



ITESO

Universidad Jesuita
de Guadalajara

TANIA ZOHM MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
COORDINADORAS

LA PSICOTERAPIA FRENTE AL BIENESTAR Y AL MALESTAR



COLECCIÓN
PSICOTERAPIA Y
DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

**LA PSICOTERAPIA
FRENTE AL BIENESTAR
Y AL MALESTAR**

LA PSICOTERAPIA FRENTE AL BIENESTAR Y AL MALESTAR

**TANIA ZOHN MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS**
COORDINADORAS



ITESO
Universidad Jesuita
de Guadalajara

COLECCIÓN
PSICOTERAPIA Y
DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE
Biblioteca Dr. Jorge Villalobos Padilla, SJ

Zohn Muldoon, Tania Carina (coord. e introd.)

La psicoterapia frente al bienestar y al malestar / Coord. e introd. de T.C. Zohn Muldoon,
E.N. Gómez Gómez, R. Enríquez Rosas.-- Guadalajara, México : ITESO, 2015.
347 p. (Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario ; 3)

ISBN 978-607-9473-12-9

ISBN de la colección 978-607-7808-76-3

1. Psicoterapeutas – Prácticas Profesionales. 2. Bienestar – Aspectos Psicológicos – Tema Principal.
3. Duelo – Aspectos Psicológicos. 4. Suicidio – Aspectos Psicológicos. 5. Trastornos de Conducta.
6. Relaciones Familiares – Aspectos Psicológicos. 7. Ciberterapia. 8. Psicoterapia – Tema Principal.
9. Psicoanálisis y Sociedad. 10. Psicología Clínica. I. Gómez Gómez, Elba Noemí (coord. e introd.)
II. Enríquez Rosas, Rocio (coord. e introd.) III. t.

[LC]

616. 8914 [Dewey]

Diseño original: Danilo Design

Diseño de portada: Ricardo Romo

Diagramación: Amanda González Moreno

1a. edición, Guadalajara, 2015.

DR © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)
Periférico Sur Manuel Gómez Morán 8585, Col. ITESO,
Tlaquepaque, Jalisco, México, CP 45604.
www.publicaciones.iteso.mx

ISBN 978-607-9473-12-9

ISBN de la colección 978-607-7808-76-3

Impreso y hecho en México.

Printed and made in Mexico.

Índice

INTRODUCCIÓN / <i>Tania Zohn Muldoon,</i> <i>Elba Noemí Gómez Gómez y Rocío Enríquez Rosas</i>	7
I. DEBATES CONTEMPORÁNEOS SOBRE EL BIENESTAR	
PSICOTERAPIA: ¿PROMESA DE BIENESTAR? ¿SANACIÓN DE MALESTAR? / <i>Jorge González García</i>	19
EL MALESTAR SOCIAL Y SUS SÍNTOMAS. DESAFÍOS PARA LA CLÍNICA ACTUAL / <i>Gabriela Castro Soto</i>	65
EL BIENESTAR: ENTRE EL DESEO SUBJETIVO Y EL OTRO / <i>Elba Noemí Gómez Gómez y Tania Zohn Muldoon</i>	95

II. CONFIGURACIONES SUBJETIVAS DEL BIENESTAR

AVATARES DE UN ADIÓS: HACIA UNA RESIGNIFICACIÓN
DEL DUELO / *Sofía Cervantes Rodríguez* **131**

PSICOTERAPIA Y BIENESTAR PERSONAL EN LA VIDA COTIDIANA /
Salvador Moreno López y Eugenia Casillas Arista **167**

FAMILIAS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO /
Bárbara Marcela Álvarez Avilés y Rocío Enríquez Rosas **201**

III. ALTERNATIVAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA EL BIENESTAR

LOS IDEALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN ANÁLISIS NARRATIVO
DE CUATRO PSICOTERAPEUTAS /
Antonio Sánchez Antillón y Eugenia Casillas Arista **225**

LA CONDUCTA SUICIDA Y PSICOTERAPIA DIALÉCTICA
COMPORTAMENTAL: UN ACERCAMIENTO INTERDISCIPLINARIO /
Luis Miguel Sánchez Loyo **265**

ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS EN DIÁLOGO /
Marina Ayo Balandrano **297**

LA INTERACCIÓN EN CIBERTERAPIA /
Víctor Manuel de Santiago Sánchez **317**

ACERCA DE LOS AUTORES **343**

Introducción

TANIA ZOHN MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
Y ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

Esta publicación representa el tercer volumen de una propuesta editorial de la Maestría en Psicoterapia del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), que busca ser un espacio de reflexión y difusión del trabajo académico de los profesores y egresados del programa, de los académicos del Departamento de Psicología, Educación y Salud, de otros departamentos del ITESO, así como de otras instituciones. El proyecto se constituye como un espacio de encuentro en torno al campo de la psicoterapia, la práctica, la formación y el diálogo interdisciplinario; se inscribe en la búsqueda institucional de construir conocimiento para ofrecer respuestas más amplias y fundamentadas acerca de las situaciones problema que inciden en los procesos de malestar y bienestar psicológico de las personas, así como de las alternativas de intervención, y tiene como visión primordial una comprensión de persona ubicada en un contexto histórico-sociocultural.

Este volumen se enfoca a la relación que existe entre el bienestar y el malestar, y los desafíos que para la psicoterapia representa la comprensión de la inseparable relación de estos estados psicósomáticos, con el fin de apoyar en el desarrollo de modos de vida saludables, funcionales y armónicos de la persona. Entendemos el bienestar y el

malestar psicológico desde una perspectiva amplia e interdisciplinaria, en la cual ambos estados emocionales forman parte de una relación dialéctica, y no es posible dar cuenta del uno sin el otro. Lo interdisciplinario implica la intersección de diversas escalas de la vida social y personal, y demanda una lectura desde la complejidad, más allá de acercamientos lineales que fragmentan el conocimiento. Este abordaje permite vincular, por un lado, la dimensión de lo estructural, asociada a los regímenes de bienestar social, en los cuales los principales actores son las instituciones del estado, el mercado, las organizaciones de la sociedad civil y las familias; y, por otro lado, la dimensión de lo subjetivo, donde la heterogeneidad es una característica central. Desde esta aproximación, comprendemos al sujeto como una síntesis de lo social, donde convergen nominaciones tales como bienestar psicológico, subjetivo, emocional y personal.

En este sentido, el desafío de la psicoterapia tiene que ver con desentrañar la trama de lo subjetivo, en el marco de las vivencias de malestar y bienestar, para favorecer la construcción de nuevas narrativas y prácticas que perfilen modos de vida que son referidos, en clave psicoterapéutica, como saludables, funcionales, armónicos, plenos o conscientes, entre otros.

El presente volumen está dividido en tres ejes que aportan al tema central de la obra, dan cuenta de diversas reflexiones, discusiones y hallazgos para generar un contexto de diálogo a propósito del quehacer psicoterapéutico y la intervención en problemáticas específicas, así como en la implicación de los elementos contextuales que enriquecen el panorama de la práctica, formación e investigación.

El primer eje temático se denomina Debates contemporáneos sobre el bienestar, el cual se organiza alrededor de la apreciación de que todo proceso de psicoterapia implica una forma de comprender la inseparable relación entre bienestar y malestar; pero a la vez plantea que dichas nociones son referentes de múltiples significados, según las perspectivas teóricas y epistémicas desde donde se les aborde. Los

autores coinciden en que las prenociones de los psicoterapeutas sobre bienestar y malestar imprimen un sello particular a su práctica.

Otro debate en este apartado es el de que en la sociedad contemporánea el bienestar y el malestar conforman el campo problema de la psicoterapia, lo cual nos remite a la necesidad de entenderlos como una configuración que demanda un diálogo interdisciplinar, donde el aporte de la psicoterapia toma como uno de sus focos la construcción del bienestar, en el interjuego entre lo objetivo y lo subjetivo, lo individual y lo colectivo, y el múltiple entramado de relaciones y actores presentes.

Comenzamos este eje con el capítulo Psicoterapia: ¿promesa de bienestar? ¿sanación de malestar?, escrito por Jorge González García. Este texto contiene un análisis reflexivo y sostenido sobre ejes temáticos centrales para este volumen. En primer lugar, problematiza en torno a la psicoterapia y la necesaria exigibilidad de los marcos de referencia, los métodos, objetos y sistemas de evaluación de acuerdo con los enfoques de origen desde los que se busca intervenir en el campo de la salud mental; en un segundo momento, el autor discute las nociones de bienestar / malestar, para lo que se acerca a elaboraciones, indicadores y observables de fuentes como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el texto se problematiza la categoría de mínimos de bienestar, y después se analiza la concepción de salud, que engloba la dimensión física, psicológica y social. A partir de esta discusión, el autor incorpora la aportación de la psicoterapia en el campo del bienestar subjetivo. Al final, se muestra la perspectiva de trabajo clínico del autor con base en el marco psicoanalítico, y con ello la relevancia de dos insumos centrales para la delimitación del bienestar, que tienen que ver con la capacidad de producir y disfrutar.

Enseguida se presenta el trabajo titulado El malestar social y sus síntomas: desafíos para la clínica actual, de Gabriela Castro Soto, desde la perspectiva psicoanalítica y su aportación a la práctica psicoterapéu-

tica de problemáticas sociales contemporáneas que generan procesos de malestar emocional y social. La autora establece relaciones sugerentes y con alto potencial analítico sobre las nuevas sintomatologías y su vinculación compleja con la cultura. Se exponen diversas y seleccionadas viñetas que después son interpretadas, y que muestran la difícil relación entre los malestares / bienestar contemporáneos y la sociedad de riesgo e incertidumbre en la que transcurre la vida cotidiana de mujeres y hombres consultantes. Por último, la autora destaca la exigencia de un diálogo interdisciplinar que permita la comprensión de los problemas emocionales a partir de la dimensión subjetiva e intersubjetiva, que abone a la construcción de puentes entre los distintos enfoques psicoterapéuticos y la realidad cambiante de las sociedades actuales que afecta de múltiples maneras la posibilidad del vínculo social y la construcción del bienestar.

El último trabajo de este primer eje es *El bienestar: entre el deseo subjetivo y el otro*, de Elba Noemí Gómez Gómez y Tania Zohn Muldoon. En este capítulo se busca reflexionar el tema del bienestar desde la psicoterapia, para lo cual se trabajó con las apreciaciones recabadas de siete psicoterapeutas con más de 10 años de experiencia en el campo: cinco mujeres y dos hombres que se inscriben en distintas escuelas de pensamiento, quienes compartieron sus supuestos y reflexiones en torno al concepto de bienestar y el lugar que tiene en la psicoterapia. En el texto se presenta primero un breve debate sobre el término, en particular del bienestar subjetivo. Después, de acuerdo con las respuestas de los psicoterapeutas, se localizaron núcleos de significados que se pusieron en un diálogo interdisciplinario con autores que han contribuido al tema desde distintos enfoques en psicoterapia.

El segundo eje que presentamos en este volumen, *Configuraciones subjetivas del bienestar*, analiza los vínculos sociales y su indiscutible relevancia para la experiencia del bienestar de los sujetos contemporáneos. Son tres los escenarios de análisis de las vincularidades, las cuales tienen que ver con la experiencia del duelo y los procesos

de elaboración que conlleva, así como con la facilitación que desde una propuesta psicoterapéutica es posible realizar. Se aborda también el proceso de dilución de los vínculos en las sociedades actuales y la pertinencia del encuentro psicoterapéutico, así como la problematización sobre los alcances y las posibilidades de este tipo de intervenciones en el acontecer cotidiano de los sujetos. También aparece el escenario de las familias en su diversidad y la relación de estas con la experiencia de bienestar en los jóvenes que residen en ellas. Los acercamientos desde el campo de las subjetividades a las formas en que se configura el bienestar muestran la relevancia de los vínculos y las posibilidades psicoterapéuticas para potenciarlos en beneficio de la persona.

El primer trabajo de este segundo eje pertenece a Sofía Cervantes Rodríguez, y se titula *Avatares de un adiós: hacia una resignificación del duelo*. El ensayo focaliza el fenómeno de la separación, ruptura o terminación de una relación o situación que contó con una carga emocional importante. Se centra en la experiencia de la pérdida, en particular de relaciones y vínculos, y pone de relieve el papel de la ausencia de las personas queridas, como un puente por el que se transita de la pérdida a la experiencia del duelo. Se presenta una propuesta de trabajo psicoterapéutico con el duelo desde una perspectiva interdisciplinar, con aportaciones de la psicología experiencial, la construcción social de las emociones, la psicoterapia junguiana, y la psicoterapia de la Gestalt. Finalmente, se establecen relaciones entre la pérdida, el duelo y el sentido de vida, esto es, el interjuego entre la vivencia de la ausencia, los modos de sobrellevarla y significarla, y la satisfacción o el bienestar psíquico que se logra mediante la instalación o perpetuación del duelo.

El segundo trabajo, *Interacción, bienestar y psicoterapia*, de Salvador Moreno López y Eugenia Casillas Arista, propone un diálogo y una reflexión en torno a ciertos elementos de las circunstancias de vida actuales y el lugar que tiene la psicoterapia de cara a estas. El trabajo plantea que en la actualidad existe una dilución de los vínculos de las personas, lo que genera un impacto negativo en su vida. La psicoterapia

se convierte muchas veces en una opción para construir vínculos más fuertes, sin embargo, implica el riesgo de ser una relación significativa sustituta para llenar las carencias personales. El capítulo desarrolla la reflexión en el concurso de distintas perspectivas, con el propósito claro de generar un diálogo interdisciplinario que permita atender la complejidad del tema. Esto se logra al resaltar la importancia de considerar las situaciones de vida de los consultantes, así como el peso del contexto sociocultural en la definición y vivencia de las problemáticas; lo anterior enmarcado en una visión predominante en la actualidad que favorece la patologización de las experiencias de vida y su consecuente tratamiento farmacológico, que desde el punto de vista de los autores no resuelve el dilema fundamental que enfrenta la persona.

El último trabajo de este eje plantea un asunto de relevancia para el ejercicio de la psicoterapia en contexto: el conocimiento de cómo las personas construyen el significado de bienestar. El capítulo Familias y bienestar psicológico, escrito por Bárbara Marcela Álvarez Avilés y Rocío Enríquez Rosas, se deriva de una indagación centrada en dar cuenta de las relaciones entre la vivencia del bienestar psicológico de sujetos jóvenes y la configuración familiar a la cual pertenecen. Se aportan elementos para el entendimiento de las relaciones complejas entre los distintos tipos de escenarios familiares y las formas de significar y experimentar el bienestar por parte de sujetos jóvenes urbanos con matrices socioculturales específicas. Ofrece, además, elementos que pueden ser retomados en el campo de la psicoterapia, los cuales hacen hincapié en el análisis de las redes sociales de los consultantes, que pueden llegar a constituirse como una fuente de bienestar importante y complementaria a la familia.

El tercer y último eje en este volumen se titula Alternativas psicoterapéuticas para el bienestar. ¿Qué distingue una práctica psicoterapéutica que atiende diversas miradas y perspectivas? ¿Cómo pueden integrarse conocimientos, habilidades y destrezas técnicas, con un profundo sentido ético y una capacidad para reconocer lo delicado de

la construcción de posibilidades de bienestar? Una cuestión básica es el espíritu que sostiene esta propuesta editorial: la apertura a las distintas perspectivas, teorías y enfoques. No en un intento de combinación arbitraria sino desde una comprensión de las diferentes dimensiones presentes en la situación de los consultantes, y de la búsqueda de las mejores rutas de acceso a la intervención en favor del bienestar.

Este eje comienza con el capítulo Los ideales en la práctica clínica: un análisis narrativo de cuatro psicoterapeutas, de Antonio Sánchez Antillón y Eugenia Casillas Arista, el cual pretende una discusión interdisciplinaria que gira alrededor de la revisión de las distintas concepciones sobre una “buena” o “pertinente” práctica clínica, desde el trasfondo de los ideales. El texto es producto de un ejercicio investigativo donde se analizan los relatos de cuatro psicoterapeutas que hablan de lo deseable o no deseable en la actividad psicoterapéutica, y comienza con la recuperación de algunas investigaciones llevadas a cabo en torno a los pre-supuestos que acompañan la práctica de terapeutas inscritos en el psicoanálisis; enseguida se desarrolla el marco teórico de referencia, para luego presentar el método de análisis y los resultados. Entre las conclusiones está la discusión acerca de los elementos morales que operan en toda práctica psicoterapéutica, los cuales tienden a sostenerse en modelos, y muchas veces se distancian de la ética.

Le sigue el capítulo titulado La conducta suicida y psicoterapia dialéctica comportamental: un acercamiento interdisciplinario, de Luis Miguel Sánchez Loyo, el cual aborda el problema de la conducta suicida, que al estar asociada con un gran número de factores de riesgo, implica un reto para la atención de este tipo de consultantes en psicoterapia. El texto muestra que la comprensión y el tratamiento de las conductas suicidas conllevan la capacidad para poner en interacción el conocimiento derivado de diversas disciplinas y teorías psicológicas de una manera amplia y comprehensiva. Se propone la alternativa de la terapia dialéctica comportamental como un modelo psicoterapéu-

tico interdisciplinario para la atención de consultantes con múltiples intentos de suicidio y trastorno límite de la personalidad; se presentan las dimensiones que abarca este modelo, que implican los elementos biológicos, psicológicos y sociales, que hacen posible una mirada más amplia del comportamiento suicida. Para la atención del consultante, este tipo de tratamiento incorpora estas mismas dimensiones, además de elementos de la filosofía hegeliana y zen, técnicas psicoterapéuticas cognitivas, conductuales, humanistas y de *mindfulness*.

Enseguida tenemos el trabajo denominado Enfoques psicoterapéuticos en diálogo, de Marina Ayo Balandrano, en el que se plantea una perspectiva que se está abriendo camino entre los psicoterapeutas, que implica la necesidad de ampliar nuestra comprensión para dar cabida a puntos de vista diferentes a aquellos en los que fuimos formados. Se aborda la importancia de un diálogo entre distintos enfoques para lograr una comprensión más profunda de la problemática expresada por el consultante, y de esa manera propiciar que mejore su bienestar y calidad de vida. Asimismo, se buscan establecer algunos criterios básicos que diferencien esta perspectiva de la simple adquisición de “técnicas” o ejercicios que se empalman unas sobre otras de manera superficial, y a veces antagónica. A través de este diálogo buscamos la pertinencia y coherencia con una visión fundamental del ser humano en su naturaleza, bienestar y felicidad.

Por último, el capítulo La interacción en ciberterapia, de Víctor Manuel de Santiago Sánchez, aborda un campo de intervención psicoterapéutica relevante en la sociedad de la información: la ciberterapia. El autor comienza con un estado del arte sobre los avances en esta modalidad de trabajo clínico, mientras que el corpus analizado se centra en el intercambio vía chat en texto escrito entre el consultante y el terapeuta. El foco de estudio es la interacción en línea con fines terapéuticos a partir del análisis del lenguaje. En el trabajo se problematizan los alcances y las limitaciones de la palabra escrita en el marco de la ciberterapia, bajo el respaldo del análisis del discurso, y

desde una perspectiva psicoanalítica. El material analizado abre cuestionamientos interesantes sobre los desafíos contemporáneos para la construcción de un vínculo que favorezca el proceso psicoterapéutico y lleve a buen término un tratamiento en línea. El autor finaliza con la necesidad de continuar nutriendo esta línea de investigación, de manera que se favorezca el esclarecimiento de las semejanzas, diferencias y posibilidades de enriquecimiento mutuo entre la intervención psicoterapéutica presencial y aquella que se construye de manera virtual.

*I. Debates contemporáneos
sobre el bienestar*

Psicoterapia: ¿promesa de bienestar? ¿Sanación de malestar?

JORGE GONZÁLEZ GARCÍA

Resumen: *en este texto se problematiza en torno a la psicoterapia y la necesaria exigibilidad de los marcos de referencia, los métodos, los objetos y los sistemas de evaluación de acuerdo con los enfoques de origen desde los cuales se busca intervenir en el campo de la salud mental. También se discuten las nociones de bienestar/malestar y se problematiza la categoría de mínimos de bienestar, para después analizar la concepción de salud que engloba la dimensión física, psicológica y social. El autor incorpora la aportación de la psicoterapia en el campo del bienestar subjetivo y muestra su perspectiva de trabajo clínico a partir del marco psicoanalítico, y la relevancia de dos insumos centrales para la delimitación del bienestar relacionados con la capacidad de producir y la de disfrutar.*

Palabras clave: *bienestar/malestar, salud/enfermedad, producir/disfrutar, desarrollo humano sostenible, psicoanálisis.*

Abstract: *This text takes a critical look at psychotherapy and the necessary accountability of frames of reference, methods, objects and evaluation systems in accordance with the original approaches from which practitioners intervene in the mental health field. It also discusses the notions of wellness/illness and analyzes the category of wellness minimums, before moving on to the conception of health that encompasses the physical, psychological and social dimensions. The author incorporates the contribution of psychotherapy to the field of subjective wellbeing, and discusses his clinical work from the perspective of the psychoanalytical fra-*

network, as well as the relevance of two key inputs for the delimitation of wellness: the capacities to produce and to enjoy.

Key words: *wellness/ illness, health/ disease, produce/ enjoy, sustainable human development, psychoanalysis.*

*De existir una opción,
debería preferirse sucumbir
en honrosa lucha con el destino.*

SIGMUND FREUD (1993 [1916-1917], P.350)

Aportar a la comprensión del malestar y el bienestar psicosociales, así como al abordaje de sus afectos y efectos desde la psicoterapia, es la cuestión que nos ha convocado. Al respecto, podríamos preguntarnos si hay una cuestión más importante que esta; no la habría desde la perspectiva de los bienes intrínsecos de nuestra disciplina, por tanto de la justificación de su existencia, e incluso del fundamento ético de la remuneración que recibimos por ejercerla. Si bien no abordaré esta perspectiva como eje explícito, resultaba necesario plantearla de comienzo para tenerla presente.

Para abordar esta cuestión es importante precisar las convicciones desde las cuales se participa en este diálogo, para así evitar caer en imposturas o críticas francotiradoras. Posicionarse es elegir y compromete, elegir el diálogo frente al monólogo también lo hace; el arte consistirá en formar parte de diálogos y aportar desde las propias identidades, de lo contrario solo tendríamos coloquios estériles; la clave, entiendo, no es negar la identidad propia sino incluirse en la diversidad, allí decir para aportar, y escuchar para enriquecerse, de tal forma que como escribía Oskar Pfister a Sigmund Freud en 1928:

Este reposo lo dedico, principalmente, a escribir mi controversia amistosa con usted. Lo hago con gran satisfacción, ya que lucho por una causa querida con un contrincante querido. No hay mucho peligro de que usted solicite el bautizo o de que yo salte del púlpito. Pero

hay, en cambio, algunos puntos de acercamiento muy importantes, y si tomo en cuenta que usted es mucho mejor y más profundo que su ateísmo, y yo peor y más superficial que mi fe, entonces no tiene por qué interponerse un abismo tan tremendo (Freud & Pfister, 1966, p.117).

NECESARIAS PRECISIONES PRELIMINARES

Soy psicoterapeuta clínico y empleo de manera preponderante las referencias conceptuales psicoanalíticas, lo cual debo en buena parte a los diálogos habidos durante la formación a la que tuve acceso, determinada a su vez por el contexto académico y profesional en el cual he devenido quien soy. Me asumo sin escuela o afiliación doctrinal, por lo cual podría ser considerado hereje o iconoclasta pero no apóstata, salvo por la herejía iconoclasta de considerar que la apostasía es un derecho de cada quien, y que el pecado mortal para cualquier disciplina académica y profesional es dejar de ser tal y trocarse en doctrina; momento en el cual sabemos con certeza que la verdad ya ha sido revelada por alguna autoridad preeminente, de preferencia elevada a la categoría de imagen sagrada; y por tanto a los fieles solo nos queda glosar la doctrina, defender la fe y la figura de los padres fundadores y otros santones de culto.

En otro tono, pero siguiendo con lo anterior, entiendo la psicoterapia como uno de esos espacios donde algunos seres humanos acudimos al auxilio de otros para procurarnos desarrollo humano sostenible;¹ no el único espacio disponible pero sí uno en el que en específico se atienden

1. Es mi convicción que la noción de desarrollo humano sostenible ha de ser teleológica para las ciencias y profesiones de lo humano, y al respecto consigno uno de los primeros acercamientos: “El desarrollo humano sostenible es el desarrollo que no sólo suscita un crecimiento económico sino que también distribuye equitativamente sus beneficios; que regenera el medio ambiente en lugar de destruirlo; que fomenta la autonomía de las personas en lugar de marginarlas. Es un desarrollo que otorga prioridad a los pobres, que amplía sus opciones y oportunidades y que prevé su participación en las decisiones que afectan sus vidas. Es un desarrollo que favorece a los seres humanos, favorece a la naturaleza, favorece la creación de empleos y favorece a la mujer” (PNUD, 1994).

los aspectos conductuales, personales o inconcientes² de la salud / enfermedad mental, empleando para tal fin herramientas psicológicas.

Estoy convencido de que la pluralidad es una característica de Lo humano, por tanto, la asumo como actitud que reconoce este rasgo en cualquier ámbito en el cual nos desarrollemos los seres humanos; además, considero que es un corolario de los derechos humanos establecidos desde mediados del siglo pasado. La psicoterapia no tendría que ser una excepción, así que reconozco la diversidad de propuestas existentes, ya que cada una de ellas son una entre la pluralidad de las psicoterapias. Desde luego incluyo al psicoanálisis, o debería decir *los psicoanálisis*, pues tampoco se encuentra entre quienes nos reputamos psicoanalistas algo monolítico y uniforme sino una diversidad creativa plural. Desde ahí entiendo que este diálogo es intradisciplinar.³

Entiendo la separación que hacen algunos colegas psicoanalistas como un esfuerzo por acentuar la diferencia específica que define al psicoanálisis como práctica profesional; sin embargo, señalo en términos lógicos que para que exista tal especie, esta debe serlo de un género. Así, al mismo tiempo acuerdo con quienes asumen que el psicoanálisis es una práctica diferente a las que se denominan psicoterapias, en tanto asiste la razón al diferenciar cosas diferentes, excepto

2. Elijo seguir en esta forma los criterios de José Luis Etcheverry, quien en cada “Advertencia sobre la edición en castellano” inserta al comienzo de cada uno de los volúmenes de las *Obras completas* de Freud publicadas por Amorrortu desde 1980 y hasta la fecha, y de las cuales es traductor directo del alemán, lo siguiente: “Con respecto a las grafías de las palabras castellanas y al vocabulario utilizado, conviene aclarar que: a) En el caso de las grafías dobles autorizadas por las Academias de la Lengua, hemos optado siempre por la de escritura más simple (“trasferencia” en vez de “transferencia”, “sustancia” en vez de “substancia”, “reemplazar” en vez de reemplazar”, etc.), siguiendo así una línea que desde hace varias décadas parece imponerse en la norma lingüística. Nuestra única innovación en este aspecto ha sido la adopción de las palabras “conciente” e “inconciente” en lugar de “consciente” e “inconsciente”, innovación que aún no fue aprobada por las Academias pero que parecería natural, ya que “conciencia” sí goza de legitimidad”.

3. Cabe precisar que existe una Nomenclatura internacional de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés) para los campos de Ciencia y Tecnología (1988, 2007) que reconoce a la psicoterapia. Esta nomenclatura ha sido adoptada para México por el Conacyt. Esta clasificación varió de 1988 a 2007, y aquí se presenta un ajuste de la misma elaborado por el autor.

porque —reitero— lo son en tanto especies de un mismo género: la psicoterapia.⁴

Asimismo, estoy convencido de que Lo humano es complejo en el sentido apuntado por Edgar Morin, pero también en desarrollos posteriores:

¿Qué es la complejidad? [...] el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre (1997, p.32).

De tal suerte, el campo disciplinar de la psicoterapia se fundamenta y desarrolla en el estudio de Lo humano, asumiendo su complejidad. Una forma de-mostrar⁵ esta convicción en el estudio e intervención es darse cuenta de al menos las siguientes determinantes: organicidad, situaciones, competencias, estructura subjetiva, y contexto(s). Lo cual hace necesario el diálogo interdisciplinar. Por razones de espacio, no puedo precisar más esta selección que se pretende mínima pero no limitativa, e intenta constituir un siguiente paso respecto de la ya instituida fórmula “bio-psico-social” de mediados del siglo XX; procura recoger lo producido desde entonces sobre Lo humano desde diversas disciplinas, plantea ya no una multidisciplinaridad desde tres frentes sino un diálogo interdisciplinar que prepare abordajes transdisciplinares. Pensemos, por ejemplo, en la complejización de la idea de psicosis, por tanto de su diagnóstico y de ahí el tratamiento que se indica, pero sobre todo en la inclusión del psicótico como uno más

4. No está de más recordar que el propio Freud fue capaz de discernir que con el término *psicoanálisis* se refería a un cuerpo teórico, un método de investigación, y una técnica de intervención. No hace daño precisar que acá nos referimos a los psicoanálisis en la tercera acepción del término, y nadie podrá dudar que entre las prácticas lacanianas y las kleinianas, por ejemplo, hay claras diferencias.
5. Se usa la forma de-mostrar para referir tanto “mostrar”, en su sentido de hacer evidente, cuanto “demostrar”, en términos lógico argumentativos.

en la diversidad. ¿Podríamos llegar a esto desde la mirada que simplifica y crea áreas ciegas? No, ya que de ahí hemos partido pero intentamos comprometer nuestra escucha en un esfuerzo metódico por de-mostrar Lo humano, incluso en las formas que aparecen sin razón. Que quede expresada la convicción del autor al respecto, pero, más importante aún que tal o cual juego de nociones o conceptos acerca de supuestas determinantes, la línea conceptual y metodológica hacia la complejización.

Como anoté antes, si algún apellido adoso a mi ser psicoterapeuta es en el que asumo la *clínica*, y uso este término tanto en su sentido clásico como en relación con los aportes de Michel Foucault (1989). Así, *clínica* refiere en su acepción clásica al campo de atención y de estudio en salud / enfermedad. Es decir, tanto a la promoción de la salud como a la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Debemos al campo de las ciencias médicas la construcción de esta forma de proceder, tanto del objeto sobre el cual pretendemos saber, como de aproximarnos a la problemática en la cual nos proponemos intervenir en lo profesional.

A través de la historia constatamos en las prácticas de los médicos aproximaciones diferentes al estudiar y al intervenir (Pérez Tamayo, 1989). En el siglo XVII, comenzamos a identificar a unos cuantos clínicos desapegados de las doctrinas galénicas e hipocráticas y pendientes de los signos y síntomas, así como de la evolución de los tratamientos operados en pacientes concretos, pero también tratando de incorporar los avances de otras disciplinas. De esta nueva actitud abrevan la mayor parte de sus fundamentos y desarrollos, en particular lo que Foucault (1989) identificaría como una nueva mirada: ver ahí, en donde todos vemos lo mismo, algo diverso, y desde luego nombrarlo y lidiar con ello. Lo cual significó en su momento una ruptura con las doctrinas que se sostenían solo en el argumento de autoridad, al debatirlas a partir de la reflexión sobre los datos recopilados en la práctica realizada, y sobre la práctica misma.

Foucault de-mostró cómo el nacimiento de la clínica aportó a la humanidad otra forma de percibir, un saber percibir constituyente de nuevos saberes sobre lo observado, y de ahí nuevas formas para intervenir en la realidad. Hoy el *approach* clínico es utilizado en ámbitos de muy diversa índole (Grawitz, 1975).

Pero no es sino hasta la segunda mitad del siglo XX, con la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, cuando el campo de la salud se complejiza. Es interesante subrayar que el ejercicio incluyente y multilateral, propio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se contrapone a la exclusión autoritaria. Se suma entonces una acción política a un esfuerzo académico y profesional riguroso.

No sería justo dejar de nombrar a quienes bregaron desde la psiquiatría clínica durante los siglos XVII y XVIII, pioneros del tránsito de la noción de lo mental desde territorios ajenos hacia lo *psi*. Por ello es tan importante localizar las declaraciones de médicos que asumieron que para el tratamiento de la enfermedad mental se hacía necesario emplear referencias de otras disciplinas, incluso de manera primordial. Bastan dos nombres para los fines de este brevísimo recorrido: William Tuke, con su acción desde la sociedad civil para fundar el *York Retreat*, donde se atendía a los enfermos mentales desde la convicción de tratos más humanos que los bestiales imperantes en ese momento; y Philippe Pinel y su *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale*, donde plasmó el fruto de sus esfuerzos académicos y profesionales como médico tratante de enfermos mentales.

En la línea de desarrollo propuesta por la psiquiatría clásica, y un poco antes de la constitución de la OMS, en la transición de los siglos XIX a XX, el avance tanto en las ciencias de Lo humano como en la clínica convergen y permiten discernir “subjetividades” como objeto de estudio e intervención. Desde ese momento podemos rastrear a la psicoterapia como una práctica profesional demandada por usuarios y reconocida, al menos para criticarla, por la institución académica.

No podría entenderse lo que sigue sin diferenciar que la medicina se ocupa de la clínica de la objetividad orgánica del ser humano, mientras que la psicoterapia de la clínica de las subjetividades, que al compartir orígenes, se desarrolla y diferencia por:

- Atribuir albedrío a ciertas entidades, al diferenciarlas de los objetos, y nominarlos sujetos.
- Por ende, establecer la singularidad como dato, y el patrón como construcción de insistencias desde lo singular.
- También, en consecuencia, reconocer la imposibilidad del control sobre los sujetos como finalidad.
- Pro-curar el desarrollo humano sostenible (DHS) como finalidad (PNUD, 2004).
- Asumir lo subjetivo como ámbito de estudio e intervención que incluye al investigador o interventor, que son *un otro sujeto* en la situación.
- Primar el referente empírico obtenido en la práctica sobre el referente conceptual contenido en la teoría, evitando con ello usarlo como referente doctrinal.
- Reconocer la imposibilidad de dar-se cuenta de un sujeto sin contexto(s), entendidos como los otros sujetos colectivos en torno que lo determinan. De manera práctica, vale formular que si todo sujeto es uno situado y contextualizado, entonces ha de dar-se cuenta de ello en cualquier abordaje clínico.

Por las convicciones enunciadas, más los estudios logrados y nuestra propia experiencia, así como con lo que otros nos han compartido, afirmamos que:

- La psicoterapia enraíza y se cultiva en la práctica misma. Cierto que no lo hace de forma mecánica sino mediante la reflexión sobre sus vicisitudes.

- Los psicoterapeutas, en una lógica de *action research* (Lewin, 1948), “investigación / acción” o “investigación directa y participante”: laboran, aprenden, investigan y sirven.
- El modelo productivo y formativo en psicoterapia es el taller de oficios inspirado en la revolución artesanal renacentista: aprender haciendo, hacer aprendiendo.
- En cada intervención clínica profesional se realiza una prestación de servicios específica para cada usuario que requiere, en psicoterapias, la participación del mismo cliente en el proceso productivo para alcanzar su máximo en eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción.⁶

Participo de estos diálogos e invito a todos los que nos definamos como psicoterapeutas a hacerlo, para construir convenciones que demuestren nuestras coincidencias y tener la oportunidad de gestionar nuestras diferencias, salvaguardando la inclusión respetuosa. Si bien es inevitable identificar en ello una acción política —lo es en su sentido cívico—, esto no debe ser obstáculo para actuar con exigencia académica y profesional, lo cual constituye la mejor “vacuna” para las tentaciones polarizantes y partidizantes.

La psicoterapia deberá dar cuenta de su marco referencial, método, objeto y teleología, que deben ser construidos y convenidos a partir de coincidencias.

- La psicoterapia, en su carácter genérico y general, al estudiar emplea preponderante, pero no exclusivamente, referencias de cualquier disciplina que se ocupe de lo humano.
- Al intervenir procede guiada por el método clínico, con herramientas y recursos psicológicos, pero además sistematizando y reflexionando la práctica.

6. En los dos listados anteriores, transcribo una parte de la presentación que se emplea en la promoción de la Maestría en Psicoterapia Clínica de la Universidad Iberoamericana León, de mi autoría.

- Su objeto de estudio e intervención es el sujeto humano en su dimensión individual.
- Tiene como finalidad el desarrollo humano sostenible.

La psicoterapia debe ser entendida como un referente abstracto, pues no es una coordenada concreta en sí misma, lugar que ocupa cada una de las psicoterapias. Nadie está en el norte o en el sur sino en tal o cual latitud y longitud respecto de estos puntos cardinales; incluso alguien en el polo norte tendría que dar cuenta de si lo está en el magnético, el geográfico o el celeste. La idea de una integración⁷ en psicoterapia sería válida para este nivel de abstracción propio del método.

Cada una de las psicoterapias, entendidas como modalidades específicas y concretas en las cuales se ejerce la psicoterapia, deberá dar cuenta también de su marco referencial específico,⁸ su objeto particular, sus procedimientos y finalidades. Además, cada psicoterapia tiene que enunciar sus indicaciones y contraindicaciones, así como sus efectos secundarios identificados o posibles, incluidos aquellos no preferibles.

Así entiende este psicoanalista con intención dialogante el campo sobre el cual le interesa dialogar. A la par, se disculpa por su inclinación a los rodeos que son intentos de evitar los escenarios babélicos tan frecuentes en las disciplinas y profesiones que se ocupan de Lo humano.

7. No me refiero a la psicoterapia integrativa sino a lo siguiente: “El movimiento integrador pretende fomentar un marco de diálogo que sustituya la ‘lucha de escuelas’ por un contexto cooperativo que permita encontrar propuestas integradoras más evolucionadas que los enfoques escolares ya existentes. Por otro lado, se trata de enfatizar, y coordinar, los esfuerzos por investigar los mecanismos de cambios descritos por distintos modelos terapéuticos, a menudo con terminología diferente” (Feixas & Miró, 1993, p.354).

8. Por marco referencial no entiendo solo teorías o conceptos. Por ejemplo, la experiencia clínica producto de la sistematización y la reflexión de la práctica es un componente muy valioso del marco referencial de cada psicoterapeuta.

ESTAR MAL, ESTAR BIEN

He abordado lo relativo a *psicoterapia* en tanto primer concepto en nuestra cuestión, permítanme discurrir ahora sobre las ideas de *bienestar* y *malestar*. Partiré de su acepción coloquial, que es con la que sufrimos o disfrutamos quienes acudimos a consulta, esos que somos algo más que pacientes, consultantes o clientes de algún distinguido profesional de la psicoterapia; sí, incluso cuando nosotros mismos nos dedicamos a tan noble oficio.

Bienestar, según los diccionarios que considero de referencia obligada, señalan que es tanto el conjunto de las cosas necesarias como la vida que estas proveen; o bien el estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica. Pero también es un buen estado físico y mental de una persona, buena situación de la existencia de una sociedad, o sensación que se tiene de que así ocurre. Mientras que *malestar* sería una desazón, sensación o estado de incomodidad, indisposición, inquietud o insatisfacción física o anímica, por lo general vaga o indefinida.

Critiquemos ahora el atisbo de una cierta objetividad, el cual genera certeza para aquel sujeto que se perciba teniendo las cosas necesarias, aquello que da holgura y abastecimiento. Considero que este es el corrimiento ideológico propio de la modernidad, en tanto pretende orden y progreso que supuestamente conduce a un “estado de bienestar” o a un “mercado corrector” que lograrían la “providencia”, ya no divina, de estas cosas configuradas como bienes o servicios. De acuerdo con las sugerencias de Erich Fromm, no sería lo mismo ser que tener, y añadiría que tampoco estar que tener. Por lo tanto, una posibilidad de entender el bien / mal estar conduce al bien / mal tener, aunque preferiría de nuevo el criterio frommiano del “tener existencial” (Fromm, 1984, p.90) para reconocer que hay un mínimo, un conjunto básico de bienes y servicios sin los cuales no se puede entender la subjetividad humana en tanto queda reducida a cuestiones de mera supervivencia, en ocasiones en situaciones límite o en contextos sin recursos

simbólico–imaginarios suficientes; vale decir, en pobreza extrema. En esta misma línea estarían los mínimos establecidos por la ONU / PNUD; se abordará más adelante el papel de la psicoterapia en estas circunstancias.

Me parece que el estudio de los seres humanos ha logrado desarrollar al menos dos vertientes. Una que se ocupa de la dimensión individual⁹ y grupal en el lenguaje que construyen la certeza de un Yo y un Nosotros, a la cual corresponderían los aportes de las ciencias de Lo humano. Por otro lado estarían las dimensiones subjetivas que fenoménicamente aparecen como organizaciones e instituciones para las cuales los desarrollos de las ciencias sociales resultan más productivos. En los campos académicos podemos encontrar desarrollos en ambas direcciones, lo que en psicología es el “pan de todos los días”. Ambas vertientes son necesarias para el diálogo, pues representan una cierta escucha y mirada que permiten denunciar nuestras certezas humanas cotidianas, doctrinales e incluso especulativas, e ir más allá a construir conocimiento útil, hasta que este “conocimiento” es denunciado como mera certeza por nuevos aportes. Digamos de una vez que, si bien el camino a seguir es claramente hacia un horizonte transdisciplinar, el terreno que se pisa en la actualidad no lo es.

Lo anterior para ubicar de manera franca, y que ahora intentaremos directa, lo que Jacques Lacan establece en la clase 14 de su seminario 3: “El significante, en cuanto tal, no significa nada”:

Nos situamos en un campo distinto al de las ciencias naturales, y como saben, decir que es el de las ciencias humanas no basta. ¿Cómo hacer la demarcación? ¿En qué medida debemos tender hacia los ideales de las ciencias de la naturaleza, me refiero a la forma en que se han desarrollado para nosotros, esto es, a la física ante la cual esta-

9. Soy conciente del arcaísmo al usar el término *individual*, hoy ampliamente superado, pero elijo usarlo de la misma forma que los físicos saben hoy con claridad que el átomo no es la unidad indivisible de la materia, pero mantienen el término para referirse, por ejemplo, a los componentes de una mezcla o compuesto donde átomo es una unidad de análisis e intervención suficiente.

mos? ¿En qué medida no podemos evitar distinguirnos de ella? Pues bien, en relación a las definiciones esas de significante y estructura es que se puede trazar la frontera adecuada [...]

Esos significantes de la ciencia, por reducidos que sean, sería un engaño creer que están dados, y que el empirismo que fuere permite despejarlos (1985, pp. 262–263).

Podríamos también sin duda referir a Ferdinand de Saussure (2006) en lo relativo a la arbitrariedad del signo lingüístico, o a Claude Lévy-Strauss (1945) y sus estructuras elementales de parentesco; pero lo importante es establecer cómo el ser humano genera oposiciones que coloca en pares antitéticos para intentar ir un paso más allá de la mera apariencia. En nuestro tema, la composición del par bien / mal-estar no deja dudas respecto de ello; lo que ignoramos ahora, dada la arbitrariedad en la convención de la oposición entre ambas, es cuál define a la otra, pues bien-estar podría ser entendido como la ausencia de mal-estar; ahí fue donde operó conceptualmente la OMS en 1948, para subrayar que la salud no era meramente la ausencia de enfermedad, lo que generó una claridad, pero a la vez complicó y complejizó. Al complicar, hace corresponder a la salud con el bienestar, y al complejizar, señala que no es meramente físico sino también psicológico y social.

Este embrollo terminológico y conceptual puede ser clarificado desde la clínica, donde se distingue desde tiempos inmemoriales a los signos de los síntomas. Habría entonces una salud que podría ser vista, mejor dicho mirada, en los signos; pero otra que tendría que ser escuchada en los síntomas. La primera, más allá de la enunciación del sujeto; la segunda, cognoscible solo a través de sus declaraciones, y en ocasiones ni siquiera conciente de sí y por tanto indeclarable por el propio sujeto. ¿Por qué la medicina ha perdido este valioso distingo? Tal vez las presiones de la industria farmacéutica, tan poderosa, han logrado ese corrimiento ideológico. Imaginemos o recordemos una conversación como esta entre médico y paciente:

Mire, usted no tiene ningún signo clínico que permita diagnosticar una enfermedad, pero sus síntomas son tan verdaderos para usted como los signos podrían serlo para mí; así que, si usted considera podríamos indicar medicamentos o procedimientos para sus síntomas. Usted decide, excepto que debería considerar estos efectos secundarios...

O tal vez lo que escuchamos sea algo así:

Nada de eso, tiene usted gripe, y un sujeto externo a usted y a mí decide que debo indicarle fármacos antigripales para aminorar sus signos y síntomas, urge que los compre y regrese a circular para que esté en condiciones de trabajar o de consumir; igualito que en la publicidad que ha visto por la televisión. Así que por favor nada de reposo y líquidos abundantes para permitir el curso natural de la infección viral. Respecto de los efectos secundarios, no se preocupe, le mandamos otros fármacos para minimizarlos.

Lo que se obliga a entender como “síntoma”, connotado negativo, es signo o síntoma que indica que el aparato defensivo del organismo está realizando su tarea, cierto malestar es inherente al proceso autocurativo de ese organismo sano. Y es sobre dicho malestar que se impone el alivio. En efecto, se impone, no se indica u oferta. Recordemos que todo malestar es de índole subjetiva.

Pero no nos escandalicemos, pues en psicoterapias acontece algo semejante, como con el trabajo de duelo, donde aparecen signos y síntomas propios de un decurso que meramente se encauzará con el tiempo, no sin malestar, el cual es connotado como negativo. Así, imponemos intervenciones donde cualquier operación es en principio fútil y en ocasiones dañina.

Lo esencial es diferenciar entre imponer, hacer objeto de la intervención al otro sin contar con su albedrío, e indicar u ofertar, es decir, de-mostrar al otro sujeto en la intervención los datos y las razones para

proponer tal o cual intervención para contratar o no con él, y asumir en todo momento su albedrío en tanto sujeto, o en su defecto de aquellos quienes estén en la capacidad y facultad de hacerlo —incluida desde luego la opción “no acepto sus indicaciones”.

Con este par sano / gripe–duelo entremos a la entraña de la articulación entre bienestar / malestar y salud / enfermedad, que remiten a un juego (+) / (-) donde la significación connotada en (+) corresponde a “sano”, “bienestar” y “salud”, mientras que serán significadas desde el (-) sus pares significantes opuestos.

Lo anterior desemboca en la formulación de una pregunta inevitable desde quienes estudiamos y operamos en la subjetividad: ¿quién? La cuál, por lo general, se encuentra más allá de la interrogación por el ¿qué? Así, sobre la gripa se responde desde el ¿qué?, enunciando signos¹⁰ que si bien conducen a las ideas *infección* y *virus*, también lo hacen a la idea *historia natural de la enfermedad*, donde la indicación medicamentosa no es natural, pues justo esta última idea (Pérez, 1989) remite al modo en el cual se desarrollaría una situación dada en un escenario futuro sin intervención médica. De esta forma, corresponde cuestionar no por qué se medica sino quién medica, quién está interesado en ese curso de acción, en procurar tal futuro, en realizar un preferible. Ahí es donde encaja, sin demasiada malicia y con pleno reconocimiento de la legalidad de sus intereses lucrativos, el supuesto de un quién que podríamos denominar: la industria farmacéutica, a sabiendas de que con ello significamos un sujeto colectivo complejo. No está de más reconocer que el propio sujeto portador de signos y síntomas podría estar interesado, motivado, por hacer desaparecer los síntomas y signos gripales, en ello no habría problema ético alguno, siempre y cuando tomara una decisión plenamente informada procurada por el facultativo

10. No está de más advertir la diferencia entre signo clínico y signo lingüístico, donde el primero sería un significante que en principio no significa nada; en tanto no se significa como evidencia de un tal o cual proceso orgánico que está de tal o cual forma asociado a la construcción que hemos denominado salud / enfermedad, según sea el caso.

que lo atiende. El tema está de nuevo en la prescripción *a priori* y en la omisión del momento del contrato por lo cual un sujeto interventor hace objeto a Uno como cliente, paciente o consultante.

Ahí, en la representación que un sujeto hace de su propio bienestar / malestar y otras oposiciones en la serie (+) / (-), es donde la acción de quienes trabajamos con personas ha de ser emprendida, procurando que el sujeto logre dar-se cuenta, ponerse en dirección de ello, y hacerse cargo de lo que corresponda.¹¹ En una buena parte, los aportes de los estudiosos e interventores desde la perspectiva psicosocial nos ofrecen una serie de matices, cuestionamientos y preguntas que también han de ser ubicados por el sujeto-individuo como parte de su proceso. En otras palabras, sin el aporte interdisciplinar de los profesionales y académicos avocados al estudio de la subjetividad humana colectiva, no podríamos situar y contextualizar al sujeto en psicoterapias.

Aquí es donde debemos introducir la idea de *desarrollo*, que tendría que ser central para nuestro campo, e implicaría unas convenciones sobre las nociones generales del desarrollo que hasta el momento aparecen como faltantes y podrían prestar amplios servicios para trascender las oposiciones mencionadas y plantear una perspectiva que las toque sin trastocarlas. Además, al aunar *desarrollo* al glosario, rompemos la identidad salud-bienestar. Por ejemplo, cuando decimos que en el desarrollo del trabajo de duelo es sano vivenciar un cierto monto de malestar.

Entendería por desarrollo el paso desde una situación A presente hacia una situación B futura, sí un cambio $A \rightarrow B$, donde B es preferible respecto de A. El proceso requiere un mínimo de tiempo, tiene límites potenciales específicos e individuales, y está en función de los insumos u oportunidades accesibles. También se precisa que para hablar de desarrollo se requieren al menos dos datos diacrónicos de una misma serie. Sería posible acordar estas nociones como convencionales y re-

11. Una paradoja, pues, como veremos, hacer esto ya de por sí implica un buen nivel de salud mental actual, lo cual nos dejaría entonces la pregunta: “y ahora, ¿qué le ofrecemos?”.

servar el diálogo sobre las diferencias a “lo preferible”, verdadero punto del debate político que desborda la escena académica y profesional, aunque las determina. ¿Quién dice “lo preferible”? Aunque tengamos oídos sordos a esta cuestión, nos atraviesa de forma cotidiana y pareciera una obligación profesional reflexionar al respecto, tomar posición y obrar en consecuencia; vale decir que es un tema ético insoslayable en la práctica de cualquiera de las psicoterapias. Con esto apunto una primera conclusión.

En la actualidad contamos con una referencia de lo preferible establecida: el DHS incluiría la suma de las nociones que han devenido convicciones respecto del desarrollo, a saber:

- La propia noción del *desarrollo*, que da noticia de que una situación no tiene que ser así de una vez y para siempre. Al respecto, personajes como Jacques Derrida (1985) se han encargado de teorizar con las ideas de naturalización y de-construcción.
- La claridad de que las metas deben ser fijadas en términos que incluyan las dimensiones individuales y grupales, y no meramente de las organizaciones e instituciones, que complejizan su medición y evidencian que organizaciones productoras de bienes o servicios con fines de lucro (para facilitar la lectura: “empresas”) o países (entiéndase “estados”) tengan recursos, bienes, servicios y oportunidades abundantes y aun en exceso; lo cual se entiende como que son ricos, extremadamente ricos; mientras que individuos y grupos próximos e interactuantes estén carentes de esos mismos recursos, bienes, servicios y oportunidades, incluso a un nivel básico de subsistencia, es decir, que sean pobres, extremadamente pobres, y por ende más vulnerables de lo que de por sí somos los seres humanos, o al menos en una medida irracionalmente desigual a la que lo son los individuos y grupos tras las empresas y estados ricos. El índice de desarrollo humano (IDH) es un ejemplo de esta nueva perspectiva complejizante, mientras que el ingreso *per cápita* lo es de una

concepción del desarrollo desde la simplicidad de una cierta mirada economicista.

Anotemos ahora una premisa para concluir y continuar con lo siguiente: la psicoterapia puede hacer directamente nada respecto de la consecución de los mínimos de bienestar / malestar objetivo material; sí puede aportar respecto del bienestar / malestar subjetivo. Pasamos entonces a discutir la premisa dicha.

Si la psicoterapia es una disciplina profesional, es decir, eminentemente práctica, obliga a considerarla en tanto intervención eficaz para procurar bienestar / malestar psicosociales. Ya anunciamos antes que la mejor lograda de las intervenciones psicoterapéuticas no será capaz de lograr un cambio en los mínimos del tener existencial. No podemos obviar que se requieren acciones eficaces que provean de servicios de atención para la salud física, de curso provechoso por la educación básica y oportunidades para proveerse de un nivel de calidad de vida digno en lo material, tanto a sí como a los no capaces con quienes estoy obligado. Sin estos mínimos, nos dice el PNUD, no tiene sentido hablar de desarrollo humano. Para lograrlo se requieren acciones políticas desde la ciudadanía, para que el estado establezca políticas públicas sostenibles en equidad e inclusivas. Al respecto, los psicoterapeutas no podemos quedarnos fuera en tanto ciudadanos, pero poco tenemos que aportar como profesionales de manera directa. En síntesis: el bienestar material objetivo no es un producto previsto de la psicoterapia.

Y ya que vivimos y trabajamos en México, no podemos dejar de situar la práctica de la psicoterapia en este entorno; las cifras están ahí y las conocemos... deberíamos conocerlas. ¿Cómo hablar de bienestar psicosocial cuando tantos millones viven en pobreza extrema? No cabe mencionar la mítica “felicidad” de quienes subsisten con menos de dos dólares diarios. ¿Ahí colocamos nuestro preferible para el desarrollo? Mientras haya quienes enferman o mueren por vivir en condiciones decimonónicas, ¿podemos sostener como preferible la autorrealiza-

ción, la genitalidad, la felicidad o cualquier otra referencia acorde a cada formación?

Seamos humildes y reconozcamos los límites de nuestra profesión en estos aspectos psicosociales que atañen a más de la mitad de la población nacional, decenas de millones de seres humanos más próximos que lejanos a nosotros. No usemos estos límites para justificar una inacción que como ciudadanos tendríamos que emprender.

Luego de ubicar esto, podemos pensar en cómo podría aportar la psicoterapia a individuos que son, están o tienen unos niveles mínimos de desarrollo humano sostenible. Ahí sí que podemos aportar y mucho, pero además en el sentido de las sostenibilidad, en el impacto de hoy, pero también en el futuro.

LA SALUD, EL SANO Y EL SANADOR

Más de una ocasión nos ocupa la reflexión sobre cómo nombrar a aquellos quienes acuden a nuestro servicio profesional. En principio tendrían que ser de acuerdo con la terminología en boga: “usuarios”, dado que nosotros no producimos bienes sino servicios. Para ser más exactos, en la psicoterapia el servicio implica que nuestros usuarios harán buena parte, la sustancial, de aquello que conduce a las metas. “Servidores” seríamos nosotros, igual que los(as) sexoservidores(as), excepto que el servicio que ofrecemos es de índole diversa, aunque servicio al fin y al cabo. Restauranteros, hoteleros, banqueros y comerciantes también pertenecen al sector servicios. Todos como prestadores requerimos que nuestros usuarios hagan aquello que les corresponda para que el servicio profesional sea satisfactorio y productivo. Quienes van al antro “amargados” no podrán responsabilizar al prestador de su insatisfacción, a menos que le demanden haga por ellos lo que a ellos corresponde: “¡hazme feliz!”, “¡adelgázame sin esfuerzo y comiendo todo de todo!”. Los llamados “productos milagro” venden ilusiones de este tipo.

¿Qué ofrecemos entonces en psicoterapia? Desde luego no vendemos ilusiones sino que ofertamos compromisos de colaboración. Procurar que Uno, usuario, que ha venido con otro, prestador, responda a dos tipos de cuestiones: ¿quién soy yo? y ¿cómo hago para...? Recordemos que cada una de las psicoterapias puntualiza los contenidos. Así, *grosso modo*, el psicoanálisis solo aborda la pregunta ¿quién soy yo?, incluyendo los aspectos inconcientes de ello; incluso para el dispositivo de intervención desde esta referencia es fundamental no entrar al ¿cómo hago para...?, mientras que para una psicoterapia de apoyo tal vez ese sea el foco, sin detenerse demasiado en ¿quién soy yo?, a menos que venga al caso para responder ¿cómo hago para...? Aun así, ambas podrían tener un mismo marco conceptual referencial, por ejemplo el psicoanalítico, pues eso no eliminaría el diferente proceder debido al diferente propósito. Por otro lado, al igual que cualquier opción clínica desde cualquier referencia, se habrá de respetar el albedrío del sujeto para contratar una u otra opción, jamás se impondría al usuario la perspectiva del servidor. Por cierto, en la imposición se incluye la des-calificación de otras opciones. Finalmente, vale subrayar que al momento de contratar, Uno usuario y otro prestador asumen procurar responder la pregunta correspondiente como compromiso de colaboración.

Queda implícito que para la psicoterapia dar-se cuenta de ¿quién soy yo? es lo preferible. Asimismo, resulta preferible procurarse un momento de reflexión para responder ¿cómo hago para...?, que solo ir por la vida haciendo sin más.

Podríamos entonces formular que un individuo psíquicamente sano, o si se usa el convencional “sano mentalmente”, las más de las veces será diagnosticado con suficiente salud mental y, por tanto, se le indicará que para él una psicoterapia es electiva en función de actualizar algunos potenciales; lo cual implica que sería capaz de-mostrar quién es y cómo hace.¹²

12. El autor se da cuenta de la tautología que en estos párrafos subyace y espera despejarla en las páginas subsecuentes.

La salud sería entendida entonces como un diagnóstico, el juicio que un interventor se formula sobre un sujeto en una situación intervenida, que ha de ser formulado desde la empatía, la consideración y la autenticidad para ser comunicado al sujeto en diagnóstico, previo análisis de la propia contratrasferencia e implicación en el caso, y atendiendo en todo momento la disimetría que la situación misma de intervención estructura, más allá de buenas intenciones, con técnicas expresas para evidenciar las mejores prácticas. Un diagnóstico jamás debería ser entendido como la enunciación de una verdad sobre el ser del sujeto sino solo como una herramienta necesaria para tomar decisiones sobre la indicación, contrato y operación de un tratamiento psicoterapéutico. Y es justo en el momento del contrato donde evidenciamos nuestra consideración de uno y otro como semejantes que concurren en la psicoterapia. Tendríamos que ser capaces todos los colegas del gremio de evidenciar el establecimiento de un contrato, de hacerlo sin burocratizaciones que superponen la forma al fondo.

Así, un sujeto consultante, quien ya ha asumido un contrato de intervención, tendrá derechos pero también obligaciones, prestaciones y contraprestaciones, según la terminología de los contratos, al igual que los tendrá el prestador.

Por ejemplo, podría convenir ser llamado paciente, analizante, cliente o de cualquier otra forma. También acordar asistir con cierta periodicidad, frecuencia y duración a las sesiones. Obligarse a pagar tal cantidad por este servicio. Y, en general, cualquiera podría convenir en cualquier cosa mientras esta sea lícita, ética y profesionalmente fundada. De estos tres últimos rasgos el responsable es el psicoterapeuta sin excusa ni pretexto, y ahí podría radicar la evidencia de la licitud, eticidad y profesionalismo de su intervención.

Parte importante del contrato es la claridad al señalar que uno ha acudido a consulta porque así le ha sido determinado, aunque no sea muy claro de ello. De la misma forma, uno podrá retirarse de la misma cuando así lo decida, y señalar para tal efecto la conveniencia de un aviso previo para operar un cierre cuyos términos serán también

contractuales. Suelo comentar a mis pacientes —ese es el uso que tengo para referirme a ellos— que si bien se advierte la conveniencia del cierre, hay quienes simplemente dejan de asistir sin previo aviso, esto con la finalidad de—mostrar cómo el albedrío del sujeto determina la finalización del tratamiento.

Entonces la salud es un juicio sobre un sano, lo cual negaría la existencia del sanador, ese quien se supone es el agente activo para que yo paciente pasivo sane, sea sano, y por tanto diagnosticado con salud. No perdamos tiempo con esto, el psicoterapeuta no es sanador, en todo caso es colaborador de quien procura su propia salud mental. El psicoterapeuta no responde la demanda por sanación, se declara incompetente para ello, reconoce que el único quien con tiempo, esfuerzo y dentro de ciertos límites puede pasar de A (enfermo)→ B (sano) es el propio sujeto en tanto lo considera preferible.

Lamento decir ahora que si alguien demanda a otro que lo sane, sin hacerse cargo de lo que le corresponde, no es candidato para psicoterapia, al menos para una con raíces clínicas, sin importar el marco referencial que la sustente. Se puede atender a ese individuo y proponerle trabajar para pasar de A (demandante / pasivo) → B (analizante / activo), para logrado B entonces establecer un contrato psicoterapéutico con él y definir un nuevo preferible para el cual se comprometa a colaborar.

