanación que no son justificados en su aplicación, debido a que deben cubrir criterios impuestos por la biomedicina, tal es el caso de la herbolaria tradicional, que ha tenido que verse reducida ante los modelos de validación impuestos por el modelo biomédico, en consecuencia, la herbolaria permitida en nuestro país no contempla la eficacia simbólica, ni la espiritual.

Como ya lo ha venido haciendo un sector de la medicina crítica, en la psicología se tendría que empezar a adquirir responsabilidad de una mayor manera del proceder en los contextos de sanación. El socioconstruccionismo ha iniciado de manera decidida con este cambio, al generar reflexiones sobre las consecuencias de los procedimientos en contextos más amplios como el político y económico, no obstante, falta mucho por hacer en el terreno de la salud en general, siendo tal vez la mayor tarea la articulación del ser humano como la tríada biopsicosocial.

La justificación para que la psicología se muestre más activa en el desarrollo de legislaciones tanto locales como internacionales existe, como también existe la justificación para replantearse las prácticas terapéuticas, pero ello implica grandes cambios en la forma de entender la psicología, su enseñanza y su práctica a distintos niveles, tal como lo menciona Sepilli “frente al peso creciente de las patologías degenerativas y de largo curso, emerge netamente la oportunidad y la necesidad de ajustar la práctica de los servicios sanitarios a la cultura de la red de usuarios y confiar en aspectos relevantes de vida y los numerosos comportamientos terapéuticos, y sobre todo preventivos, que lleva a cabo la población en forma de autogestión (en Perdiguero, 2000)”.

Con esto no se busca decir que la biomedicina y todos sus avances deben desaparecer, simplemente que, existen distintos tipos de usuarios, y que al igual que para algunos la biomedicina puede ser el modelo que les resulte más eficiente, cercano, y efectivo, existen grandes grupos que, requieren servicios alternativos, aun cuando puedan parecer extraños, eso significaría que como profesionales de la salud se requiere tener conocimientos amplísimos sobre las concepciones culturales de la enfermedad, y que aun poseyendo éstos, no se puede ocupar un papel de superioridad sobre el usuario, ya que las particularidades que exprese, darán los detalles necesarios para que su sanación sea efectiva.

Las palabras de un promotor de salud intercultural establecido en Yucatán resumen claramente el sentido de este trabajo “antes yo creía que había que tratar a la gente como yo quisiera que me traten a mí, pero con el enfoque intercultural ahora entiendo que no se trata de eso, sino de tratar a los demás...como ellos desean que los traten a ellos”. (Secretaria de Salud 2007)

BIBLIOGRAFÍA

Abu-Lughod, L. (2006) *Interpretando la(s) cultura(s) después de la televisión: sobre el método*. Disponible en http://www.flacso.org.ec/docs/i24abu_lughod.pdf

Aguirre, B. (1980) *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Altamirano, L. (2007) *Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica*. México: Salud pública. Vol.49 Núm.1.

Aya, A. (2010) *Reflexiones acerca de los procesos incluidos en la construcción narrativa. ¿Cómo emergen los relatos?* Bogotá Colombia: Diversitas: Perspectivas en Psicología. Vol6 Num. 1 Jan/June 2010.

Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind*. En Neimeyer, (1996) *Evaluación constructivista*. México: Paidós.

Boas, F. (1966) *Kwakiutl ethnography*. En Hernáez, M. (2008) *Antropología médica, teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Briceño, M. (2005) *Epistemología y medicina compleja*. Revista de medicina interna y medicina crítica, 2(6), 95-103. Venezuela: Medicrit.

Bruner, J. (1998) *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.

Bruner, J. (1990) *Actual minds*. En Medina A. (2000) *El símbolo como artefacto mediador entre la mente y la cultura*. Dimensión Antropológica. Vol. 7, Núm. 20, 7-31.

Correa, M., Thomas, J., Márcio, M., Hernáez, M. (2006). *La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales*. España: Quaderns de l'Institut Catalá d'Antropologia. Núm.22. 47-69.

Eroza, S. (2006) *Las crisis convulsivas entre los tzotziles y los tzeltales. Del don sagrado al estigma*. México: Desacatos, Núm. 20, Enero-Abril. 77-108.

Evans-Pritchard (1928) *The social organization of the Azande of the Bahr-el-Ghazal province of the Anglo-Egyptian Sudan*.en Geertz, C. (1987) *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.

Fabrega, H. (1972), *Medical Anthropology*. En Hernáez, M. (2008) *Antropología médica, teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Freeman, J. (2001) *Terapia narrativa en niños*. En Vargas, S., Carvajal, M., Manrique, N. (2009) *La terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH*. Bogotá: Universitas Psicológica, Vol. 8, Núm. 1, 199-214, Ene-Abr.