La psicoterapia no ofrece ni bienestar material ni satisfacción de demandas. Sí procura desarrollo de la propia salud mental del individuo activo en el proceso. Cada una de las psicoterapias oferta procurar el desarrollo de tal o cual aspecto o rasgo del psiquismo, o bien, tales o cuales modos y medios de intervención.

SALUD / ENFERMEDAD MENTAL: CONCEPTO E INDICADORES

¿Cuáles serían los indicadores o evidencias del bienestar / malestar? Al menos aquellos que más allá de un discurso delirante podemos aportar desde la psicoterapia al estar y ser humano en el mundo. Los dos con-

ceptos que estructuran el campo de la práctica clínica merecen ser reflexionados con detenimiento por quienes aspiran a formarse en ella, pero además ameritan ser con frecuencia cuestionadas por los profesionales que los utilizan.

Con todas las dificultades que pueda tener la definición de la OMS, continúa siendo el mejor referente para iniciar cualquier reflexión, a condición de que sea enriquecida con las aportaciones auspiciadas por la propia ONU, que la ubican como una parte esencial del desarrollo humano sostenible. Su tono idealista es indiscutible, pero si se le asume como un proyecto para lo humano planteado desde 1948, al recordar que en ese mismo año se aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, a los críticos de estos logros de la humanidad se les podría inquirir por su contribución al logro en la dirección de tales ideales. Nota fundamental para entender el valor de la definición de la OMS es que escapa a la tentación de definirla como la ausencia de enfermedad o molestia, y propone marcarla como el completo estado de bien-estar tanto físico, como psicológico y social.

Esta definición obliga a un enfoque amplio y complejizado para el tema de la salud. Sin embargo, habrá que reconocer las presiones políticas que implica el poder real del gremio médico, que usualmente identifica este tema como un asunto exclusiva o primordialmente de su incumbencia. Es innegable que el gremio médico ha acumulado saber en su largo recorrido, y que mucho habremos de aprenderles todavía; sin embargo, no significa que las profesiones y ciencias que se ocupan de la salud sean propiedad privada del gremio médico. No abandonemos este punto sin señalar que el propio gremio médico recibe presiones de la industria farmacéutica y del sector financiero por medio de las aseguradoras.

Por otro lado, y como lo muestran tesis de Ruy Pérez Tamayo (1989) y de Michel Foucault (1989), existe en cada época y lugar un concepto de salud y uno de enfermedad, los que determinan las prácticas relacionadas. En suma, puede afirmarse que la ideología dominante en el contexto es trascendente a la práctica clínica. Por ejemplo, tratándose

de salud y enfermedad mentales, el contexto es trascendente en especial en las formas que toman las estructuras de fondo; las históricas de Jean-Martin Charcot difícilmente son formas observables hoy día, donde los trastornos alimentarios y la depresión podrían ocupar paradigmáticamente las formas contemporáneas de la psicopatología en nuestra localidad. Pero tampoco las mujeres múltiparas, histeroides y abnegadas de comienzos del siglo pasado corresponden al concepto de salud mental contemporáneo.

Por último, habrá que advertir que el contexto también es efectivo y afectivo en otro sentido, ya que de forma contratrasferencial existe siempre el riesgo de que “nuestra moral”, “nuestra militancia” o “nuestros valores” sean identificadas con la salud. Ya desde hace décadas, Heinz Hartmann (1978) advertía en un artículo sobre salud respecto del riesgo de trocar a los que se oponen a nuestra ideología en enfermos. No está de más reiterar algunas propuestas para superar esta situación: al sostener de manera permanente un rigor teórico y metodológico, denunciar nuestra propia implicación, deseo o interés, e incluso al analizar nuestra contratrasferencia, y establecer dispositivos de control.

Mi perspectiva

Comenzaré por la noción de salud-enfermedad utilizada por Freud y que hago propia, tema que no es un problema relevante para la teoría y el método psicoanalítico, mientras que para su práctica psicoterapéutica es solo una referencia necesaria, así se lee con claridad:

El neurótico es incapaz de gozar y de producir [rendir]; de lo primero, porque su libido no está dirigida a ningún objeto real, y de lo segundo, porque tiene que gastar una gran proporción de su energía restante en mantener a la libido en el estado de represión y defenderse de su asedio [...]

La diferencia entre salud nerviosa y neurosis se circunscribe, pues, a lo práctico, y se define por el resultado, a saber, si le ha quedado a la

persona en medida suficiente la capacidad de gozar y producir. Probablemente se reconduzca a la proporción relativa entre los montos de energía que han quedado libres y los ligados por represión, y es de índole cuantitativa no cualitativa (1993 [1916-1917], pp. 413-416).

Esta es una noción útil para el ejercicio profesional, anclada en los puntos de vista económico y adaptativo, aunque al referirse a la defensa también se implica el enfoque dinámico de manera tácita. Destaco que los términos freudianos en la traducción de Etcheverry impiden el equívoco “amor y trabajo” como criterios de salud mental.

Lo anterior se complementa con el proyecto psicoterapéutico del psicoanálisis presentado de tres formas diferentes en el siguiente fragmento:

La tarea que el método psicoanalítico se empeña en solucionar puede expresarse mediante diversas fórmulas, si bien todas ellas son en esencia equivalentes. Puede decirse: Tarea de la cura es suprimir las amnesias. Si se han llenado todas las lagunas del recuerdo y esclarecido todos los enigmáticos efectos de la vida psíquica, se ha imposibilitado la prosecución de la enfermedad, y aún su neoformación. La condición para ello puede concebirse también así: Deben deshacerse todas las represiones; el estado psíquico resultante es el mismo que produce el llenado de todas las amnesias. De mayor alcance es otra concepción: se trata de volver asequible lo inconciente a la conciencia, lo cual se logra venciendo las resistencias (Freud, 1993 [1904], p.240).

La última fórmula es precisa y difiere de la forma divulgada, “hacer conciente lo inconciente”, que es teóricamente insostenible si se define lo inconciente como “insusceptible de conciencia”. Una falta de seriedad en el estudio de los textos, o una cierta resistencia a esas ciertas noticias que de lo inconciente se han demostrado, producen este equívoco incluso entre quienes se dicen estudiosos o practicantes del

psicoanálisis, pero también como lugar común entre sus detractores. Una actitud así, sin lectura seria y resistente a las evidencias producidas, la considero una muestra y advertencia respecto del diletantismo que hoy día impera en la cultura *psi*, no solo contra el psicoanálisis sino contra el otro diferente a mi “corriente” o “escuela”. Como ejemplo de lo que toca a los psicoanalistas está la poca discusión entre la definición de lo inconciente, eje conceptual a lo largo de la extensa obra freudiana, plasmado clara y de manera puntual en *El yo y el ello* de 1923. Colegas: ¿quién respetando un mínimo de coherencia lógica no advierte la contradicción entre insusceptible de conciencia y hacer conciente lo inconciente? Por otro lado, es notorio entre quienes cuestionan al psicoanálisis que no se haya señalado esta aparente inconsistencia. Para descargo de todo mundo, esto podría deberse a un problema de traducción —no entraremos a ese nivel de detalle aquí pues corresponde a un texto de una índole diferente al presente—; asumiremos que la falta de rigor en la traducción se debe al proceso mismo de difusión, como lo explica Etcheverry,¹³ y lo englobaremos en la falta de seriedad anunciada. Entonces, cuando decimos *asequible* nos referimos en uso correcto de la lengua a lo que puede conseguirse o alcanzarse; vale decir, obtener, lograr lo que se pretende o desea, o bien ser suficiente o bastante para algún fin. De tal suerte que no es lo mismo transformar o convertir lo inconciente en conciente, que dar-se cuenta de aquellas determinaciones de la estructura subjetiva que suponemos, en tanto no existe otra explicación para ello, son inconcientes. Este matiz llevo a Freud a introducir lo precc (preconsciente) para dar cuenta de aquello psíquico que no siendo conciente en un momento dado sí es susceptible de conciencia. Sabemos de lo inconciente por sus efectos y afectos, lo cual no es extraño para la ciencia. ¿Cómo sabemos de las partículas subatómicas? Por sus efectos, no por aprehensión directa. De ahí la fórmula: “una cierta noticia de lo inconciente”, diferente a

13. Cfr. Sobre la versión castellana un texto del mencionado Etcheverry (2007) como complemento a la traducción de las *Obras completas* de Sigmund Freud.

“una noticia cierta de lo inconciente”, a la cual reduce la supuesta conversión de lo inconciente en conciente.

Así, cuando el sujeto logra dar-se cuenta de lo inconciente, no lo ha reducido a su inexistencia o a una magnitud menor sino que ahora es capaz de incluirlo en su respuesta a la pregunta ¿quién soy yo? La analogía con la manzana mordida me parece que clarifica este punto: ¿solo recuperando el trozo perdido podrá dar-se cuenta de su ser? No, el trozo mordido y tal vez deglutido por alguien es *insusceptible* de ser recuperado para restituir una manzana íntegra y total; sin embargo, es *asequible* dar-cuenta de aquello que no es directamente aprehensible para un observador externo (conducta) ni para el propio sujeto-manzana-conciente (persona), mediante un trabajo de “arqueología”, edificando construcciones fruto del análisis. Usando una complejísima sentencia acuñada casi en los últimos días de la vida de Freud “Donde Ello era, Yo debe advenir. Es un trabajo de cultura como el desecamiento del Zuiderzee” (1993 [1932-1936], p.74).

En la lectura del trabajo freudiano se establece un matiz fundamental que muestra a Freud como clínico, y lo diferencia con claridad de los ideólogos de la salud total o íntegral:

Pero no se olvide que un estado ideal de esa índole tampoco se presenta en el ser humano normal, y que solo rara vez se llega a estar en condiciones de hacer avanzar el tratamiento hasta un punto en que se le aproxime. Así como salud y enfermedad no se diferencian por principio sino que solo están separadas por umbrales de sumación determinables en la práctica, no pueden postularse para el tratamiento ninguna otra meta que una curación práctica del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de rendimiento y de goce. En caso de que la cura o sus resultados sean incompletos, se obtiene básicamente una importante mejoría del estado psíquico general, mientras que los síntomas pueden persistir, aunque su importancia habrá disminuido para el enfermo y no le pondrán el marbete de tal (1993 [1904], p.240).

Con ello se tiene una muestra ejemplar de cómo dar una respuesta práctica a quienes día a día enfrentan el trabajo clínico, sin cometer torpezas conceptuales o lógicas. Una de ellas es suponer que basta utilizar la terminología profesional para intervenir. Por ejemplo, un psicólogo que indicara un tratamiento solamente con base en una traducción del motivo explícito. En la misma línea de las torpezas podemos encontrar a quienes limitan su práctica psicoanalítica al consultorio,¹⁴ a quienes confunden la presentación de casos con la investigación clínica, o a aquellos que no comprometen su palabra, poniéndola en negro sobre blanco y solo pontifican desde lugares con “blindaje” trasferencial. Pero tal vez la mayor mezcla de torpeza, narcisismo y perversión en la psicoterapia es suponer que “todos debemos ser analizados”. Veamos qué opinaba el fundador de la psicología profunda sobre este tipo de ideas:

[...] hay caso en que el propio médico tiene que admitir que el desenlace de un conflicto en las neurosis es la solución más inofensiva y la más llevadera desde el punto de vista social [...] No se embreta en todas las situaciones de la vida en el papel de un fanático de la salud, sabe que en el mundo no hay sólo una miseria neurótica, sino también un penar real e incoercible, y que la necesidad objetiva puede demandarle a un hombre sacrificar su salud. Advierte, además, que mediante el sacrificio de un individuo a menudo se impide una inconmensurable desdicha para muchos otros. Por tanto, si pudo decirse que el neurótico en todos los casos se refugia en la enfermedad frente a un conflicto, es preciso conceder que muchas veces esa huida está plenamente justificada, y el médico, habiendo reconocido ese estado de cosas, se retirará en silencio, lleno de compasión (Freud, 1993 [1916–1917], p.348).

14. Lo cual se opone a lo establecido por el Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, plasmado en su Código de Ética profesional. Véase <http://www.ampag.edu.mx/codigo-de-etica/>

Vale decir que no intervenir es una de las opciones a considerar cuando se cumple con integridad el método clínico; cuando el interventor se abstiene de cumplir sus propios motivos por muy legítimos que estos sean. ¿Cuántos casos se podrán documentar en la práctica clínica de las psicoterapias cuyo diagnóstico implicaba una no-intervención? ¿en cuántos de ellos esta no-intervención se ha sostenido? Lo cual nos daría una medida del logro de la abstinencia con relación al interés por practicar que suponemos en todos.

A manera de síntesis, puede señalarse que, por oposición al “estado de las psiconeurosis” equiparable a la enfermedad, Freud describió “el estado neurótico común” equiparable a la salud. Un posicionamiento que permitió luego a Jacques Lacan construir una teoría sobre una estructura de fondo, cuyas formas caso a caso han de ser diagnosticadas sanas o enfermas, patrones de estructuras subjetivas discernibles entre sí de una manera práctica por la capacidad para gozar, en el plano subjetivo de los afectos, y la capacidad de producir, en el plano objetivo de los efectos.

No se puede finalizar sin recordar que la teoría freudiana de la enfermedad establece dos nociones fundamentales: “refugio en la enfermedad” y “ganancia de la enfermedad”; trascendentes, pues muestran el rostro dinámico de lo psíquico y permiten comprender, por ejemplo, que la enfermedad es tal vez el mejor intento del aparato psíquico por sanar. ¿Quién puede sostener la exclusión de los enfermos mentales después de saber esto?

El desarrollo completo en términos metapsicológicos excede los fines de este trabajo, y se reserva en consecuencia. Enuncio, entonces, asumiendo todos los riesgos que conlleva, mi perspectiva de manera breve: procuro con otro, desde la abstinencia y en la medida de lo posible, el logro de una respuesta a la pregunta ¿quién soy yo (sujeto)?, la cual incluye una cierta noticia de lo inconciente, en su singularidad, bajo el supuesto de que con ello Uno producirá y disfrutará, siempre en la medida de lo posible, lo cual considero preferible.

Recordemos que también hemos plasmado una concepción de la salud / enfermedad mentales, empleamos la grafía “/” para mostrar que son un par insoluble, y solo se separan cuando la tarea práctica así lo exige; estamos advertidos de ello.

Pasemos ahora a plantear cuáles serían los indicadores de salud mental que empleamos como referencia en nuestro ejercicio. Comenzamos de acuerdo con la tradición psicoanalítica freudiana, donde los indicadores de salud serían dos: trabajar y amar en una traducción literal, los cuales retomamos, matizamos y ajustamos. Luego añadimos también otros aportes realizados con posterioridad provenientes de dentro y fuera de los psicoanálisis.

Capacidad de producir

Decidí emplear *capacidad de producir* en lugar del término *trabajar* original para evitar cierto corrimiento ideológico propio de nuestra época, donde se identifica trabajo solo con uno de los factores de la producción, por cierto el más enajenado de todos. Con ello evitamos la enajenación del valor simbólico de potencial productivo que puede realizarse o no en ocasiones determinado por la situación. Así, los trabajadores “despedidos” de una reingeniería organizacional no por fuerza han de ser considerados con una merma en su salud mental por estar “sin trabajo”, dado que conservan su capacidad de producir. Al emplear el término *producir* evitamos desagregar capital y trabajo.

La producción se define en lo general como la agregación de valor a un bien o servicio; junto con la distribución y el consumo, son las funciones económicas esenciales. Entendamos que se produce cuando como fruto de una actividad una cosa o una acción es preferida por otro u otros en su estado final, es decir, como producto, que en su estado inicial, como insumo. La capacidad de producir es objetiva y el producto resultante es intercambiable por una remuneración que

permite al individuo consumir y circular en el sistema económico-social para subsistir y apuntalar a los discapaces. Esta capacidad puede ser afectada por cualquiera de las determinantes de Lo humano. La acción específica necesaria para la sobrevivencia del individuo está constituida por las relaciones económicas en las cuales participa con su capacidad de producir, en concreto por los modos y medios de producción que le son propios o de su propiedad.

Capacidad de disfrutar

No es necesario abundar en la carga ideológica que el término *amar* tiene en nuestros días, por eso hemos elegido *capacidad de disfrutar* para sustituirle, y suponemos con ello ser fieles al espíritu del aserto freudiano.

A diferencia del uso, usufructo e incluso abuso, que se refieren al consumo de bienes o servicios más ligados a la función económica, el disfrute se relaciona con la sexualidad humana, entendida en el sentido amplio propuesto por el psicoanálisis, nos afecta definitivamente como una vivencia y por tanto es del orden subjetivo. El dato inmediato y aprehensible a la conciencia de esta capacidad es el afecto en su serie placer-displacer. Sin embargo, disfrute y obtención de placer no son sinónimos. Para que lo fugazmente placentero se torne establemente disfrutado, se requiere que esté exento de asco, vergüenza y culpa, así como de inhibición o compulsión; el término *serenidad* refleja esta condición. El disfrute sería entonces la obtención serena de placer. La acción específica necesaria para la supervivencia de la especie, reproducción, está constituida por los modos y medios de las relaciones en las que cada individuo participa con su capacidad de disfrutar.

Si bien los dos anteriores son criterios suficientes, conviene precisar algunas otras aportaciones útiles.

Dar(se) cuenta

Equivalente contemporáneo de la fórmula terminológicamente cuestionable “hacer conciente lo inconciente”, en el trabajo clínico de consultorio este indicador es aprehensible en el discurso que el sujeto despliega y el interventor documenta y hace texto. Respecto de lo inconciente, se puede esperar lograr una cierta noticia, no más.

Ubicación respecto de la realidad

Encontrar en el sujeto una suficiente prueba de realidad es un indicador indispensable para determinar de fondo la salud mental, a la par que uno de los más controvertidos. El monto de ilusoriedad, la relación entre los dos principios del acaecer psíquico, la correlación entre discurso, actos y convenciones establecidas, la realización voluntaria de efectos y afectos en el entorno, son algunos de los criterios para tomar noticia de este indicador.

Otra forma de decir esto es *asunción de la castración*, un registro imaginario-simbólico para dar-se cuenta de lo real y minimizar su potencial traumático en lo psíquico.

A continuación plasmamos una serie epigenética de tres rasgos que parten de los registros clínicos que se decantan en la experiencia de cada psicoterapeuta y, en ocasiones, en documentos donde se sistematiza y reflexiona la práctica.

Ser sujeto de sí

Consiste en reconocerse como quien desea, quien se interesa, quien necesita y, en general, como quien está motivado. Esto aun cuando los motivos sean fenoménicamente vivenciados como ajenos a la propia persona, lo cual a su vez motiva a responder la pregunta ¿quién soy yo?, incluyendo los aspectos inconcientes.

Ser activo

Se hace o dice lo que se supone conducente a la realización de los motivos reconocidos en sí mismo como constitutivos de la propia y singular subjetividad. Es importante que la actividad tenga una dirección hacia procurar la realización de aquello que motiva, la mera actividad *per se* no es suficiente para considerar al ser activo (Fromm, 1984).

Hacerse cargo

En su teoría sobre el amor de cuatro elementos, Fromm (1985) habla de conocer, respetar, cuidar y responder de sí y de aquellos a quienes se ama, y responsividad o responsabilidad. Por ello no bastaría la toma de conciencia, habría que hacerla seguir de acciones específicas, es decir, lograr la traslaboración. Aquí es importante subrayar al apuntalamiento y las capacidades instrumentales diferenciales como elementos subyacentes a considerarse en el logro de este indicador.

Desde fuera del psicoanálisis, retomo dos indicadores que considero de suma valía.

Encontrarse con otros

De los aportes de Carl Rogers puede concluirse que esta capacidad dependería de aprender tres actitudes básicas para las relaciones interpersonales: empatía, respeto y autenticidad, suponiendo que las mismas conducen a un encuentro con el otro semejante en el plano personal. Tal vez desde la perspectiva de “lo colaborativo”, este indicador cobre hoy pleno sentido.

Aída Aisenson (1996) ha preparado un jugoso reporte sobre este rasgo en autores de diversa referencia. Sostiene que al encontrar-se con otros, cada quien se encuentra a sí.

Dar sentido / autorrealizarse

De lo propuesto por Victor Frankl y Abraham Maslow se sigue que cuando el sujeto construye, da cuenta y sostiene un “para qué” de su existencia, entonces logra singularizar su ser en el mundo; es decir, se apropia de la única e irrepetible manera que le es propia para lograr producir y lograr disfrutar. La narrativa provee hoy reflexiones serias y provechosas en este aspecto.¹⁵

Al final, pero igual de importantes, los cuatro rasgos clásicos para perfilar el bienestar, provenientes de la filosofía y con una estación significativa en la psiquiatría, los podemos encontrar desde los aportes especulativos e incluso doctrinales; sobre ellos obran los debates más intrincados que pueda uno imaginar.

Vivencia de felicidad

Que podría ser planteada como equivalente del concepto de *satisfacción personal* desarrollado por la psicología social, es decir, el grado o nivel en que cada sujeto supone estar logrando sus anhelos personales. Aquí podríamos ubicar el registro de bienestar / malestar de cada individuo. Además, resulta obvio subrayar la determinación contextual, la cual Aldous Huxley plasmó con humor inglés en su obra *Brave new world (Un mundo feliz)* cuando hacía recitar a cada clase social: soy X y lo mejor es ser X, porque siendo X tengo lo mejor del mundo para mí, no como los Y y los Z que padecen tal o cual. Sí, la gente en pobreza extrema puede tener vivencia de felicidad en más de un momento en su vida, pero eso no quita que no tiene oportunidades y, por tanto, no

15. Me refiero a la narrativa en tanto marco referencial conceptual para entender Lo humano, y no a la modalidad de psicoterapia que se define por ese término. El abordaje de la narrativa me parece uno de los más importantes con los cuales habremos de dialogar en psicoterapia, ahí donde tal vez la psicoterapia narrativa es el avance más significativo al respecto.

tiene bienestar psicosocial de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Madurez

Si lo que se observa de un individuo y su comportamiento coincide con lo que las teorías del desarrollo que conocemos proponen para su momento vital, entonces lo suponemos sano. Así, vivir y superar favorablemente las crisis del ciclo vital es un indicador desarrollado en la obra de Erik Erikson (1985); asimilación y acomodación acordes con el desarrollo cognoscitivo es un indicador recuperable desde las aportaciones de Jean Piaget (1990); devenir en la situación edípica (Freud, 1993 [1924]), individuación (Mahler, 1972), investidura de objetos transicionales (Winnicott, 1988), son algunos indicadores específicos que pueden ser retomados a partir de las muy diversas teorías sobre el desarrollo psicológico del individuo humano.

Ser funcional

Se refiere a la inserción del individuo en un grupo social en el cual logra remuneración por lo que produce y encuentra tolerancia a su forma de disfrute. Heinz Hartmann (1962), al estudiar el problema de la adaptación, introdujo dos elementos interesantes: la adaptación como armonización, y la noción de cambio de ambiente como tercera vía de adaptación.

Muchos años se cuestionó a la funcionalidad y la adaptación en tanto favorecedoras de la explotación del semejante. Es importante no descuidar este acento, es decir, subrayar que las formas descritas por el psicoanálisis freudiano son dos: la autoplástica, que significa una modificación del individuo respecto de su entorno, y la aloplástica, que consiste en lo opuesto, esto es, la modificación del entorno por el individuo. Resulta claro que una visión solamente autoplástica de la salud podría encubrir los efectos y afectos de la represión social;

pero también es necesario señalar que en algunos casos una “actitud revolucionaria” enmascara un conflicto individual, lo que se puede evidenciar con lo que podríamos llamar compulsión aloplástica. De acuerdo con Piaget (1990), la síntesis sublimatoria aparece cuando el individuo de reformador pasa a realizador.

Ausencia de enfermedad o afección mentales

Una de las formas más utilizadas de plantear la salud mental consiste en contrastar la situación de cada individuo, en un momento determinado, respecto de patrones esperados construidos para tal efecto. Por ejemplo, puede considerarse un indicador de salud mental el hecho de no presentar los indicadores de cualquiera de las categorías establecidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10, capítulo V (CIE 10). Lo mismo se puede decir respecto de instrumentos semejantes.

Son 13 los indicadores que empleo en mi práctica para tejer un juicio sobre el estado del sujeto y su bien / mal estar. No lo hago de manera rígida y burocrática, pero en la medida de lo posible procuro datos de todo el espectro. No emito un juicio sin tener información suficiente sobre las capacidades para producir y disfrutar; dialogo con mi paciente sobre su caso y trato de—mostrarle lo que he escuchado y observado, a partir de los datos que él mismo proveyó; le comunico con claridad y consideración mi juicio; le indico tratamiento o no, conmigo o no, de acuerdo con el diagnóstico, hecho lo cual clarifico lo que sea necesario e invito a que tome posición sobre seguir o no las indicaciones. Enfatizo sobre su albedrío como norma fundamental del contrato, pero también sobre mi propia posición en tanto sujeto contratante.

Técnicamente, en la primera sesión procedo de una forma cortés para recibir a quien acude, para luego indicarle algo así: “Es importante para mí, para desempeñar mi trabajo, que usted me cuente todo aquello que le parezca relevante sobre lo que le ha traído aquí. Así que le es-

cucho, y si tengo alguna duda o comentario, se lo haré saber”. Lo cual hago preguntando, confrontando, comentando, solicitando precisiones o cualquier otra operación que considere adecuada. Por lo general, me tomo al menos dos sesiones para verificar la insistencia de cualquier dato, al final de las cuales hago lo ya mencionado en el párrafo anterior. Cada una de las sesiones se pueden caracterizar como poco estructurada, fluyendo Uno en asociación libre, mientras que otro con atención libremente flotante. Una guía que he sistematizado para organizar y procesar los datos recopilados, permite presentar un reporte puntual.

Considero muy importante terminar la primera sesión ofreciendo un primer esbozo de escucha, con la intención de—mostrar la esencia del proceso. Invito al comienzo de las sesiones subsecuentes a dar—se cuenta de lo generado entre sesiones.

No terminaré sin reconocer la valía de la psicometría de la personalidad, las técnicas proyectivas, las listas de verificación o la anamnesis, entre muchas otras, las cuales son técnicas que ofrecen datos sobre indicadores establecidos. En esta línea de ideas, es muy interesante conocer y revisar el Eje V del diagnóstico multiaxial propuesto por la American Psychological Association (APA), conformado por el instrumento denominado Escala de evaluación de la actividad global (EEAG), que constituye por sí mismo una declaración de concepto e indicadores.

Terminaré esta sección mencionando que si bien en la actualidad existen todos estos recursos válidos y confiables para obtener datos sobre varios de los indicadores mencionados en este capítulo, y que sin duda se desarrollarán otros más, sus resultados son solo fuentes de información útil para la formulación de la evaluación clínica psicológica o del psicodiagnóstico, pero no son equivalentes y mucho menos los sustituyen.

Abro un paréntesis para señalar que el tratamiento de este tema exige pensar en la articulación entre dimensiones subjetivas: individuo, grupo familiar, organización social e institución cultural en términos de bienestar / malestar. ¿Cómo se determinan? ¿Lo hacen a la manera de

un árbol o como una red? ¿Es viable el bienestar individual, es decir, el desarrollo sostenible en dirección de su bienestar, cuando el contexto entorno es una familia o una organización social que muestra más evidencias de malestar que de bienestar? ¿Cómo construye cada cual su convicción sobre lo preferible, sobre aquello que de vivenciarse le permite declarar su bienestar?

Dadas las restricciones de espacio, no abundaré más en estas ideas; sin embargo, quiero dejar asentadas mis convicciones de que en cada una de las dimensiones subjetivas, los marcos referenciales, modos de investigación y procedimientos para procurar bienestar y prevenir malestar han de variar. Tampoco puede suponerse que de lograrse bienestar en una de las dimensiones, esto evitará el malestar en otras o lo generará de forma mecánica. Entonces habrá que tener cuidado de no simplificar la mirada desde lo individual, pero tampoco desde lo colectivo. Reitero que, tanto las acciones individuales singulares y las políticas públicas colectivas son requeridas a la par, en coordinación y con claridad de miras comunes realizadas por especialistas.

Sea árbol, red o espiral dialéctica, propongo que lo preferible sería una generación de hombres y mujeres con una suficiente salud física y una estructura subjetiva sana que les permitieran bien estar, disfrutando, en su(s) contexto(s), competentes para procurar, produciendo, una situación económica que provea calidad de vida sostenible; que pudieran concurrir a la crianza y educación de una nueva generación, en el rol de padres y madres, apuntalando un contexto familiar que contenga y proteja para incrementar las oportunidades de una nueva generación, sin perfeccionismos ni abandonos, siendo suficientemente buenos.

¿ES EL MALESTAR CONDICIÓN DE BIENESTAR?

Como último punto, propongo tratar la revisión de una referencia fundamental para muchos: ¿es posible el bienestar del individuo sin un cierto malestar por su inserción en la cultura? En tanto psicoanalista,

no puedo soslayar el aporte de Freud; pero tampoco estoy obligado a seguirlo incondicional y doctrinariamente. Lo mismo respecto de lo que han planteado los colegas psicoanalistas posfreudianos. De hecho, elegí formarme en el Círculo Psicoanalítico Mexicano por la asunción de esta organización de una posición contra-institucionalista, patente tanto en su declaración de objeto social como en sus prácticas que procuran evitar las perversiones incestuosas de la endogamia analítica.

Pongo manos a la obra y advierto que no podré tratar todas las ideas sugerentes y que solo he elegido unas pocas. El nodo de la tesis central de *El malestar en la cultura* (Freud, 1993 [1930]) es, según Ernest Jones, un “irremediable antagonismo entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura” (Freud, 1993 [1930], p.60). La idea puede rastrearse hasta 1897 en su correspondencia con Wilhelm Fliess, y desde esta decimonónica perspectiva insiste una tendencia a construir una antropología de base orgánica. Si bien la posición final de este autor no es lo suficiente clara, sí podemos ubicar al superyó desde la perspectiva netamente cultural. Incluir una instancia en el aparato psíquico de esta índole coloca muchas de las dinámicas subjetivas más allá de la organicidad, que pasaría entonces a ocupar el lugar de apuntalador estructurante. Al menos ese es el giro que me parece introduce al trabajar en su propuesta de un par pulsional eros-muerte (Freud, 1993 [1920]).

En ese momento del pensamiento freudiano se redacta *El malestar en la cultura*, y no es posible descontextualizarlo, ya que la obra misma está llena de referencias a los textos contemporáneos. Uno de ellos, *El porvenir de una ilusión* (Freud, 1993 [1927]), me parece clave para entender la articulación entre las dimensiones subjetivas y, además, contiene una idea clave para el tema del presente libro, a saber: los seres humanos tendemos a la ilusoriedad, a ser motivados por ilusiones, que son representaciones fincadas en deseos infantiles inconcientes que demandan creencia absoluta e incondicional. En esa obra se enuncian tres de ellas: el control absoluto de los fenómenos naturales, el extrañamiento de la mortalidad propia —corolario de la

anterior—, y la demanda por la existencia de un Otro, superior, exterior y diferente a mí, quien me cuidará. Es en la tercera representación que soportamos conceptualmente la idea “demanda” que expusimos antes. A quienes duden, invito a pensar en dos vías que de-muestran el aserto: la primera, la evidencia que de ello puede ser ofrecida por cualquier clínico al sistematizar y reflexionar los registros de su práctica; mientras que la segunda sería reflexionar que, de no existir los afectos y efectos potenciales de la vulnerabilidad por esta disimetría imaginaria que se constituye en el comienzo de toda psicoterapia, no hubiera sido necesaria la advertencia de las propuestas posmodernas: “irinde cuenta sobre las relaciones de poder existentes en toda práctica de la psicoterapia!”. Comprendo que para algunos, tanto la demanda cuanto el deseo infantil inconciente quedan fuera de foco; les invito a pensar en sus propios términos lo que he llamado *demanda*, y que es constatable en el vivenciar del fenómeno clínico. Me gustaría saber cómo dan cuenta de ello.

Regreso a la idea de “malestar en la cultura” para articularla con “ilusión”. Desde el *Contrato social* (Rousseau, 2003) ilusiona con la posibilidad de resignar albedrío para lograr realizaciones inasequibles al individuo por sí. No pensemos en metas monumentales o majestuosas, la mera supervivencia del individuo humano le es ajena y requiere el concurso de otro semejante para desarrollarse como humano. Simplemente, para seguir viviendo se hace necesario el contrato social; hoy, pese a que contamos con una maraña institucional que norma y organiza lo relativo a la protección del menor, con una frecuencia que duele encontramos noticias de bebés encontrados, vivos o muertos, abandonados y sin el apuntalamiento indispensable. No habría que olvidar este rasgo tan recordado en otros desarrollos temáticos: estar depende, antes de que sea bien o mal, del contrato social donde el otro cuenta como auxiliador, pero también como amenaza. Entonces, la especie humana está determinada por la individualidad orgánica, al menos al comienzo de la vida, a la colectividad grupal que luego deviene organizacional e institucional; esto es, lo que se conceptualiza en el

contrato social. El sujeto humano es individuo sujeto por lo colectivo. Sobre este hecho, Freud intenta dar luz a partir de su artefacto conceptual, en eso consisten sus “trabajos antropológicos”; en este esfuerzo, constata que la organización social que mira hacia la producción no tiene miramiento para con el disfrute del individuo, incluso si con ello se verifica una merma de este, en particular cuando se verifica desde la realidad que no hay Otro que cuida desinteresadamente de mí sino un tejido social que me pasa factura, por lo usual alta, por todo aquello de lo cual disfruto. ¿Es tan complicada y cuestionable esta tesis?

Habría que reconocer que el *tour* de Freud no es nítido, tal vez por profuso y por necesitar referencias externas a la propia obra; también por cierto envejecimiento del estilo y el léxico. Leamos: “‘Cultura’ designa toda la suma de operaciones y normas que distancian nuestra vida de la de nuestros antepasados animales, y que sirven a dos fines: la protección del ser humano frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres” (1993 [1930], p.87).

Es cierto que esta noción aparece como simplificadora, pero habría que rescatar que en el fondo marca el objeto mismo del contrato social, los fines que hacen racional las renunciaciones que implica. Hoy día vendría bien una regulación eficaz de los vínculos recíprocos de tipo comercial que se establecen en las “economías de mercado”. “[...] en definitiva, ¿de qué nos vale una larga vida, si ella es fatigosa, huera de alegrías y tan afligente que no podemos sino saludar a la muerte como redentora?” (Freud, 1993 [1930], p.140).

Pero tal vez lo que resista es el empleo de dos elementos perturbadores: la agresividad y el sentimiento de culpa. Estar en la cultura no puede ser explicado sin atender estos dos elementos. Más perturbadora aún es la idea de que la agresividad hacia el otro es procesada mediante la vuelta hacia sí, tomando la forma en el neurótico, sano o enfermo, de un sentimiento de culpa que presto nos castiga con malestar ocupando el lugar del Otro fiscal, juez y verdugo antes externo y ahora introyectado. La construcción lógica es impecable y consistente con el marco conceptual psicoanalítico. Hoy, el tono autoritario nos

escandaliza como políticamente incorrecto, aunque habría que revisar el autoritarismo de los antiautoritarios patente por ejemplo en los linchamientos a través de las redes sociales. Resulta perturbador asumir que la vía para construir cultura es la interiorización de la autoridad que ostenta el uso legítimo de la violencia, el panorama con los modos y medios imperiales y kaiserianos vigentes en la época de Freud, en la cual apenas asomaban las instituciones democráticas, sin olvidar que la máxima vejación sufrida por él provino precisamente de las prácticas de una autoridad emanada democráticamente de las urnas y con un apoyo popular importante en su momento. Tal vez en la actualidad podamos concebir la introyección de una autoridad más dialogante y menos persecutoria aunque, al final de la ruta, el uso de la fuerza o de la culpa al parecer se hacen necesarios en algunos casos límite para preservar la integridad de aquellos quienes sí cumplen con su renuncia frente a las agresiones de quienes no lo hacen así.

Coincido con la tesis freudiana: no es posible un bienestar social sin un cierto monto de malestar individual, pero es necesario considerar que este malestar también puede ser fruto de la frustración de la agresividad dirigida hacia otro semejante, perspectiva desde la cual la insatisfacción o el descontento tienen un sentido diverso.

CONCLUSIÓN

Empleo una cita de Freud que contiene mis convicciones sobre el tema tratado en este libro: “He aquí, a mi entender, la cuestión decisiva para el destino de la especie humana: si su desarrollo cultural logrará, y en caso afirmativo en qué medida, dominar la perturbación de la convivencia que proviene de la humana pulsión de agresión y de autoaniquilamiento” (1993 [1930], p.140).

A ese desarrollo cultural, la psicoterapia puede aportar al dialogar con cualquier entorno para exponer las convicciones que le permiten sostener que la agresividad, aunque no se puede eliminar, sí es controlable, al procurar la institución de la no violencia y el uso de la

fuerza necesaria solo como último recurso, y al establecer organizacionalmente vías alternas de descarga al acto agresivo que daña sin consideración accesibles para los individuos y grupos. Es decir, reconocer la agresividad como constitucional de lo humano y hacernos cargo de ella, hacia un horizonte en el cual lo preferible es no hacer daño de forma desconsiderada, pero sin reprimir la agresividad necesaria que impulsa el cambio desde la creatividad. Y también al colaborar en la consulta cotidiana con aquellos individuos quienes se propongan desarrollar estas vías alternas de descarga, o con aquellos otros que han advertido en sí alguna dificultad para el control de su agresividad.

REFERENCIAS

- Aisenson, A. (1996). *Encontrarse, encontrarnos. Propuestas en psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- American Psychological Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) (s.f.). *Manual de Uso del Catálogo de Campos del Conocimiento (NI-UNESCO)*. Recuperado el 21 de noviembre de 2013, de http://biblioteca.uam.es/sc/documentos/codigos_unesco.pdf y de http://www.siicyt.gob.mx/siicyt/docs/acerca_siicyt/manejo_catalogo_unesco.pdf
- Derrida, J. (1985). Carta a un amigo japonés. Recuperado el 20 de noviembre de 2013, de http://www.jacquesderrida.com.ar/textos/carta_japones.htm
- El Colegio de México (s.f.). *Diccionario del Español de México* [versión electrónica]. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de <http://dem.colmex.mx>
- Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Etcheverry, J.L. (2007). *Sobre la versión castellana. Volumen de presentación de las Obras completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1989). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1992). *Enfermedad mental y personalidad*. México: Paidós.
- Freud, S. (1993). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993 [1904]). El método psicoanalítico de Freud. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993 [1916–1917]). 24ª y 28ª Conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993 [1920]). Más allá del principio del placer. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993 [1924]). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993 [1927]). El porvenir de una ilusión. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993 [1930]). El malestar en la cultura. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993 [1932–1936]). 31ª de las Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. & Pfister, O. (1966). *Correspondencia 1909–1939*. México: FCE.
- Fromm, E. (1984). *¿Tener o ser?* FCE: México.
- Fromm, E. (1985). *El arte de amar*. Paidós: México.
- Grawitz, M. (1975). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. Barcelona: Hispano Europea.
- Hartmann, H. (1962). *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. México: Pax.
- Hartmann, H. (1978). *Ensayos sobre psicología del yo*. México: FCE.
- Lacan, J. (1985). *El seminario 3. La psicosis*. Barcelona: Paidós.
- Lévy-Strauss, C. (1945, agosto). El análisis estructural, en lingüística y en antropología. *Journal of the Linguistic Circle of New York*, 1(2). Recuperado el 20 de noviembre de 2013, de <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Levi-Strauss/An%Elisis%2oestructural.pdf>

- Lewin, K. (1948). Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics. En M.K. Smith (2001), Kurt Lewin: groups, experiential learning and action research, *The encyclopedia of informal education*. Recuperado el 20 de noviembre de 2013, de <http://infed.org/mobi/kurt-lewin-groups-experiential-learning-and-action-research/>
- Malhler, M. (1972). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. México: Joaquín Mortiz.
- Morin, E. (1997). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.). International Classification of Diseases. Recuperado el 21 de noviembre de 2013, de <http://www.who.int/classifications/icd/en/#>
- Pérez, R. (1989). *El concepto de enfermedad*. México: FCE.
- Piaget, J. (1990). *Seis estudios de psicología*. México: Ariel.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2004). Informe sobre desarrollo humano. Recuperado el 19 de mayo de 2014, de http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf
- Real Academia Española (RAE) (s.f.). *Diccionario de la Lengua Española* [versión electrónica]. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de <http://rae.es/>
- Rousseau, J.-J. (2003). *El contrato social*. México: EMU.
- Saussure, F. de (2006). *Curso de lingüística general*. Toledo: Akal.
- Winnicott, D.W. (1988). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

El malestar social y sus síntomas. Desafíos para la clínica actual

GABRIELA CASTRO SOTO

Resumen: *en este artículo la autora establece relaciones sugerentes y con alto potencial analítico sobre las nuevas sintomatologías del malestar social contemporáneo y su vinculación compleja con la cultura; además, expone diversas viñetas clínicas que muestran la problemática relación entre los malestares / bienestar y la sociedad de riesgo e incertidumbre en la que transcurre la vida cotidiana de mujeres y hombres consultantes. Finalmente, pone en el centro la exigencia de un diálogo interdisciplinar que permita ir más allá de la comprensión de los problemas emocionales para descifrar lo que de deseo hay en los síntomas que se escuchan en la clínica, donde la responsabilidad por la posición subjetiva apuesta a nuevos vínculos intersubjetivos y abona a la construcción de nuevos lazos sociales.*
Palabras clave: *mal-estar; síntomas, clínica psicoanalítica, diálogo interdisciplinar.*

Abstrac: *In this article the author establishes suggestive relationships with great analytical potential regarding the new symptomology of contemporary social malaise and its complex interconnections with culture; she also presents clinical vignettes that show the difficult relationship between the different kinds of malaise / wellness and the risk and uncertainty society in which clients live out their lives. Finally, she puts at the center of her discussion the need for interdisciplinary dialogue in order to go beyond the understanding of emotional problems to decipher what there is of desire in the symptoms that come up in clinical practice,*

where responsibility for the subjective position looks to new intersubjective links and contributes to the construction of new social bonds.

Key words: *malaise, symptoms, psychoanalytical clinical practice, interdisciplinary dialogue.*

Las señales del malestar social son evidentes en la actualidad, dan cuenta de una realidad donde la desigualdad social, la injusticia, la opresión, la globalización y sus efectos provocan reacciones individuales, grupales y sociales; es decir, las reacciones de los sujetos y los grupos no se hacen esperar, manifiestan su inconformidad de diversas formas: manifestaciones sociales adversas, conductas evasivas y adictivas, incapacidad de tolerancia relacional, irritabilidad y esclavismo laboral, entre otros síntomas que hasta estos tiempos no habían sido causa de consultas psicológicas y que, hoy por hoy, ocasionan sufrimiento.

Estamos en una época donde las demandas sociales de bienestar no se agotan y la oferta para la resolución de los síntomas generados por el malestar social es insuficiente o cuestiona la adaptabilidad a una sociedad enferma. Ofertar una salida al malestar encara el reto de definir el posicionamiento desde el cual se realiza. La generación de los vínculos sociales pasan de un sujeto a otro, a los otros como entes sociales que se agrupan y establecen normas para la convivencia y, es en esta donde se experimenta el malestar que se manifiesta en las relaciones que el sujeto tiene consigo mismo y con los demás, en sus relaciones interpersonales e interacciones sociales que desvirtúan el lazo que se establece con los otros, lo que evidencia síntomas que no son otra cosa que la manifestación de un conflicto. Por ello, ofertar una salida al malestar es replantear no la necesidad de eliminar el conflicto sino de, a pesar del mismo, establecer vínculos que le permitan sobrellevar el conflicto que lo hace sujeto, al hacerse responsable de los modos como se establecen los lazos, y las consecuencias que de ellos se derivan.

Para el profesional de la salud mental, las problemáticas que atiende lo implican en el cuestionamiento de su propia estabilidad mental y emocional, de su práctica clínica como intento de coherencia entre lo que se es y lo que se ofrece; le demandan actualización profesional y una consideración de las distintas manifestaciones subjetivas en la actualidad, sus modos de sintomatizar como intentos de crear lazo social, y como desafío a su ejercicio clínico.

EL PSICOANÁLISIS FRENTE AL MALESTAR SOCIAL Y CULTURAL

En el malestar social y cultural, los conflictos se expanden como ondas que genera una piedra lanzada al agua, de lo individual a lo relacional, de lo relacional a lo grupal, de lo grupal a lo comunitario, y de este a lo social. No solo eso sino que estos malestares se transmiten de generación en generación y de sociedad en sociedad, al mismo tiempo que las implicaciones subjetivas que conlleva permean estos niveles vinculares y de relación que se dan en diversas dimensiones, donde cada una de ellas podría proporcionar un sinnúmero de factores que los configuran y mantienen estables. Hablamos del sujeto y sus vínculos, cuya diversidad de matices y potencialidades producen la cultura y las relaciones con el entorno. Para abordar esta problemática nos centraremos en la obra de Sigmund Freud, su relectura en la obra de Jacques Lacan, y el diálogo posible con el análisis de los fenómenos sociales que realiza Zygmunt Bauman.

Los sistemas sociales y culturales, que para su estabilidad crean normas para la convivencia, no siempre favorecen a todos por igual, ya que el favorecer implica un nivel de conformidad, bienestar y prosperidad de todos los sujetos en relación, y esto es un asunto subjetivo. Cada grupo humano presenta sus propios problemas, intolerancias, malestares y fricciones en las relaciones que establece. El modo como estos son afrontados genera desestabilización, no solo dentro de dichos grupos sino de los sujetos que ya traen los propios en su proceso constitutivo.

Además, hemos transitado el camino a la globalización que rebasa las barreras culturales, no solo de los bienes sino de los problemas que generan su usufructo social. Estas problemáticas se han visto influenciadas por los avances de la tecnología, el neoliberalismo como fortalecimiento extremo del capitalismo, el mercantilismo y su valoración como parte fundamental de la relación entre los grupos humanos, la explotación laboral, como modo de dominio y reconocimiento y, para el resto de los sujetos que no comandan las grandes esferas sociales, solo les queda el trabajo sin fin, en el mejor de los casos —si es que cuentan con uno—, en el consumismo que los lanza a una repetición incolmable, así como en las consideraciones del tiempo que los frustra, puesto que no agotan las demandas culturales ni las exigencias que se derivan de los nuevos modos de convivencia social, como bien señala José Miguel Marinas en su libro *Lo político y el psicoanálisis* (2008). Estos malestares tienen efectos psicológicos en los sujetos que conforman los grupos, en sus normas y vínculos, así como sus producciones culturales como medio de expresión de sus anhelos; malestares que afectan los lazos sociales.

Las familias, que como grupos primarios de una sociedad y una cultura constituyen el espacio donde tradicionalmente se gestan los primeros lazos sociales, se encuentran en un momento complejo de transición, donde distan de ser el modelo tradicional —padre, madre e hijos— promovido por sociedades y culturas de la era industrial con los valores que esta promovía. Rocío Enríquez menciona que “la realidad dista mucho de esta representación de la familia; hoy las expresiones familiares son cada vez más diversas, complejas y heterogéneas” (2013, p.3). Es decir, que las familias actuales confrontadas con los nuevos estilos de conformación, crecimiento y manutención se ven orilladas a girar alrededor de la actividad económico-productiva, más que a la edificación de los sujetos que la conforman por el trabajo mismo que refleje sus deseos. Los nuevos estilos de familias desafían los roles sociales y las posiciones subjetivas tradicionales, lo que conlleva un malestar y acentúa el cuestionamiento subjetivo frente al reconocimiento del otro.

En la consideración de los efectos psicológicos de la cultura, es importante tomar en cuenta la interrelación entre los procesos psíquicos internos de los sujetos con los efectos que tienen en los grupos y aquellos que producen la interacción en los mismos. Esta interacción de procesos anímicos y relacionales proporciona luz a la comprensión del comportamiento humano y sus relaciones sintomáticas. En este sentido, el pensamiento freudiano se vuelve tan actual como entonces.

Para explicar estos procesos anímicos, hemos de remontarnos a Freud, médico neurólogo alemán de origen judío, quien en su contexto social de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, enfrentó la crisis del paso de la sociedad burguesa a la era industrial, el comienzo de la era de la productividad y el consumismo desmedido. Freud, en la búsqueda de alternativas a los síntomas histéricos generados por los malestares de la época, comenzó un trayecto de investigación sobre su origen, y transitó por diversos métodos que fue descartando hasta que inauguró una nueva práctica que denominó *psicoanálisis*. Descubrió en sus pacientes, después de diversos tratamientos médicos sin éxito, una particular forma de enfermar cuyas causas no estaban en un desequilibrio fisiológico sino que tenían su origen en un conflicto psíquico, y que detrás de muchos de sus síntomas estaba lo sexual. Entonces, se determinó a encontrar su causa en el alma humana, en su *psiqué*. Es en este contexto que se adentró en su estudio, explicó los fenómenos de la represión enlazados a los fenómenos sociales y culturales, y estableció el inconsciente como su objeto de estudio.

En 1920, Freud escribió *Más allá del principio del placer*, con lo que intentó explicar cómo los procesos anímicos de los seres humanos están comandados por el *principio del placer* y la evitación de todo aquello que provoca displacer. Todo lo que inhibe este principio tiene el carácter de una prohibición que provoca una tensión en orden al cumplimiento de una ley, donde el yo de cada sujeto se adhiere a través del *principio de realidad* a las demandas y normas sociales que rigen la convivencia humana y que, “sin resignar el propósito de una ganancia final de placer, exige y consigue posponer la satisfacción, renunciar

a diversas posibilidades de lograrla y tolerar provisionalmente el displacer en el largo rodeo hacia el placer” (1920, p.10). Esta resignación del principio del placer por el principio de realidad es lo que Freud llama el proceso de la *represión*, donde a las pulsiones se les corta la posibilidad de alcanzar una satisfacción inmediata. “Y si luego consiguen (como fácilmente sucede en el caso de las pulsiones sexuales reprimidas) procurarse por ciertos rodeos una satisfacción directa o sustitutiva, este éxito, que normalmente habría sido una posibilidad de placer, es sentido por el yo como displacer [...] todo displacer neurótico es de esa índole, un placer que no puede ser sentido como tal” (1920, p.10). Esos rodeos por los que el yo se procura placer pueden provocar en cambio displacer y, cuando esto sucede, se traducen en comportamientos y experiencias que provocan dolor, en síntomas que afectan su relación consigo mismo, con los otros y con el entorno.

Para explicar las interacciones con la cultura, Freud escribió en 1927 *El porvenir de una ilusión*, donde esbozó los elementos que constituyen la cultura:

[...] abarca todo el saber y el poder-hacer que los hombres han adquirido para gobernar las fuerzas de la naturaleza y arrancarle bienes que satisfagan sus necesidades; por el otro, comprende todas las normas necesarias para regular los vínculos recíprocos entre los hombres y, en particular la distribución de los bienes asequibles (p.6).

Si abarca todo el quehacer humano, podemos preguntarnos ¿por qué produce tanto malestar? El ser humano busca sus propios intereses de satisfacción y sobrevivencia, sin embargo, tiene escasas posibilidades de vivir aislado; por ello se relaciona y es esta relación la que provoca los conflictos, ya que convivir significa ceder, sacrificar algunos intereses, negociar y adherirse a ciertas normas de convivencia social. La cultura, como producto del grupo, debe ser protegida de los intereses individuales, de las mociones hostiles y las tendencias destructivas. De este modo, Freud afirma que “toda cultura debe edificarse sobre

una compulsión y una renuncia de lo pulsional”, refiriéndose así a que la cultura implica trabajo; la compulsión al trabajo favorece la renuncia a las satisfacciones pulsionales que pueden ser destructivas y, aun así, en los grupos humanos estas no se eliminan con el fortalecimiento de aquella, ya que “en todos los seres humanos están presentes unas tendencias destructivas, vale decir, antisociales y anticulturales, y que en gran número de personas poseen suficiente fuerza para determinar su conducta en la sociedad humana” (1927, p.7).

Sin profundizar entre las implicaciones de los términos *civilización*, *cultura* y *sociedad*, podemos solo cuestionar la actitud de cada sujeto ante tales instituciones y resaltar lo que se tiene en común: la capacidad humana de interiorizar lo que viene del exterior, léase prohibiciones, mandatos, reglas de convivencia social que se asimilan a través de esa instancia anímica particular que constituye lo que Freud denominó el superyó del ser humano. “Este fortalecimiento del superyó es un patrimonio psicológico de la cultura, de supremo valor. Las personas en quienes se consume se transforman, de enemigos de la cultura, en portadores de ella” (1927, p.11). Sin embargo, la mayoría de los seres humanos solo obedecen las prohibiciones culturales, padeciendo en realidad tales imposiciones que en general van en contra de los impulsos individuales y sus satisfacciones en favor de un bien-estar común.

Es entonces cuando el pensamiento freudiano y el acontecimiento actual se enlazan para explicar los efectos psicológicos del conflicto generado por las acciones culturales y sociales. La disparidad entre las demandas sociales y culturales con los deseos propios provoca malestar, frustración, resentimiento, síntomas que se manifiestan en la mente, la emoción, el cuerpo y la interacción con los demás, y que tienen una particular manifestación en cada época. Las investigaciones de Freud nunca estuvieron aisladas de los acontecimientos sociales que a él mismo le tocó presenciar, y después de su muerte en 1939 —al calor de la Segunda Guerra Mundial y sus efectos—, el psicoanálisis, como disciplina que ya se practicaba en varias partes del mundo, continuó

cuestionando las contradicciones sociales y culturales que ponen en juego el bienestar de los sujetos, generando sus síntomas.

Ya en pleno siglo XX, Jacques Lacan invitó a retomar la obra freudiana para continuar el estudio de los efectos que en la psiqué humana tienen fenómenos socioculturales. Dialogó con filósofos, lingüistas, literatos, sociólogos y otros psicoanalistas para resaltar los conceptos principales del psicoanálisis, reformular y completar otros, como parte de su pasión por la trasmisión del psicoanálisis y la formación de los psicoanalistas. Resalta la constitución subjetiva a partir de sus vínculos, donde las perturbaciones del sujeto tienen que ver con la perturbación de los mismos: “Vínculo entendido desde la doble tensión relacional que Lacan saca a flote: 1) el deseo es siempre deseo del otro (genitivo subjetivo: alguien me desea) y 2) el discurso es siempre discurso del otro (genitivo objetivo: en el campo del otro hablamos)” (Marinas, 2008, p.14). Es así como Lacan desarrolló los elementos constitutivos de todo sujeto: deseo y lenguaje, dando contexto a sus discursos y remarcando la experiencia del análisis como posibilidad frente al goce de los síntomas.

Ahora bien, más recientemente Zygmunt Bauman, filósofo y sociólogo polaco, analiza la realidad social desde estas perspectivas, y en sus análisis sociales emplea las categorías físicas de lo sólido y lo líquido (2005) para describir diversos fenómenos como las relaciones entre los sujetos. Afirma cómo los vínculos humanos se ven afectados por la realidad actual, donde la tendencia al individualismo marca a tal grado el valor de la autonomía personal, que las relaciones se tornan superficiales por temor a perderlas, y aquellas donde la implicación subjetiva es fuerte, tienden a evitarse. Describe cómo la emergencia de las relaciones virtuales y sus efectos de superficialidad, transitoriedad y falta de sentido de pertenencia de los jóvenes de hoy hace frágil su identidad y se moldea de acuerdo con las modas del consumo; relaciones donde el consumismo y el mercantilismo hacen laxos los lazos que se establecen entre los grupos humanos y entre los sujetos mismos:

Vivir juntos —por ejemplo— adquiere el atractivo del que carecen los vínculos de afinidad. Sus intenciones son modestas, no se hacen promesas, y las declaraciones, cuando existen, no son solemnes, ni están acompañadas por música de cuerda ni manos enlazadas. Casi nunca hay una congregación como testigo y tampoco ningún plenipotenciario del cielo para consagrar la unión. Uno pide menos, se conforma con menos y, por lo tanto, hay una hipoteca menor para pagar, y el plazo del pago es menos desalentador (Bauman, 2005, p.48).

Es así como la realidad social provoca efectos en lo psíquico, y de los conflictos generados emergen síntomas que producen el malestar que se extiende de lo individual a lo social, y viceversa. Otros de los efectos de las diferencias sociales impuestas por la economía de consumo es que estas enfatizan las hostilidades de los seres humanos debido a las diferencias en la distribución y el usufructo de los bienes que la sociedad y la cultura producen, lo que genera resentimiento en los sujetos y afirma las pulsiones de agresividad, destrucción y apoderamiento que, de manera sutil o explícita, se manifiestan en las relaciones humanas. Las realidades culturales actuales también se han globalizado, se han modificado las relaciones interpersonales, familiares e institucionales y sus tradiciones, así como las que surgen a partir de la convivencia con los nuevos productos tecnológicos e informáticos que a la vez modifican los procesos de comunicación entre los grupos humanos. Sin embargo, a pesar de que muchos de estos cambios han obedecido a intentos de mejorar la sociedad, dentro del sujeto muchas veces carecen de sentido y son vividos bajo la apariencia de progreso y bienestar, como síntomas que conllevan sufrimiento, es decir, no siempre con los resultados deseados.

Y es entonces cuando surge la pregunta sobre la causa del enfermar: ¿está adentro?, ¿afuera?, ¿en la interacción del adentro con el afuera? Este deseo de saber es inherente al sujeto, remite a una necesidad de sentido, a un saber que el sujeto ignora, un saber sobre sí mismo, so-

bre sus relaciones con los fenómenos de su época. Un saber sobre sus razones para enfermar y los modos como se expresan sus síntomas.

Freud se hizo las mismas preguntas ante sujetos cuyas razones para enfermar parecían inadmisibles, y descubrió que los síntomas tienen un sentido, un nexo con la vida de las personas que los padecen (1915, pp. 235-236). En *El malestar en la cultura* (1930) plantea cómo el sufrimiento proviene de tres fuentes: del propio cuerpo donde se manifiestan el dolor y la angustia como señales de alarma, del mundo exterior con sus múltiples problemáticas, y de los vínculos con los otros, cuyo padecer puede ser el más doloroso (1930, pp. 76-77). Afirma que el síntoma se encuentra circunscrito alrededor de lo inadmisibles y es de dificultosa asimilación para el sujeto en relación con la cultura de la época, a saber, la sexualidad y la pulsión de muerte. Articula el inconsciente, la sexualidad y la cultura, así como las cuestiones en torno a cómo la forma de enfermar, producida por el conflicto con la sexualidad, muestra la cultura de la época en que le ha tocado vivir al sujeto. Piensa que la sociedad como conjunto de intereses comunes le pide al individuo que renuncie a las pulsiones e intereses individuales en favor de los comunitarios, y esta renuncia bajo los ideales de la cultura produce los síntomas.

Si hoy pensamos al sujeto en relación con la sexualidad, el contexto ha cambiado, pero no deja de presentar síntomas que lo afectan. La labilidad de las relaciones y las demandas culturales en torno a lo sexual dejan por igual rastros que, aunque no sean idénticos a los de la época freudiana, no dejan de hacer estragos en las subjetividades actuales. No solo se busca el principio del placer en las distintas prácticas sexuales sino que a ellos se añaden componentes actuales que forman parte de la publicidad actual: agresividad, dolor y riesgo, con lo que se evidencia estar presenciando fenómenos que van “más allá del principio del placer, donde más tarde Lacan afirma que, ahí donde se mezcla la espera, la frustración, la pérdida y el dolor en la búsqueda del objeto deseado,

el sujeto busca un “plus” y, ahí donde se mezcla el placer y el dolor es que se produce ese plus que llama “goce”.¹

Freud sostiene que el aumento de las afecciones nerviosas es un producto de las exigencias culturales. Sin embargo, cada época ofrece satisfacciones sustitutivas que permiten a los sujetos sobrellevar tales exigencias que tienden a sacrificar lo pulsional y lo meramente individual. En la actualidad esto se destaca por la evolución tecnológica que ha proporcionado múltiples objetos que abastecen incansablemente a nuestra sociedad de consumo, y que llegan a aliviar de manera temporal la tensión que las necesidades pulsionales provocan, y producen un cierto alivio que permite a los sujetos continuar asumiendo las renunciaciones que la cultura exige. Sin embargo, aunque en apariencia es el hombre el que consume los objetos, no está claro si finalmente no son estos los que consumen al hombre. Esto es decir que el objeto tecnológico tiene un valor determinante en relación con la subjetividad (Sobral, 2013).

Es un hecho, pues, que desde esta perspectiva, donde lo vincular es importante, se remarca el carácter fundante de lo que Lacan llama ese Otro social en la constitución del psiquismo. La subjetividad está transitando por transformaciones influenciadas por cambios sociales; es por eso que hoy asistimos a nuevos padecimientos producidos por la misma cultura, nuevos síntomas que van desde enfermedades que tienen que ver con la sexualidad, tales como el SIDA, hasta comportamientos patológicos que afectan los núcleos sociales queriendo dar un alivio, como el juego patológico, las adicciones y los trastornos alimenticios, entre otros; síntomas que en otras épocas no existían y que nos obligan a crear nuevas maneras de intervención. Y así como Freud creó una nueva manera de intervenir ante las histéricas de la época que tocaban la puerta de su consultorio pidiendo una solución que la medicina de su tiempo no podía dar, hoy estas realidades nos retan y le reconocemos

1. El término *goce* expresa entonces perfectamente la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma o, para decirlo en otras palabras, el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción (la “ganancia primaria de la enfermedad” en los términos de Freud) (Lacan, 1959-1960, pp. 180 y ss).

que con su nueva manera de intervenir se constituyó el fundamento de la actual práctica psicoterapéutica, en la que la apuesta por el uso de la palabra como expresión del lenguaje inconsciente y su deseo impide descartar que los síntomas deban ser escuchados. Por ello, la emergencia de estas nuevas formaciones y los nuevos síntomas sociales plantean nuevos retos a la psicoterapia y sus modos de intervención.

Las causas de los múltiples padeceres y diversidades sintomáticas es entonces multifactorial, donde lo social y sus dimensiones políticas, económicas y culturales intervienen en ese tejido de malestares. En torno a estos fenómenos cambiantes en la sociedad actual, ¿cómo buscar el bienestar? ¿cómo definirlo entonces?

EL PROBLEMA DEL BIENESTAR SOCIAL

¿Qué se busca cuando se habla de bienestar social? Este ostenta valores, estilos de vida, y crea una cultura que los promueve. En la era industrial de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, el bienestar social ostentaba valores de belleza, familia, buen nivel económico, cultural y social como camino adecuado para alcanzarlo, y la publicidad ofrecía objetos que garantizaban la felicidad. Entonces podemos preguntarnos desde qué ideal se alude a la salud física y mental en las personas. El de la era industrial remite al trabajo bien remunerado y la solvencia económica, a una vida tranquila junto a quienes se vive, a la paz en el entorno, a la justicia en el ámbito social y a la posibilidad de crecimiento personal en todos los ámbitos de la existencia de los sujetos, publicidad basada en el principio del placer y que hoy ha sufrido un profundo cambio desde la última mitad del siglo XX; las generaciones que lo han presenciado se han encontrado en una transición en la que parece no pretenderse lo mismo, los anuncios publicitarios ya no transmiten el mismo mensaje ni promueven ese tipo de placer sino que reflejan a la par agresividad, dolor, riesgo que se mezcla con el consumo, atravesando las fronteras del placer para asentarse más allá de

este, “más allá del principio del placer” (Gómez, Mena & Sánchez, 2000, p.25).

Por ello, este término es un tanto problemático puesto que, aunque lo mencionado sea en general lo deseado, lo deseado está lleno de contradicciones: ¿cómo definir qué es bien-estar? Así, lo que es bienestar para algunos sujetos y grupos sociales puede ser malestar para otros, y lo que para algunos son hábitos saludables no son precisamente lo deseado por otros en su rango de bienestar; es decir, los anhelos sociales de bienestar no son los mismos para todos y cambian con la época en la que se asienta la cultura. Son tan relativos que dependen del contexto de los sujetos, de las demandas culturales y los modos específicos de cada grupo social en particular.

Aun cuando sean contradictorios los deseos sociales de bienestar, la sociedad misma se ha encargado de delimitar y transmitir ciertos patrones de comportamiento, consumo y convivencia como un ideal para todos, de modo que quienes se apeguen a sus normas, criterios y expectativas podrán entrar en la categoría de la experiencia del bienestar social. De ahí que la adaptabilidad, la salud, la productividad y la funcionalidad social llegan a ser criterios importantes de bienestar. Desde esta perspectiva, la sociedad formada por individuos en relación viven las dos dimensiones de la misma: la relación con los otros, que va de adentro hacia afuera, hablando de la particularidad específica de cada sujeto, y aquella que viene de afuera hacia adentro, considerando las influencias de las relaciones con los otros, del medio ambiente y la cultura particular. En esta interrelación encontramos la posibilidad del vínculo, del lazo social que puede promover no solo el bien personal sino el bien común.

Sin embargo, sería ingenuo considerar que las tendencias al bienestar personal y social carecen de obstáculos. Los malestares se convierten en síntomas que influyen en los lazos que se establecen, e incluso los determinan. La época actual y sus diversidades culturales manejan dobles discursos, ya que por un lado promueven el bienestar social y por otro provocan el malestar cultural.

El discurso social actual promueve la felicidad mediante la productividad para el consumo. Marinas menciona en *La ciudad y la esfinge* (2004, p.5) cómo la cultura del consumo está compuesta por tres dimensiones básicas:

- Los hábitos de consumo, que muestran una realidad objetiva, observable y sintomática en la sociedad actual.
- Los sistemas de representaciones, discursos y valores que legitiman tales prácticas de consumo.
- Los procesos de identificación subjetiva a partir de ellas, lo que contribuye a la construcción de las identidades en los grupos sociales.

Estas tres acepciones, menciona, nos sirve ubicarlas para constatar que, más allá de la libertad de compra, hay un proceso cultural disciplinante y subyacente en esta triple dimensión —objetiva, representada y subjetiva— donde la cultura del consumo no solo proporciona la tranquilidad de estar en el rol social que es promovido, el del consumidor, sino que trasmite también el malestar sintomático, impulsivo, del acto consumista. Y nos referimos aquí no solo al consumo de productos sino también de ideales, valores, representaciones, identidades que conlleven síntomas socialmente preocupantes, tales como las adicciones, el alcohol, el juego patológico y los trastornos alimenticios, entre otros.

Alrededor de la cultura del consumo y de la “mercantilización de la vida cotidiana” (Bauman, 2005) se mueve la dinámica familiar, la economía, la sociedad en general, y las demandas de cambio; cambio que parte del exterior y que presumiblemente colmará la falta sentida en el interior del sujeto que se enfrenta a la experiencia del vacío y que, sin embargo, lo deja intacto cuestionando la posición subjetiva frente al modo de vivir y sufrir los síntomas que se generan como parte de las presiones sociales.

En este contexto, el problema del bienestar intenta responder a sujetos aquejados de síntomas diversos. ¿Qué les aqueja? ¿qué desean?

La sociedad no se ha especializado precisamente por cumplir deseos sino que se ha caracterizado más bien por su represión, solo de hacer pequeñas modificaciones y, como si de cocinar se tratara, solo de sofreír quejas, revolverlas, cocinarlas y presentarlas menos indigestas a los grupos que la conforman. Sus soluciones están enmarcadas en la economía del consumo que mantiene en pie el sistema capitalista imperante en la actualidad.

El capitalismo parece funcionar como una gran adicción, propone bienes de consumo que prometen llenar los vacíos sociales con los productos que ofrece, y añaden esa nueva modalidad al principio del placer que es el goce, donde el riesgo, la agresividad, la competitividad, el dolor, la espera y la frustración están incluidas, disfrazadas y matizadas con un carácter compulsivo que produce exacerbaciones en muchos de sus nuevos síntomas: bulimia, consumismo desmedido, trabajo compulsivo, consumo de drogas, o bien deficiencias sintomáticas que incluyen el rechazo a este consumo como anorexia, fracaso escolar, depresión, o fracaso laboral.

El bienestar por el consumo es entonces paradójico, ofrece lo que no da, quiere llenar un vacío con esos sinónimos del consumir: tragar, comprar, apropiarse, y cuando de enfermedades se trata, consumir fármacos para diversos malestares como migrañas, depresión, cansancio, apatía, tristeza, impotencia, etc; se trata de tragarse también la ilusión de la eliminación del síntoma cuando a su vez se tragan antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos, que la oferta farmacológica pone a disposición.

Pareciera que los polos de lleno / vacío son los planteamientos de la sociedad de consumo; si se está vacío de bienestar, hay que llenar con el consumo de la diversidad de productos que la sociedad presenta, pero que no colman y tampoco ayudan a definir en ocasiones las expresiones sintomáticas de quienes hacen la demanda. Es decir, acuden pacientes que muchas veces no saben definir lo que les sucede; hay una falta de representación de lo que les falta, que agudiza su sensa-

ción de vacío y se encamina a los polos de la angustia, o se presentan bloqueados o se presentan actuantes y violentos.

LOS RETOS DE LA CLÍNICA ACTUAL: ¿LLENO VS VACÍO?

Para tratar con el vacío es necesario ofrecer otra alternativa a la respuesta de llenar que ofrece la sociedad de consumo, desanudar lo que ese vacío demanda, escuchar en los síntomas ese retorno de lo reprimido, como manifestación de la angustia, que se hace presente muchas veces en formas poco claras, con cuyas expresiones acuden los sujetos a la consulta sin poder localizar síntomas definidos. Es decir, suelen llegar quejándose de crisis de angustia, ataques de pánico, sentimientos de vacío, cansancio y falta de vitalidad; de somatizaciones, dificultades en relación con la comida, adicciones, sentimiento de fracaso, baja laboral por no poder continuar en un ritmo trepidante; de una falta de deseo sexual, un temor a la pérdida del puesto de trabajo, al endeudamiento excesivo, al cese de las empresas en que trabajan, a la pérdida de sus ahorros... Y para todo ello, esperando una respuesta eficaz.

Y a la consulta psicoanalítica llegan también algunas veces después de haber trascurrido por diversos tratamientos terapéuticos que ofrecían otras formas de llenar sus vacíos al estilo de las demandas sociales vigentes, solicitando otra respuesta que desafía a la escucha terapéutica en particular.

En el tratamiento analítico, con frecuencia el sujeto, en un primer momento, no logra articular la sensación de vacío y demanda respuestas rápidas. Tal es el caso de N, cuyo estatus social siempre dependió del trabajo del esposo y cuyos ingresos le provocaban malestar por sospechar que provenían de prácticas poco fiables y de dudosa fuente. Así que, luego de unas primeras entrevistas en las que se quejaba de sentirse deprimida a pesar de “tenerlo todo”:

—No sé qué me pasa, me siento mal y no sé por qué, solo quiero que esta sensación se me quite, dígame usted cómo se quita eso, no

sé bien qué es, ¿angustia... tristeza... sofoco... vacío...? ¡No sé! Tal vez todo eso, tal vez nada de eso, no lo sé, pero es desesperante.

—¿Y cuándo comenzó esa sensación?

—¡Puaj! ¡qué sé yo!... quisiera gritar... (silencio) Pues debe ser bastante tiempo para no aguantar más y que me atreviera a venir. Una vez fui con un psiquiatra para que me diera algo y suponía que con la pastilla se me iba a quitar, así como el dolor de cabeza con la aspirina, y inada! No sé cuánto tiempo pasó que estuve medio zombi hasta que me harté de tomar pastillas y me dije: debe haber otro modo.

En esta forma de presentación, el vacío no tiene nombre, carece de simbolización, el malestar no se puede explicar. Es algo muy común el que digan que no pueden poner un nombre a lo que les ocurre y, a no ser un nombre muy concreto, no se aventuran a buscarlo en sus asociaciones, quieren que otro lo nombre. Algo del objeto que no se puede colmar a pesar de la cultura actual, emerge con fuerza o bien, es otro tipo de objeto que está de más, que estorba para poder desear, que el sujeto no sabe cómo quitárselo de encima. Nos dice Massimo Recalcati (2003) que la clínica del vacío es de falsas identidades; el sujeto carga con una descripción de sí mismo adherida a una etiqueta que hace difícil la aparición del inconsciente, que instituyen al sujeto no por su deseo sino por su goce, es decir, se denominan a sí mismos: depresivo, adicto, anoréxica, mujer violada, o se describen a través de un síntoma somático y los sujetos mismos se segregan de los demás por esa forma de denominación. Sin embargo, son los primeros intentos de poner en palabras lo que les sucede, de llenar un vacío de descripción de sí mismos que no logran más que con la etiqueta del síntoma. Estas expresiones no manifiestan una relación de intercambio con el Otro social sino que encierran al sujeto en sí mismo, como las adicciones o las formas depresivas.

En otra ocasión, llegó a un centro terapéutico de la ciudad de México una joven un tanto desaliñada, con el cabello en la cara, llorando y sin levantar el rostro, con respiros entrecortados, queriendo aguantar

el llanto; pasó a la entrevista y se quedó un buen rato así, sin poder articular palabra, con las manos en el rostro, luego rompió en llanto y como si se avergonzara de este, en un respiro alcanzó a decir su nombre y volvió a llorar. Luego de un largo rato dijo con voz resquebrajada y apenas audible: “Me acaban de violar en el metro”, y se soltó llorando nuevamente.

Me acerqué un poco para escucharla y de inmediato M se encogió de modo automático y volteó a mirarme con miedo, dejando ver un gran moretón en el rostro. Luego de un rato en el que se intercalaron silencios y accesos de llanto, logró tranquilizarse y dijo que si podía volver al día siguiente a contarme.

Esperé a M, pero no llegaba, me llamó por teléfono angustiada para decirme que le daba miedo salir a la calle, que lo había intentado y se ponía muy mal, pero que lo intentaría al día siguiente. Varias llamadas telefónicas precedieron al segundo encuentro hasta que por fin llegó.

Y fue entonces que M comenzó otro intento de representarse nuevamente lo ocurrido, el terror volvió, llegó a gritar y a llorar desesperadamente y, sin presentar una psicosis, sí presentó una gran angustia y una enorme dificultad de simbolizarla mediante la palabra. Cuando accedió a simbolizar su dolor en su narrativa, logró bordear la angustia y empezó la historización de su malestar actual y se abrió al dolor de existir en su biografía y abrió un camino al deseo.²

Si la sociedad y la cultura reprimen los instintos, parece haber un movimiento hacia la no represión de los impulsos, como si esto redujera la angustia y el vacío, en el ansia de libertad, en el rompimiento de las normas y la moda de nuevos patrones de comportamiento social; y la ley en general como una manifestación de rebeldía, que antaño fue activa, y que en la actualidad la juventud la ejerce de manera pasiva, con indiferencia ante todo aquello que hace el papel de autoridad como la que se ejerce en las instituciones sociales, en el estado, en la

2. El concepto de *deseo* en psicoanálisis ocupa un lugar central. No se remite al deseo consciente sino al deseo inconsciente que constituye el interés central en psicoanálisis. (Evans, 1997)

religión, solo hacen más grande la manifestación del vacío que desafía a nuevas respuestas. Entonces sí, a nuevos síntomas, nuevas respuestas que exigen un movimiento hacia el cambio paradigmático y hacia una escucha diferente que proporcione claridad para la resolución de estos conflictos.

En este sentido, Lacan, releendo a Freud, distingue entre el otro con minúscula, que constituye al prójimo, del Otro con mayúscula como esa dimensión social que alberga a los sujetos y que, a través de sus demandas establece una relación regulatoria. El sujeto en sus búsquedas existenciales intenta escapar de esa alienación en relación con el Otro social, sin darse cuenta que debe pasar por ese circuito antes de separarse. Estas formas de rechazo y de intento de separación sin alienación, es decir, sin pasar por el circuito del deseo del Otro, pueden llevar a actos violentos. Esto presenta un reto a nuevos modos de intervención, puesto que ya no se trata del juego histórico de la identificación al deseo del Otro, porque este Otro social ya no detenta un ideal atractivo a las preguntas subjetivas actuales.

De ahí que los sujetos que presentan ese tipo de vacío en la clínica, y demandan respuestas rápidas, se enfrentan a la frustración inicial de no encontrarlas; pero si su demanda es articulada y mantenida, es solo después de un tiempo de trabajo que esta se formula y atraviesa esa pregunta por el deseo del Otro, que ese vacío que se experimenta pueda adoptar la expresión de una falta en ser; algo falta que produce un dolor de existir que el sujeto poco a poco puede poner en palabras y hacerse responsable de ello, introduciéndose en una demanda, ya no solo de curación rápida sino de inmersión en la pregunta por su propia implicación subjetiva en lo que le ocurre.

Las breves viñetas presentadas son un ejemplo de esos inicios que presentan desafíos en la integración y el cuestionamiento de lo social en la clínica. Entre las psicopatologías actuales más comunes están los sujetos depresivos, los anoréxicos, las adicciones y las enfermedades psicosomáticas vinculadas a la histeria, donde el cuerpo está implicado y sus síntomas son una metáfora dirigida al Otro; se incluyen aquellos

comportamientos con su particular forma actual: la prisa, la falta de tiempo para todo, y la “devoción” al trabajo; manifiestan una pregunta dirigida al Otro, que lo interpelan. Por otro lado, están también los enfermos del pensamiento, los obsesivos que pasan escondiéndose de la vida del deseo, como furtivos, para no enfrentarse al deseo del Otro ni aceptar su falta en ser al articular el propio. Sin embargo, tanto estos como las formas de histeria mencionadas presentan claramente la clínica de la falta y del dolor de existir, que interpela al psicoanálisis y a todos los tratamientos actuales.

El desarrollo de las distintas psicopatologías no es aislado, no se da solo dentro del sujeto como si fuera un objeto que extraer en la cura; los síntomas están determinados sobre todo por su relación con el Otro social cuyo deseo manifiesto en las diversas demandas sociales es menester atravesar para salir de su alienación a través de la pregunta por el deseo del sujeto en sus síntomas particulares. En todas estas patologías hay una gran dificultad para dejar la ilusión de un goce completo y condescender al deseo capaz de implicar al sujeto en su pregunta. Dentro del tratamiento psicoanalítico, el trabajo de transferencia hace posible la relación entre el sujeto y el Otro.

En el caso de los depresivos, están como dejados caer del deseo del Otro, como fracasados de los ideales de éxito y de felicidad actuales. Así decía N cuando accedió a implicarse en su pregunta:

No sé por qué estoy tan triste, por qué solo me dan ganas de llorar, de dormir y de no salir de mi cuarto, no sé por qué si tengo todo lo que cualquier mujer pudiera desear tener: unas lindas hijas, un esposo atento y maravilloso, una buena casa, la mejor camioneta del año, pero algo me falta; puedo ir de compras sin ninguna dificultad y puedo comprar lo que quiero y a mis hijas no les falta nada, pero ahora, a mí me faltan incluso las ganas de salir...

Presentan una pérdida del tener que sacude al ser del sujeto, que no tiene en cuenta la cuestión del don del amor, en ese dar lo que no

se tiene (Pascual, 2008). Solo elaborando su historia particular y sus identificaciones, el sujeto podrá tratar su síntoma y salir de la inercia de la queja silenciosa. Estos se diferencian de los sujetos melancólicos que reenviarían a un trastorno más grave dentro de las psicosis, en las que se manifestarían no una falta en el tener sino una falta en el sentido del yo que se vacía y pierde sus referencias.

Los sujetos anoréxicos rechazan —por situaciones particulares de su biografía— el deseo del Otro porque lo sienten invasivo y, por ello, están identificados a la nada o al vacío mismo como un modo de “zafarse” de él. Ponen el ideal por encima de lo pulsional, el ideal de que el deseo del Otro no exista y no tengan que preguntarse por él, porque los ahogaría, aún a costa de la pulsión de ingerir alimentos para vivir, y se dedican a través de su rechazo al alimento o al saber (los fracasos escolares son otra forma de anorexia), a salvaguardar su deseo por encima de la demanda que perciben como invasora del Otro (Pascual, 2008). Hay una afinidad con la histeria, a diferencia de que en la histeria hay una pregunta hacia ese Otro social, una pregunta por lo que espera y desea, pero en la anorexia tal pregunta no existe, no hay pregunta; hay una especie de saber solidificado que es una defensa de preguntarse por su verdadero deseo.

El deseo es constitutivo de todo ser humano: desea porque algo le falta, porque carece y, en el caso del bienestar, esa carencia se hace evidente, es el deseo el que mantiene al sujeto en búsqueda constante. Sin embargo, en el caso de las adicciones, al sujeto le falla la simbolización de su deseo, no puede metaforizar su falta y encontrar modos de darle sentido en conexión con ese Otro social que le da un lugar y le demanda algo. El sujeto se identifica con el objeto droga, se confunde con él, porque la droga ejerce el papel de una ilusión de completud. En lugar del deseo representado por un objeto que lo causa, es un deseo inmediato de goce cerrado en sí mismo, sin conexión con el deseo del Otro. Ese Otro tiene su origen en el núcleo de nacimiento, generalmente lo constituyen los padres o quienes hacen su función, son los primeros que demandan del hijo que nazca, que coma, que duerma; son

los primeros que desean algo de él y, conforme todo eso se va dando, el sujeto mismo se habitúa a preguntar “¿qué quieres de mí?”. Mediando el camino por la pregunta sobre el deseo del Otro, es que el sujeto se pregunta, esboza y simboliza su propio deseo en la vida.

Es el caso de J, que llegó a consulta porque su padre le pidió que dejara el alcohol. Pero no fue eso lo primero que le pidió: a lo largo de las sesiones narró cómo le pidió que saliera, creciera, trabajara, que buscara una manera de ser autosuficiente y tuviera un trabajo productivo. Sin embargo, apenas lo intentó, lo ninguneó; lo puso a trabajar para él y no le dio su lugar, sus mensajes fueron de descalificación y falta de confianza.

J dijo que ya había probado todo para dejarlo y no pudo, que ya estuvo en AA (Alcohólicos Anónimos) e hizo el 4o y 5o paso y se reconcilió con sus padres, y que no consigue deshacerse de su adicción; que ya se había dado por vencido y acudió porque su padre le insistió en que buscara otro tipo de ayuda, y no sabe para qué, pues ya probó de todo y cree que tal vez le toca hacerlo a su manera.

Le pregunté cómo sería “a su manera”, de modo que pudiera empezar a simbolizar su propio camino y articular su deseo. Pero divagó un poco porque dijo sentirse cansado de las demandas del padre, y cuando lograba acercarse nuevamente a ellas y transitarlas antes de separarse definitivamente, se angustiaba; lo primero que quería era excluir a ese Otro que es su padre, y regresaba nuevamente a su necesidad del alcohol para sentirse bien, de modo que la dependencia del objeto (en este caso el alcohol, pero que igual puede ser la droga, el juego patológico, el trabajo, los objetos de consumo, la comida, etc.) borrara y reemplazara su dependencia del Otro. Es la forma moderna y más extrema de realizarse sin el Otro, de excluirlo (Pascual, 2008).

Por su parte, en las somatizaciones el deseo aparece congelado, y son sujetos que tratan de su malestar sin interpelar al Otro, sin dirigirle la pregunta sobre su deseo para transitarlo antes de separarse de él. El órgano enfermo es aquel que condensa el goce mortífero del sujeto y que lleva la marca de lo no simbolizado (Pascual, 2008). Los

sujetos acuden muchas veces derivados por sus médicos y, aunque son conscientes de que su trastorno es psíquico, no se hacen responsables de él, lo sufren como algo que les acontece sin más, en una expulsión de lo simbólico, permaneciendo el goce en el cuerpo. Es un retorno en lo real³ del cuerpo, de lo que no se simbolizó.

R llegó a consulta pidiendo una mejoría en su salud física. Le dio una rara enfermedad llamada polimiocitis, en la cual los músculos de su cuerpo no funcionan, su cuerpo rechazaba la actividad muscular. Luego de los tratamientos médicos, mejoró un poco y ya puede caminar y moverse. Pero cuatro años después le dio una enfermedad intestinal muy fuerte que le requirió intervención quirúrgica y muchos tratamientos. Después siguió con mucho cansancio y debilidad. Los exámenes que le hicieron arrojaron resultados graves: no produce glóbulos rojos y, además de cuidarse con dietas especiales, y vitamínarse, le tienen que hacer una transfusión sanguínea cada mes. Dice que se desespera porque le dan estas cosas, que ella quiere hacer su vida y siempre que lo va a intentar algo le sucede.

Al comienzo, su posición subjetiva ante el malestar físico reflejaba solo una victimización constante, pero conforme avanzaba en la hostilización de sus síntomas, empezó a anudarlos a los acontecimientos familiares, empezando por su hija con discapacidad y su hijo casado con quien ella no quería. “Quizá por prejuicios y no sé si tiene algo que ver con mi enfermedad”, comentó tiempo después, donde empezó a preguntarse por su implicación subjetiva en lo que le sucedía a su cuerpo. Más adelante aparecieron recuerdos de las demandas paternas y las frustraciones en la expresión y la realización de su deseo.

3. Lacan dialoga con las matemáticas y las utiliza para explicar de un modo gráfico las dimensiones que constituyen al sujeto. En este sentido, utiliza el nudo borromeo en psicoanálisis —compuesto por tres aros que están enlazados y que, si uno se desenlaza, se desenlazan también los demás—, para explicar las dimensiones de lo imaginario, lo simbólico y lo real en las que el sujeto se mueve. Aquí, *real* se refiere no como realidad corpórea sino como dimensión de angustia incapaz de simbolizarse en la palabra.

R llegó a entrevistas conmigo a un centro terapéutico que apoya a las familias de los obreros en la ciudad de México; estuvo en tratamiento cerca de un año y el final-interrupción de este se dio en el entrecruzamiento de tiempos lógicos, cronológicos e institucionales, con una tensión más o menos marcada en cada uno de estos niveles. En el caso de R, esta finalización se produjo, ocurrió. Tal vez como ella lo dijo, hasta ahí llegó. Esto no es poco ni es mucho, ya que el carácter de un final en el tratamiento psicoanalítico no se inscribe en términos de progreso hacia algún objetivo ideal. En lo que se refiere a su dimensión de acto, pone en juego una separación que permite el cambio de posición subjetiva como posibilidad, de ahí que el duelo suela teñir singularmente esta experiencia.

Estas breves viñetas solo revelan síntomas que se han intensificado en la cultura actual, pero que a mi entender no escapan de la nosografía psicoanalítica clásica. En todas estas formas de enfermar encontramos una articulación del cuerpo, el goce y la pulsión que nos hablan de un más allá del principio del placer que ocasiona sufrimiento, pulsión de muerte que no mira el deseo ni tiene en cuenta el registro del amor; este tipo de malestares son una expresión de rechazo al Otro por no ser perfecto, por no estar completo, por tener una falta que remite inevitablemente a la falta-carencia de cada sujeto. Este rechazo al Otro incide no solo en el sujeto mismo sino en sus vínculos con los otros, y puede llegar a incidir también en una violencia sobre el propio sujeto o sobre el Otro con pasajes al acto violentos.

Los malestares de hoy presentan una sintomatología en la que el adentro-afuera están presentes de manera continua, lo individual y lo social se entretajan, mundo interno-externo son solo polarizaciones que revisten un viejo paradigma del pensamiento acerca de las “causas” del enfermar que constriñe su posibilidad de incidir en la realidad que vivimos. Una realidad que golpea, que es compleja, multifacética y entramada, muy lejana de cualquier posible polaridad de planos, en donde se importan los vínculos, pero donde a su vez es importante rescatar el deseo de cada sujeto.

Rescatar el deseo subjetivo implica un movimiento hacia el vacío, tocarlo, nombrarlo, simbolizar lo que falta y desde ahí construir el vínculo con los otros; no al revés, donde la sociedad impide el movimiento, puesto que obtura el deseo del sujeto y su vacío con objetos de todo tipo, y los vínculos, lejos de confirmarle en su subjetividad autónoma, acaban fundiéndolo y confundiéndolo con los objetos que ofrece para su bienestar.

PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS

Para plantear los desafíos del bienestar social es importante considerar las diversas demandas al respecto, así como las ofertas sociales que se realizan para proporcionarlo. En el campo particular de la psicoterapia es importante también considerar que las distintas psicopatologías que se presentan en la actualidad tienen que ver con la relación de cada sujeto con su deseo y con ese Otro social, relación que puede promover un movimiento hacia la responsabilidad subjetiva en donde el deseo del sujeto no quede alienado sino descubierto y vinculado; solo desde ahí los mismos síntomas podrán ser desplazados hacia la creación de lazos sociales, y provocar cambios subjetivos que se traduzcan en la posibilidad de amar y trabajar.

Las diversas psicoterapias saben de la exigencia del discurso social de ser productivo, de consumir lo que produzca felicidad, y la mayor parte de las veces suelen ofrecer una respuesta desde este ámbito imaginario que procura obturar el vacío, por lo que se les presentan así el reto de cuestionar estas exigencias y los modos de adaptabilidad esperados; donde se puede observar con frecuencia una sociedad enferma que delira entre diagnósticos y tratamientos que se imponen cual si fueran una cárcel para el deseo del sujeto condenado a cargar el resto de su vida una etiqueta diagnóstica. Suficiente razón para alertar y promover otra dimensión al cambio que proponen, no ya desde la adaptación del sujeto a las exigencias culturales de la época sino desde la apertura a un cambio donde se simbolice el deseo, se transite el

vacío y desde ahí se construyan los vínculos; apertura a la posibilidad de que el sujeto se pregunte por su participación en lo que le sucede y se responsabilice de su posición subjetiva.

Si muchos de los síntomas y patologías se remiten a las relaciones del sujeto con el otro y el Otro social, se afirma el planteamiento de la necesidad de vínculos fuertes y no superficiales en la creación del lazo social, donde la articulación de las demandas dan acceso al deseo de los sujetos capaces de transitar primero la pregunta por el deseo del Otro social antes de separarse de él en un proceso de constitución subjetiva. Este amor como lazo social no excluye su relación a lo sexual, razón por la que las distintas prácticas sexuales se constituyen como una manifestación cultural ineludible y a partir de las cuales se manifiestan muchos de sus malestares.

Y desde aquí volvemos nuevamente a Freud, quien muy tempranamente escribe sobre la relación entre lo sexual y lo cultural, texto por demás actual tanto hoy como entonces:

Cabe conjeturar que bajo el imperio de la moral sexual cultural lleguen a sufrir menoscabo tanto la salud como la aptitud vital de los individuos, y que a la postre, el daño inferido a estos últimos por el sacrificio que se les impone alcance un grado tan alto que por este rodeo corra peligro la meta cultural última (1908, p.163).

Es decir, las represiones de lo sexual, y sus desviaciones como manifestaciones del amor, se ven desviadas a tal grado en la cultura actual de consumo donde los sujetos no son tales sino objetos de goce para el otro, que desvirtúan los lazos sociales, provocan sintomatologías y patologías que alejan a los sujetos de su propio deseo y de los vínculos sociales. Si bien hoy estamos ante una sociedad en crisis, el desafío de la clínica en sus diversas formas ante la diversidad de nuevos síntomas ha de contemplar el tratamiento de lo sexual no solo en su dimensión genital sino en su dimensión de deseo, don y relación, atención que remite a una escucha diferente; esa que se aleja de la adaptación como

demanda social para cuestionar la posición subjetiva de quien se enfrenta a las problemáticas sociales actuales, esto es, todos los individuos que en continua relación han de equilibrar todo lo referente al amor y al trabajo.

El psicoanálisis y las psicoterapias reconocen la existencia de una realidad psíquica, punto de encuentro de los trastornos que afectan al sujeto. La pregunta que puede hacer la diferencia radica en cómo operar sobre la realidad psíquica para producir un cambio en la posición subjetiva capaz de minimizar o desplazar la expresión sintomática hacia vínculos constructivos que incidan en la realidad cultural que le enferma.

Por tanto, desde la perspectiva del surgimiento de nuevos síntomas en la época actual y su entramada complejidad psíquica, que en el mejor de los casos procura los enlaces de lo imaginario con lo simbólico, bordeando la angustia de lo real, de lo no simbolizable y sus manifestaciones de goce en los síntomas, se destaca la importancia de la responsabilidad subjetiva ante los síntomas que se eligen frente a los malestares que la cultura impone, más que destacar el papel de ser víctimas de ellos.

Los nuevos síntomas como las adicciones y los trastornos alimenticios, entre los más llamativos, hasta los más discretos como las disfunciones sexuales y las dificultades relacionales, son un doble desafío para la atención clínica en sus diversas modalidades. Por un lado está la necesidad de cuestionar aquellas demandas sociales y culturales que lejos de reducir el malestar lo acentúan y, por otro, hacia el interior de las diversas prácticas clínicas que alertadas de ello asuman una capacidad crítica frente a la cultura y sus exigencias, se abran al diálogo interdisciplinar que tome en cuenta la complejidad, tanto psíquica como de la realidad actual y los múltiples entramados para el desarrollo de los síntomas; es decir, que tome en cuenta las particularidades de cada sujeto, su historia personal, realidad psíquica, contexto social e inserción en la cultura, y promuevan cambios que incidan en la construcción de vínculos sin obturar los vacíos de donde surgen, esto

es, sin obturar el vacío de donde surge el deseo que constituye a todo sujeto y sus posibilidades de interacción responsable.

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: FCE.
- Belaga, G. (2008). *La clínica analítica, hoy: síntoma y lazo social*. IV Encuentro Americano del Psicoanálisis Aplicado de la Orientación Lacaniana. Recuperado el 15 de marzo de 2013, de <http://virtualia.eol.org.ar/018/template.asp?ampamerica/enapaol.html>
- Enríquez, R. (2013). Regularidades y transformaciones en las familias mexicanas: una mirada transdisciplinaria y vinculante con la práctica psicoterapéutica contemporánea. En T. Zohn, E.N. Muldoon & R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Colección Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario. Guadalajara: ITESO.
- Evans, D. (1997). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. *Obras completas* (1994). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1994 [1908]). La moral sexual 'cultural' y la nerviosidad moderna. Tomo IX. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1994 [1915]). 17a Conferencia: El sentido de los síntomas. Tomo XVI. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1994 [1920]). Más allá del principio del placer. Tomo XVIII. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1994 [1927]). El porvenir de una ilusión. Tomo XXI. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1994 [1930]). El malestar de la cultura. Tomo XXI. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Gallo Acosta, J. (2010). Subjetividad y vínculo social. Revista digital *Antropos Moderno*. Recuperado el 15 de marzo de 2013, de http://antroposmoderno.com/antro-version-imprimir.php?id_articulo=784
- García, W. (2008). *El malestar en la cultura posmoderna*. *Abraxas Magazine. Revista de psicología, sociedad y cultura*. Recuperado el 15 de marzo de 2013, de <http://abraxasmagazine.wordpress.com/2008/01/27/el-malestar-en-la-cultura-posmoderna-2/>
- Gómez, J.M., Mena, E. & Sánchez M. (2000). *Bienestar social o malestar en la cultura*. Málaga: Cuadernos Andaluces de Psicoanálisis, No.28.
- Lacan, J. (1959–1960). La ética del psicoanálisis. En *El Seminario*. Tomo VII. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1969–1970). El reverso del psicoanálisis. En *El Seminario*. Tomo XVII. Buenos Aires: Paidós.
- Marinas, J.M. (2004). *La ciudad y la esfinge: contexto ético del psicoanálisis*. Madrid: Síntesis.
- Marinas, J.M. (2008). *Lo político y el psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pascual, C. (2008). *Cómo enferman los sujetos hoy*. Recuperado el 30 de junio de 2008, de www.ffcle.es/files/comoenfermanlossujetos-clotildep.doc
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío: anorexia, dependencias, psicosis*. Madrid: Síntesis.
- Sobral S. (2013). Síntomas de nuestra época. *Nueva Escuela Lacaniana del Campo Freudiano*. Recuperado el 16 de agosto de 2013, de <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Sintomas-del-siglo-XXI/759/Sintomas-de-nuestra-epoca>

El bienestar: entre el deseo subjetivo y el otro

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
Y TANIA ZOHN MULDOON

Resumen: en este capítulo se pretende reflexionar en torno al tema del bienestar desde el campo de la psicoterapia, a partir de las apreciaciones de siete psicoterapeutas entrevistados, cinco mujeres y dos hombres, inscritos en distintas escuelas de pensamiento. Se localizaron núcleos de significados que se pusieron en un diálogo con distintos autores que han contribuido al tema desde distintos enfoques de la psicoterapia. El texto se organiza en cinco apartados en relación con el bienestar: su polisemia; como medio para la evaluación de la existencia; su relación con el malestar; como factor de encuentro y desencuentro, y su relación con el control y la agencia. Se culmina con el esbozo de algunas notas a manera de conclusión.

Palabras clave: Bienestar, malestar, psicoterapia, diálogo interdisciplinario, agencia.

Abstract: This chapter sets out to generate reflection on the topic of wellness from the perspective of psychotherapy, on the basis of the appreciations of seven psychotherapists, five women and two men, who identify with different schools of thought. Interviews with these therapists yield some core meanings that are examined in the light of different authors who have contributed to the topic from a variety of therapeutic approaches. The text is organized into five sections related to wellness: its polysemy; as a means for evaluating existence; its relationship with illness; as a factor of convergence and divergence; and its relationship with control and agency. The chapter concludes with an outline of some notes.

Key words: Wellness, illness, psychotherapy, interdisciplinary dialogue, agency.

EL BIENESTAR Y SU POLISEMIA

En término *bienestar* evoca de por sí múltiples significados. Según la perspectiva desde donde se le aborde, se le nombra bienestar subjetivo, bienestar objetivo, bienestar social, bienestar económico, bienestar emocional. Cada una de ellas hace referencia a distintas dimensiones de la vida de la persona. Para la psicología y la psicoterapia, la acepción más usada es la de *bienestar subjetivo*. Las primeras definiciones en psicología y sociología enfocaron al bienestar como la meta fundamental de la vida (Bradburn, 1969; Fordyce, 1978). Estas se centraron en la naturaleza afectiva del bienestar (Pavot & Diener, 1993; Sirgy, Michalos, Ferriss, Easterlin, Patrick & Pavot, 2006).

Hablar de bienestar es hablar de la vida misma, del lugar de la mujer y el hombre en el mundo; de los sueños que mueven el existir; del malestar que suele aparecer como antagonico al bienestar; de las distintas condiciones, tanto estructurales como íntimas, que conforman desde la idealidad “una buena vida” en el interjuego entre “lo deseable” y “lo ético”; implica también dar cuenta de los prolíferos esfuerzos por entenderlo y plantear indicadores para su medición, la mayoría de ellos desde planteamientos de corte positivista–funcionalista.

Desde una perspectiva más social, cultural y política, encontramos aportes en torno al tema que cuestionan la existencia de millones de personas que sobreviven con estándares ínfimos de “bienestar”; cuestionan el culto al “bienestar subjetivo”, característico de la sociedad contemporánea, asociado con el predominio del deseo subjetivo, el individualismo, los derechos subjetivos exacerbados frente al desdibujamiento del deber y la responsabilidad hacia la propia vida y la de los otros (Lipovetsky, 1994; Bauman, 2003). Sin embargo, esta mirada no será ahondada en el presente texto.

Otros acercamientos dan cuenta de la búsqueda de bienestar subjetivo desde los procesos de agenciamiento y cambio personal en el campo psicoterapéutico. En relación con el bienestar subjetivo, predominan los trabajos que asocian el tema con la calidad de vida, la cual

es utilizada también en la perspectiva económica, social y cultural. El estudio del bienestar subjetivo comenzó cuando se fijó la atención en aspectos más individuales de la existencia. Por ejemplo, Becker, Diamond y Sainfort (1993) incorporan la noción de satisfacción “subjetiva” como una respuesta a la sobrevaloración de indicadores macro, con el argumento de que estos no reflejan las particularidades de cada persona. Para Gema Quintero y Ubaldo González (1997), el concepto de bienestar subjetivo adolece de teorización suficiente; sin embargo, encontramos muchos reportes de investigación que abordan este “componente subjetivo” de distinta manera.

Recientemente, en particular en los llamados “países en desarrollo”, el concepto de bienestar subjetivo ha adquirido una creciente importancia al considerarse un indicador fundamental de dicho “desarrollo”; sobresalen dos referentes: la felicidad y la satisfacción de los individuos con su vida, sin renunciar a la primacía de los factores económicos y sociales (Rojas, 2005; Harkness, 2004; Easterlin, 2003; Berkman & Glass, 2000; Temkin & Del Tronco, 2006).

De acuerdo con Guillermo Díaz (2001), se llega al estudio del tema del bienestar subjetivo con la necesidad de incluir la perspectiva cualitativa. A su decir, se comenzó con estudios sobre la calidad de vida que surgieron desde el interés por los aspectos cualitativos y cotidianos de la vida, en los que interviene el desarrollo económico, social y cultural; su incorporación pretendía la recuperación de la manera en que las características de la sociedad impactan las esferas más íntimas. Aunque se ha tendido a usar como sinónimos *calidad de vida* y *bienestar*, la perspectiva que se le ha dado al estudio del primero resulta insuficiente para dar cuenta del segundo; lo cual hace a este último un campo fértil para los estudiosos de la psicología y los procesos psicoterapéuticos desde perspectivas interdisciplinarias. Uno de los grandes argumentos de esta afirmación tiene que ver con la necesidad de abordar, junto con el tema amplio de bienestar, las dimensiones de lo vivencial, cognitivo, emocional, relacional y la imaginación.

Uno de los factores que ha influido tanto en la variedad de acercamientos al entendimiento del bienestar como a la imprecisión del término *bienestar subjetivo*, tiene que ver con que se ha asociado bienestar con estándares de medición. Dentro de esta controversia, Benjamín Temkin y José del Tronco (2006) plantean que se debe manejar bienestar objetivo y bienestar subjetivo como dos grandes categorías diferenciadas y al mismo tiempo relacionadas.

El bienestar objetivo se ha ligado al concepto del *desarrollo humano* en los estudios sobre pobreza, como un indicador “objetivo”, “eficaz” y “legitimado” para medir el nivel de bienestar de una población en términos de salud, educación e ingreso (Cuadra & Florenzano, 2003). De acuerdo con esta perspectiva, las personas deben poseer determinados bienes y servicios para experimentar bienestar (Gómez, Villegas, Barrera & Cruz, 2007). Se parte del supuesto de que tener cubiertas las necesidades básicas trae como consecuencia un estado de bienestar que incluye la dimensión subjetiva. Como puede observarse, en estos acercamientos se ha incluido, solo por no dejar, el ámbito subjetivo, sin plantearse que el no acceso a los bienes de la sociedad perfila grandes espacios de exclusión, lo que nos lleva a pensar en la ausencia de bienestar como falta de valía, de un sentimiento de desvalimiento, de no pertenencia, de desniveles en el desarrollo de capacidades (Sen, 1996).

El desarrollo humano es medido desde 1990 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), a través del índice de desarrollo humano (IDH); este ha reforzado la interpretación restringida y simplificada, al medir solamente la ampliación de las opciones que permiten a las personas alcanzar una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos, aprender destrezas y contar con los recursos necesarios para disfrutar de una “alta calidad de vida”, e ignora que las personas también son sujetos del desarrollo (PNUD, en Gillezeau, Ávila, Parra, & Matute, 2009).

Para Lourdes Pérez (1997), dentro del concepto de bienestar económico es posible diferenciar entre una dimensión objetiva —que se

refiere precisamente al análisis de las necesidades y recursos económicos de una persona, familia o comunidad— de una dimensión subjetiva —que hace referencia a la forma en que las personas perciben su situación económica; agregamos que también sobre sus diversos ámbitos de vida. En este sentido, algunos indicadores de calidad de vida, como la importancia de la experiencia cultural, son también aplicables al concepto de bienestar económico. Sobre la influencia de los recursos económicos en el bienestar, María-Jesús Cava (2000) afirma que el bienestar psicosocial de una persona será mayor según la cantidad de recursos que posea; nosotros consideramos que se tendría que tomar en cuenta la influencia de los recursos culturales, sociales, políticos, académicos y hasta psicológicos.

Como es posible apreciar, el término *bienestar* es multirreferencial, con una multiplicidad de significados, lo cual nos lleva a afirmar que no puede ser abordado desde una sola perspectiva, desde una sola disciplina, ya que nos puede conducir a visiones sectarias y parciales de la realidad humana. Lo económico implica lo subjetivo, lo subjetivo implica lo cultural, lo social y lo económico; estas perspectivas no pueden separarse asépticamente, ya que son dimensiones que se entrelazan para dar cuenta de la realidad de una manera más completa y compleja.

Aunque la noción de *bienestar* es bastante utilizada, los acercamientos que encontramos suelen ser amplios y generales, por una parte, y funcionales, por otra. En la literatura relacionada con la psicoterapia, el tema se encuentra implícito pero con poco desarrollo, aunque irónicamente el trabajo psicoterapéutico sostiene su existencia en la búsqueda de bienestar desde distintas connotaciones. Así lo expresa Adriana, una de las terapeutas consultadas: “El bienestar es una expectativa que siempre está presente en la psicoterapia, ya sea en el consultante o en el psicoterapeuta. Por lo general, lo que se espera de la psicoterapia es alcanzar el bienestar en cualquier ámbito”. Todos los psicoterapeutas coinciden en que la psicoterapia favorece el logro

de bienestar en el paciente, pero explicitan un énfasis particular en el entorno. Joaquín lo dice de esta manera: “En principio diría que, en términos generales, la psicoterapia procura el bienestar de la persona”.

Al hablar del bienestar, los psicoterapeutas plantean definiciones que tocan distintas dimensiones del mismo; unos se centran en ciertos rasgos que tienen que ver con asuntos de orden exclusivamente subjetivo, mientras que otros lo definen en un sentido mucho más amplio. Tal es el caso de Joaquín, quien incluye el ámbito económico, social y cultural. Nos advierte sobre el peligro de hacer lecturas generalizantes o parcializantes:

El bienestar se puede examinar desde varias perspectivas [...] Por ejemplo, el bienestar económico es fundamental, pero no tiene los mismos alcances y ámbitos para personas distintas. Desde luego, el bienestar económico o su contrario pueden cruzar de distintas maneras la vida de una persona. Una persona de escasos recursos puede haber estructurado su vida de acuerdo con sus posibilidades, y de esa manera lograr un bienestar que otra persona, sobrada de recursos, no logra por ambición desmedida de dinero, estatus social, exigencia superyoica derivada de identificaciones que le sobreexigen.

En el espacio psicoterapéutico, en particular cuando se vuelca la mirada a la persona, las nociones de bienestar se multiplican cuantas personas existan en el mundo; pero sin negar la posibilidad de encontrar constantes y el matiz que implica la lectura contextual del mismo. Y es que hablar del bienestar es hacerlo de lo humano, lo contemporáneo, la felicidad, los ideales, la existencia.

“El bienestar como felicidad puede leerse a distintas profundidades. Para un filósofo que la proponga como el proyecto ético ideal, el bienestar será algo mucho más trascendente que la experiencia puntual de bienestar de una persona en un momento determinado”. Al hacer esta afirmación, Joaquín nos invita a considerar el bienestar en todos

sus matices; es un asunto que no puede ser aprehendido, vivido ni impactado de una sola manera. Aquí acentúa el abaratamiento y la vulgarización que la noción del bienestar ha sufrido: esa trampa de un bienestar subjetivo que se envuelve en el individualismo y las exigencias de la sociedad, al grado de aumentar la controversia alrededor del término. Profundizar, desmenuzar, relativizar e integrar alrededor de esta discusión es un reto para la psicoterapia, para el psicoterapeuta, ya que ni evaluar ni idealizar son la alternativa.

EL BIENESTAR COMO EVALUACIÓN DE LA EXISTENCIA

Pretender una definición de bienestar implica necesariamente la incompletud, ya que la complejidad caracteriza de por sí la realidad a la que alude el término, dada su connotación existencial así como la subjetividad que lo impregna. En los acercamientos en torno al bienestar predomina un acento evaluativo y comparativo: el bienestar puesto en indicadores, entre lo ideal y lo real; el bienestar como sinónimo de calidad de vida, buena vida, felicidad, armonía o balance. Desde este matiz valorativo, “lo subjetivo” asociado al tamiz personal toma especial relieve, de tal forma que *bienestar* y *bienestar subjetivo* se usan como sinónimos, cuando no lo son.

Cuando se habla de bienestar subjetivo, la mayoría de las veces se prioriza alguna o algunas dimensiones de la vida. Encontramos autores que mencionan que el bienestar subjetivo hace alusión a dos dimensiones: una centrada en aspectos afectivo-emocionales, referidos a los estados de ánimo del sujeto, y otra enfocada hacia aspectos cognitivo-valorativos, relacionado con la evaluación de qué tan satisfecho se siente alguien con su propia vida (Temkin & Del Tronco, 2006; Sagiv & Schwartz, 2000). Viviola Gómez, María C. Villegas, Fernando Barrera y J. Eduardo Cruz (2007) agregan que, en términos generales, se ha definido al bienestar subjetivo como lo que las personas piensan y sienten con respecto de su vida y las conclusiones a las que llegan cuando evalúan su existencia. Estos autores caen en esa vieja dicotomía

entre emociones y cogniciones al abordar el campo de la subjetividad, del bienestar.

Hadley Cantril (1965), por su parte, abona a la discusión al afirmar que la satisfacción en relación con la vida se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas, a lo que el autor llama “bienestar percibido”, que define como el resultado de la comparación de las percepciones de las personas con sus aspiraciones. Angus Campbell, Philip Converse y Willard Rodgers (1976) coinciden con Cantril en que el bienestar en su dimensión cognitiva hace referencia a la satisfacción de aspiraciones, y que la dimensión afectiva entra en juego cuando se habla de la felicidad. Anticipan que, aunque la satisfacción y la felicidad pueden estar correlacionadas, distan mucho de ser perfectamente correlativas. Se puede estar satisfecho con los logros alcanzados pero ser infeliz, o se puede ser feliz pero encontrarse insatisfecho. En este debate, Haydée Cuadra y Ramón Florenzano (2003) sostienen que mientras que la satisfacción refiere a concretos, la felicidad tiene que ver con una dimensión más amplia. Para ambos autores, el bienestar subjetivo es la felicidad que produce la satisfacción en algunas áreas de la vida; esta puntuación no nos resuelve la complejidad del asunto, ya que el bienestar no es la suma de las partes, pero tampoco es un sinónimo equivalente o idéntico a calidad de vida ni a felicidad ni a satisfacción.

Siguiendo con la relación entre bienestar y evaluación, Díaz (2001) define el bienestar subjetivo como la evaluación constante que las personas hacen de su propia vida, desde una visión global o por áreas específicas. Por otro lado, adereza con el calificativo de “positivo” o “negativo”, en referencia con la dimensión emocional. Para el autor, existen grados de bienestar que oscilan entre “mucho, poco y nada”.

Todos los psicoterapeutas hacen alusión, de una u otra manera, al ámbito de lo valorativo —comparativo en su esfuerzo de acuñar una definición sobre el bienestar; se auxilian de términos como *percepción*, *valoración*, *vivencia*, *apreciación* y *autoevaluación*, entre otras. Esta perspectiva valorativa se le atribuye a la propia persona, en relación

con su condición presente, creencias, valores, expectativas, deseos, imaginarios, relaciones y carencias. Por ejemplo, Roberto coloca a la persona como un observador, un evaluador de sí mismo: “Respecto del bienestar como definición, me parece que implica una autovaloración de las personas en torno a su condición particular, en referencia a las expectativas personales propias respecto a cómo debería estar”.

Otra tendencia predominante es vincular bienestar con calidad de vida. Laura se auxilia de un referente teórico cuando se le demanda una definición del término: “La Organización Mundial de la Salud, en su grupo estudio de Calidad de Vida (WHOQOL Group), ha definido el bienestar como: ‘la percepción de un individuo sobre su situación de vida, puesto en el contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones’”. La terapeuta pone el acento en lo que la persona toma en consideración para dar cuenta de su situación, a partir de sus propios indicadores y no desde una medición externa.

Ivan Boszormenyi-Nagy y Barbara Krasner (1986), que se inscriben en la llamada terapia contextual, relacionan el bienestar con el incremento en la calidad de vida de los pacientes; para ellos, esta se concibe desde dos facetas: los patrones manifiestos de satisfacción y disfrute, en contraste con el sufrir ciertos síntomas o tener un descontento crónico, y la estructura subyacente de los equilibrios relacionales. Estos autores hacen un especial énfasis en el desarrollo de recursos para la reconstrucción de las relaciones como ingrediente indispensable del bienestar.

Desde la psicología positiva, que se desarrolló en Estados Unidos a finales del siglo XX, y que se enfoca en la comprensión de la experiencia humana tomando en cuenta los aspectos positivos de la existencia, en particular la creatividad, la inteligencia emocional, el humor, la sabiduría, la felicidad y la resiliencia, para Andrew MacLeod (2012) el bienestar es “aquello que hace una buena vida” para la persona que la está viviendo; afirma que en el campo clínico la tarea más importante de los psicoterapeutas es tratar de entender las diferencias entre las personas

que sufren y aquellas que están viviendo una buena vida y tratan de mejorar su bienestar.

En párrafos anteriores mencionamos que en esta tendencia comparativa existen autores para quien el bienestar tiene que ver con la apreciación de “tener buena vida” o “sentirse felices”, tal es el caso de Bo Jacobsen (2007), quien relaciona bienestar con felicidad, a la cual asocia con alegría, salud, prosperidad o satisfacción con la vida. En este mismo tenor, Victor Frankl (1991) coloca en el centro del tema de bienestar a la esperanza; en particular plantea que parte del trabajo que se lleva a cabo en la psicoterapia tiene que ver con la recuperación y el cuidado de la esperanza del paciente. Mónica lo refiere así: “Lo que entiendo como bienestar se refiere a una vivencia personal de sentirse bien, de sentirse pleno, feliz, de sentir que se tiene una buena calidad de vida”. Si bien esta definición está asociada al concepto de calidad de vida, se enfoca sobre todo a la dimensión de la experiencia, de la vivencia. Otro matiz de la tendencia comparativa tiene que ver con la adjudicación de una serie de atributos y adjetivos a la vida de la persona: pleno, feliz, realizado, satisfecho o simplemente bien. Mónica cierra su definición con el agregado de que, si bien el bienestar es una experiencia particular, también es cierto que impacta y se refleja en la relación con los demás, dice: “Si se está bien con uno mismo, entonces existen más posibilidades de estar bien con los demás”.

Para algunos psicoterapeutas y estudiosos, el bienestar implica un equilibrio hacia sí mismo y hacia los demás, lo cual trae seguramente aparejada una pre concepción en torno a lo que es y lo que no es “equilibrio”. Por ejemplo, Martha vincula la noción de bienestar con balance: “Es un estado de equilibrio, en donde la retroalimentación positiva está en balance con la retroalimentación negativa en el organismo y en las interacciones tanto en los subsistemas como en el sistema”. La anterior es una conceptualización desde la perspectiva sistémica, tomando en cuenta las distintas formas de intercambio que la persona tiene con su entorno y con los otros significativos. Tanto lo

que refiere a interacciones que favorecen el cambio (retroalimentación positiva), como aquellas que funcionan como elementos equilibradores, generan estabilidad (retroalimentación negativa). Se toman en cuenta entonces los diversos niveles de interacción, de relación: se concibe el bienestar como una posibilidad que está entrelazada con la dimensión contextual, relacional: el bienestar implica un proceso circular. Lo anterior aporta un elemento ecológico a la noción de bienestar, se pone el énfasis en la interacción y el entorno.

En este mismo tenor del equilibrio, pero desde una perspectiva cognitivo-conductual, encontramos planteamientos como el de George Kelly (1989), quien asevera que en un proceso de psicoterapia, en la medida en que se incrementa el reconocimiento de los pensamientos, se favorece un bienestar psicológico mayor, así como un comportamiento más funcional; porque se eleva la sensación de control de los propios pensamientos y del contexto externo; a su decir, ello genera una mayor comprensión de experiencias de vida que anteriormente resultaban confusas o atemorizantes, y el incremento en la capacidad de ver las cosas de manera más equilibrada. La búsqueda de armonía y equilibrio, de acuerdo con este autor, depende del control del ambiente externo y el interno, en particular del campo cognitivo.

Desde una postura de corte conductual, otros agregan que es importante que el equilibrio se dirija al logro de objetivos y expectativas, en sí, a la productividad. Tal es el caso de los planteamientos de Andrew MacLeod, Ema Coates y Jacquie Hetherington (2008), quienes afirman que entre los factores que se han encontrado asociados al bienestar se encuentra el establecimiento de metas y la habilidad de planeación; por consiguiente, para ellos el bienestar tiene que ver con la evaluación positiva en torno a que las metas se lograron.

Para Adriana, el bienestar es “la consecución de un estado de desarrollo, esto es, que no puede ir desligado del desarrollo de la persona —en cualquier dimensión: emocional, experiencial, motivacional, relacional, etc.—”. Esta es una perspectiva que aporta un elemento nuevo

a la reflexión, no solo porque introduce el aspecto evolutivo para la comprensión del tema sino porque coloca el bienestar frente a las dimensiones de la vida de una persona.

A pesar de que nadie negaría la asociación entre bienestar y evaluación, en la literatura sobre el tema predominan acepciones que tienden a reducir el papel de la persona a la capacidad para calificar su vida; otros ponen énfasis en uno o unos aspectos de la existencia, y otros más comparan con un ideal en relación con la felicidad, estar bien, una buena vida. Esta manera de entender el bienestar resulta sesgada y limitante, con el riesgo de reducirse al campo positivo–funcionalista, ya que se tiende a dejar de lado el aspecto vivencial y de conciencia de la persona, para limitarse al establecimiento de juicios alrededor de las circunstancias de vida que se perciben como satisfactorias y las que se valoran como insatisfactorias, que incluye una perspectiva correctiva.

Cabe mencionar que las perspectivas sobre bienestar que expresaron los terapeutas, aunque coinciden en el tamiz de la percepción de una vida satisfactoria con distintos matices y aluden a lo comparativo, recalcan el papel del contexto, de las relaciones y condiciones de la existencia como indispensables para su entendimiento.

El bienestar no puede hacerse depender solo de indicadores objetivos, como ingresos, bienes duraderos y acceso a servicios públicos (González–Celis, 2005), pero tampoco a la manera en que las personas “evalúan su vida y el grado de satisfacción frente a la misma”. Como dirían Alfred Schutz y Thomas Luckman (1973), el ser humano habita en diversos mundos de vida, con una actuación distinta en cada uno de ellos; sin negar que en términos genéricos, el bienestar incluye un ejercicio continuo de comparación entre la realidad y la idealidad.

EL BIENESTAR Y EL MALESTAR. ENTRE EL ANTAGONISMO Y LA CONVIVENCIA

Para Jacobsen (2007), la felicidad ha de ser un tema fundamental en la psicoterapia. Argumenta que uno de los motivos principales para

asistir a psicoterapia tiene que ver con la preocupación por la felicidad y la infelicidad, que suele aparecer discursivamente como “no sentirse feliz”. Este “no sentirse feliz”, o “la búsqueda de la felicidad perdida”, tiene muchos matices, y más cuando se asocia con el bienestar y el malestar. Roberto incluye esta diada, malestar–bienestar, como parte del preámbulo terapéutico: “El malestar es un motivador importante para que el consultante solicite terapia. Cuando la persona tiene bienestar, y fue a consulta por un malestar, es un criterio importante para finalizar el trabajo terapéutico”. De regreso con Jacobsen (2007), el proceso de psicoterapia terminaría cuando el consultante lograra un cierto grado de felicidad o satisfacción con su vida, o cuando el malestar hubiera disminuido en alguna medida. En palabras de MacLeod (2012), la concepción de bienestar se asocia con “aquello que hace una buena vida” para la persona que está viviendo esa vida; añade que en el campo clínico, la tarea más importante de los psicoterapeutas es tratar de entender las diferencias entre las personas que sufren, y aquellas que están viviendo una buena vida y tratan de mejorar su bienestar.

Desde una perspectiva de la psicología de la salud, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), al referirse al bienestar incluye las dimensiones bio–psico–social, tanto de la persona como de sus vínculos más significativos y de los grupos a los que pertenece. Para ellos, todo tratamiento psicoterapéutico parte del reconocimiento de las manifestaciones del sufrimiento humano, para mejorar tanto la salud física como psíquica, y con ello abonar a la integración de la identidad.

No se puede hablar de bienestar sin su contraparte: el malestar. En este sentido, Victor Frankl (1991) menciona que: “Cada época tiene sus neurosis y cada tiempo necesita su psicoterapia” (p.9). Este autor va a coincidir con los planteamientos de Freud en torno al malestar de la cultura: Frankl lo traduce como “malestar contemporáneo”, y hace referencia al vacío existencial; alude a que en la época actual las personas se encuentran inmersas en “un abismal complejo de falta de sentido, acompañado de un sentimiento de vacío... un vacío existencial” (p.9).

Desde otro ángulo, Jimena también trae a colación la obra de Freud, *El malestar de la cultura*, desde donde afirma que el bienestar es un campo vincular que tiene que ver con el conflicto entre la cultura y los deseos de la persona. En sus palabras: “Las exigencias de la cultura son incompatibles con los más profundos deseos del hombre, por lo que el ser humano que no puede sobrevivir fuera de la cultura, nunca podrá ser completamente feliz en ella”. Desde aquí la advertencia de no caer en la simplificación en el “logro del bienestar”, de “la felicidad”, “del cambio”, “de la desaparición del síntoma”, en la que se cae muchas veces en psicoterapia.