Gadamer, HG. (1977) *Verdad y método*. En Correa, M., Thomas, J., Márcio, M., Hernáez, M. (2006). *La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales*. España: Quaderns de l'Institut Catalá d'Antropologia. Núm.22. 47-69.

Gadamer, HG. (2001) *Hermenéutica y Diferencia ontológica*. Disponible en <http://raularagon.com.ar/biblioteca/libros/Gadamer>

Garcia-Borés, J. (2000). *Paisajes de la psicología cultural*. Universitat de Barcelona: Anuario de psicología, Vol.31 Núm.4, 9-25.

Geertz, C. (1983) *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.

Geertz, C. (1987) *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.

Gergen, K. (1992) *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. España: Paidós.

Gergen K.(1985) *The social constructionist movement in modern psychology*. en Neimeyer, G.(1996). *Evaluación constructivista*. México: Paidós.

Gergen, K., Warhus, L. (2001) *La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias.* Disponible en http://www.swartmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf

Gergen, K.(1982) *Toward transformation in social knowledge.* En Ibáñez, (2003) *La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas.* Política y sociedad, vol. 40, núm.1, 155-160. Universidad Autónoma de Barcelona.

Good, BJ. (1977) *The Herat of what's the matter. The semantics of illness in Iran.* En Hernáez, M.(2008) *Antropología médica, teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Barcelona: Anthropos.

Good, BJ. (1994) *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological perspectiva.* En Hernáez, M. (2008) *Antropología médica, teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Barcelona: Anthropos.

Hernáez, M. (2008) *Antropología médica, teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Barcelona: Anthropos.

Hoffman, L. (1993) *Excanging Voices: A Colaborative Approach to Family Therapy.* En Gergen, K., Warhus, L.(2001) *La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias.* Disponible en http://www.swartmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf

Kleinman, AM. (1980) *Patients and Healers in the context of culture*. En Hernáez, M. (2008) *Antropología médica, teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Le Bretón (2002) *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva visión.

Montes, J. (2011) *Del Saber al Poder en la Terapia. La Narración de un sobreviviente de Intento Suicida y su Mamá*. Revista científica electrónica de psicología. Num. 11
ISSN 1870-5812. Disponible en
http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicología/IMG/pdf/No._21_-_11.pdf

Morin, E (1991) *Cultural Conociments*. En Watelawick, p., Krieg, P. (1995) *El ojo del observador*. Barcelona: Gedisa. Pp.73-81.

Neimeyer, G. (1996) *Evaluación constructivista*. México: Paidós.

Payne, M. (2000) *Terapia narrativa, una introducción para profesionales*. En Aya, A. (2010) *Reflexiones acerca de los procesos incluidos en la construcción narrativa. ¿Cómo emergen los relatos?* Bogotá: Diversitas: Perspectivas en Psicología. Vol6
Num. 1 Jan/June 2010.

Pérez-Taylor, (2002) *Antropología y complejidad*. Barcelona: Gedisa.

Ramos, R. (2001) *Narrativas contadas, narraciones vividas. Un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.

Rivers, WHR. (1924) *Medicine, magic and religión*. En Hernáez, M. (2008) *Antropología médica, teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Román, A., (2008) *Perspectivas que cuestionan la psicología clínica*. Disponible en. <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poesis/article/view/291/280>.

Ryle, (1962) *Phenomenology versus The Concept of Mind*. En Geertz, (1987) *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.

Secretaria de Salud (2007) *La política nacional de Medicinas Complementarias e Integrativas en el Sistema Nacional de Salud*. Disponible en http://189.128.100/dab/docs/eventos/seminario_pnpic/dia14_05/dr_hernan_garcia_ramirez_mexico.pdf

Seppilli, T. (2000) *De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación*. En Perdiguero, E., Comelles, M. (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.

Vargas, S. Carvajal, M., Manrique, N. (2009) *La terapia narrativa en la construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH*. Bogotá: Universitas Psicológica. Vol. 8, Núm. 1. 199-214. Ene-Abr.

Vygotsky (1988) *Pensamiento y lenguaje*. México: Quinto sol.

Weingarten (1998) *The small and ordinary in the daily practice of a postmodern narrative therapy* en Gergen, K., Warhus, L.(2001) *La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias*. Disponible en http://www.swartmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf

White, M. (1993) *medios narrativos para fines terapéuticos*. En Vargas, S. Carvajal, M., Manrique, N. (2009) *La terapia narrativa en la construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH*. Bogotá: Universitas Psicológica. Vol. 8, Núm. 1. 199-214. Ene-Abr.

Young (1991) *Emil Kraepelin and the origins of American Psychiatric diagnosis*. En Hernáez, M. (2008) *Antropología médica, teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.