El tema del bienestar es complejo, no puede ser abordado solo desde una perspectiva. De nuevo Jimena nos advierte sobre el papel del síntoma en psicoterapia, en particular con la tentación del psicoterapeuta de lograr que este “desaparezca”. Si pensamos en lo que lleva a las personas a un proceso de psicoterapia —la situación problema o el síntoma como tal— resulta de utilidad la afirmación de Jimena en relación con que el síntoma es una formación de compromiso que intenta dar respuesta a las necesidades diversas a las que se ve sometido el sujeto, y que no debe ser removido o curado. Por el contrario, porta la verdad del sujeto, por lo que debe ser hecho consciente, deconstruido y muchas veces, aun así, conservado desde otra posición subjetiva.

Así, es fundamental comprender qué es lo que comunica la situación problema que vive la persona y qué lugar ocupa esta en su vida. Se plantea entonces la relevancia de conocer lo que no alcanzamos a ver a simple vista, pero que se constituye en una verdad por descubrir. Para otra psicoterapeuta, Martha, el síntoma equilibra.

Desde otra perspectiva, James Pennebaker, Janice Kielcolt-Glaser y Ronald Glaser (1988; citados en Cheng & Furnham, 2003) plantean que las experiencias que tienen una carga emocional “negativa” pueden producir efectos perjudiciales si no son nombradas, pensadas y elaboradas cognitivamente; para estos autores, el espacio psicoterapéutico funge de por sí como una oportunidad para elaborar los eventos traumáticos, lo cual favorece un camino hacia “el bienestar”.

Con todo, es esencial reconocer que malestar y bienestar no son opuestos ni se excluyen sino que están íntimamente entrelazados. Esto implica que la “patología”, como una expresión extrema de “malestar”, encierra también una expresión y deseo de bienestar. En términos genéricos, el malestar tiene implícito una búsqueda de bienestar, de resolución, de sentido. El malestar y el bienestar no son antagónicos, conviven y se complementan, y en algunos momentos uno sobresale frente al otro, y viceversa.

EL BIENESTAR. ENTRE EL ENCUENTRO Y EL DESENCUENTRO CON EL OTRO

Me acuerdo de una experiencia no muy halagadora para el grupo en el que yo estaba... Iniciamos con un grupo en el que había una mujer relativamente joven, con niños pequeños, que era víctima de violencia física por parte del marido... Después de varias sesiones, ella decide “correr al marido” de su casa. Unos meses después, nos damos cuenta de que ni a ella ni a los hijos les dirige la palabra ninguna persona de su cuadra, porque había abandonado al marido a su suerte, y había optado por su propio bienestar y no por el de su familia... “Ni que le pegara tanto”, nos decían sus vecinas... (Laura).

Este es un episodio relacionado con una experiencia de intervención comunitaria, donde una de las participantes tomó decisiones en relación con su vida de pareja, en el supuesto de que buscaba su propio bienestar. A decir de Laura, el resultado de su intervención fue adverso, explicable al desconocimiento de las características culturales del entorno de su consultante. De ahí la importancia de que el psicoterapeuta vigile las propias concepciones sobre bienestar, las cuales se encuentran imbuidas de su historia de vida, de su contexto sociocultural y sus recursos personales, que en mayor o menor medida difieren de los de sus consultantes; sin negar la importancia que tiene establecer un diálogo entre las distintas visiones, para posibilitar el proceso de

resignificación y reconstrucción. Al respecto, la psicoterapeuta agrega: “Si ahora con mi experiencia estuviera en esa situación, tomaría más en cuenta el contexto, para no irrumpir tan violentamente en contra de los valores culturales”.

Laura, respecto de la definición de bienestar, enfatiza la percepción personal, aunque agrega que es importante que no se quede allí sino que “incluya a la cultura y al sistema de valores de la persona en cuestión, ya que lo que para una persona en cierto contexto implica bienestar, para otra no”. Una afirmación que tiene implicaciones no solo en lo que el psicoterapeuta ha de procurar para el proceso del consultante sino por lo que toca a la vigilancia constante que debe tener con relación a sus propios supuestos y concepciones de “lo que le hace bien” a sus consultantes, dado que lo que en su momento el profesional supone que ayudará a construir bienestar en el otro, no siempre es visto así por los consultantes.

Aunque en la práctica de la psicoterapia es primordial la comprensión de la epistemología del otro, este es un ámbito de cuidado, ya que muchas veces el consultante se encuentra “atrapado” en su epistemología. En diversas ocasiones, las concepciones de bienestar del consultante lo han llevado a situaciones que lo saturan y constriñen. Uno de los aportes del psicoterapeuta consiste en ampliar y flexibilizar la noción de bienestar del consultante, al tener el cuidado de leer el proceso del mismo y no imponer sus supuestos y premisas: se trata de un espacio de encuentro y desencuentro intercultural, es un ejercicio interdisciplinario.

Tanto el consultante como el psicoterapeuta tienen sus campos de expertise. El consultante es experto en su vida y su circunstancia: quien puede expresar y poner sobre la mesa lo que vive, lo que sucede consigo en los distintos ámbitos de su vida. El psicoterapeuta es un experto en establecer un contexto para el diálogo, la apertura y el descubrimiento. No resulta de ayuda que el psicoterapeuta mantenga una noción rígida de su participación en la relación que se entabla con el consultante, por ejemplo, considerar que es él quien debe de-

cir, prioritariamente, qué sucede con el otro. En muchas ocasiones, el que un terapeuta maneje un sistema diagnóstico, desde categorías preestablecidas, cierra todavía más las posibilidades de que el otro reconstruya su representación de bienestar. Ayuda tener noción de la psicopatología para explicitar ciertos criterios que guían la definición de bienestar, pero si la mirada es estrecha, puede atraparlo y, desde luego, atrapar al otro y negarle su actoría y autoría en la construcción de su imaginario de bienestar.

El espacio psicoterapéutico se inscribe en un campo relacional donde el bienestar es material de resignificación, producto de una construcción conjunta. Para la mayoría de los psicoterapeutas, el tipo de vínculo que se establece en el contexto de la psicoterapia tiene un papel central en torno al bienestar del paciente. Así lo refiere Laura: “La relación entre el terapeuta y el paciente es fundamental. De hecho, creo que nuestra razón de ser tiene que ver con acompañar a la persona a que encuentre un mayor bienestar”. Michael Mahoney (2005) también destaca la importancia del lugar del psicoterapeuta y la relevancia del vínculo; plantea que él ayuda al paciente en la dirección del bienestar a través de la relación terapéutica; y agrega que esta es una relación de cuidado, que a su vez se asocia con la compasión, entendida desde su raíz etimológica como una manera de estar con el otro “con sentimiento”, o “sentir con”; cierra su reflexión al afirmar que la compasión es el corazón de la terapia. En la misma línea, Martín Buber (1983) afirma que en el espacio psicoterapéutico, el énfasis está puesto en el encuentro, que significa abrirse y ser enriquecido por el mismo.

Los otros entrevistados aderezan el tema del vínculo con distintos matices; para Martha, el logro del bienestar es una co-construcción, donde el rol del psicoterapeuta tiene que ver con la claridad de los objetivos, el plan de tratamiento y las estrategias. Precisa: “Se trata de propiciar un clima de bienestar en donde los involucrados desarrollen una coparticipación co-constructiva”. Mahoney (2005), desde la psicoterapia constructiva, también destaca la participación activa de la persona: “Cada persona es un participante activo en la creación del

significado de la vida y manifiesta ese significado en su compromiso consigo mismo y con los demás” (p.53). El balance entre la actoría del psicoterapeuta y la del consultante es un asunto delicado, ya que cada uno aporta desde distintas competencias, colocados en distintos roles y con diverso grado de responsabilidad en el proceso. Parafraseando a Jacobsen (2007), no es tarea del psicoterapeuta hacer feliz al consultante, pero es importante que se preocupe por la felicidad de este.

En ese proceso de encuentro, y por qué no decirlo, “de desencuentro”, el “logro del bienestar” en psicoterapia se conforma como un telón de fondo donde los actores del proceso van tomando la palabra, en la negociación constante entre el respeto a la noción de bienestar subjetivo del consultante y la palabra interventora del terapeuta; donde el recuento de los propios recursos conlleva la confrontación entre realidad e idealidad. Dice Mónica: “La psicoterapia es un espacio donde el consultante puede encontrarse a sí mismo y a lo que tiene”. Entonces la psicoterapia, en relación con el bienestar, posibilita el acceso a los recursos del propio sujeto para que descubra, resignifique e imprima “cambios en su vida”, en miras de una noción “posible” de bienestar, posible en tanto los recursos con los que cuenta, las circunstancias de su entorno y la dimensión utópica, en donde la imaginación y el horizonte de futuro son interlocutores constantes. Boszormenyi-Nagy y Krasner (1986) ponen un acento especial en el desarrollo de recursos para la reconstrucción de las relaciones como ingrediente indispensable del bienestar, con la mirada siempre puesta en favorecerlas más allá de la naturaleza de la problemática.

El bienestar y la relación con el otro nos remiten al terreno de la ética, ya que el propio bienestar implica muchas veces malestar para los que nos rodean. En este marco, Joaquín enfatiza ser críticos con la noción de bienestar del paciente, como condición importante para el trabajo psicoterapéutico. No se trata de dar cauce acrítico al “bienestar subjetivo” del paciente, o a la concepción de este como verdad absoluta. Aquí aparece la dicotomía entre el bienestar subjetivo asociado a la búsqueda incesante de placer, de satisfacción inmediata de

los deseos, de la lectura tergiversada de los derechos subjetivos y la serie de componentes del término *bienestar* relacionado con la calidad de vida, la obligatoriedad hacia el otro, la responsabilidad de la propia vida, la toma de decisiones. Diría Joaquín: “Al lugar de la paz, de la tranquilidad en las elecciones de bienestar”. Resaltamos que en este procurar el bienestar del paciente está implícito un proceso intenso de indagación y reconstrucción de su noción de bienestar en estrecha relación con los otros de su entorno.

Para Joaquín, la noción de bienestar no implica necesariamente el bien común, generalizable e impactante. Esto se diferencia de la mirada de los otros psicoterapeutas, ya que para aquellos (Laura, Martha y Mónica) el bienestar personal impacta las relaciones y se manifiesta en los otros, en la mayoría de los casos, de manera directamente proporcional. Pero no siempre es así: lo que para alguien implica bienestar, puede ser experimentado por otros o causar efectos, de manera directa o indirecta, en el sentido opuesto. Para Joaquín es básico señalar que “Bienestar y paz no son cualquier cosa y a cualquier precio. Un perverso seguramente puede tener bienestar con algunas de sus actuaciones, pero socialmente ese bienestar no es deseable”. De ahí, considera que “Antes que algo por lograr, el bienestar es uno más de los aspectos a investigar en el proceso psicoterapéutico: bienestar respecto a qué ámbitos de la vida del sujeto, quiénes resultan afectados, para bien o para mal, con el bienestar del consultante”.

De nuevo aparece la importancia de considerar las condiciones del entorno, de la relación con los otros, en “la búsqueda de bienestar” dentro del campo psicoterapéutico. No es solo un asunto del consultante buscando ser feliz sino que van implícitas las relaciones, su lugar en un entramado vincular y las condiciones de su momento y su contexto sociocultural. Ello nos lleva a ubicar el tema del bienestar como un ámbito vincular.

Para Helen Cheng y Adrian Furnham (2003), desde la misma discusión sobre la relación con el otro, los procesos de perdón y la experiencia de la gratitud son importantes en la construcción del bienestar.

Ambos se inscriben en el campo de la vincularidad y de las emociones sociales, en tanto que son procesos que implican al otro y redimensionan el término de *bienestar subjetivo*, al colocarlo en el terreno de la intersubjetividad y la ética. El propio bienestar incluye por necesidad al otro.

En ese mismo tenor, Loren Toussaint y Philip Friedman (2009) incluyen el perdón en relación con el bienestar, el cual, a su decir, implica:

- Un cambio en la percepción y en la visión.
- Un giro en las creencias y actitudes.
- Un cambio en los afectos.
- Un cambio en el empoderamiento y la responsabilidad personal.
- Un cambio en las elecciones, decisiones e intenciones.
- Un cambio de una conciencia dual a una conciencia personal.
- Un cambio en el reconocimiento de las cualidades centrales de una persona.

El perdón tiene lugar cuando la persona abandona juicios, agravios y pensamientos “negativos” sobre sí y los demás, de manera que pueda percibir la bondad, el valor, la inocencia, el amor y la paz tanto en sí mismo como en otros. La disposición para movilizarse y dejar atrás la trasgresión es un área importante de trabajo en la psicoterapia (Mehnam & Love, 2013).

El espacio psicoterapéutico está inscrito en la alteridad, tiene sentido en tanto la construcción de la otredad. En la actualidad, muchos autores coinciden en que la relación psicoterapéutica es una relación de cuidado; en este sentido, Mahoney (2005) habla de la compasión como el corazón de la terapia. La compasión entendida desde sus raíces etimológicas: “con sentimiento” o “sentir con”. Para este autor, la compasión y el cuidado, relacionados con el consuelo y el ánimo, explican una gran parte de lo que contribuye un psicoterapeuta en la vida de sus consultantes. En palabras de Martin Buber (1983), el encuentro significa abrirse y ser enriquecido por este. Parafraseando la idea anterior, en

el espacio psicoterapéutico se enriquece, abre, deconstruye, construye y reconstruye la noción de bienestar, siempre en relación con el otro.

Para atender el término de *bienestar subjetivo*, es menester profundizar en las diversas nociones en torno a la subjetividad, no reducirse a la “percepción particular sobre la propia vida”. Ir más allá implica dar cuenta del posicionamiento de la persona como actor social en contextos socioculturales amplios. En los trabajos revisados prevalece el entendimiento del ser humano en su connotación de “individuo”; mientras que incluir la dimensión de bienestar subjetivo desde una perspectiva compleja, nos lleva a un viraje hacia la persona, como sujeto, actor, agente de su vida en estrecha relación e intercambio con el otro.

Desde esta posición, asumir a la persona como sujeto, actor y agente es atreverse a realizar lecturas más abiertas en torno al tema del bienestar; nos ofrece entendimientos con más posibilidades, lo cual nos invita a la incorporación de la dimensión relacional. Jesús Martín Barbero (2002) aborda el tema del bienestar haciendo alusión a la *comunidad*, y menciona que hablar de esta siempre evoca una buena impresión. Para el autor, el término está asociado a la posibilidad de felicidad y pertenencia, en particular a la creación de redes sociales. En la misma línea, Rocío Enríquez (2000) hace énfasis en el papel determinante que juegan las redes sociales al hablar de bienestar emocional; agrega que cuando se resquebrajan, emerge el malestar emocional, que agudiza el rompimiento del vínculo.

Desde otra perspectiva, Alfred Adler plantea que la motivación fundamental de los seres humanos es la necesidad de pertenecer, y ello está vinculado con el sentimiento de bienestar (en Ferguson, 2010). Agrega que el sentido de pertenencia a una comunidad es fundamental para la salud mental del individuo y de la sociedad. Esta es una postura que enfatiza el lugar social del bienestar, dado que Adler conectó el bienestar del individuo con el bienestar de la comunidad. A su decir, la salud mental aumenta cuando las personas sienten que pertenecen.

La inclusión del tema de las redes sociales en el entendimiento del bienestar nos remite al sistema de significación de la persona, el cual no se limita a los referentes familiares sino que incluye al conjunto de vínculos interpersonales y los ámbitos de vida. Carlos Sluzki (1996) asocia dicho ámbito de significación con el análisis de la estructura social, que en sus palabras resulta primordial para una comprensión más acabada de los procesos de integración psicosocial, de la promoción de bienestar y del desarrollo de la identidad.

Los diversos acercamientos al entendimiento del bienestar han tendido al antagonismo y la dicotomía, por ejemplo, lo objetivo vs lo subjetivo, o lo social vs lo individual, entre otros. El conjunto de los elementos que abonan al entendimiento del bienestar favorecen su definición y diferenciación, pero hay que tener cuidado a que la proliferación de acepciones no implique la exclusión o el menosprecio de perspectivas diferentes. Se presume indispensable tender puentes y leer el bienestar como un continuo con el malestar, donde tienen lugar una serie de factores y circunstancias que se suceden en el campo de lo sociocultural. En esta línea, considerar el campo de la relación entre sujetos envueltos en su entorno, en el estudio del bienestar, favorece la superación de la socorrida dicotomía entre lo micro y macrosocial.

La interacción con el otro toma otros matices cuando se pone en práctica en el espacio psicoterapéutico. En medio de todas las nociones teóricas y socialmente validadas sobre el bienestar, está la vida del consultante; ahí es cuando se vuelve telón de fondo y toma matices particulares en una pluralidad de expresiones. La postura del psicoterapeuta frente al tema del bienestar se constituye en entidad mediadora de las distintas acepciones, incluida la propia. Por ello, es fundamental conocer el sistema de significados del psicoterapeuta en relación con el bienestar, ya que este es portador de juicios previos, sostenidos en el campo teórico de referencia, así como en su trayectoria personal y profesional; los cuales se ponen en diálogo con las preconcepciones que sobre el bienestar tiene el consultante.

EL BIENESTAR. ENTRE EL CONTROL Y LA AGENCIA

Algunos estudios van a relacionar el bienestar con la posibilidad de “tener control sobre la propia vida”, y entre ellos encontramos los que traen a colación aquella diferenciación acuñada por Julian Rotter (1966) en la década de los sesenta sobre el “locus de control interno” y el “locus de control externo” —en esos tiempos fue un parteaguas la llamada *teoría del aprendizaje social*. Los estudiosos que suscriben estos planteamientos afirman que las personas con locus de control interno demuestran más capacidades para reconocer sus habilidades, responder frente a la adversidad y, por lo tanto, influir en el entorno. Jesús Salas-Auvert (2008) plantea que un indicador asociado con el bienestar subjetivo tiene que ver con que la persona sienta que tiene suficiente control del ambiente interno (cogniciones, emociones, conductas), así como del ambiente externo (lo interpersonal, material, político, económico, etc.). Desde esta perspectiva, en la medida en que la persona tenga mayor control personal, tendrá más posibilidad de manejar las diversas áreas de su vida y asumir sus responsabilidades. Aunque esta teoría fue un avance importante en la escuela denominada *conductismo*, al pretender incluir “lo social” en el entendimiento de lo psicológico, también es cierto que el término *control*, que aunque otorga a la persona un diferencial de actoría, mantiene su tendencia funcionalista y, por otro lado, se vuelve a caer en una dicotomía entre el exterior y el interior, entre la persona y la sociedad.

Relacionado con lo anterior, hay autores que desde el estilo atributivo establecen una relación con el tema del control. Martin Seligman (2003) y Bernard Weiner (1974) hablarán del estilo atributivo como un proceso cognitivo a través del cual la persona establece la causalidad de los sucesos, lo que tiene un impacto significativo en las consecuencias psicológicas y emocionales. Cheng y Furnham (2003), por su parte, hablan del estilo atributivo, al ejemplificar que las personas vulnerables a la depresión y ansiedad difieren de las no vulnerables en

los juicios de causalidad que habitualmente hacen acerca de los hechos positivos y negativos en sus vidas; plantean que un “estilo atributivo depresivo” se caracteriza por la tendencia a ver los eventos negativos como causados por factores que son internos, estables y globales, lo cual se considera un factor de riesgo para el desarrollo de la desesperanza y la depresión. Este estilo “atributivo” también incluye el tema de la autoestima, dándole la connotación de fuerte predictor de bienestar. Como podemos ver, también se suele asociar autoestima con bienestar y, desde estos autores, con “desesperanza aprendida”.

Otros abonan a esta perspectiva al desmenuzar los constitutivos del bienestar, e incluir otras dimensiones para su entendimiento. Para Carol Ryff (1989); entre los constitutivos del bienestar sobresalen: la autoaceptación, las relaciones positivas con los demás, la autonomía, el dominio del ambiente, el propósito en la vida y el crecimiento personal. La autoaceptación implica la madurez, la realización personal y el funcionamiento óptimo; mientras que las relaciones positivas con los demás incluyen la capacidad de amar, la calidez y la confianza en las relaciones interpersonales (la relación con el otro y para el otro); por su parte, la autonomía hace referencia a la autorregulación y la independencia (autonomía y libertad); el dominio del ambiente implica la capacidad de desempeñarse con seguridad en ambientes complejos (manejo del entorno y el posicionamiento en el mundo); cuando se habla de propósito en la vida, se hace alusión a tener un sentido de dirección e intencionalidad para cumplir objetivos (proyectiva), y de crecimiento personal, como el desarrollo del propio potencial, crecer y expandirse como personas (transformar). Esta propuesta abre nuevas posibilidades al entendimiento del tema del bienestar, ya que incluye una serie de constitutivos del bienestar que favorecen una lectura más abierta; en esta apertura se coloca al sujeto en una posición de más actoría, con el riesgo siempre latente de caer en el planteamiento y uso de indicadores de manera aislada y mecanicista.

La capacidad de la persona para ser protagonista de su propia vida, en miras de un bienestar que se adjudique como resultado de sus es-

fuerzos, se convierte, desde la perspectiva de los psicoterapeutas consultados, en un punto de partida y de llegada, pero además influye en las estrategias implementadas durante el proceso de psicoterapia. En sus narrativas sobresale la apuesta por que el consultante logre bienestar y pueda manifestarse a través de un actuar reflexivo de sí, del entorno y de los otros. Se relaciona con un vivir respetuoso, contextualizado, en el sentido de lograr un equilibrio que permita relaciones armoniosas consigo mismo y con los otros. Estas narrativas convergen en el tema de la agencia, de manera independiente de las adscripciones a diferentes enfoques teóricos que sustentan los psicoterapeutas.

Para Mónica, “La consecución de bienestar es una sensación subjetiva, pero tal vez puede evidenciarse o manifestarse a través de la forma en que la persona se relaciona con los que le rodean, en su capacidad para ser productivo y autosuficiente, para ser agente de su propia vida, y en el ser solidario con los demás”. Este planteamiento involucra una recuperación de las posibilidades individuales de vivirse dueño de la propia vida y, en correspondencia con ello, un actuar y hacer autónomo, en congruencia con el mundo que se habita. Que los consultantes se conviertan en agentes de su propio proceso en psicoterapia es una constante en las respuestas de los psicoterapeutas al hablar de bienestar; aunque cada uno lo expresa de distintas maneras. En este proceso de convertirse en agentes, los psicoterapeutas señalan gradientes que van desde el hecho de que la persona pueda reconocer su propia noción de bienestar, que distinga la distancia entre la idealidad y la realidad, que sea capaz de evaluar su situación de vida en relación con los otros y el entorno, hasta que logre resignificar su concepción de bienestar de cara a los recursos con los que cuenta y las condiciones del entorno, para entonces asumir su actuación desde la responsabilidad.

Llegar a identificar las condiciones y características del propio bienestar, en un balance de las propias expectativas y su actuar como protagonista de ellas, puede considerarse como el logro de un objetivo psicoterapéutico, lo que llevaría incluso a la terminación del proceso. Laura menciona: “La idea es que como terapeutas ‘apostamos’

por que la persona, en un ambiente libre de amenaza, pueda encontrar sus propios estándares de bienestar y tomar acciones para lograrlos”.

La psicoterapia existencial parte de la aceptación incondicional de las experiencias de los pacientes, sin juzgarlas, creyendo en la habilidad de las personas de cuestionar sus vidas y hacerse cargo de su compromiso con la vida, con las personas y situaciones que los rodean. El supuesto es que, a través de este proceso, los pacientes se dan cuenta de su habilidad para elegir y lograr tener claros sus propios valores y sentido de vida. Para Susan Iacovou (2009), durante el proceso suceden nuevos *insights* que favorecen mejoras en la salud, la felicidad y el bienestar, y, por ende, se incrementa el bienestar ontológico; y aunque estos son resultados indirectos de la psicoterapia, no son las metas de este tipo de terapia. A diferencia de otros enfoques, para la psicología humanista el fin de la psicoterapia no es la consecución de la felicidad o el bienestar; el énfasis está puesto en el proceso, en particular en el hecho de que la persona se haga responsable de su vida y de los vínculos construidos en los diversos ámbitos en que se desarrolla.

En esta misma línea, Carl Rogers plantea que la persona en plenitud se caracteriza, no por haber conseguido una condición estable y duradera sino por reconocerse en un proceso continuo de cambio. Desde ahí, los supuestos del bienestar tienen que ver con que los consultantes logren incrementar su habilidad para vivir en el presente, que sean más aceptantes de su vida interior y exterior. Se trata de aumentar la confianza en sí mismos para favorecer la toma de decisiones fundamentada y responsable (Jacobsen, 2007).

Desde la psicoterapia constructiva, que reivindica la participación activa de la persona, Mahoney (2005) plantea que “cada persona es un participante activo en la creación del significado de la vida y manifiesta ese significado en su compromiso consigo mismo y con los demás” (p.53). El autor pone énfasis en la relación entre el terapeuta y el paciente, ya que se construye un contexto especial que se convierte en “un crisol transformacional” (p.42); considera que la labor del psicoterapeuta consiste en ayudar a los consultantes a “consolidar lo mejor de

sí mismos y estimularlos hacia formas mejores de experiencia” (p.51); en su concepción de bienestar incluye los diversos ámbitos de vida de la persona: familia, amigos y sociedad en general.

Para los terapeutas consultados, el bienestar solo puede alcanzarse a través de un trabajo personal de cambio y transformación. Mónica lo expresa así: “Los cambios que se dan en un proceso de psicoterapia apuntan a una sensación de bienestar personal, pero que a su vez se reflejan en una mejora en el contexto de la persona”. Estos cambios no solo afectan al sujeto sino también a su contexto inmediato, ya que la persona forma parte de un entorno que se encuentra de una u otra manera relacionado con su situación de malestar o bienestar. Es importante considerar que los cambios generados durante el proceso de psicoterapia no siempre se van a vivir como una señal de bienestar. Adriana comenta: “En la psicoterapia se suelen vivir momentos difíciles que no van a concordar —o incluso van a chocar— con el significado de [bienestar] [...] Esto hace que el bienestar se convierta en una variable que interfiere y obstaculiza el trabajo psicoterapéutico, además de que lleva a valoraciones del mismo sumamente sesgadas”.

En esta tendencia de conferirle grados de actoría a la persona durante el proceso, la psicoterapia existencial plantea la importancia de partir de la aceptación incondicional de las experiencias de los pacientes, que implica creer en la habilidad de estos para cuestionar sus vidas y comprometerse con ellas y con las personas y situaciones que los rodean; el supuesto es que, a través de este proceso, los pacientes se dan cuenta de su habilidad para elegir y lograr claridad de sus propios valores y sentido de vida.

Comprender el concepto de bienestar implica, como la afirma Adriana: “la colocación de la persona en el mundo de una manera productiva (en términos de Erich Fromm y de Erik Erickson), es decir, un sujeto que se sostiene en sus propios pies y que tiene un intercambio eficaz y productivo con el mundo”. Ella contextualiza el estar del sujeto, que no puede ser comprendido sin la referencia a sus circunstancias.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

La concepción y vivencia del bienestar es multidimensional, un término polisémico. Aunque existe una fuerte tendencia a “personalizar” el bienestar, este es una construcción sociohistórica, cultural-relacional, enraizada en un contexto, en un entorno; es una representación con una buena dosis de idealidad. Por ello, la definición de bienestar se construye de diversas maneras: un mismo evento es vivido singularmente, con tal grado de subjetividad, que es distinto para cada persona pero sin poder escapar, aunque a veces se quisiera, de la presencia del otro como referente constante de identidad.

En todos los terapeutas consultados encontramos una asociación del bienestar con una situación ideal; algunos le nombran calidad de vida, otros felicidad, paz, armonía, y algunos más “estar bien”; todos resaltan la importancia de darle lugar al carácter subjetivo del bienestar, lo cual implica el balance entre el ideal y lo que se puede ser y hacer en el propio contexto social y personal. Aunque se previene del cuidado ético en relación con la noción.

Todo lo anterior nos lleva a afirmar la relevancia de comprender los diferentes significados que los consultantes atribuyen al bienestar, así como su lejanía o cercanía con la realidad y su viabilidad. Muchas veces, afiliarse a concepciones “ambiciosas” de bienestar puede convertirse en una trampa, ya que el ideal es inalcanzable y el malestar se instala como una forma de vida. El bienestar se vuelve una utopía, es decir, un sueño celestial que nunca llega a ser realidad.

El tema del bienestar y el malestar no se agota en el aquí y ahora, ni en la comparación valorativa entre las metas, expectativas e ideales frente a lo logrado para dar cuenta de la calidad de vida; ambos son parte del caminar histórico de la persona, que muchas veces dejan huellas tan dolorosas que son difíciles de ser removidas. Aquí es donde toman sentido los anteriores planteamientos, que incluyen nuevos elementos en el entendimiento y la procuración del bienestar, como son: la paz, la gratuidad, la compasión, el perdón, el amor, etc., que implican un

nivel de toma de decisiones, responsabilidad y movilidad del sujeto por su propia vida.

Desde la perspectiva del diálogo interdisciplinario, es posible distinguir diversas dimensiones en la búsqueda de bienestar: el otro tiene un lugar protagónico, así como el entorno; es decir, aunque es imprescindible partir del bienestar subjetivo, la dimensión de lo intersubjetivo y la objetivación de la subjetividad son invitados especiales. Nuestro bienestar está entrelazado con el de los otros, para bien y para mal, igual que se encuentra entrelazado con el malestar.

Es por ello que la forma en que se define el bienestar tiene un lugar central en el proceso de psicoterapia. Habrá que trabajar con la construcción de las narrativas, con aquellos relatos dominantes que se tienen acerca de lo que conforma el bienestar. Hay quienes, por ejemplo, hacen predominar en su discurso el que “todo está bien” o “todo está mal”; la psicoterapia genera la posibilidad de una visión alternativa, de generar relatos alternos o historias vinculadas a otras definiciones de sí mismo y de la propia historia, al brindar la posibilidad de ampliar el relato, reconstruir las representaciones y reeditar los referentes identitarios. Esto puede favorecer que el consultante recoloque su lugar en el mundo.

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: FCE.
- Becker, M., Diamond, R. & Sainfort, F. (1993). A new client focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of life Research*, 2(4), 239-251.
- Berkman, L. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. En L. Berkman & I. Kawachi (Coords.), *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. (1986). *Between give and take: a clinical guide to contextual therapy*. Nueva York: Brunner / Mazel.

- Bradburn N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Buber, M. (1983). *A land of two peoples: Martin Buber on Jews and Arabs* (P.R. Mendes-Flohr [Ed.]), Nueva York: Oxford University Press.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of american life: Perceptions, evaluations, and satisfaction*. Nueva York: Russell.
- Cantril, H. (1965). *The patterns of human concern*. Nueva Brunswick: Rutgers University Press.
- Cava, M.-J. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 10(4), 215-221.
- Cheng, H. & Furnham, A. (2003). Attributional style and self-esteem as predictors of psychological well being. *Counselling Psychology Quarterly*, 16(2), 121-130.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 82-96.
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572-579. Recuperado el 25 de enero de 2014, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi1162001.htm
- Easterlin, R. (2003). Building a Better Theory of Well-Being. *Discussion Paper*, No.742. Bonn: IZA.
- Enríquez, R. (2000). Redes sociales y pobreza: mitos y realidades. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, No.11, 36-72.
- Ferguson, E.D. (2010, primavera). Editor's notes: Adler's innovative contributions regarding the need to belong. *The Journal of Individual Psychology*, 66(1), 1-7.
- Fordyce, M.W. (1978). *Prospectus: the self-description inventory*. Florida: Edison Community College (manuscrito no publicado).
- Frankl, V.E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

- Gillezeau, P., Ávila, N., Parra, J. & Matute, C. (2009). Desarrollo humano, bienestar y emisiones monetarias para los países en el siglo XXI. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 5(14), 24-46. Recuperado el 12 de diciembre de 2013, de <http://www.redalyc.org/pdf/709/70914497003.pdf>
- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F. & Cruz, J.E. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 311-325. Recuperado el 2 de abril de 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539208>
- González-Celis, R.A.L. (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En L. Garduño, B. Salinas & M. Rojas (Coords.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (pp. 259-294). México: Plaza y Valdés / UDLA-Puebla.
- Harkness, S. (2004). Social and political indicators of human well-being. Helsinki: World Institute for Development Economic Research. Research Paper No.33.
- Iacovou, S. (2009). Are wellbeing, health and happiness appropriate goals for existential therapists? *Existential Analysis*, 20(2).
- Jacobsen, B. (2007). What is happiness? The concept of happiness in existential psychology and therapy. *Existential Analysis*, 18(1), 39-50.
- Kelly, G.A. (1989). La construcción de alternativas. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26, 18-39.
- Lipovetsky, G. (1994). *El crepúsculo del deber*. Barcelona: Anagrama.
- MacLeod, A. Coates, E. & Hetherington, J. (2008). Increasing well-being through teaching goal-setting and planning skills: results of a brief intervention. *Journal of Happiness Studies*, 9(2), 185-196.
- MacLeod, A.K. (2012). Well-being, positivity and mental health: an Introduction to the special Issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(4), 279-282. Recuperado el 15 de junio de 2014, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1794/abstract>

- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Barcelona: Paidós.
- Martín-Barbero, J. (2002). Reconfiguraciones comunicativas de la socialidad y reencantamiento de la identidad. Ponencia presentada en el Premier Colloque Franco-Mexicain, México, 8 al 10 de abril. Recuperado el 7 de febrero de 2014, de <http://edutice.archives-ouvertes.fr/docs/00/00/18/55/PDF/actes.pdf>
- Mella, R., D' Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-89. Recuperado el 4 de mayo de 2014, de <http://www.redalyc.org/pdf/967/96713107.pdf>
- Menahem, S. & Love, M. (2013). Forgiveness in psychotherapy: the key to healing. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 69(8), 829-835. Recuperado de wileyonlinelibrary.com/journal/jclp DOI: 10.1002/jclp.22018
- Pavot, W. & Diener, E. (1993, enero). The affective and cognitive contest of self reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20.
- Pérez, L. (1997). *Las necesidades de las personas mayores en España. Vejez, economía y sociedad*. Madrid: IMSERSO.
- Quintero, G. & González, U. (1997). Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y salud: perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rojas, M. (2005). The complexity of well-being: a life satisfaction conception and a domains of life approach. Puebla: Universidad de Las Américas (mimeo).
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(609), 1-28.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

- Sagiv, L. & Schwartz, S.H. (2000). Value priorities and subjective well-being: direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30(2), 177-198.
- Salas-Auvert, J. (2008). Control, salud y bienestar. *Suma Psicológica*, 15(1), 15-41. Recuperado el 3 de enero de 2014, de <http://www.re-dalyc.org/pdf/1342/134212604001.pdf>
- Schutz, A. & Luckmann, T. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Seligman, M.E.P. (1983). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Sen, A. (1996). Capacidad y bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Comps.), *La calidad de vida*. México: FCE.
- Sirgy, M.J., Michalos, A.C., Ferriss, A.L., Easterlin, R.A., Patrick, D. & Pavot, W. (2006, mayo). The quality-of-life (QOL). *Research Movement: Past, Present, and Future*, 76(3), 43-466.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Temkin, B. & Del Tronco, J. (2006, octubre-diciembre). Desarrollo humano, bienestar subjetivo y democracia: confirmaciones, sorpresas e interrogantes. *Revista Mexicana de Sociología*, 68(4), 731-760.
- Toussaint, L. & Friedman, P. (2009, diciembre). Forgiveness, gratitude, and well-being: the mediating role of affect and beliefs. *Journal of Happiness Studies*, 10(6), 635-654.
- Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown: General Learning Press.

II. Configuraciones subjetivas del bienestar

Avatares de un adiós: hacia una resignificación del duelo

SOFÍA CERVANTES RODRÍGUEZ

Resumen: este trabajo se focaliza en el fenómeno de la terminación de una relación que tuvo una carga emocional importante. También resalta el papel que juega la ausencia de las personas queridas, como un puente por el que se transita desde la pérdida a la experiencia del duelo. Se presenta una propuesta de trabajo psicoterapéutico con el duelo desde una perspectiva interdisciplinar, donde se retoman las aportaciones de la psicología experiencial, la construcción social de las emociones, la psicoterapia junguiana y la psicoterapia de la Gestalt. Finalmente, se establece la relación entre la pérdida, el duelo y el sentido de vida, es decir, el interjuego entre cómo se vive la ausencia, los modos de sobrellevarla y significarla, y el bienestar psíquico que se logra mediante la instalación o perpetuación del duelo.

Palabras clave: pérdida, duelo, elaboración, interdisciplinariedad, psicoterapia.

Abstrac: This text focuses on the phenomenon of the termination of a relationship that was bound up with strong emotions. It also sheds light on the role played by the absence of loved ones, as a bridge that must be crossed from loss to the experience of grief. A proposal is presented for working psychotherapeutically with grief from an interdisciplinary perspective, drawing on the contribution of experiential psychology, the social construction of emotions, and Jungian and Gestalt psychotherapy. Finally a relationship is established between loss, grief and

the meaning of life, that is, the interplay between the way absence is lived, ways to cope with it and make sense of it, and the psychic wellbeing that is achieved by installing or perpetuating grief.

Key words: *loss, grief, elaboration, interdisciplinary approach, psychotherapy*

PRELIMINARES

Invocado o no, Dios está presente.

ORÁCULO DE DELFOS

La emancipación lograda por el hombre en la Ilustración trastoca la concepción del morir y las atribuciones e injerencias del hombre al respecto. En adelante se coloca en las propias manos el poder otrora entregado a una divinidad, lo que derroca a los dioses, pero entrona los constructos que requiere la nueva racionalidad. Esta revolución reivindica además una serie de derechos personales, entre ellos “el derecho a la propia muerte” (Meyer, 1983, p.15) y reajusta las prácticas sociales relacionadas con las enfermedades, la medicina y la tecnología médica, todo lo cual se centrará en prolongar lo más posible la vida. La obstinación por negar la muerte propia y de los seres queridos se exagera y se expresa de múltiples maneras; pero, como resulta un evento siempre ineludible, los esfuerzos sociales se encaminan a la instalación de mecanismos para encajonar y controlar la cuestión. Tal es el caso de adjudicar al que va a morir la responsabilidad de ello; esto es, se le proyectan las problemáticas y dificultades personales y sociales. En esto va que el que anuncia su muerte mediante alguna enfermedad tendrá mayor mérito cuanto menos problemas genere a los vivientes y no les recuerde que podrían estar en igual condición. Entonces el papel del enfermo “sólo puede ser [...] dar la sensación de que no se está muriendo” (Meyer, 1983, p.16). En una cultura de consumo como en la que vivimos, se eliminará todo lo que cause displacer o dolor, ya que su propósito es colocar la felicidad al frente y la adquisición de

un bien material como su mejor logro. Referirse entonces a la muerte no tiene cabida y se le da la vuelta a eventos como la separación de los que amamos, su ausencia y el duelo; disfunciones todas estas que se habrán de corregir. Sin embargo, dice Erich Fromm (1970), “la cuestión no es en realidad si Dios ha muerto sino si el ser humano ha muerto, si no ha quedado tan reducido a [un] *homo consumens* pasivo, vacío, alienado, que ha perdido toda su vida interior” (p.29). La primacía del falso bienestar que se desprende del estilo mercantilista de vida, erradica también el esfuerzo y lo que signifique sufrimiento. El precio que hemos pagado ha sido alto; la aniquilación del potencial de crecimiento y aprendizaje que estos conllevan. Pero la sospecha de la pérdida y de la muerte siempre queda, y de muchas maneras nos envía el mensaje de su inevitabilidad. En ello va la muerte de los que amamos, tal vez por eso es mejor evitar esta situación, no vaya a ser que el amor, que también es pasajero, nos ponga de frente con la pérdida y el inmenso dolor que le suele acompañar. También hay “pérdidas inciertas’ [...] cuyo protagonista no es la muerte sino la incertidumbre y la duda”, dice Rosa Martínez (2010, p.39), y que son pérdidas donde se puede tener la vivencia de la muerte, como son el divorcio, la salida de los hijos, la jubilación, la enfermedad, la minusvalía, etc. Nos centramos en este momento en la muerte del ser querido, donde la constatación de su muerte es necesaria para seguir viviendo.

La muerte, dice Everhard Jüngel (1976, en Meyer, 1983), va en contra de las tendencias humanas, es un fenómeno antropológico pasivo, una condición de la naturaleza humana. Esto marca la diferencia con el morir: la muerte es inevitable, la manera de morir es una elección. Uno de los privilegios, y de las mayores desgracias de los seres humanos, es que estando vivos también morimos, pues se puede estar muerto en vida. Morir a título personal se da solo una vez, pero también morimos muchas veces con las muertes de aquellos que amamos. Esto es lo que ponemos ahora a la luz, así como los artilugios para no encarar el evento y resolver la pérdida mediante el duelo. Un duelo

no resuelto es la experiencia de una muerte no cumplida a cabalidad, y el refugio en una realidad alterna debido a un intolerable sufrimiento. Es un alivio, pero a costa del esfuerzo de batallar con las evidencias que la realidad de la muerte se empeña en ponernos al frente. Sin embargo, las posibilidades humanas son insospechadas, y estancar la vida, aun con el malestar constante que conlleva, con el paso de los años puede lograrse el acomodo, y con ello trasformarlo en un bienestar. Elisabeth Kübler-Ross (1998) asevera que “hay gente que siempre ha vivido como si no existiese el mañana, que nunca ha tenido que hacer frente a ninguna desgracia, que nunca ha pensado en la muerte” (p.59), lo cual puede parecer un privilegio. Pero agrega luego que “cuando estas personas tienen de repente un problema que pone en peligro su existencia, caen en una profunda depresión, o intentan buscar refugio en una negación rotunda que hace que el trabajo y la prognosis sean extremadamente difíciles” (p.59). Y si bien la instancia de la personalidad que hemos denominado como Yo, aun cuando se erige altaneramente como rector de lo que nos acontece, también es cierto que tiene a su cargo la función de la interlocución con el mundo y los demás. Pero además desempeña otra tarea: coordina la simbolización que hacemos de la vida, la muerte y la separación, por lo que juega un importante papel. Sin embargo, existen otros personajes, rasgos y atributos que nos constituyen y también tienen participación; tal es el caso de la emocionalidad, la intuición, la construcción de imágenes y los sueños, y todos inciden en las maneras de vivir el duelo y la posibilidad de su elaboración y resolución.

Si la edad moderna comenzó, como dice Hannah Arendt, con la desaparición brusca e inexplicable de lo suprahumano y de la fe en una inmortalidad trascendente (en Meyer, 1983), el empoderamiento de lo humano no ha logrado entender el vivir, el morir y la separación. ¿Será entonces que lo que se ha erigido en lugar de los dioses son conjuros para sojuzgar un miedo siempre subyacente? ¿Será que se ha

exacerbado una represión de las cuestiones relativas al morir que hace más difícil darles la cara y lidiar con ellas? ¿Será que a pesar de lo conseguido, seguimos teniendo una terrible dificultad para reconocer la experiencia del morir?

LA SEPARACIÓN, LA MUERTE Y EL DUELO: CONSTRUCCIONES SOCIALES

*Nunca son inocentes
los conceptos de vida, muerte y separación.*

La muerte es un atentado contra nuestra dimensión biológica, pero su entendimiento dista mucho de quedar en este plano, ya que su significación tiene una dimensión histórica, cultural y social. También nuestras concepciones en cuanto a la separación y la pérdida varían según el momento histórico y espacio social donde ocurren las creencias, representaciones e imágenes al respecto. La historia de la humanidad atestigua las ricas manifestaciones culturales, rituales, mitos y un sinnúmero de creaciones construidas en torno a la muerte, probablemente mucho más que las construidas para enaltecer a la vida. La persistencia de estas manifestaciones bien pudiera entenderse como un interés por la muerte y la separación. Sin embargo, las evidencias originadas en el diario vivir apuntan a lo contrario, pareciera más bien que “nos conducimos en la vida como si fuéramos eternos” (Cruz & García, 2007, p.27) y que nos aferramos a la fantasía de que las cosas y las personas que queremos siempre estarán aquí. Aunque podemos entender que todos vamos a morir, poco reflexionamos al respecto, en particular cuando “hemos escondido la muerte a los ojos de la cotidianidad, en un intento infantil de sostener que lo que no se ve no existe, no molesta, no nos interroga, no produce sufrimiento y hemos situado en su lugar el porvenir de un ilusión como es la inmortalidad” (Cruz & García,

2007, p.28). Los significados que asignamos a lo que vivimos impregnan lo que amamos, el modo en que lo hacemos, cómo experimentamos lo que perdemos, cómo vivimos el duelo y cuáles son sus posibilidades de resolución. No son pocos los casos en que la separación se vive como una experiencia de muerte, sobre todo cuando se ha depositado en el otro la vida propia y se vive la imposibilidad de continuar vivo ante su ausencia, lo que agota el proyecto vital. Y si bien el ingrediente afectivo puesto en la relación incide en lo anterior, también lo hace el significado otorgado a la separación, incluso de manera más importante que el afecto depositado en la persona que se marchó.

En el caso de la pérdida por muerte, no sabemos casi nada del que se va, pero del que se queda podemos saber un poco más; cuál es su postura ante la vida y ante la muerte, qué tipo de relación estableció con el que se marchó, cuál fue su reacción a los avisos de la inminente separación, a la consumación de la muerte y al vacío que vino después. Podemos averiguar cuál es el sentido que se les ha asignado a estos sucesos, lo que es fundamental para el trabajo del duelo, pues “la forma en que comprendemos el proceso de duelo está relacionada con la forma en que manejamos la muerte en el medio cultural” (Cabodevilla, 2007, p.165). Una sociedad que funda la seguridad de sus miembros en el cumplimiento inmediato del deseo y en la juventud y la belleza física, “hace de sus integrantes seres indefensos, sin recursos para afrontar que, como todo, la vida también empieza y termina, no de manera general y abstracta, sino concreta y particular [...] En este sentido, la angustia y el miedo son las respuestas que se dan cuando lo inevitable llega” (Cruz & García, 2007, p.28). Los significados conferidos a la pérdida y la separación demandan de nuestros recursos cognoscitivos, relacionales, corporales y emocionales, entre otros, para la realización de un procesamiento simbólico de estos sucesos. De la disposición o inhabilidad de nuestros capitales dependerá las posibilidades de resolución del duelo.

La reflexión participa también en este asunto, y es entendida como la vuelta sobre uno mismo que nos permite mirarnos a distancia, a la

vez que es una mediación que facilita la transformación de los hechos en experiencia. De esta manera, abre posibilidades para recobrar la potencial riqueza en lo vivido, aun cuando sea doloroso. Los seres humanos somos portadores de conceptos, significados, valores y sentidos. La facultad de volver hacia el actuar propio, de monitorearlo, revisarlo, juzgarlo y otorgarle ciertas atribuciones, es lo que constituye la reflexión. Anthony Giddens (1984) dice que esta se asemeja a “un tipo de gobierno sostenido que es portador de acción y que simultáneamente la atestigua” (p.113). La reflexión impulsa al sujeto a diferentes posicionamientos, perspectivas y marcos de referencia respecto de lo que vive, y con ello arribar a significados nuevos y distintos. Victor Frankl (1987) señala que lo que se registra de diversas maneras en el organismo, “se revela así como el material que aguarda a ser ‘conformado’” (p.145) por el significado, dando lugar a la experiencia. Gracias a la reflexión, la cotidianeidad queda trastocada de fondo. Es bien sabido que aunque vivamos ciertas situaciones repetidas veces, no por ello logramos el aprendizaje, ya que este requiere de la reflexión, y por tanto, de la experiencia. Sin embargo, esta no se encuentra colocada como una función meramente cognoscitiva, pues ya hablábamos de la participación de las imágenes, los sueños y la fantasía en los procesos de elaboración de lo que vivimos.

La experiencia de la vida, con sus asignaciones y acepciones, convertirá en su semejante a la experiencia de la pérdida del otro, pues de la misma manera en que vemos la vida, vemos el morir. Por ello, aquel que da sentido a su vida, también da sentido a la muerte, y con ello a la separación. Adriana Schnacke (1987) resalta lo anterior cuando afirma que quien no puede decidir su muerte, tampoco puede decidir su vida. Cuando nuestra vida tiene valor, en cualquier momento podemos morir, y cuando una relación se ha vivido al tope, el otro bien se puede ir. Del significado que demos a estos, o a cualquier otro evento, depende que le demos el lugar que le corresponde, y así logre un acomodo en nuestra vida. De aquí la importancia que tienen las convicciones y regulaciones sociales que nos gobiernan, pues llegan a ser fuente de

creencias, significados y valores que impregnan la manera en que vivimos nuestras relaciones, la ruptura de estas y la manera como hacemos frente a la separación. Susan Sontag (2003) dice que “Para quien vive la muerte sin consuelo religioso o sin un sentido natural de la misma (ni de nada), la muerte es el misterio obscuro, el ultraje supremo, lo no gobernable. Solo puede negarse” (p.15).

En el transcurso de la vida, así como ganamos también perdemos. En el entendido de que todas las relaciones tienen un comienzo y un final, nuestra vida está hecha de encuentros y separaciones, de lazos y rupturas, de compañías y soledades. Podemos perder una casa, un empleo, un estatus de vida o ciertas capacidades personales, pero una de las pérdidas que más nos cuesta trabajo remontar es la muerte de aquellos que amamos, y el posicionamiento ante esta realidad está teñido del contexto histórico y cultural (Guilmot, 2000). Sin embargo, más allá de las regulaciones sociales, y aun si lográramos una posición madura ante las pérdidas, lo más seguro es que estaríamos inmersos en la madeja de emociones que acompaña a estos eventos, dado lo inédito de su presentación. La situación se complejiza cuando por “el imperativo moral de hacer de la vida algo sagrado, junto al imperativo tecnológico que te impide morir aunque ya estés muerto” (Cruz & García, 2007, p.22), se convierte a la muerte en un elemento egodistónico, “disonante, antinatural, excluido de la vida” (Cruz & García, 2007, p.22).

LA AUSENCIA. UNA PREGUNTA SIN RESPUESTA

Espera en desnudez y vacío, que no tardará su bien.

SAN JUAN DE LA CRUZ

Una de las expresiones nucleares del duelo es la ausencia que deja el que murió. Esta ausencia, y el vacío generado por la ruptura del vínculo, componen vivencias que suelen acompañarse de una particular dificultad: su aceptación. Los seres humanos somos seres de relación y nos construimos en las interacciones y en el encuentro

con los demás, por lo que resulta *contranatura* su rompimiento. Desde el nacimiento, la vida pende del vínculo afectivo que se logra establecer (Viorst, 1990), ya que el aislamiento, no solo en etapas tempranas sino a lo largo de la vida, genera disminuciones en todo sentido. Aceptar que nos constituimos y desarrollamos en el encuentro interpersonal, pareciera que nos hace irremediamente propensos la relación y que nos deja en una indisposición respecto de la separación y la ausencia. Sin embargo, la condena no pesa por igual. Las habilidades para soltarnos de los demás, para partir, para reconocer la distancia y vivir en ella, para asumir que se es distinto a los demás sin que ello represente un trasgresión, aligeran la vida. De lo contrario, la separación será la muerte de dos seres: del que se fue y del que se quedó. Como quiera que se viva la separación, los seres humanos hemos de remontar la dificultad que entraña la ausencia del vínculo en una naturaleza eminentemente vincular.

Desde el campo de la psicología, diversos autores nos presentan su postura respecto de la pérdida y el vacío. Igor Caruso (1969), Erick Erikson (1983) y Judith Viorst (1999) coinciden en que la ruptura de los lazos afectivos reaviva la pérdida original del útero materno, y con ello antiguos sentimientos de inseguridad que recrudecen la ausencia, haciendo más penosa su resolución. Por otro lado, para la psicoterapia Gestalt la ausencia y el vacío son “el centro mismo y el corazón del cambio terapéutico” (Van Dusen, en Stevens, 1978, p.91). Es cierto que la muerte de un ser amado nos deja, de facto, en la imposibilidad de volver a vivir lo que teníamos juntos. Nos quedamos frente al hecho contundente de que la relación se acabó y que su lugar ha sido tomado por la ausencia y el vacío, es decir, ha quedado un hueco que resulta desconocido y que genera temor. De manera particular, la ausencia es difícil cuando lo que se ha hecho en la vida es llenarla de lo que sea a toda costa con el objeto de evitar el vacío. Para la psicoterapia Gestalt el crecimiento radica en experimentar lo que se presente y, por ende, también la ausencia, la nada. Cuando estos se viven sin reticencia, catapultan la transformación personal y social. Vivir el vacío y la

ausencia puede envolvernos en un sinsentido —que en apariencia les caracteriza—, para luego encontrarnos con lo que siempre ha estado ahí: el vacío nunca es vacío y la ausencia nunca es ausencia. La nada, en este caso la que deja el otro, dice Claudio Naranjo, que “sólo es nada mientras estemos bajo la compulsión de hacer de ella un algo. Una vez que aceptamos la nada, todo se nos da por añadidura” (1990, p.61). En el campo experiencial del vacío es donde se da el encuentro con valiosas figuras que emergen, lo que nos traslada del vacío infértil a un vacío fértil (Naranjo, 1990; Perls, 1978). Naranjo agrega que el vacío infértil es la vivencia de una nada al modo de un vacío con falta de significación, lo que por un lado denota que “hemos abandonado totalmente las expectativas o los estándares, mediante los cuales medimos la realidad” (Naranjo, 1990, p.61) y no hemos encontrado todavía nuestros propios significados, asunto que será fundamental para la resolución del duelo. El vacío se torna fértil cuando lo aceptamos, cuando sostenemos la ausencia, pues solo de esta manera permitiremos la emergencia de otras experiencias, por cierto privilegiadas, pues provienen de caminos que no habíamos recorrido. De esta manera, un día no lejano daremos las gracias al que murió por habernos llevado a vivir el llanto que sana, el desgarramiento que lleva a un nuevo orden, la ausencia que nos lanzó a la recuperación de nosotros mismos, la herida que nos permitió hacer una tarea que estaba pendiente en la vida y que, al realizarla, crecimos y nos completamos más (Rothemberg, 2003). No solo los junguianos comparten estas afirmaciones, puesto que la terapia gestáltica, al igual que el budismo y el zen promueven el cultivo del percatarse, la conciencia del dolor y la muerte incluidos. También resalta Naranjo (1990) la importancia de vivir la ausencia, el vacío y la nada en la psicoterapia, a las que entiende, de acuerdo con Perls (1978), como el camino de “la transformación del vacío estéril al vacío fértil” (p.61). Estos principios de la psicoterapia provienen del taoísmo, así como el logro del autoapoyo, entendido no como un aislamiento sino como un estado donde se pueden soltar los lazos y la relación con los demás sin que se vaya la vida en ello; se puede dejar ir lo que sea y a quien sea y permane-

cer en un vacío que nutre la vida (Baumgardner, 1978; Naranjo, 1990; Perls, 1978; Schnacke, 1987; Van Deusen, en Stevens, 1978). La pérdida de un ser amado nos pone a prueba, así como a nuestras herramientas relacionales, y obliga a la restitución propia y al establecimiento de nuevos vínculos remontando prácticas, las que en un tiempo fueron exitosas, pero que ahora se han quedado sin sostén, puesto que otro murió. El encuentro con lo nuevo resulta así irremediable, pero, por lo general, cuesta un enorme esfuerzo, pues lo perdido no siempre lo está en su totalidad. Desde la incredulidad de la pérdida, pasando por el resguardo de cosas y pertenencias —ahora intocables—, hasta la reminiscencia constante y un recuerdo que nos suele acompañar la vida entera, persiste algo del otro y lo que nos dejó.

Si entendemos que crecer es hacerse menos dependiente cada vez, menos niño, menos necesitado, menos oral y más autosustentado (Naranjo, 1990), entonces la pérdida de lo querido y la ausencia y vacío resultantes ofrecen al menos dos posibilidades: el estancamiento o el impulso a la madurez. Derivado de lo anterior, resaltamos la capacidad de establecer contacto y retirarse de los demás como uno de los atributos relacionales más importantes para el crecimiento y la madurez. Lograr la entrega afectiva, la retirada del objeto amoroso, experimentar la ausencia de lo perdido y luego volver a amar, marcan una diferencia en el modo de vivir la ausencia y el vacío. En términos de Carl Jung (1971), encaminarse por el sendero de la individuación es atender y desarrollar lo singular, lo que nos diferencia, y conjugarlo con lo que nos hermana con los demás. Esto reclama el reconocimiento de uno mismo respecto a los demás, y con ello la posibilidad de seguir vivos y enteros aunque al que amamos no esté más. Pablo Guilmo (2000), citando a Teilhard de Chardin, dice que “cuanto más unidos somos, mas distintos nos revelamos”. Y agrega que “para que el amor sea auténtico, siempre se debe mantener una cierta distancia” (p.62). Por su parte, Joachim Meyer (1983) dice que “El auténtico compromiso con los demás es el resultado y la prueba de la firmeza de la propia identidad” (p.46). Lo

anterior nos lleva a reconocer que así como hemos vivido el abandono, también mediante la muerte psíquica hemos abandonado a los demás, y que ambos eventos forman parte de la vida. De lo contrario, seremos capaces de cualquier cosa antes que vivir una separación (Viorst, 1990). La cuestión es enunciada de manera simple, pero sabemos que guarda su complejidad; vivir la ausencia del otro tiene el potencial de lanzarnos al encuentro de recursos que desconocíamos, lo que nos va completando cada vez más y, de esta manera, en disposición para una nueva entrega amorosa, a sabiendas de que nos acompaña siempre el riesgo de volver a perder, para luego llenarnos de nuevo y repetir el ciclo del encuentro-pérdida. Schnacke (1987) confirma que el auténtico contacto con la vida solo se da en este flujo dinámico que logran el acercamiento y la retirada. Lo cierto es que el vacío, la ausencia y la soledad del que nos dejó, arroja más ganancias que pérdidas, pero esta transformación, por cierto de corte alquímico según Marie-Louise Von-Franz (1991), requiere el esfuerzo y la decisión personal. Que las nuevas experiencias recuperen la riqueza de la entrega de aquello que se ofrendó al otro, a la relación y a lo que se perdió; es una conquista, más que una gratuidad, puesto que “la tarea de reconstrucción de nuestra propia historia a partir de un vacío, de aquello que hoy no está, no es tarea fácil sino que lleva un proceso y un tiempo determinado para poder precisamente elaborar esta situación” (Russo, 2011, p.8). En el terreno del vacío, la referencia a San Juan de la Cruz resulta oportuna. La experiencia que nos relata el poeta-místico confirma el formidable potencial que tiene el vacío. Para el carmelita, el vacío implica algo que falta, pero también es la disposición para recibir y la libertad para obrar; donde hay vacío también hay posibilidad (San Juan de la Cruz en De la Rosa, 2010). Estar en el vacío significa estar abierto para algo y para alguien, y estar dispuesto para el encuentro con Jesús. El vacío es así una plenitud, una “ausencia amorosa, que sólo se entiende a partir de quien se queda o espera” (p.3). En uno de sus poemas, San Juan lo dice así: “Mi alma está desasida de toda cosa criada y sobre sí levantada y en una sabrosa vida sólo en su Dios arrimada; por eso se dirá la cosa

que más estimo: que mi alma se ve ya *sin arrimo y con arrimo*” (San Juan de la Cruz en Rodríguez y Ruiz, 1988, p.81).

El psicoterapeuta, en la postura que haya elegido para el oficio, no puede dejar de lado la simbólica social existente en torno a la pérdida, la ausencia y el vacío, en particular al trabajar en la elaboración del duelo. Además, habrá de estar alerta a las connotaciones que emergen de un rampante utilitarismo que ha hecho del vacío y la ausencia una fobia que se alivia con el activismo, el almacenamiento y el consumo compulsivo. No habrá de olvidar que “el contenido fundamental de la ausencia [...] no es el aniquilamiento, sino algo como una pregunta abierta” (Guilmot, 2000, p.41) que está en espera de una respuesta, la que paradójicamente surgirá de la ausencia misma; la muerte de la persona amada es así, una ausencia presente y una presencia siempre ausente.

LA SEPARACIÓN: POTENCIAL DE UN ASUNTO INCOMPLETO

*La pérdida,
aun si es anunciada,
siempre nos toma por asalto.*

Las emociones no son un asunto moral, pero sí las regulaciones sociales a las que están expuestas. Así, sentir enojo hacia alguien que ya no está, en particular porque murió, suele ser sancionado y reprobado socialmente. Por lo general, la expresión de sentimientos como la ira, la cólera, los deseos de venganza y el resentimiento suelen ser exigidos a una re-significación, con el objeto de que se atengan a las prohibiciones impuestas. Pero bien sabemos que las pérdidas afectivas, sobre todo cuando son repentinas, suelen vivirse como una injusticia y desencadenan fuertes sentimientos de enojo e inconformidad, los que, de no ser expresados, se van oscureciendo y trasformando en otras emociones que son socialmente permitidas, como son la tristeza y el dolor. Lo cierto es que la muerte de un ser querido, a pesar de que

se puedan tener avisos previos de esta, acontece con una brusquedad que deja incertidumbre y una serie de emociones agolpadas ante lo inédito y lo no deseado (Martínez, 2010). Estas emociones, como muchas otras, no se agotan y su *motio* continúa encubierto, lo que con el paso del tiempo y el bloqueo de su natural expresión genera mezclas y transformaciones afectivas que hacen aún más difícil su expresión. Por lo general, nos cuesta trabajo entender que no es la emoción en sí lo adecuado o inadecuado sino en lo que transformamos lo que sentimos y hacemos con aquello que sentimos (Martínez, 2010). Esto hace que en la psicoterapia sea indispensable tener clara la distinción entre la expresión emocional y la acción emocional. La primera es derecho y una exigencia natural; contactar con lo que sentimos, expresarlo verbal y corporalmente, asumir su simbólica, apropiarse de la experiencia, reconocer el aprendizaje que conlleva, e integrarla en nuestras decisiones y nuestro actuar, favorece el desarrollo personal y social. Concretar en actos una emoción, la que fuere, es una trasgresión de los derechos de los demás.

En una separación de cualquier índole, siempre queda algo que no se dijo, además de lo que genera la misma experiencia de la separación. Guilmo (2000) hace una analogía entre la experiencia de la pérdida y la de un viaje. Señala que el que se va se encuentra con nuevas realidades que le llenan; en el caso de la muerte, lo que se encuentra el viajero no lo sabremos jamás. Respecto al que se queda, la separación borra una presencia, esto es, a la plenitud sucede la impresión del vacío y el agolpamiento de una madeja emocional que demanda canales de expresión. Pero los asuntos inconclusos solicitan tiempo para fraguarse, ya que el aliento emocional no se expresa solo de golpe. Hay emociones que tienen que andar camino para llegar a su expresión, como es el caso de las que hemos denominado “complejas”. Entre estas se cuentan los celos, la venganza, el odio, el amor y la envidia. Estas emociones constituyen una conjugación de diversas emociones, además de otras problemáticas previas, sistemas de creencias, etc. También sabemos que no podemos hablar de las emociones como si fueran un

mundo aparte, ya que tenemos evidencias de que impregnan todos los ámbitos de nuestra existencia (Hillman, 1960). En el caso del duelo, adquieren relevancia la culpa y el resentimiento, que suelen requerir la expresión, y de manera preferente, la escucha, el respeto y la acogida de un interlocutor que ofrezca otros marcos de referencia con el objeto de enriquecer el propio. Sin embargo, cuando el duelo se asocia a conflictos previos y se enreda en ellos, demanda la intervención psicoterapéutica.

Toda separación tiene el potencial para constituirse en un asunto inconcluso, cuya intensidad, duración y perturbación dependerán de las problemáticas que se vivieron en la relación y de los recursos con los que personalmente se cuenta para su resolución. En la pérdida por la muerte de alguien querido, uno de los participantes abandonó su lugar en la red de relaciones sociales y desapareció para siempre (Cruz & García, 2007), con lo que el lazo afectivo no solo queda disuelto sino que lo es de manera definitiva. Meyer (1983) recoge este testimonio: “Ahora está ausente, lamento su ausencia, me lo han arrebatado” (p.75).

Podemos decir que la separación de un ser querido, en especial por muerte, rompe un lazo afectivo que despierta reacciones y emociones que no siempre tienen la posibilidad de aflorar de inmediato, por lo que se difiere su expresión. Toda pérdida se acompaña de una emocionalidad que aflora en el momento, y que por lo general es una solicitud (y no pocas veces una demanda) de un acompañamiento cercano de emociones como la tristeza y el dolor, entre otras. Pero el asunto no queda agotado, ya que la violencia del evento deja saldos que con el paso del tiempo configuran el asunto inconcluso. En estos asuntos, la culpa y el resentimiento juegan un importante papel. A lo anterior agregamos que el duelo, asunto incompleto por excelencia, emerge cuando se ha tenido la experiencia del vacío, la soledad y la ausencia del otro, lo que solo acontece en el transcurrir del tiempo. De esta manera, la temporalidad hace la distinción entre la pérdida y el asunto incompleto. La primera se da en la inmediatez y es un detonante de la expresión emocional del dolor, en tanto que el segundo toma su ritmo

y tiempo para evidenciarse, y con ello exhortarnos a su resolución. Tobin lo refiere así: “[...] al decir ‘asunto incompleto’ me refiero a una emoción vivenciada [...] durante la relación, pero que por diversos motivos no fue expresada” (en Stevens, 1978, p.122). El asunto incompleto es una constelación de eventos altamente emocionales que impregnan nuestro ser y estar en el mundo, que se instauran como una expresión diferida de contenidos y problemáticas previas y en ello desgastan la energía vital, al tiempo que abren la posibilidad de que se recuperen los canales de expresión antes bloqueados (Baumgardner, 1978; Naranjo, 1990; Perls, 1976; 1978). Los asuntos inconclusos son nudos de deudas, contratos, juramentos, eventos pospuestos y cuestiones sin resolver.

Al ser la coartación de la expresión emocional el núcleo del asunto inconcluso, la intervención psicoterapéutica estará centrada en rastrear la prohibición establecida y el desbloqueo de los canales expresivos correspondientes. En el caso de la separación por muerte de un ser querido, el trabajo irá en pos de las emociones que quedaron obstruidas por los pactos establecidos, ya sea con la sociedad o con el que se fue. Estos impedimentos seguirán aplazando y dilatando el crecimiento, “porque lo que te quede como pendiente puede acompañarte como deuda o como culpa mucho tiempo en tu vida o para siempre y [...] eso causa daño y pasa factura” (Cruz & García, 2007, p.15). Los asuntos inconclusos pueden impactar con severidad la vida, puesto que algo nuestro se queda prendado en cada uno de ellos, es decir, no solo se queda una carga afectiva que se atoró sino que en ella dejamos también parte de la vida. Un asunto inconcluso se reactivará ante situaciones que de algún modo le provoquen, y la respuesta emitida a partir de esto se coloca en una especie de limbo; con la mirada puesta en un evento de actualidad, pero de reojo se mira hacia atrás. Debido a ello, siempre se interpondrá en nuestra relación con la actualidad y será un filtro por el que pasará lo que pensamos, sentimos, queremos, repelemos y añoramos; pero sobre todo, será una manera particular de procesar lo que vivimos. Así, vamos perdiendo la única posibilidad de vida que tenemos, puesto que estamos sujetos a lo que nos sucedió:

no estamos aquí pero tampoco allá. Este es el perfil de la neurosis; una vida atorada, una vida a medias. Fantasmas del tiempo presente y presencias encadenadas a un pasado que no volverá.

Algunos de los rastros que deja un asunto sin completar, en particular en lo que se refiere a la pérdida de un ser querido, suelen ser los siguientes: soñar con esta persona, escuchar su voz, desempeñarse en lo cotidiano como cuando estaba viva, conservar intacto lo que dejó, salvaguardar sus cosas y pertenencias, anhelar su regreso, imaginarle en los demás, pero sobre todo, aquello que apunte a una resistencia a *soltarse* y *despedirse* de la relación (Baumgardner, 1978; Naranjo, 1990; Perls, 1976; 1978). Despedirse, dice Caruso (1969), equivale a darle al otro la muerte definitiva, lo que señala la resolución del duelo. Seguir en la fantasía de una relación que ya murió es un vano intento por otorgarle vida a lo que ya no está. Esta es una trampa mortal, ya que en la fantasía se obran milagros; a raíz de que el otro murió, alcanzó una condición que en vida nunca logró. El recuerdo de un muerto suele exigir su veneración. Las palabras de Anne Philipe (en Guilmot, 2000) lo dicen así: “No hay, en efecto, nada más maravilloso que el descubrimiento de un amor, que en el recuerdo por lo menos, ha rozado la perfección” (p.92).

Toda relación tiene un proceso natural de terminación, es decir, se completa la vivencia, se cierra el ciclo y la señal es que se está en disposición de un nuevo encuentro. Cuando este ciclo no se acepta ni respeta, hace que permanezcamos “amarrados” a relaciones muertas, es decir, que han terminado tiempo atrás. Lo anterior denota que la separación es vivida como amenaza, y que hay temor a la soledad y el vacío, pero no se puede evitar que estos asalten la plaza. De manera paradójica, sabemos que aquello que se quiere evitar se produce, ya que vivir aferrado a relaciones muertas empoderará la soledad y el vacío; pues, en tanto se sostiene la fantasía de la relación, cada vez más se irán acumulando las evidencias de que esta ya se perdió. Sostener la ilusión de que se está con alguien que en realidad no está, suele pasarnos factura. François Mauriac, el escritor francés, dice que: “en el horroroso

desconcierto que comprobamos en el espectáculo de una muerte, se introduce un sentimiento de engaño; aquél que amamos está ahí y no está más ahí” (en Guilmot, 2000, p.40). En estos casos queda obviada la dificultad que se tiene “para el proceso de separación, para la creación de la distancia interior” (Meyer, 1983, p.73) que el superviviente requiere para vivir.

El trabajo de los asuntos inconclusos en la psicoterapia resultará oportuno y viable cuando la vida haga su reclamo, cuando el impulso le dé vida a otra persona y a una nueva relación. Solo entonces una persona distinta podrá tener, no el mismo lugar del que se fue, pero sí el derecho a un encuentro y una relación. La resolución de un asunto inconcluso se evidencia cuando se ha acogido a alguien más, no para rivalizar ni desplazar al que se amó sino porque se está en la vida, y la vida es proyecto, encuentro, amor y relación.

El trabajo psicoterapéutico del duelo necesita la capacidad del profesional para identificar los signos del duelo no resuelto, la disposición del consultante y los riesgos y las ganancias de seguir aferrado a una ilusión. Bien sabemos que un malestar, como puede ser estar varado en la vida, se puede convertir en un sentido, un valor y un bienestar. Valgan las palabras de Kübler-Ross: “Las expresiones emocionales [promocionadas] por parte de un psicoterapeuta son como los fármacos. Una dosis adecuada en el momento adecuado puede hacer maravillas. Una cantidad excesiva es perjudicial, y si es insuficiente, las consecuencias pueden ser trágicas” (1998, p.116).

LA PÉRDIDA Y EL DUELO. DOS EXPRESIONES DE VIDA

En este apartado incluimos una afirmación sustancial para nuestro trabajo: existe una diferencia sustancial entre la pérdida y el duelo. Para ello retomamos lo dicho respecto de la experiencia de la ausencia y los asuntos inconclusos, e incluimos una somera revisión de las propuestas de algunos autores con el objeto de situar la que presentamos. Entender la experiencia de la pérdida y el duelo de la misma manera,

nos lleva a un camino angosto y corto en la psicoterapia, por lo que su diferenciación abre mayores posibilidades de exploración. La vida bien puede ser considerada como una serie de pérdidas constantes, muchas de las cuales son condición para el crecimiento: perder la piel para su renovación, dejar ciertas condiciones de vida para incorporar nuevas, etc, son algunos ejemplos. De esta manera, entenderíamos que la vida sería un duelo constante, y no es así. De aquí nuestro interés en diferenciar estas dimensiones de la vida, no solo en el plano de lo teórico y lo conceptual sino porque alcanzar diferenciaciones finas en la vivencia del consultor arroja mayores posibilidades de intervención.

Ricardo Millán-González y Nicolás Solano-Medina (2010) definen al duelo como “una reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido o de un estatus humano determinado” (p.375). Como podemos ver, el duelo es entendido como la reacción a una pérdida; sin embargo, no todas las pérdidas generan duelos. Los autores hacen otra puntualización que viene a cuento: “El duelo complicado es un *constructo* independiente que describe un cuadro clínico de mayor duración y gravedad luego de una determinada pérdida y que se considera cualitativamente distinto a los trastornos del afecto” (p.375). La concepción del duelo como una compleja constelación (o cuadro clínico) nos es de utilidad para su abordaje en psicoterapia. Por lo general, los duelos por la muerte de un ser querido, si no se cuenta con una relación de acompañamiento, requieren mayor tiempo y penurias para su resolución.

Para Iousu Cabodevilla (2007), el duelo es un estado afectivo de gran intensidad emocional que se da por el fallecimiento de un ser querido al que se está vinculado, y que es generado por el rompimiento de un lazo afectivo significativo, cuestiones que son consonantes con el trabajo anterior. De distinta manera, Meyer (1983) afirma que el duelo es el “proceso con el que nos despedimos del difunto, hacemos llevadera y finalmente superamos nuestra separación de una persona amada” (p.71). Este trabajo nos permite el tránsito a planteamientos que resaltan la diferencia entre la pérdida y el duelo. Otro ejemplo de ello es el

trabajo realizado por Kübler-Ross (1998), quien nos ofrece pistas que trasladamos al marco de la psicoterapia. Señala que después de una pérdida no es aconsejable suprimir la expresión emocional de las personas que la sufren, y que habrá de permitírseles que “lloren, griten, recen, maldigan o se desahoguen como quieran” (p.69). Y agrega que solo después de un tiempo es conveniente hablar sobre lo ocurrido, pues “entonces [se] suelen hacer las preguntas que fueron incapaces de formular en aquel momento” (p.69). Como podemos ver, la pérdida genera la necesidad de un desahogo, el que por lo general es inmediato. En este momento, la intervención psicoterapéutica no suele ser requerida, pues se está más en el momento del desgarramiento de la relación y de las emociones que le suceden. La necesidad está en la expresión emocional y en el acompañamiento que la favorezca. La autora agrega que ha “comprobado que el apoyo psicológico tras una muerte repentina no resulta efectivo durante las primeras semanas” (p.77), asunto que podemos entender como una intervención psicoterapéutica. En consonancia con lo anterior, resaltamos algunas de las cualidades del duelo: que no es lo inmediatamente vivido tras la pérdida, que se acompaña de la reflexión, que esta toma lugar cuando el desahogo se ha cumplido, y que puede tener disposición para la psicoterapia.

Francisco Cruz y María Paz García (2007) también marcan una diferencia entre la pérdida del ser querido y lo que significa despedirse de este, lo que entendemos como una resolución del duelo. Afirman que cuando se está frente a la pérdida de un ser querido, las dificultades que tienen los dolientes les lleva a darle la espalda al evento, configurando así lo que llaman, “la ‘conspiración del silencio’” (p.20). Contrario a lo anterior, consideran que cuando se tiene la oportunidad de saber que un ser querido va a morir, se puede aprovechar este tiempo, un tiempo valioso porque es “el único tiempo que queda” (p.14). Un tiempo para “aclarar muchas cosas, despedirse sin rencores y con tranquilidad, expresar miedos y preocupaciones, decidir hasta cuándo y cómo hay que seguir o bien cómo hay que concluir, dejar terminadas algunas cosas de la vida que tanto esfuerzo han costado y a las que tanto tiempo he-

mos dedicado” (p.14). De esta manera, promueven el ahorro vital y no su desgaste en asuntos que luego se sumarán a los pendientes.

La pérdida es un fenómeno ineludible, de hecho, “comenzamos la vida con una pérdida”, dice Viorst (1990, p.19), al referirse al abandono del vientre materno, pero lo reiteramos: hablar de pérdidas no es lo mismo que hablar de duelos; estos solo ocurren con el paso del tiempo, cuando se ha instalado la experiencia del vacío y de la ausencia del otro. Y aun cuando no se puede fijar un tiempo determinado, la práctica nos ha mostrado que es frecuente que el duelo se presente entre el año y medio y los dos años después de la pérdida, ya que es hasta entonces que se ha constatado la realidad de la ausencia de aquel que murió.

El acompañamiento del dolor, la tristeza, el atontamiento, la incredulidad y otras reacciones que suelen encontrarse en la experiencia de la pérdida tiene la tonalidad de una comprensión cercana en un contexto de inmediatez. La presencia de cualquier persona que ofrezca esto será nutriente y, en este sentido, sanadora. En cambio, cuando la persona ha tocado la certeza de la pérdida, cuando ha vivido el vacío y la ausencia del que amaba, cuando la realidad le ha encarado de manera contundente que se ha quedado sin aquel, no tiene más remedio que asumir que ha perdido también un modo de vivir: que en contra de su voluntad, la vida le dio un giro y las cosas jamás serán igual. Los sentimientos que emergen en este escenario son muy distintos a los del desahogo por una pérdida. A estas alturas ya se ha probado un nuevo sistema de vida, una cotidianeidad con innumerables cambios y ajustes para los que no se tenía una experiencia previa. También la experiencia emocional ha cambiado y, aun cuando se quiera guardar el secreto, aparecen las emociones que tuvieron que recorrer camino a partir el fondo y hasta emerger como figura. Algunas de las más frecuentes son el enojo y el resentimiento. Las posibilidades de la psicoterapia son ahora distintas, puesto que el transcurrir del tiempo instala otras condiciones. Ahora se tiene la experiencia de estar solo, se han confirmado los vacíos que dejaron incompleta la vida cotidiana desde que el otro se fue, se extinguieron las actividades compartidas e instalaron otras

en soledad, las tareas y quehaceres que contaban con el esfuerzo compartido quedaron en las propias manos y bajo una sola responsabilidad; el sostén y el apoyo compartido, sin desearlo ni esperarlo, se perdió. La emocionalidad que en estos momentos se aviva es consonante con este contexto, por lo que una vez disminuido el quebranto inicial por la pérdida, la consolidación de emociones complejas como la culpa, el resentimiento y la soledad, los deja en disposición para su abordaje. Con ello no queremos decir que no podemos encontrarlos en cualquier parte de la vida sino que el escenario que usualmente eligen para su aparición es el duelo.

El duelo se caracteriza también por el enojo hacia el que se fue, y que necesitó del ablandamiento de la censura social para irrumpir. El resentimiento y la culpabilidad bien pueden considerarse como expresiones diferidas de enojos, pero también constituyen asuntos inconclusos por derecho propio. Como podemos ver, el psicoterapeuta está obligado a atender el material psíquico en el contexto particular en el que se encuentra, así como tener la claridad de saber dónde se está situado el consultante y qué distintivos presenta la experiencia que vive, lo que en el caso del duelo adquiere aun mayor relevancia.

La manera de entender y enfrentar las pérdidas es variada, y conlleva una pluralidad de modalidades de las que depende que esta se resuelva en la expresión que demanda toda pérdida o catapulte el duelo. Así, entendemos el duelo como un asunto inconcluso caracterizado por una pérdida, la que si bien puede ser en cualquier sentido, nos centramos en la muerte de un ser querido, misma que al paso del tiempo deja una experiencia de ausencia y vacío, así como la presencia de emociones complejas, entre las que se encuentran el resentimiento y la culpa. De esta manera, son los asuntos inconclusos y la manera de vivir el vacío y la ausencia, los ejes centrales del duelo. Por su parte, la pérdida es la experiencia inmediata a la muerte del ser amado que reclama el desahogo emocional, y se caracteriza porque no se ha tenido la experiencia de vivir sin él. En la pérdida no se tiene todavía la experiencia de ausencia, vacío y soledad. La pérdida puede generar asuntos

pendientes agregados al duelo si se obstaculizan los canales que requiere la expresión emocional.

El duelo, junto con los resentimientos y la culpa, son los asuntos que con más frecuencia obstaculizan el ciclo de la experiencia, ya que suelen emerger de manera constante e intermitente, pues así *exigen su resolución* y con ello dificultan la vida presente. Por lo general, suelen ser las cualidades de la relación establecida con el que murió las que incidan en la profundidad y extensión del asunto inconcluso, de aquí que las propuestas teórico-conceptuales que tienen como piedra angular los procesos vinculares sean las que prevalezcan en el ámbito de las pérdidas y el duelo. En consonancia con lo anterior, una relación que se caracterizó por la conflictividad, por problemas que no se atajaron, y sobre todo, que se combinó con asuntos incompletos en la biografía de los participantes o en la cotidianidad de la relación, cuando se rompe por la muerte de alguno de los participantes deja al sobreviviente con una mayor propensión al asunto inconcluso que llamamos *duelo*. Martínez (2010) dice que en la generación de duelos también inciden el modo como sucede la pérdida, las experiencias de pérdidas previas, el modelo familiar-social y el apoyo psicológico y social con el que se cuenta; en especial cuando las condiciones desfavorables de vida prevalecen. Cruz y García (2007) señalan que “muchas personas se aferran a sus seres queridos con formas que les impiden seguir viviendo” (p.20). Los mismos autores resaltan la diferencia entre la pérdida y el duelo en términos de la despedida. El duelo se resuelve solo con la despedida: “es tan importante poder irse en paz como dejar que alguien se vaya, y esto último tampoco es fácil. Perder a alguien es una cosa, dejarlo ir es otra bien distinta” (p.20).

Por otro lado, cuando los vínculos que se establecieron y los recursos de sus participantes se mantuvieron en cierta actualidad, cuando la ausencia se resuelve de forma productiva y la pérdida deja menos pendientes por resolver, el duelo solo requerirá del espacio y el acompañante que favorezcan la elaboración de las emociones, que por su complejidad así lo requieren: una de ellas es el enojo con el que murió

y las diversas maneras en que se manifiesta. Por lo general, esta emoción es la última en emerger. De hecho, podemos considerar que el duelo se ha resuelto cuando el sobreviviente se toma el atrevimiento de enojarse con el que murió; con ello también le devuelve una condición de realidad y la fantasía de un ser perfecto que se fue, pierde el lugar.

El trabajo de John Bowlby (en Cabodevilla, 2007) es representativo de las propuestas vinculares en el campo del duelo, pues considera que los atributos del vínculo son los que ayudan o dificultan la resolución del duelo. Su trabajo también resalta la importancia del resentimiento en el asunto. Señala que “el duelo es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo” (p.165). Por otro lado, la temporalidad como contexto, sentido y la que catapulta el duelo, es resaltada de esta manera por Luciana Russo (2011): “La tarea de reconstrucción de nuestra propia historia a partir de un vacío, de aquello que hoy no está, no es tarea fácil sino que lleva un proceso y un tiempo determinado para poder precisamente elaborar esta situación, ya que el duelo es un proceso lento y penoso” (p.8). Esta autora destaca el vacío y la ausencia como constitutivos del duelo, elementos centrales en nuestro trabajo. Kübler-Ross (1989) agrega que “en el proceso de duelo que tiene lugar después de la muerte, la familia llora por una pérdida pasada. En este último caso el duelo suele durar más tiempo” (p.108). Tal como señala la tanatóloga, cuando se llora una pérdida, a la vez se lloran las pérdidas anteriores, y va a depender de la carga emocional de aquellas el manejo que se haga de la actual. En sus términos, hace referencia a lo que aquí llamamos *asuntos inconclusos*, y ello queda confirmado cuando dice que “el proceso se prolonga sólo si el paciente o la familia no han podido expresar su dolor” (p.108); esto es, por definición, lo que caracteriza un asunto inconcluso.

La vida también son pérdidas, pero no todo es un duelo. No podemos equiparar el duelo con la pérdida, dado que en la separación de los que se aman, la pérdida constituye el momento posterior al mismo evento y suele agotarse con el desahogo, en tanto que el duelo perdura y es un

no poder participar más en el mundo (Meyer, 1983). Los duelos, al ser asuntos inconclusos configurados y establecidos a raíz de la pérdida, por su misma constitución representan una urgencia y, con ello, la posibilidad de su resolución. Solo cuando los hechos son irrefutables, cuando nada sustituye a la realidad de la muerte del ser querido, cuando a pesar de la espera, el otro jamás llegó, cuando los esfuerzos por engañar a la realidad son vanos y se tiene la certeza de que el amado nos dejó, entonces se arriba al duelo. El duelo se forja en esta vivencia del vacío y la ausencia del que murió. Cuando se da la resolución del asunto, la despedida toma lugar. Se suelta emocional y simbólicamente al que murió y se posibilitan nuevas configuraciones relacionales. Finalizamos este apartado con las palabras de Kübler-Ross (en Meyer, 1983) cuando señala que el duelo “sirve para desligarse de los vínculos anteriores con las personas y las cosas” (p.72), con lo que podemos prepararnos para vivir y también para morir.

EL TRABAJO DEL DUELO. UNA PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA

En el apartado anterior, señalamos algunos rumbos que puede tomar el trabajo psicoterapéutico de la pérdida, y presentamos a manera de esbozo lo que constituiría el trabajo del duelo. Nos centramos ahora en esto último y, respaldados en las afirmaciones anteriores, presentamos nuestra propuesta para el trabajo psicoterapéutico del duelo. Las afirmaciones que para tal efecto consideramos centrales son:

- Entendemos el duelo como un asunto inconcluso que reclama resolución, entendida esta como la disposición a la despedida y su consecución. Por ello, las herramientas psicoterapéuticas que al respecto se tengan serán de utilidad en su abordaje.
- El eje central del trabajo del duelo es la expresión de lo no expresado, en particular de aquello que fue censurado, prohibido o mutilado por las regulaciones sociales.

- El enojo juega un papel importante, sobre todo en la configuración del resentimiento y la culpabilidad —emociones que suelen acompañar al duelo. Se requiere el trabajo de estos sentimientos complejos hasta llegar a la más personal expresión del sentimiento primario, en este caso: el enojo.
- En el trabajo insertamos el esquema teórico y metodológico de las resistencias en el marco de la psicoterapia Gestalt. La lectura al respecto se hace obligada.
- La resolución del duelo consiste en la elaboración de la despedida. Esto puede tener diversos significados, tales como despedirse, saldar una deuda, recuperar la promesa empeñada u obtener el perdón, pero, en especial, adquirir el derecho a una nueva relación.
- Estos indicadores de resolución se manifiestan en diversas representaciones, ruptura de creencias, transformaciones orgánicas (posturas vitales, sensaciones de alivio y recuperación propia, entre otras), así como la construcción de imágenes vitales y de proyectos de vida; lo que no descarta que existan otros dinamismos que requieran procesos más dilatados y, por lo mismo, emerjan con el tiempo, creemos que con menor intensidad.
- En caso de que la decisión del consultante sea no estar dispuesto a la despedida y tenga preferencia por continuar *agarrado*, se respeta su decisión. En este punto es importante identificar cuáles son las ganancias secundarias de permanecerle fiel al que murió.

La dinámica que establecemos entre estas premisas incorpora las aportaciones de la psicoterapia existencial, la psicoterapia junguiana, así como propuestas de autores del campo, como es el caso de Kübler-Ross. Partimos de la afirmación inicial de que la ruptura de un vínculo por la muerte de un ser querido no es equivalente a la terminación de la relación. Esto es, se puede seguir sosteniendo una relación con el que murió, incluso, con una mayor intensidad. De esta manera, la *imago* del otro, entendida como presencia psíquica, puede estar presente en

cada momento de la vida y ser el interlocutor que aconseja, orienta, recrimina y premia la actuación. Por tanto, no se ha cerrado la experiencia, y el asunto queda inconcluso.

Lo primordial en el trabajo del duelo será completar, mediante el contacto y la expresión emocional, aquello que quedó impedido o desviado de su cauce natural u organísmico. Y dado que la muerte ha quebrantado un vínculo significativo, ya sea por estar plagado de conflictos o por la relativa ausencia de estos, la resolución del duelo habrá de tener necesariamente un impacto en los modos en los que nos relacionamos con la vida, el mundo, y en particular, con los demás. La experiencia que ha quedado atorada contiene, entre algunos de sus constitutivos, una alta intensidad emocional, por lo que la expresión de las emociones (o sentimientos) adquiere un papel relevante en la psicoterapia; de estos hemos de prestar especial atención a la culpa y al resentimiento, los que suelen entretenerse.

El propósito del trabajo con los sentimientos será arribar al sentimiento primario del enojo y a la recuperación de su expresión. Se habrá de tener el cuidado de que el enojo no se cobije con otros sentimientos, como son la tristeza y el dolor, o viceversa. También se tendrá que prestar atención a las consideraciones sociales, familiares y religiosas, entre otras, que prohíben o favorecen la expresión de unos sentimientos y otros no, así como al contexto del consultante y, sobre todo, de los significados y valores atribuidos a la muerte del ser querido. Debido a lo anterior, la apertura de un espacio para la expresión, de lo que sea que esté contenido en la experiencia del consultante, es indispensable, así como la postura de respeto del psicoterapeuta y la atención a sus propios duelos, los que de seguro también serán tocados.

En el trabajo del duelo siempre hay que estar atentos a la disposición o indisposición del consultante para la despedida y la separación, lo que a menudo tiene que ver con la presencia de otros asuntos inconclusos en una dinámica colateral al duelo. De ahí la importancia de no violentar su experiencia.

Retomados estos planteamientos, exponemos de manera esquemática (véase la figura 4.1) los puntos centrales del trabajo psicoterapéutico del duelo, con la salvedad de que no se trata de una prescripción que hay que seguir, pues las estrategias psicoterapéuticas siempre habrán de estar debidamente sustentadas. El esquema puede ser de utilidad cuando no se sigue como prescripción ni se le da una lectura lineal. Se resaltan los momentos centrales del trabajo y se agregan algunas notas con el objeto de darles contexto y, con ello, mayor claridad.

Al colocar, en la parte final de la figura 4.1, la resolución del duelo, entendemos que, en sentido estricto, todo duelo conlleva la posibilidad de su resolución, entendido, como lo hemos dicho, como un asunto inconcluso. Hablar de la resolución de un duelo y de duelos no resueltos nos obliga a clarificar la diferencia. Meyer (1983) refiere que “no se concluye el duelo, ni siquiera se produce duelo en sentido riguroso, porque los sobrevivientes no aceptan la muerte, el ‘no existir ya’ del difunto” (p.73). Esto es, en un duelo no resuelto se sostiene el escape de una realidad que duele, y se renuncia a la aceptación de lo acontecido, en este caso, la muerte. Otro de los indicadores más importantes del duelo no resuelto es que se tienen evidencias distintas de una paralización en el propio desarrollo y “en la trayectoria vital” (Meyer, 1983, p.74), a lo que se agrega que se refuerzan los lazos con lo perdido y se modifica la realidad, imitando lo más posible la presencia del que se fue (Meyer, 1983). Guilmot (2000) confirma que:

Bien vivido, el desprendimiento significa una nueva forma de enriquecimiento que se manifiesta tantas veces por miradas llenas de luz, gestos y palabras que sorprenden por su matiz profundamente humano y original. Pero, mal asimilado, el desprendimiento se transforma en un empobrecimiento, síntoma de una degradación definitiva expresada en miradas sin expresión y vacías, y tantas veces por un escepticismo que se nutre de amargura” (p.25).

FIGURA 4.1 EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO DEL DUELO

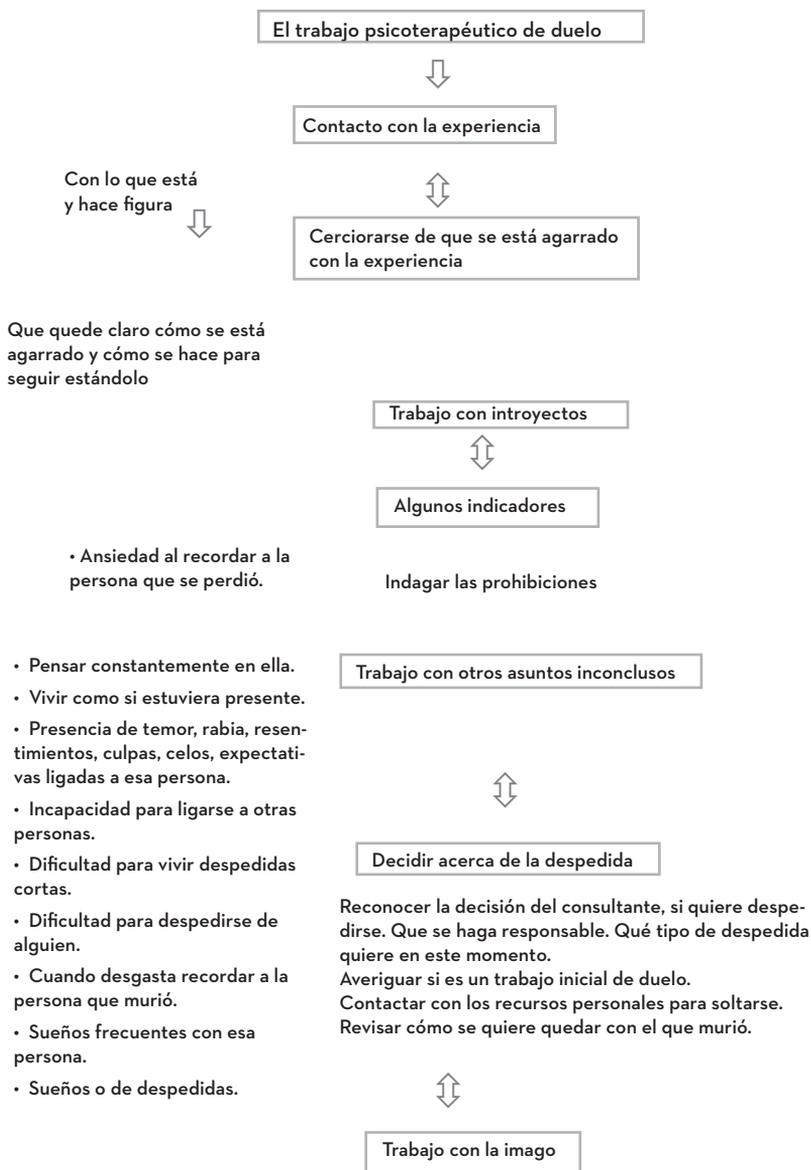


FIGURA 4.1 CONT.

Tener cuidado de elegir una imagen vital.
Establecimiento de un diálogo con el que murió.
Expresar lo no expresado. No identificar con el que murió.

Suele suceder que se exacerbe el deseo de permanecer agarrado. Revisar las ganancias secundarias y otros asuntos.
Puede haber varios duelos disfrazados. Se trabajan aparte.
Construir una imagen de cómo se viviría sin el otro.

El Resentimiento



El trabajo con sentimientos

El resentimiento es mezcla de afecto y coraje

- Abrir la expresión de cada uno, cuidando que no se mezclen.
- Localizar la demanda subyacente.
- Si la demanda es muy apremiante, buscar el asunto inconcluso que la genera.
- Trabajar en su expresión.
- Tener cuidado de las regresiones. En tal caso hacer un trabajo del "niño interior".

Disociar el niño y el adulto y seleccionar la posición desde donde se da la expresión.

- Vigilar que la expresión también se dé corporalmente.
- Buscar que el enojo por la frustración de la demanda, se expresará el afecto.



La Culpa

- Estar atentos al dolor, el que se puede



convertir en la polaridad del enojo

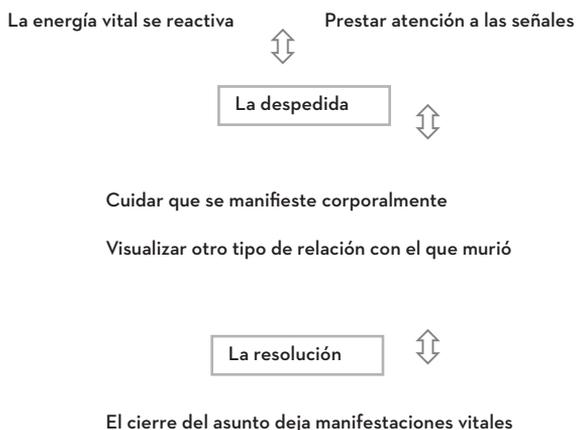
- Identificar las necesidades de los deseos.

Buscar el posicionamiento de la responsabilidad personal y que se asuman las consecuencias



Saludar cuentas. El perdón

FIGURA 4.1 CONT.



La resolución de un duelo, creemos, puede estar al alcance de nuestros recursos, si bien su complejidad nos lo permite. De otro modo, la psicoterapia es un gran auxiliar, pero ambos caminos implican esfuerzos y decisiones que a veces no se quieren asumir. A los hechos podemos otorgarles significados, y en ello reside nuestro poder, no en evitar que sucedan. Hay muertes que nosotros elegimos, y una es la de morir con el que se fue. Cruz y García (2007) lo refieren así: “Historias que quedaron, a pesar de todo, interrumpidas, para alguien como cualquiera de nosotros, que queremos irnos, lógicamente, antes que ellos, o porque sin ellos la vida queda rota y nosotros demasiado quebrados para siempre” (p.15). La historia que queramos la escribe cada quien, en ello se pone en juego nuestra subjetividad, y de esta manera hacemos gala de lo exclusivamente humano.

Hemos resaltado la importancia de que el psicoterapeuta ponga al servicio de su trabajo los recursos y las experiencias ganadas, así como estrategias debidamente fundamentadas en todos los niveles: epistemológico, teórico y metodológico, y los coloque en el marco ético de la profesión. Es en este tenor que tienen sentido y significado

los ofrecimientos que aquí hacemos. También habrá de estar alerta a reconocer los imprevistos que se mezclan a cada momento, que son el núcleo de la peculiaridad personal.

Nosotros participamos en la construcción de nuestra realidad, y aun en contra de toda evidencia, sobreponemos aquello que hemos elegido para hacerla nuestra y que nos haga sentido. De la misma manera, en el oficio de la psicoterapia construimos constructos que nos ayuden a explicar lo que sucede en la realidad humana, algunos ahora los presentamos. Nuestro interés es acercarnos un poco más a la comprensión de aquello que se nos escapa de las manos y del entendimiento: la peculiaridad personal. Este solo es un intento más.

CONCLUSIÓN

Hemos considerado algunos de los constitutivos del duelo, pero también reconocemos que la complejidad que le caracteriza y las manifestaciones que puede lograr no concluyen con lo considerado en nuestros planteamientos. Presentamos algunos acercamientos, tentativas por alcanzar una comprensión que nos permita afinar los esfuerzos psicoterapéuticos. Admitimos que las pérdidas tienen su propio dinamismo, y que ello no fue lo suficientemente atendido en este momento, situación que nos obliga a seguir indagando e investigando. Lo más seguro es que de su dinámica se desprendan acontecimientos que impactan la vida de aquellos que fueron tocados por la muerte al perder a una persona amada. Sabemos que podemos encontrarnos con pérdidas que se acompañan de alivio, de satisfacción por lo vivido, y por otros sentimientos de bienestar. En estos casos, la muerte del ser querido cierra un ciclo, y en ello va la resolución de contenidos y asuntos. La vivencia, en este caso, puede encontrar alternativas que le exijan un menor esfuerzo para su elaboración / significación, y que pueden estar al alcance en escenarios propios de la cotidianeidad; hablar a solas, dirigir la expresión al que murió, despedirse de rutinas, cosas y eventos en el momento en que se surgen, son algunas alternativas de

desprendimiento y separación. Las demandas que plantea una pérdida pueden ser así satisfechas con los recursos propios y del entorno.

En este trabajo hemos focalizado las pérdidas por muerte que quebrantan la vida del que se queda, que detonan el asunto inconcluso que llamamos *duelo*. Cuando los duelos se cargan de una conflictividad que nos rebasa, es importante contar con un espacio y el actuar de un profesional para la exploración y resolución del mismo. Un ejemplo de esto es lo que advierte Kübler-Ross (1998) respecto de la importancia que tiene la blasfemia en el acompañamiento psicológico, puesto que es “una arma muy poderosa para luchar contra la impotencia” (p.33). Contar con un espacio y un acompañante para blasfemar, no es asunto menor. Las prácticas sociales respecto del luto, la imposición de una idealización del que murió, y la fidelidad que se le exige al doliente son ejemplos de las tramas que se urden en torno a la pérdida y el duelo. Y si bien es cierto, dice Cabodevilla (2007), que nadie nos puede abreviar el sufrimiento, “la lucidez y capacidad de mirarlo cara a cara es ya el inicio de un camino para superarlo. Poder expresar, decir el propio sufrimiento es un paso hacia su superación. Sabida es la función terapéutica de la palabra, de la articulación de lo que a uno le pasa ante alguien que escucha” (p.166).

Los asuntos inconclusos tienen sus propios equilibrios y toman vías de resolución, con o sin la psicoterapia, de aquí que el fenómeno humano nunca terminará de asombrarnos. También nos encontramos con ricas elaboraciones del duelo cuyo empeño no es la despedida sino el afianzamiento del vínculo y la interacción; vínculos que nos pueden parecer extraños y que se establecen con la *imago* de alguien que ya murió, y que dan sentido a la vida del que se quedó. De esta manera, un duelo que puede ser considerado no resuelto da vida a la vida propia. Guilmo (2000) lo refiere de esta manera: “los que se aman verdaderamente no existen sino juntos [...] y ninguna ausencia puede destruir la intimidad que se ha establecido [...] En este sentido, la separación misma se transforma en cita en una estrella” (p.93).

La incidencia de la memoria y sus registros, y el interjuego establecido entre el pasado, presente y futuro configuran presencias y ausencias, de tal manera que lo que se perdió se sostiene vigente a la manera de un presente continuo y, con ello, se convierte en posibilidad y futuro. Agrega el autor: “¿Qué es lo que alcanzamos en nuestro recuerdo? [...] ¿Otorgamos al instante desaparecido una nueva existencia, como si se tratara de una re-creación?” (Guilmot, 2000, p.91).

Valgan las preguntas: ¿podemos pedir a alguien que abandone lo que le da sentido y le impulsa a vivir, y que en su lugar instale la ausencia y el olvido? ¿Será que en el recuerdo es donde se perpetúa la entrega de los que se amaron? ¿Es en el recuerdo que dejaron de ser dos para convertirse en uno? ¿Es esto una ilusión o un recurso del amor?

Kübler-Ross (1988) asume que aun si permanecer agarrado al que murió fuese una negación, lo mejor es dejarle así. Lo cierto es que el Yo muere en la entrega al otro, abre la puerta a un ajeno que le trastoca y no le deja vivir jamás igual, y que esta muerte se agudiza cuando el otro se va, cuando se lleva lo que se construyó en comunidad. Algunos dicen que el amor es entrega sin garantías, pero lo más probable es que sí exista una: el amor siempre es un riesgo, el amor puede morir. Sin embargo, la empresa vale la pena, tal vez porque, aunque se requiera tiempo y esfuerzo para lograrlo, la muerte de lo que se amó nos deja más ganancias que pérdidas. Siempre es mejor perder lo amado que no amar por temor a perderlo; nunca somos más que cuando hemos probado el sabor de la derrota, la pérdida y la muerte en vida. La aceptación de la renuncia, de soltar lo que nunca en realidad pudimos sujetar, “garantiza nuestra capacidad de vivir como mortales” (Meyer, 1983, p.128). La muerte del ser amado, como muchos otros acontecimientos que cimbran la vida, conlleva un enorme potencial de crecimiento, “arrebata nuestra alma en una nueva dirección” (Guilmot, 2000, pp. 41-42). El quebranto de lo propio, que se da cuando perdemos a alguien, si bien nos tira baluartes, también nos abre dimensiones insospechadas y, en ello nuevas posibilidades de vida.

REFERENCIAS

- Cabodevilla, I.E. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176.
- Caruso, I.A. (1969). *La separación de los amantes*. México: Siglo XXI.
- Cruz, F., & García, M.P. (2007). *SOS Dejarme morir. Ayudando a aceptar la muerte*. Madrid: Pirámide.
- De la Rosa, M.A. (2008, noviembre). El vacío en San Juan de la Cruz y en el budismo zen. *Revista Lindaraja. Revista de estudios interdisciplinarios y transdisciplinarios*, No.19, Recuperado el 4 de octubre de 2013, de http://www.realidadyficción.es/Revista_Lindaraja/Ruiz-Esparza/vac%C3%ADo.htm
- Erikson, E.H. (1983). *Infancia y sociedad*. Madrid: Hormé.
- Frankl, V. (1987). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Fromm, E. (1970). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós.
- Giddens, A. (1984). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guilmot, P. (2000). *La muerte, ¿callejón con salida?* Buenos Aires: Lumen.
- Hillman, J. (1960). *Emotion. A comprehensive phenomenology of theories and their meanings for therapy*. Evanston: Northwestern University Press.
- Jung, C.G. (1971). *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez, R.M. (2010). *Cicatrices del corazón: tras una pérdida significativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Meyer, E.J. (1983). *Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo*. Barcelona: Herder.

- Millán-González, R. & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375-388.
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Perls, F. & Baumgardner, P. (1978). *Terapia Gestalt. Teoría y práctica. Una interpretación*. México: Concepto.
- Rodríguez, J.V. & Ruiz, F. (1988). *San Juan de la Cruz. Obras Completas*. Madrid: Editorial de Espiritualidad.
- Rorhemberg, R.E. (2003). *La joya en la herida*. México: Fatamorgana.
- Russo, L. (2011). Hoy vamos a hablar de los duelos. *Revista de Psicología GEPU*, 2(1), 1-183.
- Schnacke, A. (1987). *Sonia te envió los cuadernos cafés. Apuntes de terapia gestáltica*. Buenos Aires: Estaciones.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas: el sida y sus metáforas*. Madrid: Punto de Lectura.
- Stevens, J.O. (Comp.) (1978). *Esto es Gestalt*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Viorst, J. (1990). *El precio de la vida. Las pérdidas necesarias para vivir y crecer*. Buenos Aires: Emecé.
- Von-Franz, M.L. (1991). *Alquimia*. Barcelona: La Luciérnaga.

Psicoterapia y bienestar personal en la vida cotidiana

SALVADOR MORENO LÓPEZ
Y EUGENIA CASILLAS ARISTA

Resumen: este trabajo plantea que ante el impacto negativo por la dilución de los vínculos personales, la psicoterapia permite construir vínculos más fuertes, pero implica el riesgo de ser una relación significativa sustituta para llenar las carencias personales. La reflexión busca generar un diálogo interdisciplinario que permita atender la complejidad del tema. Esto se logra al resaltar la importancia de tomar en cuenta las situaciones de vida de los consultantes, así como el peso del contexto sociocultural en la definición y vivencia de las problemáticas; todo enmarcado en una reflexión crítica sobre la visión predominante que favorece la patologización de las experiencias de vida y su tratamiento farmacológico. Desde el punto de vista de los autores, esta visión no resuelve el dilema fundamental que enfrenta la persona.

Palabras clave: psicoterapia, vida cotidiana, medicalización, condiciones socio-culturales, interacciones.

Abstract: This text proposes that in response to the negative impact of the dilution of personal ties, psychotherapy enables people to build stronger ties, but it involves a risk of becoming a substitute for meaningful relationship that fills personal needs. The reflection seeks to generate interdisciplinary dialogue and discussion of the complexity of the topic. This is achieved by highlighting the importance of considering clients' life situations, as well as the weight of the socio-cultural

context in the definition and experience of the issues; all framed within a critical reflection on the predominant vision that encourages the pathologization of life experiences and resulting pharmaceutical treatment. From the authors' point of view, this vision does not solve the fundamental dilemma the person is facing.

Key words: *Psychotherapy, everyday life, medicalization, socio-cultural conditions, interactions.*

*I want to make the case that a psychology and psychotherapy based on a Levinasian ethics is a psychotherapy that does not exist to perpetuate itself...
Psychotherapy must become a cultural therapeutics.*

(ROBBINS, 2004, p.1)

Vivimos una época de innumerables dificultades económicas, políticas, sociales, culturales e interpersonales, con numerosos aspectos de la vida cotidiana que generan sensaciones y sentimientos de vacío y soledad en muchas personas. Con frecuencia, las relaciones afectivamente cercanas se pierden o diluyen; las relaciones interpersonales se hacen frágiles. La psicoterapia puede ser entonces una alternativa para encontrar modos de fortalecer los vínculos con la gente que nos rodea, y también conlleva el riesgo de convertirse en un espacio sustituto para llenar vacíos existenciales y cubrir necesidades afectivas. Se puede incluso llegar a patologizar diversas situaciones de la vida cotidiana, en lugar de promover que en la psicoterapia las personas desarrollen una conciencia crítica de las condiciones socioculturales en las que viven, y desde ahí encuentren o recobren una sensación de bienestar personal en su vida diaria.

Ante la fragilidad en los vínculos, y con las dificultades que vivimos, este texto plantea una reflexión desde la perspectiva de diversas disciplinas respecto de: ¿Cuál es el impacto de las actuales condiciones socioculturales en la psicoterapia? ¿Cómo comprender lo que viven nuestros consultantes ubicados en este contexto? ¿cómo promover que vivan mejor en su vida cotidiana? Se busca un diálogo interdisciplina-

rio al mirar esta problemática desde la visión de poetas, sociólogos, filósofos, psicólogos, etc, con la intención de tener un panorama más amplio para comprender la complejidad del tema planteado.

VIDA COTIDIANA Y PSICOTERAPIA

En psicoterapia, con frecuencia encontramos personas que experimentan la sensación y el sentimiento de vivirse solas en su vida cotidiana, aunque estén rodeadas de otras personas. A menudo refieren la dificultad que tienen para ser escuchados y comprendidos por las personas con las que se relacionan. No encuentran con quién compartir sus alegrías, preocupaciones y problemas de su vivir.

En una ocasión, pregunté a una consultante:

—Y esto que me dice, ¿con quién lo platica en su vida cotidiana?

—Ella me miró con una expresión de tristeza, desencanto y agobio.

—¿Con quién quiere que lo haga? —me respondió—. En primer lugar, apenas empiezo a contarles y ya me están diciendo qué debo hacer y qué no, qué está mal... y al final, acabo regañada. Y lo peor no es eso. Al rato otras personas lo saben, tanto de mi familia y mis amistades... y a veces hasta los vecinos. ¡Si se lo platiqué solo a ella! ¿Por qué va y lo cuenta?... Por eso es que no tengo a nadie con quien hablar de mis problemas, de mis preocupaciones, de mis sueños...

—¡En verdad se siente muy sola! —le expresé.

—Pues ¡sí! Muy sola... por eso vine a platicar con usted, para ver si puede ayudarme.

Respecto de esta dificultad para escuchar a los demás, Jesús Madrid (2005) menciona que en el mundo de las relaciones sociales, así como en la vida familiar y relacional, escasea la escucha de calidad. “Se rehúye a escuchar el mundo del otro, tal vez, por temor a que su problema nos impacte y no podamos seguir leyendo tranquilamente el periódico, viendo el programa de la tele o practicando el pasatiempo predilecto. La

escucha de calidad implica hacerse cercano y vulnerable a la persona que nos habla y a los problemas que le preocupan; y esto no siempre se está dispuesto a hacerlo” (p.377).

A menudo nos encontramos muy cerca y a la vez muy lejos de las personas que nos rodean; cercanos físicamente, y muy lejanos en lo afectivo. Acercarnos y resonar con otras personas a nivel emocional, nos requiere dejar a un lado lo que hacemos para interesarnos por el otro, y no siempre estamos dispuestos a hacerlo, o pensamos que no tenemos el tiempo. Un ejemplo de esto lo vemos en lo que hace poco me comentó una alumna:

Me siento muy agradecida cuando alguna persona me escucha de verdad... que me preste atención y le interese lo que digo. Esto es algo que en mi casa no sucede. Muchas veces pongo a prueba a mi mamá. Le empiezo a comentar algo importante que viví en el día y, aun cuando ella dice: “Sí hija, sí”, o algo parecido, me doy cuenta que no me está escuchando. Entonces, cambio el tema y le digo que voy a salir en la noche y que no regresaré a dormir. Y ella, sin escucharme, me responde: “Sí hija, sí”. Ahí vuelvo a confirmar que no soy escuchada por ella. Si se hubiera fijado en lo que dije de no venir a dormir, me hubiera regañado.

Nos parece, entonces, que la escucha comprensiva se vuelve un “bien escaso” en la vida diaria, que puede llevar a las personas a buscar llenar sus vacíos y carencias afectivas en diversos comportamientos de riesgo. En relación con esto, Rafael Bisquerra (2003) señala que: “Se puede afirmar que muchos de los problemas que afectan a la sociedad actual (consumo de drogas, violencia, prejuicios étnicos, etc.) tienen un fondo emocional. Se requieren cambios en la respuesta emocional que damos a los acontecimientos para prevenir ciertos comportamientos de riesgo” (p.12). Podríamos decir que necesitamos de más *presencia acompañante* de otros en la vida cotidiana (Moreno, 2009).

Por lo anterior, es muy importante buscar mejores maneras de relacionarnos, interactuar y comunicarnos con las personas que nos rodean, de modo que contemos con condiciones psicosociales más adecuadas y pertinentes para enfrentar las dificultades cotidianas. Muchas personas podrían mejorar la calidad de su vivir cotidiano si lograran construir vínculos afectivos significativos y positivos; si encontraran alguien con quien hablar que esté dispuesto a escuchar comprensivamente.

Cuando una persona no cuenta con espacios ni interlocutores para hablar y ser escuchada, puede que acuda a psicoterapia, si sus condiciones de vida lo favorecen. En ese caso, ella busca sobre todo sentirse escuchada y comprendida, compartir sus vivencias con alguien que se interese por ella y su bienestar. Su foco de atención no está en conocerse mejor o resolver alguna situación sintomática que esté viviendo. Solo requiere encontrar a alguien que la escuche.

En una ocasión, una consultante comentó:

Consultante— Lo que hiciste por mí el otro día fue muy importante.

Terapeuta— ¿Qué hice?

Consultante— Me escuchaste, me dejaste hablar, no me interrumpiste y no me juzgaste... sentí que podía decir lo que yo quisiera, que te importaba y que realmente me querías ayudar... fue algo muy importante para mí.

Pensé en que, ¿cómo esto de escuchar, tan básico en las relaciones interpersonales, podía ser, para esta persona, algo tan importante? Me sorprendió su soledad, su necesidad de ser atendida, y las pocas oportunidades que tenía para vivirse escuchada. Y también me pregunté ¿qué pasaba en su vida cotidiana, para que no tener encuentros y relaciones en los que se sintiera realmente escuchada y comprendida? ¿Era solo un problema individual o reflejaba también condiciones socioculturales que dificultaban que esto ocurriera? Y si era algo de la sociedad

actual, ¿qué hacer ante este nuevo panorama? ¿Cómo enfrentarlo de manera constructiva en los diferentes ámbitos de nuestra vida?

Con perspectivas en parte diferentes y otras semejantes, encontramos distintas situaciones en la psicoterapia. Por ejemplo, Rogelio llegó a consulta porque su vida ya no tenía sentido. Nada le entusiasmaba ni llamaba la atención: “Yo ya acabé. Ya hice lo que tenía que hacer en la vida. Y ahora no sé qué sigue... ¡No me voy a suicidar! ¿Eh?... No me voy a suicidar, no va conmigo. Más bien quiero encontrar algo que hacer que me emocione un poco”.

Rogelio tenía una situación económica desahogada, un empleo en el que se desarrollaba profesionalmente, y una familia. Podría decirse que tenía algunos amigos y era reconocido en su círculo social. Pero, al mismo tiempo, no se sentía vinculado afectivamente con nadie. Ahora quería divorciarse e irse a vivir solo. Estaba dispuesto a cubrir las necesidades económicas de la esposa y los hijos. Al mismo tiempo, quería estar solo. ¿Por qué vino a psicoterapia? Le recomendaron que viniera conmigo. Lo que parecía estar buscando era sentirse diferente, salir de ese estado de ánimo tan gris e insatisfactorio. En el diálogo nos preguntamos ¿qué podía darle sentido a su vida? ¿Cómo encontrar un para qué vivir que le ayudara a reconocer o contactar esa tendencia hacia la vida que se supone tenemos los humanos? (Gendlin, 1996; Rogers, 1980) ¿Hasta dónde su situación estaba más en el terreno de una asesoría filosófica que en el de una psicoterapia? (Guzmán, 2007; Marinoff, 2009)

En otro caso, una de mis consultantes se encontraba sin trabajo. En su búsqueda por conseguir empleo, había experimentado mucha frustración, ya que para algunos trabajos estaba sobrecalificada, y en otros no tenía la suficiente edad y experiencia para que la consideren una candidata viable. El problema radicaba en que, igual que ella, había cientos de personas que enviaban su currículum buscando tener esa misma vacante. Ella se devaluaba como si la dificultad para encontrar empleo fuera una cuestión personal, cuando en realidad era una dificultad que experimentan muchos jóvenes que al igual que ella,

en nuestro país, no encuentran empleo; no por falta de capacidad sino porque el número de profesionistas que existen sobrepasa en mucho la oferta de empleos en el mercado laboral.

Ante esas problemáticas mencionadas, las preguntas que nos surgen son las siguientes: ¿cómo un proceso de psicoterapia puede ayudar a una persona a enfrentar y resolver problemas de su vida cotidiana? ¿Cómo mejores relaciones e interacciones en el diario vivir pueden contribuir a llevar una vida satisfactoria y con sentido?

PSICOTERAPIA Y CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Hoy, las condiciones de vida son muy complejas y complicadas. Vivimos una época de innumerables dificultades económicas, políticas, sociales, culturales e interpersonales; enfrentamos una realidad difícil, que plantea muchos retos, una sociedad capitalista que nos exige ser cada vez más productivos, es decir, hacer más con menos recursos, muchas veces a costa del bienestar de los trabajadores; y al mismo tiempo nos incita a una especie de consumo indiscriminado. Comprar y comprar, preocupados por adquirir el modelo más nuevo de los artefactos tecnológicos. Esta exigencia de ser cada vez más productivos, ha repercutido en buena parte de la sociedad, en los modos de relación de unos con otros. En algunos aspectos, esto ha hecho frágiles los vínculos humanos y que los demás nos resulten ajenos, peligrosos, indeseables o hasta enemigos. Al resaltar el individualismo, olvidamos la dimensión de *ser-interacción-con-otros* y con todo el medio ambiente en el que vivimos.

Las características de las formas de interacción cotidiana, con otras personas y con el medio ambiente, han ido cambiando. Una de ellas es que los *encuentros personales* con personas significativas resultan cada vez más difíciles. Las jornadas de trabajo, las distancias que hay que recorrer en medio de un tráfico pesado y un transporte público deficiente, el cansancio al final del día, y los numerosos problemas por resolver son, entre otros, factores que contribuyen a la disminución de oportu-

tunidades para conversar con personas cercanas y de confianza. Así, vamos dejando de cuidar y nutrir lazos afectivos valiosos. Perdemos oportunidades para platicar y compartir sobre el vivir cotidiano en un ambiente de calidez, escucha comprensiva, respeto y confidencialidad. La relación con otros seres humanos queda así restringida, en muchas ocasiones, a una relación superficial, frágil y poco satisfactoria. En este sentido, Madrid (2005) plantea que los problemas más recurrentes por los que las personas solicitan ayuda están motivados por problemas familiares y relacionales. Este autor hace referencia a una asociación denominada Teléfono de la Esperanza, donde se dedican a dar orientación psicológica telefónica a personas que necesitan este servicio. Durante el periodo de tiempo de 2000 a 2003, recibieron 27,342 llamadas, de las cuales 17,158 personas “hacen referencia principalmente a deficiencias en las relaciones interpersonales, ya sea al interior de la pareja, de la familia o en otras relaciones personales significativas” (p.819).

Esta situación de conflicto o distancia con quienes nos rodean pudiera llevarnos a sentirnos solos y vacíos. Por una parte, rodeados de problemas a los que hay que hacer frente, y, por otra, con pocas posibilidades de encontrar apoyo en otras personas. ¿Con quién platico si no encuentro personas que tengan el tiempo y la disposición para escuchar? ¿Con quién puedo tener una conversación donde confíe plenamente en que lo que digo será confidencial? ¿Cómo puedo tener esos espacios de escucha, cuando yo no me escucho ni a mí mismo ni a los demás?

¿Qué sucede entonces cuando las angustias y preocupaciones se vuelven muy intensas, cuando la diversidad de problemas del vivir pesa en demasía?

Las personas buscamos diversas alternativas para hacer frente a las preocupaciones y los problemas de la vida cotidiana y, en muchas ocasiones, la necesidad de buscar dónde y con quién compartir algo de esas ansiedades, tensiones, tristezas y agobios que se experimentan y constituyen como un malestar socioemocional, puede llevarnos a

buscar en la psicoterapia una alternativa ante el anhelo y la necesidad de ser escuchados y acompañados.

Pero, ¿será esa la solución? Buscar a un psicoterapeuta para hablar de nuestros problemas y sentirnos escuchados ¿será el remedio?... O ¿hay otras formas por las cuales podamos hacer frente, de una manera constructiva, al sentirnos solos, agobiados, atemorizados, angustiados en nuestros entornos de vida cotidiana?

Sociedad sólida y sociedad líquida: retos y dilemas

Resulta paradójico que por una parte contamos con sorprendentes adelantos tecnológicos que facilitan la comunicación y el acercamiento entre la gente, y al mismo tiempo muchas personas se sienten muy distantes de quienes conviven con ellas día a día. En este sentido, Helena Béjar (2007) comenta que la imagen frecuente de varias personas sentadas alrededor de la mesa en un restaurante o cafetería, que están cada una atenta a su celular y a los mensajes que envían y reciben, muestra una faceta de esta situación. Las llamadas redes sociales, con sus ventajas y desventajas, tienen entre estas últimas la de crear la ilusión de estar conectados con muchas personas, de tener muchos amigos, aunque a muchos en realidad ni siquiera los conozca. Para esta autora, los encuentros a través de internet desvinculan a los hombres tanto en sus relaciones afectivas y en el ámbito social como en su implicación con los asuntos colectivos, es decir, en lo político. Es importante reconocer, del lado de las ventajas, que las redes sociales han mostrado también su potencial para impulsar, por ejemplo, acciones colectivas coordinadas ante situaciones políticas difíciles como lo ocurrido en Egipto y otros países en los últimos años. Y también las facilidades que ofrecen para la comunicación entre personas —amigos y familiares— que viven a miles de kilómetros de distancia, y que, a través de estos medios pueden mantenerse en contacto.

Encontramos que nuestra cultura, en general, presta poca atención a promover de manera intencionada los aprendizajes relacionados

con la buena comunicación interpersonal, la escucha de calidad, el reconocimiento y la expresión constructiva de sentimientos, así como la resolución de conflictos en las interacciones cotidianas. Como menciona Madrid (2005), la escucha es el aspecto de la comunicación más descuidado, ya que no se reserva ningún tiempo específico a aprender cómo hacerlo sino que se deja al azar su aprendizaje, tanto en la actividad profesional como en la vida ordinaria.

Ante la falta de estos aprendizajes para la relación, van surgiendo “espacios vacíos”, necesidades de desarrollo y convivencia cotidiana y, aunque existen algunos esfuerzos, como los grupos de ayuda, movimientos civiles, festivales organizados para promover la cultura, no son siempre suficientes ni llegan a la mayoría de las personas.

Al reflexionar sobre cómo se vivía en muchos lugares de México a mediados del siglo XX, identificamos que el tamaño de los pueblos y ciudades, los trabajos realizados, la permanencia en un mismo lugar durante muchos años, entre otros factores, ofrecían diferentes posibilidades para la convivencia y la comunicación cara a cara con otras personas, familiares, amigos y vecinos. Reconocemos una época donde la gente se conocía, saludaba, apoyaba y compartía tareas cotidianas, y contaba con tiempo y lugares para compartir sus vidas. La mayoría se sentía y estaba involucrada en los asuntos de la comunidad. En la actualidad, al menos en las grandes ciudades, estamos inmersos en una dinámica social donde todo resulta complicado. Por ejemplo, en algunos trabajos ligados a empresas transnacionales, los horarios pueden ser diversos y variables para acoplarse a la comunicación y coordinación con personas que trabajan en otros países. Que sea de día o de noche ya no importa tanto sino los requerimientos de la tarea a realizar. Las distancias entre los centros de trabajo y el lugar donde viven muchas personas, unidas a las condiciones de transporte y vialidad, consumen varias horas al día y generan estrés (Alcántara, 2010; Caja de Madrid, 2010). Ello también incide en la menor disponibilidad de las personas para platicar y compartir su vida cotidiana.

En esta dinámica, el ritmo de las interacciones con otros está más bien marcado por el tiempo del reloj y los estándares señalados a cumplir; el ritmo de los ciclos de la naturaleza se rompe, y esta aceleración repercute tanto en la salud como en las formas de interacción de las personas. Asimismo, identificamos que con esta manera de trabajar y realizar actividades cotidianas, es posible caer en el agotamiento y el sinsentido, y sufrir algunos de los innumerables problemas ahora identificados como estrés o desgaste excesivo. Si además la cualidad de las relaciones con los demás se diluye en contactos superficiales, impersonales, transitorios, y en muchos casos como “relación de uso”, la situación es más complicada.

Para Zygmunt Bauman (2004), estamos en una sociedad líquida donde “los sólidos que han sido sometidos a la disolución, y que se están derritiendo en este momento, el momento de la modernidad fluida, son los vínculos entre las elecciones individuales y los proyectos y las acciones colectivos —las estructuras de comunicación y coordinación entre las políticas de vida individuales y las acciones políticas colectivas—” (pp. 11-12).

Las características de la identidad en la época actual, según Bauman (en Béjar, 2007, pp. 126-130), son las siguientes:

- La identidad como destino (*fate*), que se presenta como una elección (*destiny*).
- La identidad de palimpsesto. “...un yo con forma de tablilla donde se puede escribir, borrar y escribir de nuevo” (p.127).
- “La identidad es plural y abierta. *La vida es una sucesión de nuevos comienzos* en la que el valor de mantener los compromisos, algo propio de las identidades sólidas, es reemplazado por el imperativo del *proteísmo*, de <<tener opciones siempre abiertas>>” (p.127).
- La flexibilidad: adaptabilidad, versatilidad, trabajar a distancia y / o trabajar en equipo, ligereza de las cargas, >>> fragilidad, inseguridad, desprotección, transitoriedad... “Si el presente es incierto, el futuro aparece como algo incontrolable” (p.129).

- La inconsecuencialidad. Las acciones sobre los demás no tiene consecuencias, no tienen moralidad (p.129).

Ante este panorama, pareciera que los vínculos se vuelven sumamente frágiles, las personas son pasajeras, las relaciones son volátiles, la soledad es la constante. Lo que es útil y productivo permanece en tanto tiene ese valor, y se tira al dejar de serlo. Lo anterior aplica para las cosas y las personas. Esta fragilidad en los vínculos nos lleva a cuestionarnos: ¿cuál es el impacto de esta situación en la psicoterapia? ¿Cuál es nuestra apuesta como psicoterapeutas dentro de este contexto en el cual estamos inmersos?

¿PATOLOGÍAS O PROBLEMAS DEL VIVIR?

*Vivimos el imperialismo de la enfermedad. Procesos emocionales que en otros tiempos eran vistos como naturales, como una parte inherente del ser humano, ahora son considerados como patologías.**

(MOREIRA, 2013, p.1)

La medicalización de situaciones de la vida cotidiana

Ante las múltiples manifestaciones de malestar socioemocional, es relativamente sencillo desestimar la importancia que en ellas tiene la dinámica sociocultural, económica y política. Sería posible entonces reducir la insatisfacción de necesidades humanas a patologías individuales. Así, dejamos de identificar cómo la organización del trabajo, el diseño de las unidades habitacionales, los problemas de transporte y movilidad, las condiciones de riesgo e inseguridad, la falta de oportunidades de empleos bien remunerados y estables, los insuficientes espacios recreativos, la “deshumanización” en los servicios de salud,

* “Vivemos o imperialismo do adoecer. Processos emocionais que em outros tempos eram tidos como naturais, parte inerente do ser humano, hoje são tidos como patologias”.

la proliferación de alimentos “chatarra”, etc, constituyen aspectos importantes de las condiciones de vida que afectan nuestro bienestar integral como seres humanos (Moral, 2008).

Como sociedad, con ello también sobrecargamos la responsabilidad en los individuos, fomentando que se sientan vulnerables, incompetentes o culpables. Esta situación sociocultural se manifiesta en el campo de la salud mental, por ejemplo, a través de las taxonomías y manuales de criterios diagnósticos que parecen responder no solo a un interés por comprender las problemáticas humanas sino también por promover espacios de poder y ganancia económica para algunas empresas. Encontramos en ello una perspectiva que “medicaliza” la comprensión de los comportamientos y “genera” modos de interacción considerados anormales o francamente patológicos, al mismo tiempo que sobrevalora la utilidad de los medicamentos para resolver dichos problemas humanos (Pérez-Álvarez & García-Montes, 2007; Pulido-Martínez y Carvajal-Marín, 2013). Si como profesionales de la salud mental confundimos problemas existenciales y de convivencia diaria con patologías, desviaremos el foco de atención de la cultura al individuo y sugeriremos cursos de acción que en el mejor de los casos serán paliativos. La necesidad de interacciones respetuosas, afectuosas, cálidas y cercanas con otros seres humanos, y de vínculos significativos con otros a quienes podamos querer y sentirnos queridos, no se resuelve con ansiolíticos o antidepresivos.

Otro ejemplo de medicalización se localiza en el modo de conceptualizar y realizar la atención a las mujeres embarazadas, quienes han de ponerse “en manos” de los médicos especialistas y acudir a consulta regular a las instituciones hospitalarias. El vínculo de calidez y familiaridad que antes existía entre las parteras y las parturientas, ahora se sustituye por un trato lejano e impersonal en la sala de parto. Como señala Marbella Camacaro (2009), “la preeminencia del hospital como el espacio apto para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal

que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad” (p.149); incluso, que nos refiramos al parto en términos de que la mujer “se alivió”, con lo cual se trasforma *una experiencia de vida* en una enfermedad.

Con todo, no es solo esa visión de enfermedad en relación con el embarazo y nacimiento de un nuevo ser humano lo que está en juego aquí. Es pertinente observar también las interacciones que ocurren entre el personal de salud y las mujeres embarazadas y sus familiares. En la visión de Camacaro (2009), las mujeres *pierden en estas interacciones su papel activo como protagonistas*, y dejan de tomar varias de las decisiones en las que están involucradas durante el embarazo y el parto. Lo que se espera de ellas es que sigan dócilmente las indicaciones del personal de salud. Si preguntan o proponen alternativas o, peor aún, si se quejan, son consideradas “malas pacientes”. No adaptarse a lo establecido es visto como anormal, y de ahí a ser visto como patológico, hay una corta distancia. Reflexionar críticamente sobre lo establecido y expresar dichas reflexiones, es considerado en ocasiones también como una señal de desadaptación o enfermedad mental (Vásquez, 2011).

En los párrafos anteriores, mencionamos varios ejemplos de la patologización o medicalización de diversas situaciones cotidianas; en los siguientes, queremos plantear nuestra reflexión en torno a las psicoterapias y al ejercicio profesional en ellas.

Cuestionamiento a las psicoterapias y al ejercicio profesional

Ya se ha señalado que ante la fragilidad de los vínculos y la intensidad de la soledad, la psicoterapia puede aparecer como una alternativa para llenar estos vacíos y cubrir estas necesidades. De hecho, en la consulta psicoterapéutica algunas personas buscan estos espacios y momentos para platicar de las dificultades y sufrimientos de su vivir cotidiano. Si encuentran en el psicoterapeuta una *presencia acompañante* comprensiva (Moreno, 2009; Siegel, 2012) que los escucha con interés, sin juzgarlas ni pretender controlar sus vidas, ellas sentirán que su carga se aligera, y estarán en mejores condiciones para desarrollar nuevas

habilidades y actitudes con las que puedan construir relaciones e interacciones satisfactorias en su vida diaria, a pesar de las circunstancias adversas. En esta perspectiva, pensamos que hay consultantes y problemas planteados en algunas psicoterapias que no corresponden propiamente al campo de la psicoterapia como tal, y que esta situación ocurre ante la carencia de oportunidades cotidianas para tener conversaciones de mayor profundidad y cercanía con otras personas.

Reconocer estas condiciones socioculturales en el espacio psicoterapéutico resulta de capital importancia por varias razones:

- Evitar “patologizar” el sufrimiento y algunos modos de interacción de los consultantes (Moreira, 2013).
- Alargar de manera innecesaria el proceso psicoterapéutico, al fomentar una relación de dependencia, y sustituir en dicho espacio los vínculos que han de generarse en la vida cotidiana.
- Intencionar el desarrollo de las posibilidades de los consultantes para crear interacciones significativas y nutritivas en su vivir diario, y asumir su responsabilidad por los otros en su vida cotidiana (Sayre, 2005; Walsh, 2005).

Promover el bienestar del consultante en su vida cotidiana ha de estar en el horizonte de un proceso psicoterapéutico; es decir, que no solo se busque resolver los síntomas por los que llega sino que pueda tener un impacto positivo en sus interacciones. En algunos casos, ese puede ser el único horizonte a considerar en tanto no hay problemas emocionales por resolver. Por ello, conviene que como terapeutas sigamos teniendo presente cuál es, en cada caso, nuestro campo de intervención y cómo relacionamos lo que ocurre en nuestro trabajo profesional con la vida cotidiana de las personas que atendemos y de nosotros mismos.

Puede ocurrir que, sin advertirlo, promovamos una dependencia en el consultante. En este caso, el psicoterapeuta se convierte en un sustituto de la gente con la que dicho consultante pudiera hablar con más cercanía y profundidad en su vida diaria; aunque también que la

experiencia vivida en psicoterapia sea una oportunidad de enfrentar el vacío y la soledad existenciales, de generar una conciencia crítica sobre las propuestas culturales que apuntan en dirección de relaciones lejanas e impersonales, y aprender nuevas formas de cercanía afectiva, aprecio y solidaridad en la vida cotidiana. Por ello, conviene preguntarnos ¿cómo favorecemos en el consultante una manera de interactuar en su vida cotidiana que le sirva para construir relaciones y vínculos afectivos significativos? ¿Hasta dónde podemos ver y ser conscientes del papel que jugamos en esta sociedad líquida o somos arrastrados por esa misma dinámica social? ¿De qué manera, en nuestro horizonte ético, están presentes los otros como integrantes indispensables de un desarrollo personal tanto del consultante como del psicoterapeuta? (Walsh, 2005).

Desde otro ángulo, identificamos algunos riesgos en el ejercicio profesional relacionados con situaciones personales de un psicoterapeuta. ¿Hasta dónde puede la psicoterapia convertirse en una situación que “satisfaga” las necesidades omnipotentes del psicoterapeuta de ayudar y salvar a otros? ¿Cómo puede un psicoterapeuta patologizar la situación de vida de su consultante, para alargar el proceso y ganar dinero con ello?

Las respuestas que en la práctica profesional demos a las preguntas planteadas mostrarán de qué manera hemos podido superar constructivamente los desafíos o en qué aspectos nos hemos quedado cortos.

NUESTRA POSTURA COMO PSICOTERAPEUTAS

¿...? la presencia y la realidad del Otro es algo tan íntimamente cercano que la pregunta pertinente es: ¿cómo pudimos haber llegado a la noción de que somos tan distintos y estamos tan separados?

(VARELA, 2000, P.249)

Un asunto de capital importancia para entender una psicoterapia y orientar mejor el trabajo es hacer explícitos sus supuestos en relación

con los seres humanos, el sentido de la vida y el horizonte ético. Podemos, por ejemplo, pensarnos como seres individuales que buscamos relacionarnos con otros, o como seres-en-relación que podemos quedar aislados al romper los lazos que, de inicio, nos interrelacionan como humanos. Podemos también sentirnos y tratarnos como separados de la naturaleza o bien sostener una perspectiva ecológica amplia.

Somos en las interacciones con otros y el mundo

Desde una perspectiva fenomenológico-existencial, *ser-con-otros-en-el-mundo* es una de las características fundamentales de nuestro existir como humanos (Moreira, 2001; 2012; Valle, 1998). Nos vamos humanizando, y nos convertimos en la persona que somos, a través de nuestras interacciones cotidianas. Es decir, que quienes somos refleja las interacciones que hemos vivido en los diferentes contextos vividos (Gergen, 2011). Ahora bien, si en las relaciones e interacciones con los otros nos construimos como lo que somos, ¿qué sucede cuando esas relaciones e interacciones son superficiales, impersonales o de uso?, y ¿qué cuando son personales, respetuosas y reconocedoras del valor de cada uno?

Como seres humanos, tenemos múltiples posibilidades de vivir e interactuar. Hacemos reales algunas de ellas y dejamos otras de acuerdo con las experiencias vividas. En todas esas experiencias, buscamos satisfacer nuestras diferentes necesidades para vivir con bienestar (Echeverría, 2005; Gendlin, 1966; Gergen, 2011; Maturana & Pörksen, 2004). En las interacciones, cambiamos y creamos nuevas posibilidades de vivir. El tipo de interacción puede impulsar un movimiento creativo y vital, o bien puede instaurar círculos repetitivos que nos anclen en patrones de interacción poco favorables para el bienestar (Stern, 2004; Unicef, 2003). Por ello, es importante caracterizar a unas y a otras, y generar alternativas para promover aquellas en las que nos humanizamos (Etxeberría, 2000). Es conveniente preguntarnos cuáles

son las interacciones que promueven la vida y la buena vida (Savater, 1991) de los seres humanos.

La estructura social y la cultura en que vivimos delimitan y condicionan en gran parte los recursos disponibles en nuestra cotidianeidad. Más aún, influyen de manera contundente a través de los medios masivos de información; por ejemplo, en lo que identificamos como necesidades y el valor que les damos a estas en nuestra vida y bienestar. Aquí resaltamos como una necesidad humana básica la de ser y sentirnos reconocidos como seres humanos valiosos, con derecho a condiciones de vida justas; y también la de sentirnos aceptados, comprendidos y escuchados por personas significativas, y la de compartir con otros las esperanzas y las frustraciones, los logros y las dificultades en el día a día (Max-Neef, 1998).

Seres transformadores y constructores

La existencia, en tanto humana, no puede ser muda, silenciosa, ni tampoco nutrirse de falsas palabras sino de palabras verdaderas con las cuales los hombres transforman el mundo. Existir, humanamente, es “pronunciar” el mundo, es transformarlo. El mundo pronunciado, a su vez, retorna problematizado a los sujetos pronunciantes, exigiendo de ellos un nuevo pronunciamiento.

(FREIRE, 1970 / 1979, P.100)

Ser humanos es ser sujetos transformadores del mundo en las interacciones con los demás. Es reconocernos como *autores* que damos dirección a dichas interacciones, *agentes* que con nuestras acciones hacemos diferente nuestras realidades cotidianas, reconociendo las posibilidades que tenemos y las que podemos generar desde las ubicaciones que tenemos en los diferentes roles de *actores sociales* (Marrufo, 2012; Moreno, 2007; Zubiri, 1986 / 1998). Es asumirnos también como constructores de nosotros mismos en dichas interacciones.

Tanto nosotros como los demás y el mundo podemos ser transformados de múltiples formas y en diversas direcciones. Si nos sentimos parte y en relación con la naturaleza, nuestras actitudes y comportamientos hacia ella serán diferentes comparados con lo que ocurre si nos vivimos separados del entorno, y creemos que podemos utilizar el medio ambiente a nuestro capricho, ignorando sus ciclos y condiciones de vida. Algo parecido ocurre con los demás. Podemos preguntarnos ¿cómo beneficia o perjudica lo que hago a otras personas? O decir: ¡Qué me importan a mí los demás! ¿Por qué habría de ocuparme de cuidar de otros?

En el campo de la psicoterapia, el posicionamiento que en los hechos tenga cada psicoterapeuta respecto de estas cuestiones hará también una diferencia. Por lo mismo, hay que estar atentos a las prácticas que resaltan el valor del individuo por encima de todo, situación que pueden fomentar, a veces sin advertirlo, actitudes individualistas, egoístas y poco solidarias en las interacciones con los demás y con el entorno. Mientras que los que reconozcan el valor del cuidado del otro, integrarán también esta convicción en sus modos de interacción. Al final de cuentas, estamos refiriéndonos al horizonte ético desde el cual damos rumbo al trabajo psicoterapéutico (Walsh, 2005).

Desde la perspectiva que asumimos en este texto, proponemos una práctica psicoterapéutica que puede tener entre sus propósitos promover que los consultantes aprendan a decir su *palabra verdadera en el mundo* (Amatuzzi, 1989; 1997; Freire, 2001; Gendlin, 2003), palabra que implica ese proceso dialéctico de acción / reflexión según lo señalado por Freire (1970 / 1979), y que busca promover procesos de simbolización en los que acontecimientos “externos” (palabras, movimientos, sonidos, acciones, otras personas) se adecúan de tal modo a las *sensaciones-con-sentido*, pre-conceptuales e implícitas de la consultante que el proceso del experimentar es *llevado hacia adelante*, lo que genera nuevas posibilidades de interacción (Gendlin, 1997). En otras palabras, busca también que los consultantes reconozcan y amplíen su poder personal (Moreno, 2007), para dar dirección a su vida.

En la dimensión de las cualidades afectivas de nuestro vivir, reconocemos la importancia de expresar con precisión, dentro de las condiciones socioculturales en que vivimos, las cualidades emocionales y afectivas que vamos experimentando día con día. Sin embargo, hay situaciones contradictorias. En algunos aspectos, las normas sociales y las costumbres prohíben o inhiben *ciertas expresiones* de sentimientos que podrían ser convenientes para el bienestar de todos (Fernández, Zubieta & Páez, 2000), y que en el convivir cotidiano se convierten en aspectos que contribuyen a un malestar psicosocial compartido. ¿Cómo abordar estas cuestiones dentro de una psicoterapia? ¿Cómo ir dilucidando posibilidades de cambio en los modos de expresión y de incidir en las costumbres y significados culturales para abrirse a nuevas posibilidades constructivas de expresión de cómo nos sentimos en la vida cotidiana?

Los vínculos y las relaciones que necesitamos recuperar o construir

El ser humano, más que un ser en el mundo, se convirtió en una presencia en el mundo, con el mundo y con los otros. Presencia que, reconociendo la otra presencia como un “no-yo”, se reconoce como “sí misma”. Presencia... que se sabe presencia, que interviene, que transforma.

(FREIRE, 2001, P.124)

¿Será inevitable la liquidez de los vínculos y las relaciones? ¿Será entonces que podamos plantear como un propósito de la psicoterapia la adaptación y el aprendizaje para vivir sin problemas ni sufrimientos en relaciones etéreas, superficiales, de uso, centradas en la fugacidad del momento actual, sin contemplar siquiera un horizonte futuro?

¿Adaptación, o integración y transformación? He ahí el dilema. ¿Cómo no reconocer el impacto tan grande que tienen en el vivir cotidiano y en la configuración cultural los medios masivos de información y

ahora las llamadas redes sociales vía internet? ¿Cómo no reconocer los múltiples *sentipensamientos* (Galeano, 1989; Moreno, 2009) que se han ido desarrollando entre mucha gente a raíz de vivir con cercanía situaciones de violencia, robos, secuestros, y que nos inducen a ver, de entrada, a otras personas como potencialmente peligrosas? Al mismo tiempo, tenemos múltiples ejemplos en la vida cotidiana de grupos y comunidades que siguen manteniendo vínculos afectivos relativamente estables y solidarios, que se traducen en acciones y trabajo de apoyo mutuo. Son expresiones culturales que persisten a pesar de los múltiples embates de la globalización (Flores, 2001).

Reconocernos como seres humanos valiosos, parecidos y diferentes, que nos construimos en las interacciones, y asumirnos como agentes, autores y actores de nuestro vivir (Moreno, 2007; Zubiri, 1986 / 1998), son posibilidades en el horizonte ético de un proceso psicoterapéutico. Si reconocemos que en muchos sentidos “remamos contra corriente”, el desafío y el reto son mayores. Con esta perspectiva, dejamos de estar centrados solo en los consultantes como individuos que asisten para identificar y atender también explícitamente el contexto cultural en el que vivimos psicoterapeutas y consultantes, y en el cual nos vamos construyendo como la persona que somos.

Una reflexión crítica animada por un horizonte ético (Etxeberría, 2000; Max-Neff, 1998; Robbins, 2004; Sayre, 2005; Walsh, 2005), en el que los otros seres humanos no nos son ajenos, y las expresiones verbales del psicoterapeuta que reconozcan todo esto, son vías posibles de incorporar en un proceso psicoterapéutico modos de interacción para promover vínculos solidarios y respetuosos con aquellos con los que convivimos día a día.

¿Cómo aprendo a vivir en una psicoterapia?

La visión de la vida y de los seres humanos y los valores que vive el psicoterapeuta son comunicados de múltiples formas a sus consultantes. La neutralidad —entendida como no comunicar al consultante

ningún valor en relación con los seres humanos, sus comportamientos, los demás con los que se relacionan e interactúan— nos parece una ilusión. Así que, dándose cuenta o no, un psicoterapeuta puede insinuar, por ejemplo, que tener una buena valoración de sí mismo es completamente una cuestión de cada quien. Puede señalar que no hay por qué darle tanta importancia a las opiniones de los demás, aunque a veces el trato discriminatorio recibido genere dolor y sufrimiento, y reduzca las oportunidades para obtener satisfactores básicos. Puede considerar la autoestima como algo psicológico, exclusivo de lo “interno” de la persona. Y entonces parece innecesaria una reflexión crítica sobre los valores impuestos por las modas y lo que conllevan de dominación, promoción del consumo de ciertos artículos que generan ganancias a determinadas compañías, y su impacto en eso que llamamos autoestima.

¿Cuál es el papel, por ejemplo, que el cuidado de otros puede tener en el bienestar de uno mismo? ¿Son antagónicos el cuidado y bienestar personal con el cuidado y bienestar de otros? Para algunos psicoterapeutas parece que sí. Para otros, en cambio, son inseparables (Walsh, 2005). Entonces, tenemos un margen de elección, de autoría y agencia en nuestros modos concretos de interactuar con los consultantes.

No creemos que se trate de adoctrinar a los consultantes. Valoramos su derecho y capacidad de formarse sus propias convicciones. Solo reconocemos que estas no se configuran en un vacío social, ni siempre en condiciones que propicien una reflexión pausada y sentida, para que sea personalmente significativa. Si como psicoterapeuta no puedo mantenerme en una neutralidad cultural, política y ética, tal vez sea mejor reconocer mis posicionamientos y convicciones: cómo se van construyendo y van cambiando, cómo los muestro y expreso en mis interacciones en la psicoterapia. Para ello, el diálogo y la reflexión con los colegas nos parece una opción rica para mantener una relativa claridad actualizada de mi ser-en-el-mundo, en el contexto sociocultural en el que vivo y trabajo como psicoterapeuta.

La época actual parece requerirnos aprender a vivir con la incertidumbre, con flexibilidad, movilidad en nuestros planes y acciones, con una visión a mediano y corto plazo, más que a largo plazo. Nos plantea también retos relacionados con la predicción y el control respecto de un “mundo llamado ‘objetivo’... un mundo muy alejado de la experiencia humana... un mundo inventado por un sujeto que se piensa a sí mismo como ‘observador neutro’” (Najmanovich, 2001 / 2013, p.12), y que durante siglos ha sido el mundo tan apreciado en la mentalidad científica positivista de la modernidad.

Un aspecto que necesita una actualización en el campo de la psicoterapia y del vivir cotidiano, es sin duda lo referido a nuestra corporalidad. Como señala Najmanovich (2001 / 2013, p.19), “nuestra corporalidad determina un campo de afectación y la clase de interacciones y de transformaciones posibles”. Los modos de entender y valorar nuestra corporalidad han influenciado las interacciones con los demás y la naturaleza. La vieja dicotomía cuerpo-mente sigue planteando problemas difíciles de resolver, porque nos dificulta explorar alternativas diferentes más allá de esa división que por momentos parece insuperable. Algo parecido ocurre con la separación planteada entre sujeto y mundo: “Encerrados en nuestra mente, hemos olvidado cómo pensar con nuestro cuerpo, cómo servirnos de él para llegar al conocimiento; asimismo, nos hemos alejado de nuestro entorno natural y nos hemos olvidado de coexistir y cooperar con una rica variedad de organismos vivientes (el mejor ejemplo está en el suelo como ecosistema)” (Cuchman & Riquelme, s / f, p.17). Ahora tenemos la oportunidad de recuperar nuestro *ser-encarnados-en-el-Mundo* (Moreira, 2001; 2012); recuperar la sabiduría potencial que existe en esta dimensión de nuestro existir como humanos (Gendlin, 1967; 2012; Moreno, 2009; Rogers, 1980; Siegel, 2012).

Es cierto,

[...] la imagen pública del organismo humano, reforzada por el contenido de los programas televisivos y especialmente por la publicidad,

es la de una máquina propensa a continuas averías, a menos que sea revisada por médicos y tratada con medicinas. Los medios de comunicación no transmiten la noción del poder curativo intrínseco de un organismo y su tendencia a conservar la salud; no se promueve la confianza del ser humano en su propio organismo, ni tampoco se acentúa la relación entre salud y modo de vida. Se nos incita a suponer que los médicos pueden arreglarlo todo, sin tener en cuenta nuestro sistema de vida (Capra, 1982 / 1992, p.77).

¿Cómo impacta todo esto a los procesos de psicoterapia, a los psicoterapeutas y a los consultantes? Es frecuente que las personas que recién llegan a un proceso psicoterapéutico se orienten con las formas de interacción que suelen tener en la consulta médica. Suponen que les corresponde decir todos sus problemas y sufrimientos, y que el psicoterapeuta les dirá qué tienen y cuál es el remedio (como si fuera un medicamento que hay que tomar). Por ello es que a veces les causa tanta sorpresa descubrir que, en muchas psicoterapias, el psicoterapeuta no indica qué hacer sino que se dispone a escuchar, pausada y comprensivamente, para que sea el propio consultante quien vaya tomando conciencia de su vivir y *sentipensaractuar*¹ cotidianos.

Como lo señala también Capra (1982 / 1992):

[...] muchas personas se adhieren testarudamente al modelo biomédico porque tienen miedo de que sus modos de vida sean examinados y deban enfrentarse con su comportamiento poco sano. En vez de confrontar una situación que a menudo resulta embarazosa y dolorosa, insisten en delegar toda la responsabilidad de su salud en los médicos y los fármacos [en nuestro caso en el psicoterapeuta y sus indicaciones] (p.86).

1. Acuñamos este término para indicar la integración y unidad deseadas del sentir, pensar y actuar de las personas en su vida diaria.

En esta perspectiva, podemos considerar y realizar a la psicoterapia también como una actividad de transformación cultural.

Algunas implicaciones para la formación de psicoterapeutas

Si se considera a la psicoterapia como una actividad que puede incidir en la transformación cultural, es importante evaluar la manera en que hemos sido formados como psicoterapeutas y formamos a otros en esta disciplina.

Como formadores, podemos llegar a transmitir un mensaje individualista a los alumnos; es decir, con la mejor de las intenciones podemos comunicarles que escuchen a su consultante y busquen comprenderlo, pero olvidándonos del contexto en que la persona se encuentra. Este aspecto es muy importante, ya que todas las elecciones que hace con su vida impactan en quienes lo rodean. Es decir, no solo importa el bienestar de quien tenemos enfrente sino el bienestar de la comunidad de la que es parte.

Además, la forma en que percibimos y entendemos al consultante impacta en cómo nos relacionamos y trabajamos con él. Por ejemplo, si creo que la persona ha tenido un gran sufrimiento al vivir en constantes peleas con su madre, y lo considero una víctima de esta situación, puedo enviarle de alguna manera el mensaje de que lo que importa es que se sienta bien, sin considerar el contexto más amplio y las repercusiones que estas decisiones tienen en los demás. Si consideramos, en cambio, que la persona es parte de una grupalidad, una comunidad, podemos favorecer que se vincule de una manera más sana con quienes le rodean y asuma la responsabilidad de sus actos. A final de cuentas, hay que elegir entre una visión que dé prioridad a lo individual o una perspectiva que reconozca el ser-en-interacción como el dato primario del existir de los seres humanos (Gendlin, 1966; 1967; Sayre, 2005; Walsh, 2005).

Si partimos del *ser-en-interacción*, la formación de un psicoterapeuta requiere una supervisión muy cercana de su práctica profesio-

nal, de fundamentación teórica y conceptual, así como de estrategias, metodologías y técnicas orientadas por referentes teóricos que den cuenta de esta dimensión interaccional. Al mismo tiempo, nos exige un trabajo de re-conocimiento personal, históricamente situado, y discernimiento ético como algo ineludible. Es decir, el psicoterapeuta necesita identificar con claridad desde qué ubicación sociocultural se presenta ante su consultante, y reconocer las condiciones económicas, socioculturales, políticas y religiosas en las que vive este, y en las que se lleva a cabo el proceso psicoterapéutico. Son requisitos para poder asumir una postura crítica en relación con su trabajo profesional.

Un terapeuta necesita competencias para reconocerse en sus modos de interacción, identificar supuestos y necesidades personales que puedan obstaculizar o favorecer su práctica profesional; ser capaz de dejar de lado la omnipotencia para atender a cualquier persona sin importar su situación, y así ubicar los alcances y las limitaciones personales que tiene.

En este sentido, se nos plantea un gran reto para seguir formándonos y formar a otros desde esta perspectiva; para enfrentar nuestro miedo a mirarnos y reconocernos como personas históricamente situadas. Necesitamos buscar en la mirada del otro, la presencia con la que podamos construirnos como mejores personas.

Un fragmento de *El Principito* nos invita a esta reflexión:

—En tu tierra —dijo el Principito— los hombres cultivan cinco mil rosas en un mismo jardín... Y nunca encuentran aquello que buscan.

—No lo encuentran... —respondí.

—Y pensar que lo que buscan podría encontrarse en una sola rosa o en un poco de agua...

—Seguramente —respondí.

Y el Principito añadió:

—Pero los ojos no siempre ven, hay que buscar con el corazón (Saint-Exupéry, 1998, p.27)

CONCLUSIONES

Las prácticas de la psicoterapia han de situarse y reconocerse en sus contextos socioculturales, encarar los retos del vivir actual en su diversidad de posibilidades, y han de asumir el reto de reflexionar críticamente sobre el horizonte humano que vamos construyendo o no con nuestras actividades profesionales. También han de cuidar la adecuada diferenciación de dimensiones para no patologizar los problemas del vivir y no individualizar indebidamente los problemas sociales.

Si pensamos la psicoterapia como un espacio de interacción para *ser-con-el-otro*, donde ambos, terapeuta y consultante, podemos aprender, donde la ética guíe y oriente nuestro quehacer, entonces ese encuentro puede servirnos para transformarnos en una dirección de más vitalidad y sintonía con los demás; y también para transformar nuestro vivir cotidiano. Esto, por supuesto, no excluye las discrepancias y conflictos, más bien incluye la posibilidad de asumirlos y resolverlos de manera constructiva.

Lo anterior significa que los psicoterapeutas necesitamos una relativa claridad sobre el sentido de vivir como humanos en un determinado contexto histórico, sobre nuestras relaciones e interacciones con otros seres humanos y con el mundo de la naturaleza.

Por ello, la ética, entendida como un horizonte de reflexión y elección en relación con lo que es bueno para los seres humanos en su conjunto y en lo particular, ha de ser la base que guíe la práctica profesional del psicoterapeuta, para reconocer como aspecto prioritario el cuidado de sí, del otro y del entorno. Desde esta visión, tenemos que clarificar cuál es el beneficio esperado para el consultante, en su vivir cotidiano, cuando decidimos atenderlo. Incluso verificar si es conveniente que yo lo atienda. Si decido hacerlo, es importante responder ¿cuál será el propósito de este proceso y de qué manera impactará en el contexto sociocultural y la situación de vida diaria de la persona?

Como señala André Compte-Sponville (2003, p.205), “la ética es un trabajo, un proceso, una andadura: es el camino reflexionado del

vivir, en tanto que tiende hacia la vida buena, como decían los griegos, o hacia la menos mala posible, y es la única sabiduría verdadera”. Ello implica una atención presente y un discernimiento constante para orientar cada una de nuestras interacciones en la dirección del cuidado personal, social y comunitario.

Los llamados *códigos de ética* nos dan pistas sobre el actuar profesional, pero al final del día, la verdadera reflexión e implicación ética está en cada decisión que vamos tomando y en cada acción que realizamos. Por ello, es importante que trabajemos en cuidar y desarrollar nuestra propia persona, para poner en primer lugar el beneficio del consultante en su contexto de vida que incluye a otros, y para tener mejores posibilidades de contribuir a una transformación cultural a través de nuestro trabajo como psicoterapeutas.

REFERENCIAS

- Alcántara, E. (2010). *Análisis de la movilidad urbana. Espacio, medio ambiente y equidad*. Bogotá: Corporación Andina de Fomento. Recuperado el 19 de mayo de 2014, de http://www.caf.com/media/3155/An%C3%A1lisis_movilidad_urbana.pdf
- Amatuzzi, M. (1989). *O resgate da fala autêntica*. Campinas: Papirus Editora.
- Amatuzzi, M. (1997). Salir del consultorio para hablarnos de tú. La construcción participativa de una psicología popular. *Prometeo*, pp. 27-31.
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Bauman, Z. (2006). *Ética posmoderna*. México: Siglo XXI.
- Beck, U. (1992). *Risk society. Towards a new modernity*. Londres: Sage.
- Béjar, H. (2007). *Identidades inciertas: Zygmunt Bauman*. Barcelona: Herder.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.

- Caja de Madrid (2010). *Movilidad urbana sostenible: un reto energético y ambiental*. Madrid: Caja de Madrid. Recuperado el 19 de mayo de 2014, de <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0536159.pdf>
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162.
- Capra, F. (1982 / 1992). *El punto crucial*. Buenos Aires: Troquel. Recuperado el 2 de septiembre de 2013, de http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=oCD8QFjAF&url=http%3A%2F%2Felartedepreguntar.files.wordpress.com%2F2010%2F01%2Fcapra-fritjof-el-punto-crucialdoc.doc&ei=CFIMUu6PEYWBiwLugIH4Ag&usg=AFQjCNGFnPkW4_xSRP Xs_2xRP2aCs3jLBQ&bvm=bv.53371865,d.cGE
- Compte-Sponville, A. (2003). *Diccionario filosófico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Cuchman, H. & Riquelme, A. (sin fecha). El hombre en armonía con el sistema. Montevideo: CEADU. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de <http://books.google.com.mx/books?id=gfUnyOWxrVgC&pg=PA19&clpg=PA19&dq=el+hombre+en+armonia+con+el+sistema&source=bl&ots=AyvkqhJ07E&sig=k21WWY1bBWk6gRVS6bUNgCwmPZw&hl=es-419&sa=X&ei=ZGIMUqaLNuegiQLNx4GADQ&ved=oCDUQ6AEWAQ#v=onepage&q=el%20hombre%20en%20armonia%20con%20el%20sistema&f=false>
- Echeverría, R. (2005). *Ontología del lenguaje*. Santiago: J.C. Sáez.
- Espinosa, C. (1992). *Poemas para leer bajo la lluvia*. México: Tierra Adentro.
- Etxeberría, X. (2000). *La ética de la diversidad*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Fernández, I., Zubieta, E. & Páez, D. (2000). Inhibición y expresión emocional en diferentes culturas. En D. Páez & M.M. Casullo (Comps.), *Cultura y alexitimia: ¿cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 73-98). Buenos Aires: Paidós.

- Flores, M. (2001). Psicología, ética y proceso de globalización en América Latina. *Revista Internacional de Psicología*, 2(1), 1-12. Recuperado el 8 de abril de 2013, de http://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrSbjdOYvBVPpoAvhXD8Qt.;_ylu=X3oDMTByYnR1Zmd1BGNvbG8DZ3ExBHBvcwMyBHZoaWQDBHNIYwNzcg-/RV=2/RE=1441845967/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.revistapsicologia.org%2findex.php%2frevista%2farticle%2fdownload%2fio%2f8/RK=0/RS=SbWIV_7EA7FYXMSkCGZHwurihbc
- Freire, P. (1970 / 1979). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- Freire, P. (2001). *Pedagogía de la indignación*. Madrid: Morata.
- Galeano, E. (1989). *El libro de los abrazos*. México: Siglo XXI.
- Gallo, J.J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.
- Gendlin, E.T. (1967). Values and the process of experiencing. En A.H. Mahrer (Ed.), *The goals of psychotherapy* (pp. 180-205). Nueva York: Appleton-Century Crofts.
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing oriented psychotherapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Gendlin, E.T. (1997). Existencialismo y Psicoterapia experiencial. En C. Alemany (Comp.), *Psicoterapia experiencial y focusing* (pp. 31-60). Bilbao: Desclée De Brower.
- Gendlin, E.T. (2003). Beyond postmodernism: from concepts through experiencing. En Roger, F. (Ed.), *Understanding experience: psychotherapy and Postmodernism* (pp.100-115). Londres: Routledge.
- Gendlin, E.T. (2012). Implicit precision. En Z. Radman (Ed.), *Knowing without thinking: the theory of the background in philosophy of mind*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Gergen, K.J. (2011). *Relational being. Beyond self and community*. Nueva York: Oxford University Press.
- Guzmán, R. (2007). *La mujer serena. Pensamiento, filosofía y mundo femenino*. Barcelona: Sirpus.

- Lispector, C. (2004). *Agua viva*. Madrid: Siruela.
- Mackrill, T. (2008). Constructing client agency in psychotherapy research. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(2), 193–206. Recuperado el 16 de marzo de 2011, de <http://jhp.sagepub.com/content/49/2/193>
- Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Marinoff, L. (2009). *Más Platón y menos Prozac*. México: Zeta bolsillo.
- Marrufo, L. (2012). El diálogo como opción frente al uno mismo, el otro y lo otro en el proyecto de ser como humano (pp. 27–43). En R. Acosta (Coord.), *El diálogo como objeto de estudio. Aproximaciones a un proceso cotidiano y a su calidad*. Tlaquepaque: ITESO.
- Maturana, H. & Pörksen, B. (2004). *Del ser al hacer. Los orígenes de la biología del conocer*. Santiago: J.C. Sáez.
- Max-Neef, M. (1998). *Desarrollo a escala humana*. Barcelona: Icaria.
- Moral, M.V. (2008, noviembre). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. *Boletín de Psicología*, No.94, 85–104.
- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona: hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Santiago: Universidad de Santiago de Chile.
- Moreira, V. (2012). From person-centered to humanistic-phenomenological psychotherapy: The contribution of Merleau-Ponty to Carl Rogers' thought. *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(1), 48–63.
- Moreira, V. (2013). Sofrimento ou doença mental? *Diário do Nordeste*, sección Debates e Ideias, 24 de noviembre de 2013. Recuperado el 27 de noviembre de 2013, de http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1341738&fb_action_ids=1435801229964836&fb_action_types=og.recommends&fb_source=other_multiline&action_object_map=%5B219805531535290%5D&action_type_map=%5B%22og.recommends%22%5D&action_ref_map=%5B%5D

- Moreno, S. (2007, diciembre). El poder personal. *Revista Mirada*, año 6, No. 22, 4-13.
- Moreno, S. (2009). *Descubriendo mi sabiduría corporal. Focusing*. Guadalajara: Focusing México.
- Najmanovich, D. (2001 / 2013). *El sujeto encarnado: límites, devenir e incompletud*. Recuperado el 29 de mayo de 2013, de http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/o600_biblioteca/palabrasclaves_filtro.php?p=sujeto
- Pérez-Álvarez, M. & García-Montes, J.M. (2007). The Charcot effect: the invention of mental illnesses. *Journal of Constructivist Psychology*, 20(4), 309-336.
- Pulido-Martínez, H.C. & Carvajal-Marín, L.M. (2013). Riesgos psicolaborales y subjetividad: tensiones contemporáneas entre patologización y despatologización en los discursos psicológicos. *Quaderns de Psicologia*, 2013, 15(1), 69-80. Recuperado el 4 de febrero de 2013, de https://ddd.uab.cat/pub/quapsi/quapsi_a2013v15n1/quapsi_a2013v15n1p69.pdf
- Robbins, B.D. (2004). Putting ourselves out of business: implications of Levinas for psychology. Recuperado el 26 de junio de 2013, de <http://mythosandlogos.com/Levinaspaper.html>
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Saint-Exupéry, A. (1998). *El Principito*. México: Latinoamericana.
- Savater, F. (1991). *Ética para Amador*. México: Ariel.
- Sayre, G. (2005). Toward a therapy for the Other. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 7(1-2), 37-47.
- Siegel, D.J. (2012). *Mindfulness y psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Soffer, J. (2001). Embodied perception: redefining the social. *Theory & Psychology*, 11(5), 655-670. Recuperado el 17 de marzo de 2011, de <http://tap.sagepub.com/content/11/5/655>
- Sorrell, J. (2006). The Pleasure of Dissent: A Critical Theory of Psychotherapy as an Emancipatory Practice. *American Journal of Psychotherapy*, 60(2), 131-145.

- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Nueva York: W.W. Norton.
- Unicef (2003). *Manual para personas facilitadoras*. Bogotá: ICDP.
- Valle, R. (Ed.) (1998). *Phenomenological inquiry in psychology. Existential and transpersonal dimensions*. Nueva York: Plenum Press.
- Varela, F. (2000). *El fenómeno de la vida*. Santiago: Dolmen Ediciones.
- Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría; deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Nómadas* No.31. Recuperado el 12 de mayo de 2013, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18120621019>
- Walsh, R. (2005). Beyond therapy: Levinas and the ethical therapeutics. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 7(1-2), 29-35.
- Zubiri, X. (1986 / 1998). *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza / Fundación Xavier Zubiri.

Familias y bienestar psicológico

BÁRBARA MARCELA ÁLVAREZ AVILÉS
Y ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

Resumen: *este trabajo se enfoca hacia el conocimiento de cómo las personas construyen el significado de bienestar. El texto se deriva de una indagación centrada en dar cuenta de las relaciones existentes entre la vivencia del bienestar psicológico de sujetos jóvenes y la configuración familiar a la cual pertenecen. El trabajo aporta elementos para el entendimiento de las relaciones complejas entre los distintos tipos de escenarios familiares y las formas de significar y experimentar el bienestar por parte de sujetos jóvenes urbanos con matrices socioculturales específicas. Se hace hincapié en el análisis de las redes sociales de los consultantes, que pueden llegar a constituirse como una fuente de bienestar importante, y complementaria a la familia.*

Palabras clave: *bienestar psicológico, malestar psicológico, configuración familiar, comunicación y confianza familiar, redes sociales.*

Abstract: *This chapter focuses on how people construct the meaning of wellbeing. The text grew out of an inquiry that sought to account for existing relationships between the experience of psychological wellbeing in young people and their family configuration. The work proposes elements for understanding complex relationships between the different kinds of family settings and ways of signifying and experiencing wellbeing by young urban dwellers with specific socio-cultural features. Emphasis is given to the analysis of clients' social networks, which can become an important source of wellbeing that complements the family.*

Key words: *psychological wellbeing, psychological illness, family configuration, family communication and confidence, social networks.*

CONFIGURACIONES FAMILIARES Y BIENESTAR PSICOLÓGICO: ANTECEDENTES Y PERSPECTIVA TEÓRICA

La regulación de la vida familiar en nuestro país continúa siendo regida en amplios sectores de la sociedad a partir de un modelo hegemónico de familia, centrado en la madre, el padre y los hijos. Las instituciones como la iglesia católica, el estado a partir de sus distintas instancias, y las propias familias en tanto entidades instituidas e instituyentes, favorecen esta construcción social de lo doméstico que dista mucho de la realidad contemporánea en cuanto arreglos y dinámicas familiares (Enríquez, 2012). En el ámbito de lo doméstico y las relaciones de parentesco, se favorecen e inhiben ciertas prácticas sociales entre sus miembros y se moldean actitudes y estilos vinculares que tendrán influencia en el entorno familiar y también en otros ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos. Aun cuando prevalece una cultura de lo familiar que tiende a la reproducción de un modelo hegemónico, los datos muestran el incremento de otro tipo de hogares, entre ellos los dirigidos por mujeres, conocidos como hogares de jefatura femenina. Los datos mostrados en la tabla 6.1 señalan este incremento a lo largo de dos décadas.

A mediados del siglo XX, gracias a los cambios económicos que sufrió el país, la mujer entró de lleno en el campo laboral y el hombre se enfrentó al desempleo, por lo cual fue necesaria una nueva reestructuración de roles y dinámicas en la familia. Un factor social que hay que tomar en cuenta para analizar a la familia es el factor del género. Los roles tradicionales dictan que el hombre es el encargado de llevar el dinero a la casa, quien toma las decisiones importantes tanto de sus hijos como de su esposa; en cambio, es la mujer la que se encarga del hogar y de los hijos. Sin embargo, en la actualidad es cada vez mayor el índice de jefaturas femeninas en México y en la zona metropolitana de Guadalajara. Además, se están presentando cambios en la distri-

TABLA 6.1 PORCENTAJE DE HOGARES SEGÚN JEFATURA. JALISCO, 1990-2010

Jefatura	1990	2000	2005	2010
Jefatura masculina	81.5	79.2	76.3	75.4
Jefatura femenina	18.5	20.8	23.7	24.6

Fuente: elaborado por la Secretaría de Desarrollo Humano (SDH), con base en Inegi (2010), Censos y Conteos de Población y Vivienda.

bución del trabajo doméstico, en el que participan cada vez más los varones (Enríquez, 2012).

A lo largo de la historia occidental, las familias han sido normadas principalmente por la religión católica y el estado. Estas instituciones alientan, o bien desalientan, formas de ser y dinámicas familiares particulares que mantienen ideologías conservadoras. Martha Collignon, Zeyda Rodríguez y Karina Bárcenas (2010) señalan que estas dos instancias se han encargado de proclamar y favorecer, de diversas maneras, la construcción familiar nuclear tradicional, dejando a todas las demás configuraciones familiares con una legitimidad mucho menor tanto religiosamente como legalmente.

Si partimos de los principios de libertad y de igualdad, más que de las normas religiosas, morales y políticas, podemos decir que existe un espacio en el que las prácticas y formas familiares en su diversidad toman una posición no por debajo de lo que los modelos familiares establecen sino más bien en paralelo (Collignon, Rodríguez & Bárcenas, 2010, p.171).

La importancia que están teniendo los diferentes tipos de configuraciones familiares en el México contemporáneo muestra la relevancia del tema para el quehacer psicoterapéutico. En la medida en que se

conozca la dinámica interna de estas diversas composiciones familiares, así como las condiciones económicas, sociales y, en especial emocionales de cada uno de sus miembros, se tendrán más elementos y recursos para el diseño de propuestas psicoterapéuticas tanto a nivel individual como familiar.

Rosario Esteinou (2008) señala que entre los diferentes tipos de familia que se presentan en la actualidad destacan las nucleares convencionales, las nucleares de doble ingreso, las nucleares reconstituidas, las nucleares monoparentales con mujer a la cabeza, y las extensas de distintos tipos.

Ha sido a raíz de los cambios económicos y sociales que ha tenido la región latinoamericana, que se han acentuado los procesos de individualización, los cuales han cuestionado la autoridad patriarcal y llevado a ajustes, algunos de ellos inéditos en los roles y la dinámica que se da dentro y fuera de la familia. Hoy en día, las familias, en su pluralidad, demandan nuevas formas de interacción que buscan la participación activa tanto de hombres como de mujeres en el mercado laboral, así como en los quehaceres domésticos. Estas demandas al mundo de lo familiar se presentan en un entorno social cambiante y con múltiples incertidumbres, que sin lugar a dudas interpelan también el quehacer psicoterapéutico y las nuevas formas del ejercicio del mismo.

Esteinou (1999) señala que en épocas pasadas una de las causas más frecuente para terminar un matrimonio era la muerte de uno de los cónyuges; sin embargo ahora, debido a la modernización e industrialización, la separación y el divorcio son las causas más frecuentes de ruptura conyugal en nuestro país. La autora también menciona que esto trae consigo una nueva reestructuración familiar en donde las familias monoparentales o extensas están teniendo un peso mayor que en épocas anteriores.

La frecuencia de divorcio y separación se ha multiplicado y ocurre cada vez más temprano después de iniciada la unión o el matrimonio. De hecho, el índice de rupturas conyugales se ha incrementado

entre las personas que pertenecen a las generaciones más recientes, las que se casan a edad temprana y entre las uniones de más reciente formación (Solís, 1997, p.75).

Diversos autores como Mabel Burín e Irene Meler (1998) mencionan que en todas las familias, ya sean tradicionales o innovadoras, las prácticas de crianza influyen de manera directa en la adaptación de los hijos. Es necesario, en este sentido, tomar en cuenta los estilos de socialización de las nuevas generaciones para comprender las formas en que los jóvenes significan su bienestar en la dimensión psicológica.

De acuerdo con autores como José Cantón, María Cortés y María Justicia (2000), los conflictos entre los padres pueden tener un efecto mayor en los hijos de parejas divorciadas, lo que tiene que ver con los sucesos estresantes que en algunos casos deben afrontar. Sin embargo, también está presente la posibilidad de que la ruptura conyugal favorezca un clima emocional familiar de mayor armonía, y en estos casos se ha encontrado que los hijos socializados en hogares monoparentales pueden llegar a tener un nivel de adaptación similar al que presentan los hijos que corresiden con ambos progenitores. Estos hallazgos advierten sobre la necesidad de cuestionar las asociaciones causales entre cierto tipo de arreglos familiares y un mayor nivel de bienestar psicológico entre sus miembros, en especial en los hijos. Así, ampliar la mirada hacia las dinámicas internas en las distintas configuraciones familiares, así como las condiciones sociales y materiales de vida de los hogares y las comunidades en los cuales transcurre la vida cotidiana de los sujetos, resulta central.

BIENESTAR PSICOLÓGICO: HACIA LA DELIMITACIÓN DE UNA CATEGORÍA

El bienestar psicológico se define como la evaluación que las personas hacen sobre sus vidas, incluyendo dimensiones claramente diferenciadas. Los factores asociados al bienestar tienden a cambiar a lo largo

del curso de vida de los sujetos, y tomando en cuenta la trayectoria personal, familiar, profesional, laboral y social.

De acuerdo con Guillermo Díaz (2001), según la edad de los sujetos evaluados, las satisfacciones cambian; por ejemplo, para estudiantes universitarios, los éxitos académicos y la intimidad son poderosos satisfactores; en cambio, en las personas jubiladas, la satisfacción está relacionada con su participación social; por último, en personas que se encuentran en edad laboral, la actividad económica es la principal fuente de satisfacción.

El bienestar es el resultado de la actividad sistémica de diversos objetos sinérgicos, como son el macromedio, con sus subsistemas económicos, jurídicos, sociodemográficos; también el micromedio, que comprende subsistemas tales como la familia, la institución escolar, laboral, de salud, de recreación, de cultura, los grupos de referencia y el individual, que regula a través de la personalidad, las influencias de la biología y los sistemas antes mencionados (Díaz, 2001, p.578).

El bienestar psicológico tiene que ver con una experiencia emocional positiva, y con una elaboración cognitiva constructiva que los sujetos tienen acerca de sí mismos. El bienestar se define por su naturaleza subjetiva vivencial y se relaciona con aspectos del funcionamiento físico, psíquico y social. Se podría decir, entonces, que el bienestar psicológico posee elementos emocionales y cognitivos que se vinculan de manera directa y están influidos por cuestiones de personalidad, interacción de los individuos con los otros y el contexto, o interacción que se tiene con el entorno. El bienestar es una experiencia que se vincula al presente pero que tiene una proyección futura, ya que surge del balance entre las expectativas y los logros en las áreas de interés para las personas, como el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales, las relaciones interpersonales, las relaciones sexuales, y la actividad con la pareja.

Diferentes autores, desde distintas perspectivas teóricas, han hablado del desarrollo personal y la influencia de este en el bienestar psicológico. Sigmund Freud (1993) sostiene que el desarrollo de la personalidad ocurre como resultado de dos condiciones: la maduración o crecimiento natural, y aprender a superar las frustraciones, evitar el dolor, resolver los conflictos y reducir la angustia. En *Tres ensayos sobre teoría sexual*, el autor explica las etapas del desarrollo infantil y las clasifica en pre-genital: oral y sádico-anal, y genital: fálica, latencia y pubertad. Asimismo, describe el complejo de Edipo como una etapa del desarrollo del niño que resulta fundamental en la configuración psíquica del sujeto.

Para Carl Rogers (1985), el ser humano es autorregulable, con una *tendencia actualizante*, es bueno por naturaleza, creativo y social. Según esta teoría, este tiende a la realización personal de forma natural. El desarrollo personal se relaciona con la congruencia y la reestructuración de valores impuestos por los otros, al adaptarlos a las propias necesidades del sujeto, y buscar con esto el bienestar psicológico. Cuando la persona logra superar los valores impuestos y se mueve hacia su propia naturaleza, entonces consigue un Yo auténtico.

Para Aaron Beck, John Rush, Brian Shaw y Gary Emery (2005), el desarrollo personal se da cuando se adquiere la capacidad de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, cuando la persona es capaz de investigar en sus pensamientos, al poder reflexionar acerca de los mismos, identificar sus creencias irracionales, y modificar aquellas que lo llevan a tener sentimientos inadecuados, que a su vez provocan que tenga reacciones erróneas en sus relaciones con los otros y el entorno. El desarrollo personal, por tanto la conquista del bienestar, se gestará de una mejor manera cuando existe un sistema de apoyo sólido que proporciona aceptación, respeto y afecto a la persona.

Para el constructivismo, el desarrollo personal es un proceso de cambio constante en la construcción cognitiva del sentido del sí mismo a través de la experiencia en la interacción con uno, con los otros y el mundo (Mahoney & Freeman, 1988).

Luigi Boscolo y Paolo Bertrando (2008) tienen una visión inmanente del ser humano, es decir, que todo va unido inseparablemente a él, y que es inherente al mismo: cuerpo, ideas, creencias, emociones y acciones. Sin embargo, el ser humano forma parte de un sistema y de varios subsistemas que también le son inmanentes; se encuentra inmerso en sistemas y subsistemas, influye y es influido por estos. De esta manera, mientras el individuo perciba un buen funcionamiento en los sistemas, su sentido de bienestar tenderá a sostenerse a lo largo del tiempo.

Carol Ryff (en Casullo, 2002) menciona que algo importante para entender el concepto de *bienestar* es que existe una relación entre lo social y lo psicológico, donde cada uno de estos aspectos es influenciado por el otro. Por tal motivo, los niveles de satisfacción dependen de las condiciones tanto internas como externas. Los autores también señalan que la satisfacción se construye a través de tres variables fundamentales: los estados emocionales, tanto positivos como negativos, el componente cognitivo, y las relaciones vinculares.

El bienestar psicológico está compuesto por seis dimensiones bien diferenciadas: apreciación positiva de sí mismo, la capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida, la alta calidad de los vínculos personales, la creencia de que la vida tiene propósitos y significados, el sentimiento de que cada uno va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida, la aceptación del paso de los años y el sentido de autodeterminación (Ryff en Casullo, 2002, p.17).

A partir de la revisión realizada, es posible señalar que el bienestar psicológico es multidimensional e incluye aspectos relacionados con la dimensión íntima del ser humano, así como con la dimensión más social, en la que se encuentra la esfera de lo laboral, profesional, educativo y las relaciones interpersonales. La valoración de estas dimensiones, desde la perspectiva del sujeto y a través de herramientas tanto

cuantitativas como cualitativas, permite una aproximación interesante al bienestar y, sobre todo, a la relación que este guarda con las distintas esferas de la vida del sujeto, entre ellas la familia de la cual forma parte.

En el presente trabajo se profundizó en el concepto de *bienestar psicológico* desde la propuesta de Ryff en Casullo (2002), que señala que este se construye a partir de tres aspectos: por un lado están los estados emocionales, por el otro el componente cognitivo, y por último las relaciones vinculares.

RUTA DE INDAGACIÓN Y RESOLUCIÓN METODOLÓGICA

La pregunta central que orientó el presente estudio fue: ¿cómo se relaciona el bienestar psicológico percibido por los jóvenes con el tipo de configuración familiar en la que residen?

Para este estudio se utilizó una metodología con predominio en lo cualitativo. Este tipo de resolución busca descripciones detalladas y suele basarse en las observaciones, en el registro de las experiencias, actitudes, creencias y pensamientos. Se busca conocer los hechos, procesos, estructuras y sujetos en su complejidad, y no mediante la medición de algunos de sus elementos como tradicionalmente lo proponen los métodos cuantitativos (Rodríguez & Flores, 1996).

En esta investigación se trabajó sobre todo con entrevistas a profundidad. Este tipo de aproximaciones son relevantes para el análisis de las subjetividades a través de un guion de entrevista flexible y que aborde las categorías propuestas para el estudio. Una vez que se cuenta con el material transcrito, se procede a la codificación y categorización del mismo.

Los sujetos entrevistados fueron jóvenes: cuatro hombres de entre 19 y 25 años que estudian la universidad y que actualmente viven con su familia de origen. Cada uno se diferenció en cuanto a su configuración familiar, de tal modo que hubo diversidad. Se utilizó la clasificación que propone Esteinou (2008), la cual señala que

entre los diferentes tipos de familia que se presentan en la actualidad, destacan las familias nucleares convencionales, las nucleares de doble ingreso, las nucleares reconstituidas, las nucleares monoparentales con mujer a la cabeza, y las extensas de distintos tipos. En total, se llevaron a cabo ocho entrevistas con cuatro sujetos diferentes, teniendo dos sesiones con cada uno de ellos.

Estas entrevistas fueron realizadas de manera personal y privada, mediante el uso de un cuestionario flexible que sirvió de guía para su desarrollo; durante estas, los sujetos informantes fueron invitados a responder una serie de preguntas generadoras en torno al tema, y narrar sus experiencias relacionadas con este.

Cada sesión contó con un apartado específico para que los sujetos hablaran sobre la configuración familiar en la cual residen y sobre la dinámica que se gesta en ella. A partir de ahí, se buscó también ampliar la indagación hacia la categoría de bienestar psicológico de acuerdo con las dimensiones propuestas en este estudio.

Además, se utilizó una evaluación de bienestar psicológico que se aplicó al total de los sujetos como estrategia de triangulación de datos, manteniendo el predominio en los materiales empíricos arrojados por las entrevistas a profundidad.

Para esta investigación se utilizó el cuestionario propuesto por María Casullo (2002) sobre bienestar psicológico, y con respuestas cerradas que abordaban las siguientes opciones: de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, y en desacuerdo.

Una vez obtenida la información de las entrevistas, se procedió a su análisis. Rodríguez (1996) señala que el análisis de datos consiste en transformar los datos con el fin de extraer significados relevantes sobre lo que estamos investigando, revisando los datos para descubrir las relaciones entre los mismos, que en este caso se separaron las unidades de acuerdo con criterios temáticos.

Las categorías / dimensiones utilizadas para el registro y análisis de la información fueron las siguientes:

- Dimensión personal: se refiere a datos de identificación e historia académica, así como la relación que tiene esta última con la historia y dinámica familiar.
- Dimensión familiar: se centra en la apreciación crítica del sujeto sobre la configuración y la dinámica familiar.
- Dimensión relacional: esta tiene que ver con las relaciones sociales de los sujetos, así como con la satisfacción en estas.
- Dimensión emocional: está relacionada con la vida afectiva de los sujetos y la influencia que tiene esta en su historia y dinámica familiar.
- Metas a corto y largo plazo: esta categoría corresponde a lo relacionado con las metas de los sujetos, y la influencia que tienen las mismas en su historia familiar.

En cuanto a la evaluación de bienestar psicológico, los resultados se analizaron de acuerdo con criterios estadísticos previamente establecidos, los cuales arrojan un puntaje directo y un percentil que nos dice en qué parte de la media se encuentran¹ (Casullo, 2002). Las dimensiones que se abordan en el instrumento utilizado son: aceptación / control, autonomía, vínculos y proyectos.

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON LAS CONFIGURACIONES FAMILIARES

Con respecto a cómo se relaciona el bienestar psicológico percibido por los jóvenes con el tipo de configuración familiar en que residen, existen diversos elementos co-participantes. Uno de los factores más importantes que determina el grado de bienestar que tiene una persona tiene que ver con su red social de apoyo; pareciera que para los

1. Valoración de las respuestas BIEPS-a Casullo (2002). En desacuerdo: 1 punto; ni de acuerdo ni en desacuerdo: 2 puntos; de acuerdo: 3 puntos.

sujetos entrevistados el tener amigos o una pareja que los apoye y con los cuales compartir, no solo tiempo sino sus vivencias diarias y sentimientos, es algo importante; incluso más significativo que las relaciones que tienen con sus familiares directos. Lo anterior tal vez se deba a la etapa de vida en que están en estos momentos. Se supondría que los satisfactores que causan bienestar cambian en cada etapa, y en los jóvenes es precisamente su red social de apoyo la que les brinda mayor bienestar. El tema de la confianza y comunicación es otro punto medular asociado a la experiencia de bienestar. La calidad en las relaciones es más importante que la cantidad de ellas, y la confianza en particular con cada uno de los vínculos resultó ser central en la construcción subjetiva del bienestar psicológico. En este sentido, se confirma lo que diversos autores mencionan sobre el carácter salutogénico de las redes sociales, en particular los vínculos más cercanos al cuadrante de lo personal del sujeto (Sluzki, 1995).

La comunicación y la confianza, no solo con la familia sino con los amigos (red social de apoyo), resultaron centrales como elementos que nutren cotidianamente el bienestar. Este hallazgo resulta interesante, ya que en el análisis de las entrevistas cualitativas se encontró material empírico que da cuenta de las dificultades para establecer y mantener la confianza con los demás cuando se trata de compartir las esferas más íntimas del sujeto. Lo relevante es que, desde la perspectiva de los informantes, la confianza es un elemento central como generador de bienestar en las relaciones íntimas con los familiares y los amigos, y simultáneamente reportan, a través de los acercamientos cualitativos, las dificultades para lograr este nivel de empatía, comunicación y confianza con la red de apoyo emocional más cercana.

Un factor también generador de bienestar tiene que ver con que el joven, sujeto entrevistado, cuente con metas a corto, mediano y largo plazo. Esta planeación del sujeto sobre su trayectoria de vida estuvo asociada con sentimientos de certidumbre, tranquilidad y bienestar en general.

Por otro lado, el bienestar está asociado con la apreciación de satisfacción en la vida de los sujetos y el registro de emociones de valencia positiva. Los hallazgos muestran que en los sujetos entrevistados hay un reconocimiento de mayor satisfacción con respecto a sus vidas, tomando en cuenta la temporalidad. Es decir, en el tiempo presente se reporta una mayor satisfacción en general con relación a tiempos pasados, y en especial en el ámbito de lo familiar, y la posibilidad de contar con mayores recursos emocionales para hacer frente a las dificultades en esta esfera de la vida.

Las configuraciones familiares a las que pertenecen los jóvenes entrevistados son: familia nuclear de doble ingreso, nuclear monoparental, nuclear convencional (padre proveedor y madre ama de casa), y familia extensa. Ante la indagación sobre los distintos tipos de arreglos familiares y su relación con el bienestar psicológico, los hallazgos señalan que este último no está asociado con un tipo de escenario familiar en particular sino con la presencia de comunicación y confianza entre los distintos miembros que componen el grupo doméstico. Los datos cuantitativos exponen que no hubo una fluctuación significativa, si se toman en cuenta las distintas expresiones de lo familiar; asimismo, el material cualitativo arroja información precisa sobre la relevancia de la comunicación satisfactoria para favorecer el bienestar psicológico.

Algunas de las vivencias que acompañan el bienestar psicológico tienen que ver con sentirse pleno y satisfecho en todas las áreas de la vida. El total de los sujetos reportó que el bienestar tiene que ver con estar tranquilo tanto física como mentalmente, en armonía en las distintas esferas de su vida.

Estas vivencias en el ámbito de lo familiar corresponden más con la comunicación que se da y con la relación con cada uno de los miembros, de tal manera que no es posible aseverar si un tipo de familia es mejor proveedora de bienestar porque influyen varios factores, algunos de los cuales les proporcionan bienestar y otros no. Es importante explicitar que en el seno de las familias se generan dinámicas que pueden

ser ambiguas, con valencias encontradas, y que en todas ellas coexiste la tensión y el conflicto, así como la solidaridad y ayuda mutua. Así, la armonía tiene que ver con la posibilidad de sortear las dificultades de la vida con participación diferenciada entre los distintos miembros, y con posibilidades de relaciones más democráticas y equitativas.

En el área social, las vivencias están encaminadas más a la confianza y a la red social de apoyo con la que cuentan los sujetos; los resultados de la evaluación de bienestar psicológico reportaron que para todos su grado de autonomía es bajo, en contraste con lo que opinaron en las entrevistas cualitativas, en las cuales se perciben como sujetos independientes. Al parecer, el proceso de toma de decisiones es difícil en algunos ámbitos de la vida, y les es muy relevante la opinión de los demás, en especial de sus pares.

El área laboral es otro factor importante en cuanto a las vivencias que acompañan al bienestar, al menos a nivel imaginario, pero presente en estos momentos. Todos coincidieron en que el trabajo es importante no solo por la remuneración económica sino por el grado de satisfacción que les brinda poder hacer lo que les gusta, manifestando preocupación por este punto. Esto quizá se deba a varios factores: la etapa de vida en que están, finalizando sus estudios, y otro es la crisis actual del mercado laboral en México.

Por el contrario, las vivencias que acompañan la experiencia de malestar psicológico están relacionadas con no estar tranquilos y conformes con lo que se tiene, no tener un equilibrio en sus vidas, que desde su visión abarca las distintas dimensiones de su existencia.

En cuanto a desarrollo personal, los sujetos argumentaron que el sentirse bien en los diferentes círculos en que se desenvuelven (familiares, escolares, sociales) impacta de manera directa, y por lo tanto en su bienestar. Para Boscolo y Bertrando (2008), todo va unido de manera inseparable al ser humano, y es inherente a él: cuerpo, ideas, creencias, emociones, y acciones. La experiencia de bienestar psicológico está asociada con la percepción de armonía entre los distintos ámbitos de la vida.

Para todos los sujetos, los valores que influyen en su vida, tanto positivos como negativos, que impactan en su desarrollo personal, y por lo tanto en su bienestar, son aprendidos en casa y llevados a la práctica en toda las áreas de su vida, a pesar de que a veces estén conscientes de que hay muchas cosas de su persona que no les gusta y desearían modificar. Para Rogers (1985), el desarrollo personal se relaciona con la congruencia y la reestructuración de valores impuestos por los otros, adaptándolos a las propias necesidades del sujeto, buscando con esto el bienestar psicológico. Cuando el individuo logra superar los valores impuestos y se mueve hacia su propia naturaleza, entonces consigue un Yo auténtico.

En cuanto al autoconocimiento, todos los sujetos manifestaron en algún grado conocerse y saber lo que les produce bienestar y malestar, y estar conscientes de que esto ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Por ejemplo, la convivencia con los pares es de mayor relevancia en su relación con el bienestar que la convivencia familiar, en términos generales.

Asimismo, están conscientes de cómo sus creencias también han ido cambiando con la finalidad de llegar a un mayor bienestar, a una especie de equilibrio entre lo que piensan, sienten y hacen. Para Beck, Rush, Shawn y Emery (2005), el desarrollo personal se da cuando se adquiere la capacidad de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, lo que se logra cuando la persona es capaz de investigar en sus pensamientos y reflexiona sobre ellos, identifica sus creencias irracionales y modifica aquellas que lo lleven a tener problemáticas y sentimientos inadecuados, que a su vez provocan que tenga reacciones erróneas en sus relaciones con otros. El desarrollo personal se dará con mayor facilidad cuando un sistema de apoyo sólido proporciona aceptación, respeto y afecto a la persona.

La estructura / configuración familiar no determina el grado de bienestar que vive un sujeto; sin embargo, la atmósfera emocional que se vive en este espacio social es importante, ya que de ahí se desprenden características y herramientas personales con las cuales las personas

cuentan para afrontar sus problemas y su día a día, así como la manera en que se relacionan con los otros. No es tanto la configuración familiar la que determina el bienestar sino más bien el tipo de relaciones y las características de estas con cada uno de los miembros de la familia. El asunto de la confianza es relevante, ya que todos los sujetos reportan un nivel de bienestar más bajo cuando perciben que no hay confianza con los miembros de su familia, y que la comunicación es muy superficial. Estos hallazgos coinciden con autores como Anthony Giddens (2000), quien enfatiza cómo en las sociedades actuales el centro está en la relación y el grado de intimidad. Las convenciones sociales parecen dejar de ser el mandato que obliga a la formalización y el sostenimiento de un vínculo, y las expresiones posibles de confianza y comunicación íntima son, más bien, las que determinan las posibilidades de un vínculo duradero familiar y de pareja. Un dato interesante que arrojó este estudio es que, al parecer, los sujetos cuando piensan y se visualizan en un futuro en una relación de pareja, coinciden en que no se ven casados ni con hijos, lo que manifiesta que el matrimonio está dejando de tener el peso que tenía, y que a la hora de construir una vida en pareja no es fundamental, al menos en el corto y mediano plazo. Las aspiraciones personales y laborales tienen un peso más importante que el pensar en construir una familia, de acuerdo con el *corpus* analizado.

Otro dato interesante, que tiene que ver con la historia familiar, son los roles de género que imaginan los sujetos para sus futuras relaciones de pareja. En la mayoría de los casos, los sujetos reportaron que llegado el momento les gustaría compartir los gastos con sus parejas, no siendo ellos solos los encargados de mantener el hogar, manifestando que era algo normal para ellos puesto que en sus casas de origen así lo habían visto y vivido, y les parecía justo. En definitiva, los roles que antes jugaba una mujer dentro de la familia y la sociedad están cambiando, y este cambio se ve reflejado ya no solo en la esfera femenina sino también en la masculina.

El estudio cuestiona que el solo hecho de pertenecer a una familia nuclear tradicional no es sinónimo de bienestar, y que muchas veces

todos los cambios que las nuevas configuraciones traen proporcionan una gama de recursos con los cuales lidiar los problemas y desenvolverse en el día a día, así como una manera saludable de relacionarse con el entorno, lo que a su vez lleva a un mayor bienestar psicológico. Las narrativas de los sujetos entrevistados muestran que el formar parte de una familia no tradicional no es en sí negativo, y no coloca al sujeto necesariamente en una situación de desventaja emocional y social con respecto a los otros. Esta información muestra los cambios discursivos que operan en las nuevas generaciones, en las cuales la construcción en relación con el fenómeno familiar, y también con el bienestar, son cualitativamente distintos con respecto a generaciones anteriores. La convivencia cotidiana con pares que pertenecen a hogares con estructuras diversas favorece una lectura más abierta y crítica en torno a los posicionamientos que hegemonizan expresiones familiares tradicionales. Sin duda, estos hallazgos, a partir de un estudio cualitativo y centrado en cuatro casos, se suman a lo encontrado por autores como Esteinou (2008), quien muestra la heterogeneidad familiar en México, sus fortalezas y desafíos.

Con la información recabada en este estudio, es posible abrir nuevas rutas de indagación, las cuales pueden ser material pertinente para aquellos que se dedican a la práctica psicoterapéutica y requieren tomar en cuenta la diversidad de entornos familiares en las sociedades urbanas. Las marcas genéricas, desde la perspectiva de los hombres, son un dato relevante, ya que para los hombres entrevistados la confianza y la comunicación pareciera ser algo fundamental; sin embargo, les cuesta trabajo abrirse y confiar en los demás, lo que repercute de manera directa en el bienestar que reportan.

Estos hallazgos están relacionados con las formas en que los sujetos contemporáneos son socializados en familia, y cómo se aprende a nombrar, significar y regular las emociones. La naturalización de las emociones como ámbito de lo femenino ha tenido repercusiones tanto en las mujeres como en los hombres. El giro hacia lo emocional muestra la enorme relevancia de la educación en las emociones para

una mejor convivencia tanto familiar como social, y para un mayor fortalecimiento del bienestar psicológico.

Todavía se asocia el mundo de la producción y el trabajo con la figura masculina, y el mundo de la casa y la familia con la femenina. Sin embargo, las nuevas generaciones de hombres van conjuntando estos dos mundos de tal manera que pareciera que hoy no están tan separados, y para un hombre cada vez se producen menores malestares emocionales al involucrarse en las tareas del hogar y el cuidado de los hijos. Un aspecto que favorece lo anterior es la incursión de la mujer en el mercado laboral, así como la visión que el hombre actual tiene acerca de esto; el aporte al ingreso de la economía familiar que brindan las mujeres es visto más allá de una ayuda o un ingreso complementario, y es algo que ahora se esperaría que hicieran. La imagen ideal de la familia mantenida por un único salario, debido a múltiples factores económicos y no solo a una perspectiva de género, se está perdiendo en la clase media, o está dejando de tener el mismo impacto que tenía hace algunos años.

Algo que sigue muy presente, y rebasa las fronteras genéricas, es la negación de ciertos sentimientos considerados como femeninos, y la dificultad que hasta la fecha tienen algunos hombres para expresar con otras personas lo que les pasa, cuestión que crea complicaciones que se ven reflejadas no solo en los sentimientos sino en las conductas masculinas. A pesar de lo mal que puedan sentirse en determinado momento, les es sumamente difícil buscar ayuda, y se van por el camino de pretender que todo está bien ante los ojos de los demás. Con estas reflexiones podría abrirse otro camino de investigación para saber, desde el rol de los psicoterapeutas, cómo es posible impactar en la vida de los consultantes masculinos, al ayudarlos a encontrar maneras para expresar sus sentimientos, que a su vez impacten en sus cogniciones y relaciones sociales.

Desde el campo de la psicoterapia es primordial analizar el contexto familiar de los consultantes en algún momento del proceso, ya que de ahí se desprenden muchas conductas, ideas y sentimientos que pu-

dieran estar repercutiendo en la problemática de los consultantes, las cuales podrían utilizarse como una herramienta más dentro del proceso. También es fundamental la revisión de la familia de origen del terapeuta, y un ejercicio reflexivo que permita tomar distancia y asumir lo propio para analizar con mayor libertad lo que acontece en el mundo emocional del otro: el consultante. No es posible negar el gran peso que está teniendo la heterogeneidad familiar; las nuevas configuraciones familiares van en aumento, y como psicoterapeutas es importante conocer todos los supuestos en juego, ya que de manera directa o indirecta ahí residen muchas visiones personales y sociales de ver el mundo y a nosotros mismos.

Esta investigación aporta elementos para el entendimiento de las relaciones complejas entre las configuraciones familiares y las formas de significar y experimentar el bienestar por parte de sujetos jóvenes urbanos. La información derivada de la indagación ofrece datos que pueden ser retomados en el campo de la psicoterapia, en especial cuando se trabaja con consultantes jóvenes, que con seguridad pertenecerán a configuraciones y dinámicas familiares diferenciadas, haciendo hincapié en el análisis de las redes sociales de los consultantes que, como pudo observarse, pueden llegar a ser una mayor fuente de bienestar que la familia.

A partir del estudio realizado, resulta interesante conocer y analizar, desde las narrativas de los propios sujetos, las formas de significar el bienestar, y encontrar desde ahí que operan discursos asociados a dos grandes categorías: la confianza y la comunicación. Estos ejes deben ser rastreados, considerados y monitoreados a lo largo de un tratamiento psicoterapéutico. La relevancia de este estudio es haber encontrado puntos de encuentro y desencuentro en las narrativas mismas, que muestran los múltiples matices que dan concreción a la experiencia de confianza y de estar-en-comunicación en el mundo de lo íntimo y lo familiar, sobre todo con población joven urbana y con los casos estudiados.

De una u otra manera, la configuración familiar forma parte de uno de los contextos o sistemas en que se desenvuelve la persona, y este estudio nos arrojó datos que apoyan la teoría de los sistemas. Cuando los jóvenes entrevistados no se perciben a gusto en su entorno familiar, se refleja en todas las áreas de sus vidas a pesar de que no lo quieran. La teoría de los sistemas tiene una visión inmanente del ser humano, es decir, que todo va unido a este, y que es inherente a él: cuerpo, ideas, creencias, emociones, acciones, etc. Sin embargo, el ser humano forma parte de un sistema y de varios subsistemas que le son inmanentes. Debido a que se mantiene en sistemas y subsistemas, influye y es influido y, mientras perciba un buen funcionamiento en los sistemas, su sentido de bienestar se mantendrá; lo que hay que considerar desde la perspectiva de la psicoterapia, al observar la configuración familiar como un sistema más en donde se desenvuelve la persona y que influye en su bienestar.

Las familias, en su heterogeneidad, son arenas sociales en las que se establecen roles diferenciados entre los miembros, y se presentan relaciones de tensión, pero también de solidaridad. Los jóvenes entrevistados dotan de sentido la vida en familia principalmente desde la posibilidad de relaciones de confianza, así como de una comunicación que permita consolidar los vínculos y compartir lo propio. En el campo de la psicoterapia, uno de los retos está asociado con conocer la vida actual de los jóvenes urbanos, las formas en que se experimenta y significa el bienestar, pero también el malestar emocional. En la medida en que se tenga mayor conocimiento de cómo los jóvenes dotan de sentido sus vidas, se tendrá mayor información para diseñar y dar seguimiento a estrategias psicoterapéuticas que caminen en sinergia, y no en paralelo, con el acontecer de los jóvenes y sus familias, en medio de la heterogeneidad existente y la consecuente riqueza emocional, social y cultural.

REFERENCIAS

- Beck, A., Rush, A., Shawn, B. & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión* (19 edición). Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (2008). *Terapia sistémica individual* (2 ediciones). Buenos Aires: Amorrurtu.
- Burin, M. & Meler, I. (1998). *Ámbito familiar y construcción de género. El divorcio: la guerra entre los sexos en la sociedad contemporánea. En Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad* (pp. 71-86 y 233-526). Buenos Aires: Paidós.
- Cantón, J., Cortés, M., & Justicia, M. (2000). *Proceso familiares, cambios ecológicos y adaptación de los hijos. En Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de los hijos* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico. En M. Casullo (Comp.), Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica* (pp. 11-29). Buenos Aires: Paidós.
- Collignon, M., Rodríguez, Z. & Bárcenas, K. (2010). *Matrimonio y familias en México: configuraciones histórico-sociales. En M.M. Collignon (Coord.), La vida amorosa, sexual y familiar en México: herencias, discursos y prácticas* (pp. 135-173). Guadalajara: ITESO.
- Díaz, G. (2001). *El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 571-579.
- Esteinou, R. (1999). *Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares. Desacatos. Revista de Antropología Social*, No.2, 11-25.
- Esteinou, R. (2008). *La familia en el siglo XX. 1970-2000. En La familia nuclear en México: estructuras de su modernidad. Siglos XVI al XX* (pp. 283-331). México: Porrúa.
- Enríquez, R. (2010). *La entrevista en profundidad. Material no publicado.*

- Enríquez, R. (2012). Configuraciones / Reconfiguraciones familiares y violencia doméstica / social en la Zona Metropolitana de Guadalajara. En G. Rodríguez (Coord.), *La realidad social y las violencias, Zona Metropolitana de Guadalajara* (pp. 105-141). México: ITESO / CIESAS / Incide Social.
- Freud, S. (1993). *Los textos fundamentales del psicoanálisis*. Barcelona: Altaya.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.
- Gobierno de Chihuahua. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, publicado el 13 de octubre de 2008. Recuperado en 2012, de <http://transparencia.chihuahua.gob.mx/attach2/sfs/salud/uploads/REGLAMENTO%20de%20la%20Ley%20General%20de%20Salud%20en%20Materia%20de%20Investigacion%20para%20la%20Salud.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2010). Recuperado el 5 de mayo de 2012, de <http://www.censo2010.org.mx/>
- Mahoney, M. & Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Rodríguez, G. & Flores, J. (1996). Aspectos básicos sobre el análisis de datos cualitativos. Cuestionario. *Metodología de la investigación cualitativa* (pp. 185-218). Málaga: Aljibe.
- Rogers, C. (1985). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sluzki, Carlos (1995). De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. En E. Dabas & D. Najmanovich (Comps.), *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Solís, L. (1997). Introducción. Mitos y creencias sobre la vida familiar. El devenir de la relación de pareja en el México contemporáneo. En *La familia en la ciudad de México. Presente, pasado y devenir* (pp. 11-15, 61-101 y 103-111). México: Porrúa.

III. Alternativas psicoterapéuticas para el bienestar

Los ideales en la práctica clínica: un análisis narrativo de cuatro psicoterapeutas

ANTONIO SÁNCHEZ ANTILLÓN
Y EUGENIA CASILLAS ARISTA

Resumen: *este trabajo gira alrededor de la revisión de las distintas concepciones en torno a una “buena” o “pertinente” práctica clínica, desde el trasfondo de los ideales. Es producto de un ejercicio investigativo donde se ponderan algunas categorías que son inferidas al analizar los relatos y ciertos actos del habla de cuatro psicoterapeutas que hablan de lo deseable o no deseable en la actividad psicoterapéutica. Se arranca con la recuperación de algunas investigaciones realizadas sobre los presupuestos que acompañan a la práctica de terapeutas inscritos en el psicoanálisis; luego se desarrolla el marco teórico de referencia, se presenta el método de análisis y los resultados. Entre las conclusiones se ronda en la discusión acerca de los elementos morales que operan en toda práctica psicoterapéutica, los cuales tienden a sostenerse en modelos y a distanciarse de la ética.*

Palabras clave: *psicoanálisis, práctica profesional, contratransferencia, análisis lingüístico, ética.*

Abstract: *This text revolves around a review of the different conceptions of “good” or “relevant” clinical practice, against a backdrop of ideals. It is the product of research that looks at a series of categories inferred from the analysis of the stories of four psychotherapists talking about what is desirable and undesirable in psychotherapeutic activity. It starts with the recovery of certain research projects that looked at the assumptions underlying the practice of therapists who identified with psychoanalysis; next it develops a theoretical framework of reference,*

and presents the method of analysis and the findings. The conclusions touch on the moral elements operating in all psychoanalytical practices, which tend to be grounded in models, far removed from ethics.

Key words: *psychoanalysis, professional practice, counter-transference, linguistic analysis, ethics.*

Hay distintas formas de abordar la discusión sobre qué es una “buena” o “adecuada” práctica clínica. En todo ejercicio profesional, se discute y se hacen apreciaciones sobre qué sí debe hacerse y qué no debe hacerse. Si bien el tema puede ser abordado desde lo teórico, dando argumentos por autoridad, el presente capítulo, bajo una óptica investigativa, analizará relatos que expresan lo deseable y no deseable de la práctica clínica desde la perspectiva de cuatro entrevistados. El objetivo es evidenciar, desde el análisis de los relatos, qué entienden por una buena y mala práctica, así como por la finalidad de la misma.

El trabajo se inscribe en el estudio de las colectividades en psicología social (Plut, 2012), ayudados de saberes teóricos como la lingüística (en su propuesta deontológica), la construcción moral del sujeto desde las tecnologías de poder y del yo en Michel Foucault, y la teoría del relato. Esta diversidad de saberes son lentes que permiten analizar el material a través de un diálogo interdisciplinario.

Se han realizado otras investigaciones que analizan los ideales expresados en relatos sobre la relación con la institución psicoanalítica (Sánchez, 2012), así como sobre ideales de promotores sociales de comunidades de base (2013a). La herramienta teórica interpretativa, ha sido el psicoanálisis mediante el método del Algoritmo David Liberman (ADL). El elemento diferencial en esta investigación, como ya decíamos, radica en un análisis interdisciplinar.

INVESTIGACIONES ATINENTES AL TEMA

Rubén Zukerfeld (2002), en su investigación sobre los prejuicios psicoanalíticos, ha encontrado cuatro recelos fundamentales expresados por los psicoanalistas:

- El determinista o del horror ante un caso, si el psicoanalista no interviene, bajo los presupuestos de teorías del desarrollo.
- El hermetismo y el horror al número, ya que lo que sucede en el espacio psicoanalítico no puede ser observado o calibrado por un ojo externo.
- Prejuicio solipsista o el horror a lo biológico.
- Uniformidad o terror a la ayuda, que se basa en suponer que lo que sucedió o sucede en las sesiones se debe a un único modo de intervenir que se denomina técnica psicoanalítica.

Lo que el autor concluye en su estudio es la importancia de seguir avanzando hacia la disciplina bajo los supuestos en que Freud definiría el psicoanálisis, a saber: un método para la investigación de procesos mentales, prácticamente inaccesibles de otro modo; un método basado en la investigación para el tratamiento de los trastornos neuróticos; y una serie de concepciones psicológicas adquiridas por este medio, y que en conjunto van en aumento para formar progresivamente una nueva disciplina científica.

Bernard Katz, Samuel Juni y Patty Matz (2003) realizaron un estudio comparativo de dos grupalidades en dos momentos. En ambas muestras se usó el Rokeach Value Survey (RVS), el cual analiza los valores sostenidos en un grupo de entrenamiento (generación 1979) y un grupo de practicantes del psicoanálisis de 1993. Los sujetos de estudio eran miembros de un programa de entrenamiento en psicoterapia psicoanalítica.

El primer grupo de estudio lo conformaban 28 mujeres, 27 hombres, y cuatro que no enunciaron género. De entre ellos, dos eran hombres de color, tres latinos, y los demás anglosajones. El segundo grupo estaba compuesto por 697 sujetos, 290 hombres y 407 mujeres. La población blanca era 88.9%, negra 1.7%, 0.6% asiática, y 8.9% no respondió.

El Rokeach Value Survey consiste en dos listas axiológicas: una referida a 18 valores finales o idealizados (estados finales de existen-

cia), y otra a 18 valores instrumentales o comportamientos prácticos deseables.

El presupuesto teórico del test se basa en que hay un *perceptual house*, que refiere a una única estructura valoral. El RVS define los valores institucionales como representaciones sociales compartidas referentes a las metas y demandas institucionales, y sugiere que la forma más propia de definir las características de una institución social está en sus valores. El autor expone varios presupuestos del test, ya que reconoce que tener presente la contratrasferencia posibilita pensar que hay un posicionamiento valoral del sujeto. Su apoyo teórico lo sostiene en autores como Heinz Hartman, Donald Winnicott, Timothy Kelly y Milton Rokeach. A continuación presentamos algunas ideas fundamentales que toma de ellos.

Siguiendo a Hartman (1960), Katz, Juni y Matz (2003) aceptan que los valores presentes en el psicoanálisis están referidos a la salud mental. Es decir, la verdad y la realidad cual condiciones que nutren el bienestar del yo. Y retoma de Winnicott (1965) el ambiente facilitador para el desarrollo como un valor predominante.

El diálogo con estos teóricos le permite evidenciar a Katz, Juni y Matz que el concepto de *valor* va acompañado de parámetros referentes a una concepción de salud mental y proceso psicoterapéutico. Enfatiza cómo irónicamente los valores presentes en los procesos analíticos son ocultados en las propuestas ortodoxas de psicoanálisis. En lugar de ello, se habla de la intercepción del psicoanálisis con otras disciplinas.

Las propuestas constructivistas actuales reconocen cómo los valores del psicoterapeuta están presentes en la práctica clínica, por ejemplo, la propuesta de los constructos psicológicos de Timothy Kelly y Hans Strupp (1992). El propósito de esta investigación fue constatar el sistema valoral de los terapeutas y su adherencia con alguna orientación teórica. Ya que, como decíamos, los presupuestos del test son que la orientación teórica y la adherencia institucional manifestada evidencia *the perceptual house*, mediante los cuales se comparten un sistema de valores. Este sistema de valores es entendido desde Rokeach (1979)

como una creencia prescriptiva o proscriptiva que lleva a conductas específicas y a un estado o sentido final de existencia preferente, y opuesta a otro modelo de comportamiento y estado-sentido final. Esta no es cualquier creencia sino que:

Trasciende actitudes, atraviesa objetos y situaciones; esta es una guía estándar que determina las acciones y actitudes hacia los objetos, situaciones e ideología; es mi presentación ante los otros; evaluaciones, juicios, justificaciones, comparaciones de mí con otros, e intentos de influir a otros (Rokeach, 1973, citado en Katz, Juni & Matz, 2003, p.343; la traducción es de los autores).¹

Rokeach (1973) sugiere que los valores tienen una jerarquía, la cual envuelve la organización y selección dentro de un sistema. Así, los valores no son aislados ni estáticos sino que son y se van creando gracias a la interacción de unos con otros. Hay dos sistemas de representaciones diferentes: uno, que apunta más a los valores finales, que serían como estados desiderativos de la existencia, referidos a las metas; y dos, los valores instrumentales, concernientes a comportamientos o prácticas deseables de la existencia atinente a estados finales.

Los resultados de Katz, Juni y Matz (2003) mostraron, en los valores finales, una semejanza significativa respecto de la seguridad familiar e igualdad, mientras que hay diferencias significativas relacionadas con la ponderación del amor maduro y la armonía interna. En los valores instrumentales, los que tuvieron diferencias significativas fueron lo imaginativo, la dependencia y la responsabilidad.

Los resultados presentan diferencias, pero no se encontraron contradicciones. Ciertamente, las respuestas fueron estadísticamente significativas pero no reflejan cambios en el sistema total de valores. Más

1. "Transcends attitudes toward objects and toward situations; it is a Standard guides and determines action, attitudes toward objects and situations, ideology, presentations of self to others, evaluations, judgments, justifications, comparisons of self with others, evaluations, judgments, justifications, comparisons of self with others, and attempts to influence others".

bien mostraron que en ambos grupos hay patrones comunes a nivel valoral que rigen los llamados *perceptive house*, los cuales permiten mostrar perfiles grupales.

Otra investigación es la de Karen Bellows (2007), quien inquiere ¿cómo perciben los psicoterapeutas en su práctica clínica la influencia de sus formadores y su psicoterapia personal? En esta investigación se hizo una entrevista semiestructurada a 20 experimentados terapeutas psicoanalíticamente orientados, para explorar la percepción de los beneficios y riesgos obtenidos de la terapia personal y su influencia en la práctica clínica, y de qué forma perciben su relación con sus formadores.

Este estudio cualitativo y exploratorio tuvo como objetivo determinar tres relatos emitidos referentes a cómo los terapeutas perciben los beneficios y riesgos de su experiencia personal; cómo observan su relación interpersonal con el formador durante y después de ella; finalmente, comparan estas percepciones con las atinentes a su terapia personal y la influencia en su propia práctica.

Los resultados obtenidos por Bellows (2007) son los siguientes: para quienes la terapia personal ha tenido una alta influencia en su práctica, reportan que la relación de su tratamiento ha promovido en ellos cambios psicológicos. Valoran a sus formadores en psicoterapia como modelo profesional, y son referentes cuando tienen incertidumbre o encrucijadas en su ejercicio clínico. También manifiestan un alto nivel de influencia de la terapia personal en su trabajo clínico, ya que ello tiene un efecto en la identidad profesional y en sus relaciones interpersonales. Quienes aluden la influencia de su psicoterapia en su trabajo clínico actual, reportan un bajo nivel de efectos negativos durante su tratamiento. Solo el estrés psicológico es visto como algo negativo, pero lo visualizan como parte inherente del tratamiento. Los problemas relacionales de trabajo los perciben como algo focal que deviene de la alta influencia del grupo. Quienes afirman esto, enuncian que trabajar la transferencia negativa les ayuda a tener una buena identificación con sus formadores. Estos mostraron con mayor claridad

el deseo de diálogo terapéutico, y han buscado con más frecuencia terminar el contacto con sus terapeutas después del final de análisis.

La aceptación de la imperfección personal fue un beneficio atribuido a la terapia personal. Se constató que las mismas dificultades o retos personales van cambiando en el proceso, y que este cambio lo visualizan en sus pacientes. La modificación de su perfeccionismo fue aparentemente generado por la identificación con el psicoterapeuta, y al ver la aceptación que estos tuvieron de sus propias fallas.

Haber recibido una retroalimentación “suficiente” de sus terapeutas sobre el progreso y recuperación de sus problemáticas contribuyó a un final satisfactorio, el cual relacionan con el trato profesional de su formador (análisis didáctico). Un final denominado “suficientemente bueno” es aquel que promueve la internalización de la relación terapéutica como un intento de los participantes a continuar con ese diálogo interno. En contraste, un tratamiento irresuelto de los problemas relacionales lleva a una ambivalencia acerca de continuar o no el diálogo terapéutico.

Andrzej Werbart (2007) estudió la relación formando-supervisor, y encontró grandes discordancias entre los candidatos y los supervisores en relación con el papel de este último. Los elementos que se valoraron son: satisfacción en la supervisión, la función de la evaluación, y la relación entre el progreso y la graduación en la relación entre ambos.

La mitad de los entrevistados reportó ansiedad al recibir sus acreditaciones respecto de los casos presentados, y un cuarto de ellos deseaba tener un supervisor diferente para sus casos. Advierte que, como siempre, estas diferencias no son discutidas en supervisión. En el seguimiento de este estudio, un año después, muchos candidatos reportaron insultos en sus respuestas negativas, ya que manifestaban desconfianza en la confidencialidad y el anonimato del cuestionario. La mayoría de los entrevistados menciona que había tenido al menos una experiencia negativa con el supervisor.

Otra investigación reciente es la de Mary O’Neil (2007), sobre la confidencialidad, la privacidad y el rol de facilitación en las organi-

zaciones psicoanalíticas. En esta se aplicó un cuestionario de 25 reactivos articulados en cinco temas: confidencialidad y código ético; educación en psicoanálisis; la práctica psicoanalítica; cumplimiento de la confidencialidad y los comités de ética, así como jubilación y archivos psicoanalíticos. Los cuestionarios fueron aplicados a personas pertenecientes a institutos de la International Psychoanalytical Association (IPA) en tres países: Estados Unidos, Inglaterra y Canadá. A continuación se presentan algunos de los resultados.

En el primer rubro, las preguntas exploran si hay conocimiento, accesibilidad, distribución y cursos para dar a conocer el código ético. Los datos más relevantes son que en 100% de estos hay referencia explícita sobre la confidencialidad. La accesibilidad en *website* al código es al menos de 70% de los entrevistados. En este mismo porcentaje, se respondió que sí se reciben cursos especiales para dar a conocer el código ético.

Respecto de la educación en psicoanálisis, algunos institutos requieren que el candidato firme un acuerdo de que observará el código ético de la institución. La mayoría de los candidatos informan a sus pacientes que el tratamiento será supervisado, y a una pequeña proporción le hace firmar el acuerdo. Los supervisores y maestros deben mantener la confidencialidad con relación a los pacientes candidatos, y hay guías claras de habilitación de un candidato en el trabajo profesional; sin embargo, no son discutidas rutinariamente.

Sobre la práctica psicoanalítica, hay un porcentaje alto (80%) que reporta facilidades para hacer consultas éticas, pero raramente en las sociedades hay un *ombudsman* o un consultor legal. Los analistas tienen que decidir, bajo las circunstancias de información clínica, si hay cosas que son revelables desde el punto de vista ético. Se permite revelar información del paciente solo si hay informe de consentimiento para tal efecto. Esta es una excepción en el código ético de la American Psychoanalytic Association (APA). El código British Psychoanalytical Society (BPS) determina que la identidad del paciente debe ser protegida aun cuando haya permiso de publicar el material clínico. El

código de la Canadian Psychoanalytic Society (CPS) declara que si el informante da su consentimiento, se queda liberado del uso de la información y es ético.

En el rubro de quejas sobre faltas a la confidencialidad y los comités de ética, en el análisis global de las tres organizaciones estudiadas se encontró que jamás han tenido querellas sobre falta de confidencialidad (93% de las respuestas). Las seis quejas citadas fueron resueltas sin una escucha formal. Las respuestas añadieron que, “hasta donde sabemos”, las quejas sobre falta de confidencialidad han sido pocas y ellas fueron suficientes para suspender o expulsar a algún miembro (O`Neil, 2007, p.697).

En el apartado de jubilación y archivos psicoanalíticos, solo 15% reportó ser avisado del manejo del material confidencial cuando se cierra la práctica. El formato del modelo profesional sugerido por la APA no es usado considerablemente ni por ella ni por las otras dos asociaciones (BPS y CPS). La asociación británica requiere a sus analistas proveer por oficio el nombre del colega que podría sustituirlo y la lista de sus pacientes, dada la posibilidad de incapacidad o muerte. Por su parte, la CPS reportó que con frecuencia los analistas siguen esos mismos procedimientos, dejan a un colega o a algún miembro de la familia la disposición del uso del material en caso de deceso. Solo la sociedad estadounidense y la británica tienen archivos oficiales para respaldar los procesos tras el fallecimiento, o previendo posibles procesos judiciales del analista.

Un estudio más que toca el interés de la presente investigación es el realizado por Victoria Hamilton (1996), que evidencia el preconscious del analista. Su investigación se centra en cómo el preconscious del analista, y no solo la contratrasferencia como se ha conceptualizado, juega un papel fundamental en el trabajo clínico.

El estudio contrasta dos grupos, uno tomado de profesionales de los Estados Unidos y el otro de Inglaterra. Sistematizó las creencias y acciones que son típicas en la práctica de estos grupos. Los aspectos reportados son: la realidad psíquica y la realidad externa, en donde des-

taca que hay un interjuego entre la concepción de la realidad psíquica e instinto, así como entre neutralidad e interpretaciones. Un segundo rubro de análisis es la realidad objetiva y la relación real, y para ello hace una diferenciación conceptual desde sus datos entre la transferencia total, sostenida en un aquí y ahora surgida en la sesión entre analista y paciente, y una transferencia relativa, en donde los analistas arguyen la transferencia como una distorsión displacentera o ilusoria. Como se ve, hacen una diferencia entre los aspectos reales e irreales de las sesiones. De sus datos deriva una diferencia conceptual en la “relación real” como distinto de transferencia; interpretación extratransferencial y agentes efectivos de cambios psíquicos; tratamiento y alianza terapéutica, destacando finalmente la neurosis de transferencia. En relación con el tratamiento y la alianza terapéutica, evidencia diferencias respecto de la conceptualización de la práctica de los kleinianos y quienes se denominan psicólogos del *self*. Los primeros hacen un acercamiento intrasubjetivo, y los segundos un fuerte acercamiento intersubjetivo.

Otros conceptos reportados y analizados son: contención y ambiente sustentador (*holding*); sostenimiento y contaminación; el amor hacia el analista; contratransferencia; sobre el tipo intervención para el cambio; los procesos de reparación, y el uso actual de la interpretación de los sueños.

La apuesta de la autora es que este tipo de estudios tiene la intención de promover espacios de encuentro y diferencia entre las distintas corrientes, promoviendo así el pluralismo.

En esta somera presentación de investigaciones recientes, se tocan al menos los siguientes temas que están interconectados con el ideal presente en la práctica psicoterapéutica, a saber: las prenociones o prejuicios (Zurkenfeld), los patrones morales (Katz), creencias y acciones (Hamilton) en la relación entre psicoanalistas o psicoterapeutas psicoanalíticamente orientados, y pacientes o psicoanalistas en formación.

Pensar la práctica clínica para dar un juicio de valor implica el campo de la moral y la ética. Ya que, como apuntaba Katz, Juni y Matz

(2003), el concepto de valor va acompañado de parámetros referentes a una concepción de salud mental y de proceso psicoterapéutico. Asumimos que hablar de bienestar o malestar psicosocial en la formación de profesionales es, por un lado, pensar en una técnica, pero sobre todo lo que con ella se hace y pretende alcanzar. Es decir, el ejercicio profesional del psicoterapeuta está condicionado por las posiciones morales, pues son hijos de su tiempo y contexto, y por otro de un *ethos* profesional (que muchas veces no coincide con la moral vivida) que, al determinar cómo hacer el trabajo, implica necesariamente un para qué; es así que el campo de la técnica impele por fuerza al deontológico y axiológico. De ahí que hablar de la psicoterapia como práctica es hablar de aquello que como deseado provoca bienestar, y como no deseado un malestar. Y dado que ese malestar es de la cultura, de lo social, recurrimos a la palabra para analizar eso que los profesionales profieren en sus relatos como deseado o no deseado, bueno o malo, permitido o prohibido. El bienestar o malestar implica un juicio de valor de cómo y bajo qué finalidad se realiza la práctica. En el siguiente apartado se ahondará la importancia que tienen las técnicas de develamiento de sí con su finalidad.

MARCO TEÓRICO

Lo que hoy llamamos *psicoterapia* tiene sus antecedentes más remotos en las prácticas realizadas por los *terapokos*, monjes judíos quienes realizaban ritos de purificación para los legos.³ Otras tantas prácticas de purificación se han realizado a lo largo de la historia de las culturas, desde los ensalmos griegos hasta los rituales en las etnias amazónicas analizados por el antropólogo social Lévi-Strauss; pasando por supuesto por las diversas técnicas del develamiento de sí esbozadas por Foucault (1992; 1996).

Las tecnologías, entendidas como dispositivos que reglamentan formas y modos de hacer cosas bajo intención y posicionamiento de

poder, tomaron un matiz distinto en la práctica del saber de sí en la época moderna (finales del siglo XIX), en contraposición de la explicación misteriosa cristiana y del augurio primitivo.

El dar razón de las alteraciones de los modos habitados y más consensuados de ser y pensarse en el mundo, ya no podía ser admisible desde la demonología, pero tampoco desde la mirada de la razón médica, la cual quedó cuestionada ante el fenómeno histérico. Sin embargo, este intento de querer encontrar lo “psi” en el cuerpo, y ya no en el alma o las entidades demoníacas (pensamiento mítico o religioso), impulsó desde el siglo XVIII hasta la fecha una variedad de tecnologías; unas que se asientan más en el funcionamiento fisiológico, el magnetismo, otras en la conducta, otras en los procesos mentales (con lo ambiguo que esto sea), y otras más en la construcción simbólica de un cuerpo que por hablante va en contrasentido del objeto de estudio de las ciencias de la naturaleza, ya que solo el hombre por su ordenamiento del mundo, y por la interdicción para vivir en sociedad, es capaz de enjuiciar sus actos; el hombre, ese ser capaz de actos maravillosos y terroríficos.

La pregunta por el lugar de la teoría y la práctica de la terapia también se remonta a los clásicos griegos quienes, querámoslo o no, han fundado la cultura en Occidente. Así pues, ya Aristóteles hace una diferencia entre las artes, el saber práctico y el saber filosófico (la ciencia propiamente), vía teórica. Este saber práctico tiene cuatro atributos: universalidad, enseñabilidad, precisión, e interés por la explicación (Nussbaum, 1995, p.143). El saber práctico inquiere sobre ¿cómo saber hacer con fundamento?, mientras que el segundo apunta al saber sobre las esencias de las cosas. La pregunta que dirige la metafísica aristotélica por tanto es ¿qué es aquello que hace que esta cosa sea lo que es y no sea otra cosa?

El saber práctico sirve de manera analógica para diferenciar la ciencia de la prudencia (Nussbaum, 1995); esta última, la *fronesis*, se da por un ejercicio del discernimiento. El hombre de la *ascesis*, de la activi-

dad, requiere el conocimiento de sí y la guía de otro; un maestro que acompañe al sujeto en el conocimiento de las virtudes.

Es desde aquí que comprendemos la apreciación que hace Foucault sobre este horizonte griego, a saber: “La cuestión que plantean los griegos y los romanos sobre la relación entre teoría y práctica es conocer en qué medida el hecho de conocer lo verdadero puede permitir al sujeto no sólo actuar como debe actuar sino ser como debe y como quiere ser” (1994, p.93). Foucault, en varios momentos de sus textos, hace suponer que es en ellas donde radica el antecedente de las prácticas psicológicas actuales. Por ejemplo, se pregunta:

¿No nos encontramos aquí, en este precepto helenístico y romano de la conversión de uno mismo, con el punto de origen, con la raíz primera de todas esas prácticas y de todos esos conocimientos que se van a desarrollar más tarde en el mundo cristiano y en el mundo moderno y que constituyen la primera forma de eso que se podría denominar las ciencias del espíritu, la psicología y el análisis de la conciencia? (1994, p.89)

Foucault (1992; 1996) precisa ciertas preguntas, a saber: ¿cómo se obligó al sujeto a descifrarse a sí mismo respecto de lo que estaba prohibido? ¿De qué forma han requerido algunas prohibiciones el precio de cierto conocimiento de sí mismo? ¿Qué es lo que uno debe ser capaz de saber sobre sí para desear renunciar a algo?

A partir de estas preguntas, precisa que hay una diferencia entre la moral reglamentada y la subjetivación moral (*ascesis* de sí). La primera respondería a la creación de las “tecnologías de poder”, que determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto. Mientras que la segunda correspondería a las “tecnologías del yo”, que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de los otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos,

conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto tipo de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad. Ambas tecnologías finalmente colindan con el ideal de la gobernabilidad de sí (*enkrateia*) y de los otros.

Foucault (1992), en su investigación sobre la subjetivación moral, pone en evidencia que la construcción de las tecnologías del saber de sí se sostienen bajo cuatro aspectos: un temor, un esquema de comportamiento, una imagen, y un modelo de abstención. Este *cuaedro* es un supuesto teórico y metodológico que permite ordenar las prácticas de autorregulación para poder inferir el modo en que la ascesis de sí se conforma. Es decir, la subjetivación moral tiene dos aspectos de regulación: un individuo que por cuenta propia, o ayudado por otros, efectúa cierto número de operaciones sobre su cuerpo; y, dos, indica qué tipo de acciones tiene que realizar su “alma” para alcanzar cierto fin.

Que esas operaciones sean de regulación de conductas, placeres, pensamientos (activar–desactivar) o de ejercicios de prevención o provocación, dependerá el tipo de técnicas utilizadas. Esta regulación adquiere todo su sentido en el para qué se ejerce, es decir, en su finalidad. Ambos aspectos constituyen el eje diferencial de las distintas tecnologías de subjetivación moral: una técnica de operación y una de finalidad.

Siguiendo el anterior desarrollo teórico de Foucault, podemos concluir que una clave metodológica fundamental que permite demarcar las prácticas es la diferenciación entre moral, código moral y subjetivación moral. La primera está referida a la moral vivida, la segunda a las reglamentaciones formales en las instituciones (las prescripciones y proscripciones), y la tercera a la experiencia ética que desarrolla un sujeto cuando se somete a sí mismo a una tecnología y disciplina en miras de cernir las dos primeras, para tomar y dar cuenta de su propio bien y mal. Es importante decir que las tres dimensiones, si bien pueden separarse para su análisis, en las prácticas sociales interactúan de forma permanente.

Se asume como presupuesto de esta investigación que el cuadrípodo de Foucault evidencia el esquema de valoración moral. Por supuesto que él lo aplicó al estudio de la historia, para evidenciar las tecnologías que se han desarrollado en la *psicagogía* (arte de conducir y educar el alma) griega y romana, como en la *mistagogía* (iniciación de los recién bautizados en los misterios del cristianismo). Mientras que en este trabajo se aplicará a entrevistados clave en una tecnología moderna, la psicoterapia, y a actores concretos, los analistas. En ello radicaría lo inédito de esta investigación: aplicar su *cuaedro* no a documentos históricos sino al análisis de relatos sobre prácticas actuales.

MARCO METODOLÓGICO

Presentación de la investigación

Como se decía en el marco teórico, hay dos elementos a destacar en el análisis de las tecnologías del yo: cómo opera la técnica de develamiento de sí, y cuál es la finalidad de esa técnica. Orientados por esos elementos, los objetivos de la presente investigación son:

- Identificar las regularidades de operación, explorando lo deseado y no deseado.
- Enunciar la finalidad que tiene esa práctica.

Para cumplir con estos objetivos, recurrimos a la indagación de relatos. El análisis del discurso que utilizamos se inscribe en la metodología cualitativa, y se rige bajo los criterios propios del análisis de narrativas o relatos (Barceló, 2006; Plut, 2012; Sánchez, 2013b).

Tomar como recurso de análisis los relatos de los entrevistados es pertinente en tanto que es un medio por lo general usado para transmitir ciertas enseñanzas o información a los oyentes. Las narrativas que hacemos cotidianamente pueden ser consideradas como actos discursivos, que bajo una intención argumentativa tratan de transmitir

un mensaje o convencer al escucha sobre la intención y la postura del narrador en los sucesos de la vida (Echeverría, 2003; Barceló, 2006).

Desde los comienzos de la humanidad, los relatos son modos peculiares de comunicación de vivencias, de calificar el mundo. En un relato no hay posibilidad de soslayar al sujeto, pues todo relato de hechos está intrincado en una valoración que hace el narrador. Las narrativas son expresiones verbales que bajo cierta armonía secuencial pretenden transmitir algo. El objeto desiderativo del relato en las entrevistas tiene una doble implicación, ya que por un lado está el contexto de quien pregunta y el de quien responde. La entrevista es una de las tantas formas o artificios que se utilizan para recuperar información en la metodología cualitativa (Barceló, 2006). Las respuestas que los entrevistados comparten no están definidas previamente sino que el contenido se va configurando por el contexto mismo de la entrevista, así como por quien la realiza. La entrevista semiestructurada, enfocada en relatos, es el instrumento que consideramos adecuado para recuperar la información que se presenta en este trabajo (Coffey & Atkinson, 2003).

Es importante advertir que gracias al análisis literario se han podido establecer ciertos patrones esperados, como por ejemplo que todo relato tiene un comienzo, un medio, que es la cumbre de la trama, y, un fin (Ricoeur, 2009). En el momento nodal del relato suelen aparecer personajes que son rivales a la voz narradora (entrevistado), o también surgen otros que son mencionados como modelo a seguir. La secuencia de relatos es una concatenación de microrrelatos, los cuales a su interior tienen también la misma concordancia de enlace; es decir, son contados bajo una lógica o expresión cronológica en un antes y un después (Ramos, 2001).

Al reconocer la riqueza semántica que tiene la expresión narrativa en la presente investigación, se formularon diversas preguntas a los entrevistados, que arrojaron respuestas en relación con lo que consideran deseable y no deseable en la práctica psicoanalítica. De tal modo que el tema del relato propuesto por el entrevistador, y la pondera-

TABLA 7.1 CUADRO DEONTOLÓGICO

Deber hacer (prescripción)	Deber no hacer (prohibición)
No deber no hacer (Permisi3n)	No deber hacer (autorizaci3n)

ci3n de lo deseable y no deseable permiten promover narrativas de contraste. Con ellas se puede inferir cu3l es el ideal de la pr3ctica psicoterap3utica.

Es importante advertir que al realizar la entrevista se tuvieron en cuenta dos estrategias. La primera es que, en el proceso de esta, despu3s de cada pregunta se pedía que refirieran ejemplos sobre las cosas que contestaban, pues esto permite que desarrollen an3cdotas, relatos sobre lo descripto o enunciado. La segunda es que, desde los referentes te3ricos que tenían siguiendo a Algirdas Greimas y Joseph Court3s (1982), la construcci3n deontol3gica del sujeto se crea en relaci3n con interjuegos polares. Es decir, si hay algo prescriptivo es porque hay una prohibici3n; si hay un algo permisivo se entiende que hay autorizaci3n. Este referente te3rico permite suponer al entrevistador que ante un relato de lo no deseado (prohibido) se podría pedir uno sobre lo deseado (permitido). Estos campos de contraste se pueden apreciar en la tabla 7.1.

Como vemos, los cuatro referentes de la tabla 7.1 pueden entramarse con el cuadrípodo de Foucault (1992), que fundamentamos en el marco te3rico, a saber: un temor, un esquema de comportamiento, una imagen, y un modelo de abstenci3n.

Se puede hacer el entramado de ambas propuestas en tanto que el cuadro deontol3gico nos permite pensar en campos de acci3n que podemos evidenciar por frases directivas, prescriptivas, o aquellas mediante las que se muestra el deseo, que pueden aparecer en los relatos, y el cuadrípodo de Foucault apunta a personajes y afectos que podemos relevar al ponderar los relatos.

En nuestra investigaci3n, se entenderá por *moral* el conjunto de valores (ideales) y reglas de acci3n que son expresadas como deseables

o no deseables (sea por frases que aparecen en los relatos de aprecio, aceptación o por atributos que dan a los personajes donde se pondera algo aceptable, valioso, correcto o sus contrarios). El foco alrededor del cual se construyen los relatos de los entrevistados es la práctica psicoterapéutica propia o de otros (sea de la voz que narra o de los actantes que aparecen en las narrativas).

Así pues, el cuadro semiótico de Greimas y Courtés (1982) nos orienta al momento de hacer el acomodo narrativo, ya que permite colocar con claridad la estructura deontológica que sostiene a los entrevistados dadas sus narrativas. En coincidencia con Greimas, David Maldavsky (2004) refiere que en todo relato aparecen actantes, los cuales pueden ser ordenados dependiendo del lugar y el atributo bajo el cual son signados, sea como modelos, dobles hostiles o iguales, y los elementos desiderativos respecto al objeto del deseo. Usualmente, también aparecen afectos y espacialidades que permiten contextualizar el relato.

A continuación se señalan las características de las personas entrevistadas y el procedimiento que se siguió para analizar la información recabada.

Características de los sujetos entrevistados

En miras de cumplir con los objetivos de esta investigación, se procedió a entrevistar a diversos psicoanalistas y terapeutas psicoanalíticamente orientados, para conocer desde su percepción qué es lo deseado y lo no deseado, respecto de la práctica profesional en psicoanálisis.

Se analizaron las respuestas de cuatro entrevistados: tres mujeres y un varón. Ninguno, en el momento de la investigación, estaba afiliado a una institución psicoanalítica, sin embargo, dos de ellos fueron miembros adherentes en algún momento de su vida. Los cuatro sujetos tenían más de 10 años de práctica analítica, y su edad estaba en el rango de 55 a 65 años. Se decidió que los entrevistados tuvieran más de diez años de práctica, dado que la literatura indica que este tiempo es crucial para que se hagan patentes los efectos terapéuticos, por lo que

pueden dar cuenta de los resultados de su trabajo y experiencia profesional y de colaboración con los pares (Kantrowitz, Katz & Paolitto, 1990). Siguiendo a Michael Patton (1988), la muestra se agrupó bajo el criterio de sujetos homogéneos, en tanto que los sujetos participan de un desempeño profesional común autodenominándose psicoanalistas.

Procedimiento de recolección de información

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, durante las cuales se abordaron varias temáticas. Una de ellas se refirió a cómo fue su comienzo e incorporación en la institución psicoanalítica; otra temática fue sobre la finalidad de su trabajo como analista; y una más sobre el ejercicio de su práctica analítica. Las respuestas que se trabajan en este documento son únicamente los relatos recuperados de este último tema, es decir, la práctica analítica. Las preguntas de la entrevista estuvieron enmarcadas en tratar de generar la información requerida respecto del cuadro deontológico, para patentizar los contenidos acerca de lo que se aspira en la práctica de la psicoterapia psicoanalítica.

Las preguntas que se realizaron durante la entrevista fueron las siguientes:

- ¿Qué significa ser psicoanalista?
- ¿Cómo sería un mal psicoanalista?
- De los tipos de psicoanálisis que conoce, ¿cuál es el menos deseable?
- Mencione a algún analista que considere prototipo de lo que debería ser un analista, y narre una anécdota de por qué lo sería.
- Mencione algún analista que le parece que es lo contrario a lo deseado en un analista, y narre una anécdota de por qué lo sería.

A partir de las respuestas proporcionadas por los terapeutas, fue posible identificar situaciones que ellos consideran como deseables y no

deseables, dentro de la práctica de la psicoterapia psicoanalítica y la finalidad de la misma.

Tratamiento de los datos

Para el ordenamiento de los relatos se fragmentaron las respuestas; posteriormente se hizo una reconstrucción de los relatos bajo los criterios de un antecedente y un consecuente lógico y cronológico.³ Dado el traslape normal de los relatos (todo microrrelato esta entramado en otros haciendo secuencias múltiples), se sectorizó cada uno, buscando la isotopía (tema común). Después, se ponderó la presencia de los distintos actantes en las narrativas, así como las atribuciones y la posición encontrada en los relatos, tanto entre ellos como respecto de la voz narradora (el texto del entrevistado). De las múltiples narrativas que se ponderaron, se rescatan aquellas atinentes al foco de análisis, es decir, lo deseado y no deseado de la práctica profesional de otros y de la propia. Ya que no nos interesa en este trabajo analizar la historia del entrevistado sino comparar los relatos sobre la práctica en psicoanálisis, los relatos que tomamos como texto para la unidad de análisis son en su mayoría textos puente que tienen por objeto describir rasgos característicos de espacios, situaciones, personajes, prácticas, etc, orientando el ordenamiento por las acciones discursivas en donde los verbos son de atribución, de cualidades que pueden estar referidas al ser, al tener o hacer. Este tipo de relatos son categorizados por Roland Barthes (1977) como relatos puente.

Después del análisis de cada uno de ellos, se hizo una comparación para buscar las constantes y las diferencias. Para la categorización de los tipos de actantes como de la posición de los mismos, nos apoyamos en la sugerencia metodológica de Maldavsky (2004, p.59 y ss.).

3. El proceso de tratamiento fue: “la descomposición del texto en fragmentos”, “recombinación de fragmentos”, “armado de un nuevo relato”, ponderación de “las redundancias”, y “distribución de las escenas” (frases sintéticas entresacadas de Maldavsky, 2004, p.54).

Después de la fragmentación de la información, y de evidenciar las recurrencias temáticas en las narrativas, se precisan las siguientes categorías:

- Práctica profesional (institución).
- Análisis personal.
- Su ejercicio profesional.

Todas las categorías se separaron en dos apartados que permiten valorar el ideal pretendido y el rechazado:

- Lo deseado.
- Lo no deseado.

Por último, se agruparon los elementos comunes (es decir, lo enunciado por más de dos entrevistados) y los elementos particulares (aquellos que fueron mencionados solo por uno de los entrevistados).

Esta manera de ordenamiento de la unidad de análisis es la que se encontrará en el siguiente apartado de resultados, donde se muestran las respuestas ya sistematizadas. Las categorías que encontrarán son: 1.- La práctica profesional de los colegas; 2.- Referencias al propio análisis; 3.- La propia práctica profesional.

Cuando el numeral va acompañado de A, nos estamos refiriendo a lo común; cuando va acompañado de B, estamos señalando lo dicho solo por uno de los cuatro entrevistados. Para ilustrar de mejor manera las categorías, se colocan viñetas-relatos después de cada una de ellas, a modo de ejemplo del material sistematizado.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Categoría 1: Sobre la práctica profesional en general

1A.- Común / Deseado:

Formación sólida con calificativos de:

- Riguroso en la teoría psicoanalítica.
- Basada en Freud y articulada a otras teorías.
- Flexible al abordaje técnico dependiendo de las patologías que se aborden.
- Analizarse, supervisarse y formarse.

Como se ve en el listado anterior, cuando los entrevistados hablan de la práctica refieren los atributos: rigurosidad, articulada al padre de la teoría y de otras teorías, y colocando la intervención de manera heterodoxa, dependiendo de la estructura patológica.

Los siguientes ejemplos aparecen de manera consistente en relatos similares en los entrevistados, verbos infinitivos de modo reflexivo como *formarse*, *analizarse*, y en la segunda secuencia bajo el imperativo de *tener*. A continuación ejemplificamos estos dos modos narrativos:

1.- Se requiere analizarse; Invertir tiempo, dinero; 2.- Formarse; 3.- Supervisar casos.

1.- Tener una carrera, la formación universitaria; 2.- Tener su propio análisis control; 3.- Tener formación en psicoanálisis; 4.- Estar habilitado para ser psicoanalista en una práctica orientada a la salud mental; 5.- Que trabaja con el inconsciente.

El modo de enunciar esta narrativa es prescriptiva en tanto que “se” o “tiene que” realizar ciertos actos. Este modo de enunciación aparece como algo deseable de manera prescriptiva. Estos relatos apuntan a lo deseado para ejercer la profesión.

A continuación presentamos aquellos aspectos no deseados en la práctica:

1A.- Común / No deseado:

- Manejo del tiempo en forma arbitraria.
- Ideologización. Tener que pertenecer a “capillas”, “sectas”, “determinado terapeuta”.
- Seducción.
- Abuso o postura de amo: cobro arbitrario; manejo del tiempo.
- Relación endogámica entre analista, formador, supervisor.

Como se ve arriba, por los calificativos, el elemento no deseado es la arbitrariedad, la ideologización, la seducción para llenar consultorios, y los sistemas cerrados relacionales en la formación. Se destaca que las frases narrativas están colocadas bajo actos del habla caracterizados por la delación y acusación. Se presentan algunos relatos que ilustran los calificativos anteriores:

1.- Las sesiones rígidas de los kleinianos son de cuatro sesiones; 2.- Están identificados con quienes dan las respuestas (basado en contrasferencia); 3.- No permite que la respuesta venga del paciente.

1.- Acá hay capillas donde todos tienen que rezar al mismo santo; 2.- Sea que se llamen lacanianas, winicottianas o escuela inglesa o francesa; 3.- Se sigue resistiendo como cuando adolescente a sumarse a capillas donde todos recen el mismo rezo.

1. Muchos analistas hacen el uso del poder y afectan el análisis; 2.- Tú me mandas pacientes a mi seminario y yo al tuyo; 3.- Esos acuerdos detrás de los pacientes, no van.

1.- Un analista que citaba a la misma hora a muchos pacientes; 2.- Los hacía esperar dos o tres horas para atenderlos; 3.- Un logro que presumía era que un sujeto había podido cambiar su firma.

Es de destacar que, cuando hablan del profesionalista como abusador, le atribuyen que esta actitud va desde el manejo del tiempo, sea de manera rígida (10 o 45 minutos), hasta quienes cobran de manera desorbitada por considerarse a sí mismos como extraordinarios, o porque el público es cautivo en la consulta.

En la misma Categoría 1. Sobre la Práctica profesional, hay asuntos que se destacaron como deseables, pero no son comunes; es decir, no se mencionaron de forma repetida, y es por eso que los consideramos como particulares. Estos son:

1 B.- Particular / Deseado:

- Abstinencia.
- Participar en una institución con colegas.
- Aporte a las áreas de la salud y ciencias sociales.
- Postura empática (conexión consciente–inconsciente).

Como se ve en estos elementos deseados, si bien son singulares, no hay contradicción entre ellos y los podemos considerar como énfasis. Por ejemplo, uno de los sujetos insistía en un relato que “si no hay trabajo en seminarios colectivos de formación permanente no se puede ejercer debidamente el trabajo”. Este reconocimiento no atribuye como esencial la filiación para el ejercicio; es decir, no dice que se tiene que pertenecer a un instituto de formación sino que enfatiza poder colegiar la práctica. Al pensar los relatos expuestos arriba —sobre la importancia del rigor en la formación y lo expresado como no deseado—, podemos inferir que si bien aparecen la abstinencia, la participación con colegas, el aporte de las áreas de salud y ciencias sociales en solo una ocasión en los entrevistados, es algo que no es contradictorio a lo expresado con anterioridad sino más bien complementario. El último calificativo aparece en una entrevistada, e inferimos que su relato es un modo muy peculiar de entender el concepto de “empatía como conexión de consciente a inconsciente”.

1. B.- Particular / No deseado:

- Vida personal desastrosa.
- Estereotipar.
- Interpretar culposamente.
- Ser distante y silencioso absoluto.
- Formarse en instituciones endógenas.

En estas enunciaciones, la primera se refiere más a una comparación entre la vida personal y su práctica profesional, mientras que los otros cuatro calificativos sí están referidos a los modos de intervención. Creemos que del segundo al cuarto son acciones muy concretas que en los relatos aparecen como perjudiciales para el paciente, y aparecen esos calificativos al ver esos efectos en la versión de sus pacientes. A continuación ejemplificamos dos de ellos, el primero referido a una práctica estereotipada, y el segundo a las consecuencias endogámicas:

- 1.- El de tomarse a la letra el silencio absoluto, que no hace diferencia de esto en un proceso. Últimamente me han estado llegando muchos analistas de las asociaciones; 2.- Ahí donde los psicoanalistas sobran; 3.- Cuando les planteo por qué vienen a buscarme a mí, me entero de lo que hay en los intersticios de esas instituciones; 4.- Cuentan historias que hacen que merezcan poca confianza que quien les dio clase, o las forma en la institución, a la vez era su analista.

Categoría 2: análisis personal

2A.- Común / Deseado:

Hay dos constantes referidas respecto al ritmo del relato cuando hablan de su propio análisis, a saber:

- A partir de su análisis, hay un viraje en su estilo de vida y su profesión.

-El analista es referido como modelo por su “manera impecable de trabajo”; “su reconocimiento social”; “sus intervenciones que tienen efectos decisivos para su vida”.

En todos los entrevistados aparecen peripecias narrativas a partir de su vivencia del proceso analítico. En uno de los sujetos, implicó el cambio de profesión; en otro, el haberse incorporado a una sociedad más amplia, “ya que venía de formación religiosa cerrada”; el tercero atribuye que “su primer análisis le pudo ayudar a transitar de una posición imaginaria infantil hacia una elaboración más compleja, más adulta en su forma de vida”. A continuación un relato que ejemplifica un viraje narrativo:

1.- La primer psicoterapeuta me salvó. 2.- Venía de colegio de monjas, de familia estricta; 3.- Tuve un choque con la libertad de las universidades y la realidad política. 4.- Me ayudó a elaborar el salir de una adolescencia cerrada.

Es interesante detectar que los atributos deseados del analista, y la estructura narrativa misma, colocan a los entrevistados como marcados por su análisis y por su analista en su modo de ejercer la profesión.

2A.- Común / No deseado:

Respecto de la categoría que se refiere a su propio análisis personal, no se presentaron aspectos no deseados que fueran comunes.

En la misma categoría 2. *Sobre su propio análisis personal*, los asuntos que se manejaron de forma particular son los siguientes:

2B.- Particular / Deseado:

En esta categoría no se mencionaron aspectos deseables respecto de su propio análisis; esto quiere decir que en esta categoría siempre hubo coincidencias en lo referido por los entrevistados.

2B.- Particular / No deseado:

En este rubro, dos temáticas aparecen respecto de lo no deseado en la vivencia de su análisis. Estas son:

- La mezcla de roles.
- Algunos terapeutas cuentan su vida.

Desde su propia experiencia de análisis, critican los momentos que vivieron, en donde la mezcla de roles (terapeuta-consultante) o usar el tiempo de las sesiones para hablar el terapeuta de su propia vida, lo refieren como algo que no les ayudó. El relato sobre el primer tema hace alusión a que el analista invita a su paciente (nuestra entrevistada) a trabajar con él en la impartición de talleres. La paciente se vivencia como cargando al grupo:

- 1.- Quedó el grupo sobre mis hombros; 2.- Yo sentía una dependencia con el terapeuta de la cual no me podía zafar.

La experiencia la vive como negativa en tanto que se sentía explotada por el analista, pues ella se hacía responsable y convocaba a la gente para el curso. Su modo de salir de esta experiencia fue que el mismo analista le propuso que tuviera otra terapia con alguien distinto a él y a su propia corriente. En ese nuevo proceso terapéutico, deja también la relación laboral con él. A continuación enunciamos la secuencia completa en microrrelatos:

- 1.- Mi primer analista me lo recomendaron por ser alguien que se formaba en APA; 2.- Siendo analista, me invitó como co-terapeuta de grupo, y todo iba bien. 3.- Hasta que un día me doy cuenta que el peso del grupo caía sobre mí, y entro en crisis.

- 1.- Mi propio analista me propone cambiar de terapia; 2.- Me propone una terapeuta gestaltista; 3.- Ella me ayuda a esa separación del primer analista.

- 1.- Decido tomar otro análisis y distanciarme del primero; 2.-Él me sigue buscando porque me remitía pacientes.

El segundo asunto se refiere a un analista que en lugar de escuchar contaba su vida. Ambos asuntos son expresados como virajes narrativos que también hacen un cambio en la secuencia de sus relatos.

Categoría 3: su propio ejercicio profesional

3A.- Común / Deseado:

Los temas que se agruparon respecto de este rubro fueron tres:

- La finalidad de su práctica es el trabajo con el sufrimiento de la persona.
- Trabajar sus casos con colegas (supervisión).
- El trabajo con los pacientes cuestiona su propio ejercicio. (Aprender a partir de la equivocación.)

Los elementos que concurren respecto de lo deseado en el ejercicio profesional, es que la finalidad del trabajo de escucha es disminuir el sufrimiento del demandante, y que su desempeño está colegiado con otros. Hay un reconocimiento de que los efectos que se dan en el paciente son un indicador para colegir cómo se está ejerciendo el trabajo. Ilustramos nuevamente con un relato por tema, que por su redundancia se ponderan como predominantes:

- 1.- Mi objetivo al entrar a estudiar psicología era saber del sufrimiento; 2.- En primer lugar el de mi mamá; 3.- Aspirar a reparar el sufrimiento de ella; 4.- Lo mejor es que lo hice extensivo a tantas otras personas que sufrían de tantas maneras.

- 1.- Que el paciente crezca mentalmente. 2.- Asumir la complejidad que lo constituye. 3.- Resolver creativamente sus conflictos y sufrimiento.

1.- Bueno. En principio, este, no curar; una de las cuestiones que tengo en las primeras entrevistas con los pacientes es decirles que yo no curo; 2.- Yo apenas trato el sufrimiento del paciente si quiere y puede; 3.- El psicoanálisis, hasta donde yo sé, no cura, sino que trata el sufrimiento. Y como analista no sería nada más que tratador del goce. Claro, así no lo digo; digo tratamiento del sufrimiento.

3A.- Común / No deseado:

En esta categoría no hubo ninguna referencia común de parte de los entrevistados.

En la categoría 3. *Su propio ejercicio profesional*, los asuntos que se manejaron de forma particular son los siguientes:

3B.- Particular / Deseado:

-Guiarse por la ética de la sorpresa.

-Ser duro.

-Trabajar en análisis enfocando desde la perspectiva de género, ya que esto es ineludible, y que el servicio debe entenderse como público, que pueda llegar a más gente.

Los siguientes relatos ejemplifican las características enunciadas anteriormente:

1.- Si hay acá una ética en psicoanálisis(es algo que leí de un pintor que ya murió) es la ética de la sorpresa. 2.- No tiene que ser con un prototipo de intervención.

1.- Mi personalidad es dura en general. Y hay gente que no soporta y se va. 2.- Y hay algunos que no me olvidan nunca; dicen: “yo no me puedo olvidar por esta perrada que me hizo y que me ha servido para toda mi vida”.

1.- En esa época se amplió mi formación como psicoanalista; 2.- Empezó a entender lo que era el psicoanálisis para mujeres, la condición femenina; 3.- Años después empezaron a analizar a los varones; 4.- Así se empezó a pensar el psicoanálisis en relación al género.

1.- Dejé de atender adolescentes y niños; 2.- Me enfoco más a mujeres en pareja desde la perspectiva de género; 3.- Así me fui especializando en ello desde hace 25 años.

1.- Ser psicoanalista en mi primer inquietud era como un servicio público; 2.- Poseer conocimientos que tenía que poner a disposición de quienes lo necesitaban; 3.- Por eso estudiaba con este hombre o esta mujer; 4.- Por eso siempre trabajaba en hospitales e instituciones; 5.- En donde hubiera gente que más allá de mi consultorio tenía esa sensación de que lo que yo sabía lo tenía que saber más gente, estar a disposición de muchos; 6.- Esa es mi idea de cómo fue evolucionando la idea de psicoanalista.

De nuevo, en estos relatos se evidencia que la singularidad implica el énfasis valorativo, y dado que hablan de su propia práctica, lo esperado es precisamente esta diferencia. Los dos primeros relatos hablan de la práctica vía la sorpresa, lo duro, mientras que el tercero se refiere al tipo de consultantes al que se enfoca el entrevistado, y el cuarto a los escenarios de trabajo. Podemos inferir, por tanto, que el primero y segundo enfatizan el ideal de la práctica, mientras que el tercero su opción de género, y el cuarto la función social de su ejercicio profesional. Evidenciamos nuevamente que los ideales no se contraponen sino que reflejan las prioridades que cada uno da en sus relatos al hablar de la práctica profesional.

3B.- Particular / No deseado:

Los actos que enuncian de manera singular como no deseados son:
-Entrometerme en la vida de los pacientes.

- Causar *acting*.
- Tener un cobro rígido.
- Meterme a resolver desde la perspectiva del yo.

Como se observa, los tres primeros enunciados temáticos tienen que ver con acciones respecto de la técnica y el dispositivo, mientras que la última es una frase expositiva que deslinda la perspectiva teórica de trabajo.

Presentamos a continuación una secuencia sobre cómo el ideal del cobro rígido que presentan algunos, falsea cuando el contexto cambia. Los siguientes relatos los presenta la entrevistada, precisamente como ejemplos de una práctica rígida en el cobro.

1.- En una época era frecuente que un paciente faltaba a las sesiones porque estaba enfermo de hepatitis, y faltaba mes y medio; se le cobraba de cualquier modo ese tiempo; 2.- El profesional aducía que tenía sus horas contratadas; 3.- El paciente aceptaba pagar con un sometimiento a una figura de autoridad; 4.- En aquel tiempo los psicoterapeutas se regían por una autoridad omnipotente.

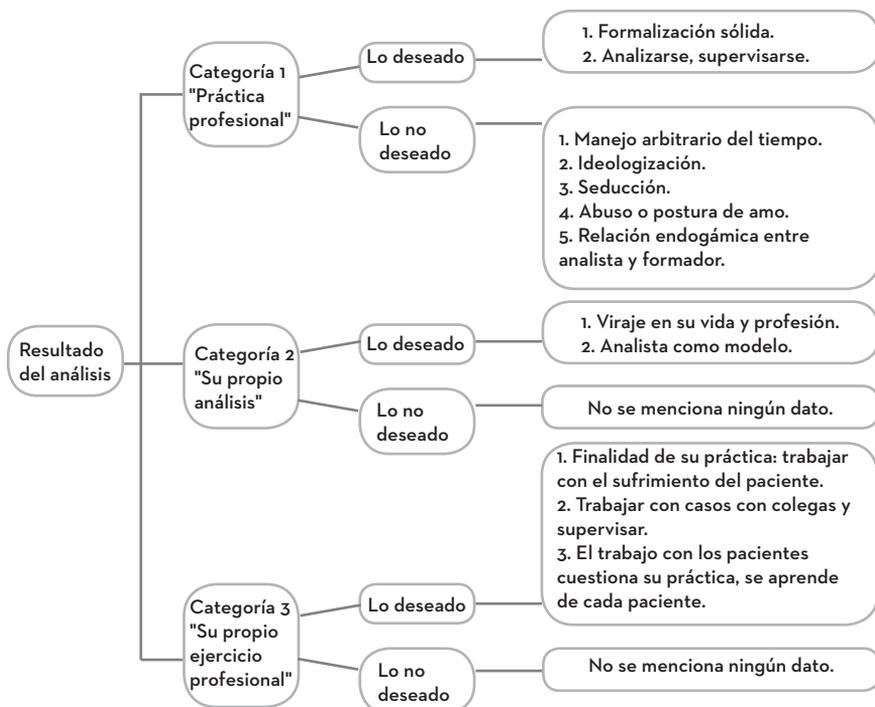
1.- Con las crisis económicas, se flexibilizó el modo de cobrar; 2.- Si el paciente te avisa que no va a venir o se arregla otro horario, no le cobras la sesión; 3.- Si está enfermo y se va a pasar mucho tiempo en el hospital, tampoco se le cobran esas sesiones.

ANÁLISIS

Análisis de los elementos comunes

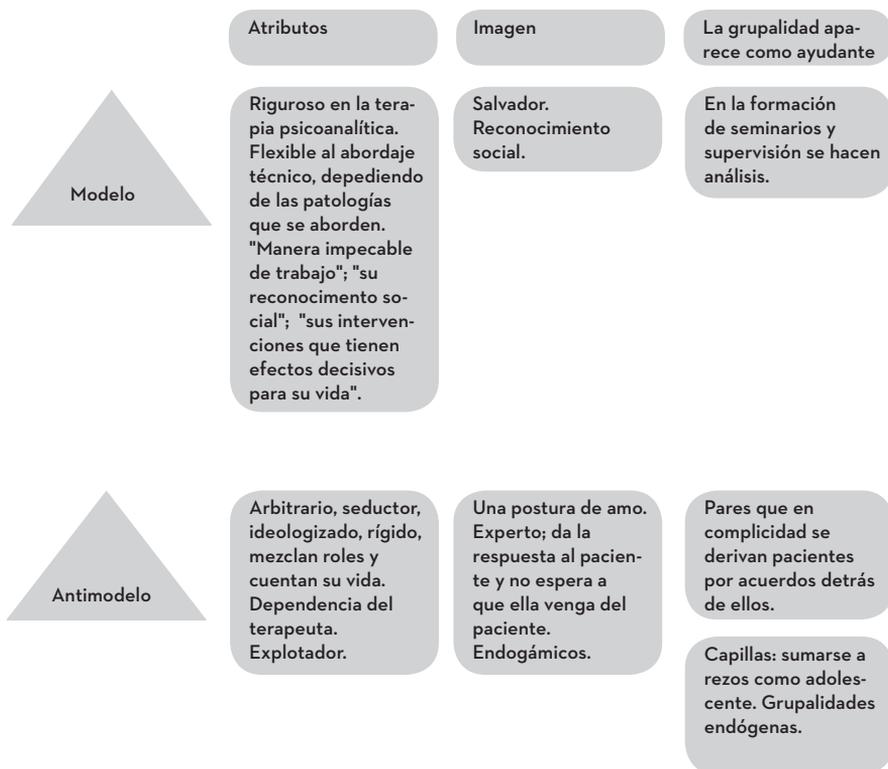
En la figura 7.1, se muestran de manera sintética los resultados mencionados de forma común por los entrevistados, en las tres categorías ya señaladas con anterioridad.

FIGURA 7.1 PRÁCTICA PROFESIONAL: DATOS COMUNES ENCONTRADOS EN LOS ENTREVISTADOS



Tomando en cuenta la figura 7.1, donde se muestra solo lo común, focalizamos el análisis en el personaje “práctica profesional”. La pregunta que nos guio fue: ¿cómo aparece la práctica profesional como deseable o no deseable en los entrevistados considerados no ya individualmente sino como grupo? Este movimiento de análisis nos permite mover el ojo analítico más allá de cada entrevistado, para hacer un cuadro deontológico del grupo, y así cumplir con los dos objetivos de nuestra investigación, a saber: identificar las regularidades de operación, al explorar lo deseado y no deseado de la práctica, y ponderar su finalidad.

FIGURA 7.2 LA PRÁCTICA PROFESIONAL COMO PERSONAJE



Examinamos en la figura 7.2 los atributos e imagen expresados sobre el personaje “práctica modelo” y la “práctica antimodelo”, así como el papel que juega el grupo como ayudante. Al final se enuncia cuál es el objeto de deseo del ejercicio profesional de los entrevistados.

Esta segunda figura permite ver el ejercicio profesional de manera general. Hagamos la lectura centrando la atención en el primer triángulo. Se toma como personaje modelo aquello que se dijo sobre la práctica profesional cuando se valora positivamente, sea que se refiera al analista, los colegas o la propia práctica.

Los calificativos ofrecidos son “impecable”, “con reconocimiento social” y “con intervenciones eficaces que hacen cambios”; bajo una figura retórica, queda como quien salva de una situación particular de vida. Es decir, el ejercicio profesional del psicoterapeuta (el propio análisis o el de los pacientes) aparece efectuando un viraje narrativo de sus vidas. Las palabras “rigurosa en la teoría y flexible en la técnica” contrasta con los adjetivos dados al antimodelo.

La grupalidad aparece como un ayudante para una formación sólida (analizarse, supervisarse y formarse), donde el trabajo colegiado (como objeto de deseo) se afirma como esencial para el ejercicio profesional. El otro objeto de deseo que aparece referido a la finalidad de la práctica es un eje que unifica criterios, más allá de quién es o no analista, a saber: disminuir el sufrimiento del consultante.

Se toman como antimodelo las afirmaciones sobre la práctica no deseada, valorada negativamente, sea cuando el personaje que la ejercita es el propio analista o algunos colegas. Los calificativos son variados, como se ve en el recuadro. Se pueden englobar en la figura analógica de la palabra “amo”, quien se cree experto y tiende a generar vínculos endógenos en las grupalidades. El objeto de deseo aparece autorreferencial, es decir, el centro de la profesión no está en el consultante sino en el psicoterapeuta mismo. La grupalidad, que aparece como un ayudante de la formación en el modelo deseado de la práctica, aquí aparece preñada de complicidades monetarias y de “capillismos”.

Es importante decir que el papel del consultante, desde el punto de vista relacional, es distinto en la práctica modelo y en la antimodelo. En la primera aparece como importante, en tanto que el avance o no de su trabajo inquiera la propia práctica; mientras que en la lógica de la práctica antimodelo queda sometido a un amo para su exaltación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al analizar las últimas figuras, dilucidamos los ideales como una concretización de la moral vivida; describe aquello admisible o desea-

ble y su negativo dentro de la práctica profesional de un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticamente orientados. Al analizar la moral vivida en la práctica profesional de estos entrevistados, que vienen de distintas escuelas de formación, podemos evidenciar que los elementos comunes hablan de los consensos que van conformando su *ethos*. Este análisis de la práctica donde se refiere una serie de adjetivos, coincide con autores citados en el primer apartado de este trabajo, ya que como menciona Katz (2003), de acuerdo con Rokeach (1973), los grupos tienen una valoración, la cual envuelve de manera jerárquica la selección de prácticas dentro del sistema. Podríamos decir, en diálogo con estos autores, que el objeto de deseo que mostramos en la figura 7.2 es el valor desiderativo del sistema, y la propuesta de la práctica modelo, los valores instrumentales expresados en comportamientos y acciones deseables.

Como veíamos en los resultados, el modelo aparece como un actor que genera una pauta fundamental en la ponderación sobre qué es una “buena práctica”, además de aparecer como posibilitador de virajes de vida. Esta conclusión coincide con la investigación de Bellows (2007), quien también advierte que el terapeuta es referido como modelo profesional, el cual, según este autor, impronta la identidad profesional. De igual modo, las experiencias negativas que en la figura 7.2 presentamos como antimodelo, enseñan lo no deseable de la práctica. Si bien focalizamos este tema en la práctica del analista y de los colegas, coincidimos con Werbart (2007) en que también se da en los supervisores, quienes en nuestro análisis aparecen de manera indirecta.

Analizar las prácticas implica rebasar las propuestas utópicas que se enuncian cuando uno lee o escucha las conferencias sobre la posición que debe tener el terapeuta. El discurso teórico que ordena bajo indicaciones lo que hay que hacer y no hacer, de algún modo es la palestra donde el ideal se refugia, y no es sino en el análisis de las prácticas que evidenciamos la distancia entre el acto y la palabra. Es decir, la propuesta de Foucault (1992), sobre la estructuración moral que se conjuga alrededor del temor y el esquema de comportamiento bajo una

imagen y un modelo, toman actualidad en este estudio en tanto que no la hemos aplicado a textos históricos sobre las prácticas sexuales sino a entrevistados que analizan sus narrativas sobre las prácticas psicoterapéuticas.

Esta investigación repara en una serie de prácticas que si bien no se suelen pensar en la formación, son fundamentales, ya que descentran la finalidad misma del dispositivo terapéutico, en donde el consultante termina pegado a prácticas morales que deforman las posturas éticas. Es importante que el seguimiento en la profesión incluya pensar no solo teorías y casos sino fomentar la responsabilidad social de la profesión.

Es importante identificar los aspectos personales del terapeuta que pueden facilitar u obstaculizar su trabajo. Advertimos que, cuando la práctica profesional se supone como una trasmisión aislada de las subjetividades deseantes de poder, quedan con un punto ciego y en ocasiones alienados al modelo. Las tecnologías modernas del saber de sí, en sus distintas modalidades, no deben olvidar que en la formación como psicoterapeutas, así como en el lugar mismo de consultante, el otro es una variable, tanto de posibilitación como de obstáculo.

Si bien este trabajo se centró en psicoterapeutas psicoanalíticamente orientados, abre la discusión alrededor de los elementos morales que operan en toda práctica psicoterapéutica. Por ello proponemos que este análisis podría replicarse con profesionales de otros enfoques en psicoterapia, para ponderar los elementos comunes y las peculiaridades narrativas.

Por último, es importante aclarar que este trabajo no pretende generalizar sus resultados sino invitarnos a reflexionar respecto del lugar que se da a la formación, a la supervisión y al propio análisis personal de los terapeutas, para no perder de vista la finalidad del ejercicio profesional. Es decir, pretendemos poner sobre la mesa el cuestionamiento de lo que sucede cuando olvidamos el sentido y la finalidad de la psicoterapia, el cuidado de la persona, y sobresalen en la práctica otro tipo de necesidades, ya sea económicas, de estatus, reconocimiento o

deseo de un ejercicio de poder, que desdibujan en todo una práctica ética. Este ejercicio de reflexión, pensamos, debe ser un pilar en nuestro trabajo como psicoterapeutas.

REFERENCIAS

- Ambrosiano, L. (2005). The analyst: his professional novel. *International Journal of Psychoanalysis*, No.86, 1611-1626.
- Ascher, C. (2005, mayo). The force of ideas. *History of education*, 34(3), 277-293.
- Attali, J. (1982). *Historias del tiempo*. México: FCE.
- Barceló, M. (2006). *Vida en los ruedos*. Madrid: Vision Net.
- Barthes, R. (1977). *Introducción al análisis estructural de los relatos*. Buenos Aires: Tiempos Contemporáneos.
- Bellows, K. (2007). Psychotherapist's personal psychotherapy and its perceived influence on clinical practice. *Bulletin of Menninger Clinic*, 71(3), 204-226.
- Biancoli, R. (2002). Psychoanalyst's values and countertransference. *International Forum Psychoanalysis*, 11(1), 10-17.
- Coffey, Amanda & Atkinson, P. (2003). *Encontrando el sentido de los datos cualitativos. "Narrativas y relatos"*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Echeverría, R. (2003). *Ontología del lenguaje*. Santiago: J. C. Saez Editores.
- Foucault, M. (1992). *Historia de la sexualidad*, t.II, *El uso de los placeres*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1996). *Tecnologías del Yo*. Barcelona: Ediciones de la Piqueta.
- Greimas, A. & Courtés, J. (1982). *Diccionario razonado de la teoría del lenguaje*. Madrid: Gredos.

- Hamilton V. (1996). *The analyst's preconscious*. Londres: The Analytic Press.
- Hartmann, H. (1960). *Psychoanalysis and moral values*. Nueva York: International Universities Press.
- Horney, M. (2002). The impossible ideal: a patient oriented therapy. *International Forum Psychoanalysis*, 11(1), 45-48.
- Kantrowitz, L., Katz, A. & Paolitto, F. (1990). Follow-up of psychoanalysis five to ten years after terminations: II. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38(3), 637-654.
- Katz, B, Juni, S. & Matz, P. (2002-2003, invierno). The values of psychoanalytic psychotherapists at two points in time (1979 vs. 1993): A cross-over comparative study. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 21(4), 339-361.
- Kelly, T. & Strupp, H.H. (1992). Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 34-40.
- Lain Entralgo, P. (1958). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Madrid: Revista de Occidente.
- Lévi-Strauss, C. (1983). *Las estructuras elementales del parentesco*. México: Paidós.
- Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2000). *Lenguaje, pulsiones, defensas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2001). *Investigaciones en procesos psicoanalíticos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar.
- Nussbaum, M. (1995). El Protágoras: una ciencia del razonamiento práctico. En *La fragilidad del bien*. Madrid: Visor.

- O'Neil, M. (2007). Confidentiality, privacy, and the facilitating role of psychoanalytic organizations. *International Journal of Psychoanalysis*, No.88, 691-711.
- Patton, M.Q. (1988). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills: Sage.
- Plut, S. (2012). *Psicoanálisis del discurso político*. Buenos Aires: Lugar.
- Ponder, J. (2007). Elitism in psychoanalysis in the use: narcissistic defense against cumulative traumas of prejudice and exclusion. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 4(1), 15-30.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Buenos Aires: Paidós.
- Ricoeur, P. (2009). *Escritos y conferencias alrededor del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. Nueva York: Free Press.
- Rokeach, M. (1979). From individual to institutional values: With specific reference to the values of science. En M. Rokeach (Ed.), *Understanding human values* (pp.47-81). Nueva York: Free Press.
- Russel, B. (1957). *Ética y política en la sociedad humana*. Buenos Aires: Hermes.
- Sánchez, A. (2010). Análisis argumentativo de dos sujetos miembros de una asamblea de ambientalistas bajo el método del Algoritmo David Liberman (ADL) en su modalidad de actos del habla. *Subjetividad y Procesos Cognoscitivos*, 14(1), 230-248.
- Sánchez, A. (2012). Estudio exploratorio sobre el ideal de diez psicoanalistas. *Revista Subjetividad y Procesos Cognoscitivos*, 16(2), 165-195.
- Sánchez Antillón, A. (2013a). Análisis de los relatos de cinco coordinadores de Comunidades Eclesiales de Base en miras de localizar los ideales que los movilizaban en sus acciones colectivas en los años 80 bajo el Método del Algoritmo David Liberman (ADL) en su modalidad de relatos. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 17(2), 105-132.

- Sánchez, Antillón, A. (2013b). El análisis del relato y su qué ver en el método del Algoritmo David Liberman. En T. Zhon, N. Gómez & R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia y problemas actuales. Debates y alternativas*. Guadalajara: ITESO / UIA León / UIA Puebla / Universidad de Guadalajara.
- Sánchez, A. (2013c). La influencia de las dimensiones históricas, sociales, culturales y epistemológicas en la concepción del psicoterapia; Griegos, modernos y retos posmodernos. En *Psicoterapia contemporánea* (pp. 45-66). ITESO: Guadalajara.
- Werbart, A. (2007). Utopic ideas of cure and joint exploration in psychoanalytic supervision. *International Psychoanalysis*, No.88, 1391-1408.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. NuevaYork: International Universities Press.
- Zukerfeld, R. (2002). Prejuicios psicoanalíticos. *Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, No.28, 215-229.

La conducta suicida y psicoterapia dialéctica comportamental: un acercamiento interdisciplinario

LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO

Resumen: *en este capítulo se aborda el problema de la conducta suicida y el gran reto que implica para la atención psicoterapéutica de los consultantes, por estar asociada con un gran número de factores de riesgo. Se propone la terapia dialéctica comportamental como un modelo psicoterapéutico interdisciplinario para la atención de consultantes con trastorno límite de la personalidad y múltiples intentos de suicidio, debido a que este modelo y tratamiento cuentan con diversas dimensiones y elementos biológicos, psicológicos y sociales que hacen posible una mirada más amplia del comportamiento suicida. Este tipo de tratamiento incorpora en el contexto del trabajo psicoterapéutico, además, elementos de la filosofía hegeliana y Zen, técnicas psicoterapéuticas cognitivas, conductuales, humanistas, y de mindfulness de manera comprensiva y articulada para la atención del consultante con las características referidas.*

Palabras clave: *intento de suicidio, trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica comportamental, interdisciplinario, psicoterapia.*

Abstract: *This chapter addresses the problem of suicidal behavior and the huge challenge it represents for providing clients with psychotherapeutic care, due to the high number of risk factors. A dialectic behavioral therapy is proposed as an interdisciplinary psychotherapeutic model for providing attention for clients with personality limit disorder and multiple suicide attempts. This model of treatment features different dimensions and biological, psychological and social elements*

that make it possible to take a broader look at suicidal behavior. Furthermore, this type of treatment incorporates into the context of psychotherapeutic work elements from Hegelian and Zen philosophy; cognitive, behaviorist and humanist psychotherapeutic techniques, as well as mindfulness, in a comprehensive and articulated approach to working with clients with these characteristics.

Key words: *suicide attempt, personality limit disorder, dialectic behavioral therapy, interdisciplinary, psychotherapy.*

FACTORES DE RIESGO PARA LA CONDUCTA SUICIDA

El suicidio es un problema de salud pública nacional e internacional (Secretaría de Salud, 2001; OMS, 2008). Cada año mueren casi un millón de personas por suicidio a escala global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2020 se estima que los suicidios a nivel mundial representarán 2.4% de las muertes (OMS, 2012). Por lo anterior, la OMS propone la reducción de las tasas de suicidio como prioritario (OMS, 2008). De acuerdo con Keith Hawton y Kees van Heeringen (2009), las tasas de suicidio en México y en otros países en vías de desarrollo han aumentado en las últimas décadas.

En México, la tasa de muertes por suicidio se ha incrementado década tras década. En 1970, fue de 1.13 por 100 mil habitantes, y en 2007 se incrementó a 4.12 (Borges, Orozco, Benjet & Medina-Mora, 2010). El Programa Nacional de Salud México 2001-2006 estableció como un objetivo mantener bajo control epidemiológico la tasa de suicidio, sin lograrlo (Secretaría de Salud, 2001).

Las conductas suicidas son más frecuentes en adolescentes y jóvenes entre los 15 y 24 años. Un 27% de los suicidios se presentaron en jóvenes de 15 a 24 años en 2007 (Borges et al., 2009). El suicidio es la segunda y la tercera causa de muerte entre los hombres y las mujeres, respectivamente, de los 14 y 19 años de edad (Borges et al., 2010).

Respecto de los intentos de suicidio, se presentan de manera importante en los adolescentes. En la ciudad de México, 17% de las mujeres y 7% de los hombres estudiantes de bachillerato había intentado suici-

darse (González, Ramos, Caballero & Wagner, 2003). En Guadalajara, 12% de los jóvenes en el bachillerato había intentado suicidarse (Valadez, Amezcua, Quintanilla & González, 2005); en esta ciudad, entre 2001 y 2005, 48% de los intentos de suicidio los cometieron jóvenes de 15 a 24 años (Sánchez-Loyo, García de Alba & Quintanilla, en prensa).

Las conductas suicidas son un proceso complejo que incluye desde las ideas de muerte, la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio (Krug, Dahlberg & Mercy, 2003).

El incremento de los suicidios ha provocado una creciente necesidad de identificar factores de riesgo asociados. Se ha establecido que la conducta suicida involucra aspectos sociales, psicológicos y biológicos (OMS, 2012), los cuales se influyen mutuamente y de manera diferenciada según la edad, el sexo, la condición social, el grupo étnico, entre otros aspectos que la matizan.

El factor de riesgo con mayor fuerza asociado al suicidio es presentar un intento de suicidio previo (Hawton, Zahl & Weatherall, 2003; Suominen et al., 2004). Entre 30% y 50% de los individuos con muerte por suicidio presentaron intentos de suicidio previos (Hawton et al., 1998; Welch, 2001). Los individuos con varios intentos de suicidio tienen más riesgo de muerte por suicidio que los individuos con un solo intento (Zahl & Hawton, 2004).

Los individuos con antecedentes de múltiples intentos de suicidio tienen características específicas. En la adolescencia presentan más ansiedad, depresión y agresión, en comparación con adolescentes con un intento de suicidio (Stein, Apter, Ratzoni, Har-Even, & Avidan, 1998). En la población general, los individuos tienen antecedentes de maltrato emocional infantil, trastornos mentales, en especial depresión y trastornos adictivos, ideación suicida recurrente y problemas interpersonales (Forman, Berk, Henriques, Brown & Beck, 2004), así como mayores síntomas de depresión, pobre afrontamiento a problemas, actos suicidas más letales, antecedentes familiares de conductas suicidas, entre otros (Reynolds & Eaton, 1986). Se ha observado mayor riesgo para presentar múltiples intentos de suicidio en las mujeres, así

como tener entre treinta y cuarenta años, o una enfermedad mental preexistente (Christiansen & Jensen, 2007; Corcoran, Keely, O'Sullivan & Perry, 2004). Otro estudio identifica a mujeres mayores de 54 años con mayor riesgo de conductas suicidas recurrentes (Zahl & Hawton, 2004).

Un factor de riesgo con frecuencia señalado es padecer una enfermedad mental, en especial la depresión y la esquizofrenia (Beautrais, 2000; Fortune, Seymour y Lambie, 2005; Mann et al., 2005a), los trastornos de la personalidad (Chapman, Specht & Celluci, 2005; Fortune et al., 2005; Herrera, Dahlblom, Dahlgren & Kullgren, 2006). Los trastornos del estado de ánimo son el factor de riesgo de más relevancia en países desarrollados; en los países en vías de desarrollo, son de mayor riesgo los trastornos en el control de impulsos (Nock et al., 2009).

La dependencia al alcohol y las drogas ilegales es el segundo factor de riesgo para las conductas suicidas (Murphy, 2001). Sara Bennett, Carolyn Coggan, Rhonda Hooper, Cherie Lovell, y Peter Adams (2002) observaron que 29% de los individuos con intento suicida en áreas de urgencias habían consumido alcohol, y 4% habían consumido drogas ilegales previo y durante el intento de suicidio. La probabilidad de una tentativa suicida aumenta con la presencia de abuso de alcohol o drogas ilegales (Fortune et al., 2005; Ruangkanchanasetr, Plitponkarnpim, Hetrakul & Kongsakon, 2005; Yang & Yang, 2000). El abuso del alcohol incrementa de 60 a 120 veces el riesgo de intentar un suicidio (Sher, 2006). Ingeborg Rossow, Anders Romelsjö y Hakan Leifman (1999) consideran que el abuso de alcohol correlaciona positivamente en el número de intentos de suicidio. Wunderlich, Bronisch, Wittchen y Carter (2001) refieren que entre los 14 y 24 años de edad, el abuso de alcohol y drogas es un factor de riesgo para el intento suicida en hombres, pero no en las mujeres.

En jóvenes de 14 a 27 años, el uso de las drogas y el alcohol incrementa en tres veces el riesgo de intentar suicidarse (Christoffersen, Poulsen & Nielsen, 2003). En jóvenes de 18 a 24 años, se observó la relación entre las conductas suicidas y el abuso de alcohol y tabaco en un servicio de urgencias médicas (Donald, Dower, Correa-Velez

& Jones, 2006). En adolescentes de 13 a 19 años, la intoxicación aguda de alcohol se ha asociado con el intento de suicidio (Rossow, Grøholt, & Wichstrøm, 2005). Leo Sher (2006) menciona que la intoxicación aguda de alcohol en mujeres incrementa el riesgo de intentar el suicidio. En servicios de urgencias médicas de las mujeres que ingresaron por intento de suicidio, 55% de ellas habían abusado del alcohol, en contraste con 18% que refirieron no tener antecedentes de su consumo (Watson, Kershaw & Davies, 1991). Los hallazgos indican que el abuso del alcohol está asociado a las conductas suicidas en jóvenes, mayormente adolescentes.

Respecto de las adicciones, cualquier adicción incrementa el riesgo de presentar conductas suicidas. El 23.6% de los alcohólicos habían intentado suicidarse: 42.5% de la mujeres alcohólicas, y 18.6% de los hombres (Sher, 2006). Asimismo, 44% de las mujeres con adicciones múltiples había intentado suicidarse más de dos veces (Swift, Copeland & Hall, 1996).

En el seguimiento de pacientes con múltiples intentos de suicidio, 33% de los hombres y 5% de las mujeres habían bebido alcohol previo al intento de suicidio; 34% de los pacientes era alcohólico y 27% farmacodependiente. El abuso de alcohol y de drogas es un buen predictor de la reincidencia de conductas suicidas en los 12 meses posteriores a la conducta suicida registrada (Vajda & Steinbeck, 2000).

En México, 20% de los adolescentes con intento de suicidio cumplen los criterios de diagnóstico para el trastorno mental por uso nocivo de sustancias, y 28% de los adultos cumplen también con este criterio (Borges et al., 2010).

El consumo de alcohol y drogas podría aumentar la impulsividad, facilitando cometer un intento de suicidio (Grunebaum et al., 2005; Jiménez, Sentís & Ortega, 1997), propiciando intentos suicidas no planeados (Wojnar et al., 2009).

Se considera que son cuatro los aspectos relacionados entre el alcoholismo y la conducta suicida: el primero es la facilitación de comportamientos agresivos hacia sí mismo y los demás; el segundo

es el aumento del estrés, la desesperanza, la soledad y la depresión; el tercero es el cambio de las expectativas individuales; por último, la restricción de la capacidad atencional, complicando el empleo de estrategias de afrontamiento efectivas ante los problemas (Pompili et al., 2010).

El alcoholismo y la farmacodependencia deterioran de forma paulatina los mecanismos de control cognitivo general, provocan alteraciones en la regulación emocional, lo que pudiera incrementar las conductas suicidas y emplear métodos suicidas más violentos (Pompili et al., 2010). En este sentido, se considera que los alcohólicos podrían presentar alteraciones en la regulación de los receptores 5-HT_{1a} de la corteza prefrontal ventral, como un mecanismo de ajuste al decremento de la transmisión serotoninérgica, y con ello incrementar el riesgo de conductas suicidas (Pompili et al., 2010).

Entre los factores de riesgo por condición socioeconómica se han identificado la precariedad económica y material (Beautrais, 2000; Ferguson, Woodward y Horwood, 2000; Ruangkanchanasetr et al., 2005; Tomori, Kienhorst, Wilde & Van den Bout, 2001).

Otro factor de riesgo es haber vivido experiencias altamente estresantes en la infancia o adolescencia, como haber sido víctima de agresión sexual (Fortune et al., 2005), o maltrato físico y emocional (Beautrais, 2000; Chapman, Specht & Cellucci, 2005; Fortune et al., 2005; Mann et al., 2005a; Wagner, Cole & Schwartzman, 1995), la pérdida o la separación de un ser querido (Campo et al., 2003; Ferguson, Woodward & Horwood, 2000; Herrera et al., 2006; Tomori et al., 2001; Wagner, Silverman & Martin, 2003; Yang & Yang, 2000).

En jóvenes latinoamericanos, se han identificado como factores de riesgo el bajo rendimiento y la deserción escolar (González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores & Medina-Mora, 1998; Campo et al., 2003).

El entorno familiar es un factor de riesgo para las conductas suicidas. Conductas familiares de adicción al alcohol o las drogas (Fortune et al., 2005; Ruangkanchanasetr et al., 2005; Yang & Yang, 2000), anteceden-

tes familiares de tentativa suicida (Campo et al., 2003; Hawton, Haw, Houston & Townsend, 2002; Qin, Agerbo & Mortensen, 2002).

La calidad de las relaciones familiares también es un factor de riesgo. Los problemas familiares, aunados a la poca cohesión y adaptabilidad (Campo et al., 2003; Lee, Wong & Chow, 2006; Wagner, Silverman & Martin, 2003), las discusiones y los conflictos entre padres y sus hijos con poca cercanía emocional entre ambos (Fergusson et al., 2000; Lai & McBride-Chang, 2001; Ruangkanchanasetr et al., 2005; Wagner, Cole & Schwartzman, 1995; Wagner, 1997; Wagner, Silverman & Martin, 2003), o el acercamiento inseguro de los hijos hacia los padres (Wagner, Silverman & Martin, 2003); los problemas en la comunicación entre padres e hijos (Lai & McBride-Chang, 2001; Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000; Wagner, 1997), el poco acercamiento emocional con disciplina familiar estricta (Kashani, Suarez, Luchen & Reid, 1998; Larraguibel et al., 2000; Wagner y Cohen, 1994); la confusión en los roles o la trasgresión de límites establecidos en la familia (Kashani et al., 1998), percepción de la familia como disfuncional (McDermut, Miller, Solomon, Ryan & Keitner, 2001; Spirito, Brown, Overholser & Fritz, 1989), son los factores de riesgo identificados.

Las relaciones familiares son en particular importantes en la cultura mexicana. En mujeres México-americanas, el estrés familiar es un desencadenante de la conducta suicida (Fortuna, Perez, Canino, Sribney & Alegria, 2007; Zayas, Lester, Cabassa & Fortuna, 2005; Zayas & Pilat, 2008;). Adolescentes mexicanos consideran los problemas familiares como la principal causa del intento de suicidio (García de Alba et al., 2011).

Entre los factores de riesgo para las conductas suicidas se considera una vulnerabilidad biológica. John Mann propuso el modelo diátesis-estrés para entender la conducta suicida desde una perspectiva neurobiológica (Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; Mann, 2003).

En el modelo de diátesis-estrés, la diátesis es una predisposición hacia la aparición de conductas suicidas; el estrés es la respuesta bio-

psicológica a un evento potencialmente peligroso para el sujeto. La vulnerabilidad biológica preexistente y la aparición de un estresor desencadenan reacciones biológicas, cognitivas, emocionales y comportamentales en los sujetos, que les llevan posteriormente a presentar conductas suicidas (Van Heeringen, 2001).

La diátesis se presenta en el sistema nervioso, en especial en los sistemas serotoninérgico (SE), adrenérgico y noradrenérgico (A / NA) y el eje hipotalámico–pituitario–adrenal (HPA). Las alteraciones en el sistema SE son las más observadas en pacientes con conducta suicida.

El sistema SE participa en la resistencia a estresores. Los suicidas muestran menos sitios de transportadores presinápticos de serotonina en el tallo cerebral, el hipotálamo, las cortezas occipital y prefrontal ventromedial; muestran más receptores en la región ventral de la corteza prefrontal, siendo un mecanismo de compensación para la baja actividad de las neuronas serotoninérgicas (Mann, 2003; Escriba, Ozaita & García, 2004). Estas alteraciones se relacionan con el incremento de los síntomas depresivos y la presencia de conductas agresivas, impulsivas y violentas en los pacientes (Bremner et al., 2002; Virkkunen, Goldman, Nielsen & Linnoila, 1995).

El sistema SE y el sistema NA se han relacionado con la capacidad de resistencia del sujeto al estrés psicosocial. En particular, la exposición continua del sistema SE a niveles altos de cortisol provocaría menor capacidad de resistencia a estresores, provocando episodios depresivos recurrentes (Van Heeringen, 2001). Las alteraciones en los receptores de SE también se han asociado a la depresión en pacientes suicidas. El sistema SE y el sistema dopaminérgico (DA) se han relacionado con la desesperanza, la ansiedad (Van Heeringen, 2001) y con disfunciones ejecutivas como el pobre control de interferencia y errores en la toma de decisiones (Sánchez, Martínez & Ramos, 2013). La interacción del sistema SE y las conductas suicidas está mediada por la impulsividad (Carver, Johnson & Joorman, 2008; Lindström et al., 2004).

En relación con el sistema NA, se observan bajos niveles de noradrenalina en el tallo cerebral en pacientes con conducta suicidas. Esto

se asocia con el agotamiento del sistema NA por la exposición a estrés constante. Los sujetos suicidas se sienten en peligro constante y con necesidad de huir (Mann, 2003).

La diátesis se vincula con alteraciones genéticas o con la exposición a situaciones de estrés crónico en edades tempranas del desarrollo humano. Sobre los aspectos genéticos, hay mayor frecuencia de conductas suicidas en sujetos con antecedentes familiares de suicidio (Mann et al., 1999); inclusive en adultos que en su infancia fueron adoptados después de la muerte por suicidio de alguno de sus padres (Mann, 2003). Se observan alteraciones en el sistema SE, lo que provoca dificultades en la capacidad para regular la agresión (Träskman-Bendz, Asberg, Bertilsson & Thoren, 1984). Familiares no enfermos de personas con conductas suicidas muestran ligeras disfunciones en el eje HPA y en el desempeño ejecutivo relacionado con la respuesta a estrés psicosocial (McGirr et al., 2010).

Sobre la relación de las conductas suicidas y la exposición a eventos estresantes en las primeras etapas de la vida, existen diversas evidencias (Beautrais, 2000; Mann et al., 2005b). Experiencia de abandono y negligencia durante la infancia o la adolescencia se relacionan con la disminución de la actividad del eje HPA (Sunnqvist, Westrin & Träskman-Bendz, 2008). Experimentar eventos estresantes en la infancia o la adolescencia genera desesperanza, baja autoestima y alteraciones en la solución de problemas (Yang & Clum, 1996). En la infancia y la adolescencia se presentan cambios importantes en el desarrollo cerebral, siendo más susceptible el cerebro al estrés, ya que afecta su desarrollo y funcionamiento, en especial de la corteza prefrontal (Krasnegor, Lyon & Goldman-Rakic, 1997; Van Heeringen, 2001). Así, la diátesis afecta la capacidad de resistencia a los estresores, siendo la evaluación de la situación el instigador de las conductas suicidas (Van Heeringen, 2001).

El segundo elemento del modelo Mann es la exposición del sujeto a un evento estresante.

La exposición a estresores provoca hiperactividad del sistema HPA, que aumenta los niveles de cortisol de los pacientes con conducta

suicida (Van Praag, 2001; Van Herringen, 2001). Además, el sistema NA está hipoactivo, mostrando bajos niveles de noradrenalina / adrenalina; esta disfunción es más importante en pacientes con múltiples intentos de suicidio (Van Herringen, 2001).

Los sujetos con conductas suicidas sobregeneralizan la percepción a distintas situaciones, con matices según la cultura (Williams & Pollock, 2001); los problemas económicos son estresantes para los varones europeos; en tanto para las mujeres México-americanas, son las discusiones familiares (Nock et al., 2009; Zayas & Pilat, 2008).

Los eventos estresantes provocan respuestas de ansiedad o agresión en los sujetos (Van Praag, 2001) y episodios depresivos (Van Herringen, 2001).

La diátesis-estrés tiene dos elementos: uno relacionado con inhibición conductual, y otro con la interacción social (Van Heeringen, 2001).

El elemento de la interacción social implica las reacciones a los cambios ambientales y la contribución con la conducta personal a estos. Los pacientes suicidas son sensibles a ciertas circunstancias por considerarlas estresantes. El procesamiento y la interpretación de la información relacionada con estas circunstancias hace evaluarlas como estresantes, causando el rompimiento de los lazos sociales significativos con la intención de dar una respuesta adecuada. Los sujetos suicidas son hipersensibles al fracaso y se afecta la atención voluntaria orientándose más a las señales negativas, de riesgo o de fracaso.

El elemento de inhibición modula la respuesta personal ante los estresores, lo que implica respuestas estratégicas. La alteración de la inhibición propicia respuestas impulsivas, considerando únicamente las consecuencias inmediatas. La inhibición está regulada por los sistemas SE y DA para controlar la impulsividad y la regulación de la agresión, mayormente por la corteza prefrontal. La desesperanza y ansiedad, baja autodirección, falta de autorreconocimiento y rasgos de personalidad evitativa se asocian con disfunciones en estos sistemas ce-

rebrales. Los sujetos suicidas consideran que nadie podrá ayudarles, y se sienten sin salida al problema. Además, presentan alteraciones en la memoria de trabajo y la autobiográfica a corto plazo, así como en las funciones ejecutivas, en particular en la toma de decisiones. La alteración inhibitoria favorece respuestas impulsivas y conductas agresivas y violentas a los estresores, relacionadas con los comportamientos suicidas (Träskman-Bendz & Westrin, 2001; Van Heeringen, 2001; Williams & Pollock, 2001). Lo anterior, provoca menor capacidad de inhibir las conductas autolesivas (Pompili et al., 2010).

Otro factor de riesgo son las alteraciones cognitivas y emocionales en los sujetos con conductas suicidas. Se ha observado mayor atención hacia estímulos negativos, un estado de ánimo de fracaso, una sensación subjetiva de no poder afrontar los problemas, desesperanza, pobre memoria autobiográfica, pobres capacidades para afrontar los problemas, fallos en identificar aspectos positivos en la solución de los problemas (Williams & Pollock, 2001). También se ha observado en los sujetos suicidas ser distantes emocionalmente con otros, pobre capacidad de dependencia a la recompensa para lograr su bienestar emocional, evitación de la mayoría de los contactos sociales, impulsividad general y problemas en la regulación de respuestas agresivas (Van Heeringen, 2001). Fabrice Jollant et al. (2007) describieron alteraciones en la toma de decisiones de pacientes con conductas suicidas violentas o de mayor letalidad.

En resumen, las conductas suicidas son un problema de salud pública en aumento en México, en el cual inciden múltiples factores de riesgo sociales, psicológicos y biológicos, que interactúan de manera dinámica y compleja. La psicoterapia para los sujetos con conductas suicidas debe ser desde modelos comprensivos, que integren los factores de riesgos identificados para ser más eficientes en la atención a las personas que presentan conductas suicidas.

TERAPIA DIALÉCTICA PARA PERSONAS CON CONDUCTAS SUICIDAS

La terapia dialéctica comportamental (TDC) es un modelo de atención psicoterapéutica diseñado específicamente para la atención a personas con conductas suicidas reiterativas y con trastorno límite de la personalidad (TLP). La TDC hace un esfuerzo por integrar de manera comprensiva los factores de riesgo para las conductas suicidas, al apoyarse en diversas disciplinas y teorías psicológicas, con una visión interdisciplinaria y compleja de la problemática, para dar sustento al modelo de atención psicoterapéutica a las personas con conductas suicidas.

La TDC es un tipo de psicoterapia cognitiva conductual de tercera generación, debido a que es sensible al contexto en el cual se presenta el problema, enfatiza el uso de estrategias, para el cambio con base en la persona y su contexto, buscando tener un repertorio amplio, flexible y efectivo de estrategias, más que la eliminación del síntoma (Mañas, 2002).

La TDC aplicada a las conductas suicidas fue desarrollada por Marsha Linehan. Esta psicoterapeuta, en sus primeros esfuerzos por atender a pacientes con reiteradas conductas suicidas, empleó terapia cognitivo conductual estándar (de segunda generación siguiendo el modelo de depresión de Beck), y percibió dos principales problemas en la atención a este tipo de consultantes. El primero fue que centrarse en el cambio del consultante era visto por este como una forma de invalidación, lo que provocaba que no cumpliera con los requerimientos del tratamiento, presentara deserciones y complicaciones; incluso, se llegaron a presentar agresiones hacia el terapeuta por consultantes enojados por la descalificación que sentían. El segundo problema fue enfocar el tratamiento en la exploración y el entendimiento, en ausencia de un claro esfuerzo en ayudar al consultante a cambiar, lo cual es vivido por este como una forma de invalidación, ya que no se reconoce su poca resiliencia, y por consecuencia su necesidad de un

cambio inmediato para aliviar el dolor presente en el momento, típico de los consultantes con múltiples intentos de suicidio (Linehan, 1997).

Para superar estos dos grandes problemas en la práctica de la psicoterapia, Marsha Linehan propone la TDC, que parte del supuesto de que los pacientes con trastorno límite de personalidad y múltiples intentos de suicidio tienen pocas habilidades: interpersonales, para la regulación emocional, la tolerancia a la frustración y al estrés, así como para la autorregulación (Linehan, Tutek, Heard & Armstrong, 1994); mismos aspectos que fueron referidos dentro de los factores de riesgo biológicos, cognitivos y emocionales de los consultantes con conductas suicidas. Estas habilidades son consideradas dentro del ámbito individual del consultante.

Uno de los factores de riesgo en la conducta suicida, mencionado en párrafos previos, es la falta de capacidad de inhibición o regulación, en especial de las emociones. Integrando este factor de riesgo en el modelo psicoterapéutico, la TDC propone abordar las habilidades de regulación emocional. A este respecto, la TDC tiene dos objetivos:

- Incrementar el control consciente de la emoción.
- Elicitar práctica suficiente para el sobreaprendizaje de dichas habilidades para propiciar que la regulación emocional sea automatizada (Linehan, Bohus & Lynch, 2007), y por consiguiente más eficaz, aun en condiciones de estrés agudo.

La TDC, en su modelo, considera que la falta de regulación emocional es la inhabilidad del sujeto para regular las experiencias, acciones, respuestas verbales y no verbales emocionales (Linehan, Bohus, & Lynch, 2007), y es promovida por una predisposición biológica cerebral y psicofisiológica (Linehan & Schmidt, 1995), mismo aspecto que ha sido reportado por el modelo de diatésis-estrés (Van Heeringen, 2001). Esta falta de regulación emocional es constante, se presenta ante cualquier emoción, situación o contexto. La desregulación se debe al incremento de la vulnerabilidad a una emocionalidad alta, combinada

con la incapacidad de regular las respuestas emocionales; también incluye un exceso de experiencias emocionales aversivas, una incapacidad para regular la reacción fisiológica de la emoción, problemas para cambiar de foco atencional ante estímulos emocionales, distorsiones cognitivas y fallos en el procesamiento de la información, insuficiente control de impulsos, dificultad para organizar y coordinar actividades para alcanzar objetivos cuando hay una emoción intensa con respuesta fisiológica, y una tendencia a paralizarse en condiciones de mucho estrés (Linehan, Bohus & Lynch, 2007). Las alteraciones atencionales, distorsiones cognitivas y disfunciones ejecutivas han sido reportadas en los pacientes con intento de suicidio como un factor de riesgo (Becker, Strohbach & Rinck, 1999; Jollant et al., 2005; Keilp et al., 2001; Williams & Pollock, 2001).

Pacientes con TLP muestran una mayor actividad en el sistema límbico, en particular en la amígdala, ante cualquier estímulo emocional, independientemente de la valencia del estímulo (tristeza, alegría, enojo o miedo). Esto implica una falta de diferenciación entre los estímulos emocionales, atribuida a la porción izquierda de la amígdala cerebral (Linehan, Bohus, & Lynch, 2007).

Además, en este tipo de pacientes se ha observado que la exposición al recuerdo de experiencias traumáticas no muestran un incremento en la actividad de la corteza del cíngulo anterior, la corteza orbitofrontal y el giro prefrontal dorsolateral; este incremento de actividad sí es observado en sujetos sanos. Todas estas son áreas cerebrales asociadas a la regulación de la respuesta emocional, la planeación y la realización de actividades complejas (Linehan, Bohus & Lynch, 2007).

Estos hallazgos, en conjunto, muestran la disfunción de la red neural que media la regulación emocional en los pacientes con trastorno límite de la personalidad y múltiples intentos de suicidio.

Para abordar el problema de regulación emocional de base neurofuncional, la TDC propone, además del tratamiento farmacológico, el desarrollo de habilidades de conciencia plena (*mindfulness*) a través del uso de meditación Zen y la observación, descripción, participación

espontánea de sus emociones sin juicios centrada en el momento (Linehan, Bohus, & Lynch, 2007). Con ello, la TDC integra comprensiblemente elementos de neurofisiología y psicofisiología con los elementos de meditación. Estos últimos han demostrado ser capaces de modificar la actividad cerebral en la medida que se practican en forma constante; en particular, se han observado cambios en la actividad de la corteza del cíngulo anterior y el área prefrontal dorsolateral (Cahn & Polich, 2006), áreas cerebrales involucradas primordialmente en la regulación emocional y el funcionamiento ejecutivo de los seres humanos.

Otro aspecto importante en el modelo de psicoterapia de la TDC es la validación y aceptación del consultante. Este fue uno de los dos problemas identificados por Linehan en la atención psicoterapéutica de los consultantes con conductas suicidas y TLP. Para dar respuesta a este problema, la TDC incorpora de manera comprensiva estrategias de validación y aceptación de la terapia centrada en el cliente y psicología Zen, además de los elementos tradicionales de la terapia cognitivo conductual adecuados a los pacientes como solución de problemas, manejo de contingencias, modificación cognitiva y entrenamiento de estrategias (Linehan et al., 1994).

La noción de *validación* es uno de los elementos centrales de la TDC, la cual fue una de las principales limitaciones de la terapia cognitivo conductual de segunda generación en la atención de los consultantes con múltiples intentos de suicidio y TLP. La validación consiste en que el terapeuta comunica al consultante que su comportamiento hace sentido, pero es incomprensible en el momento actual de su vida. El terapeuta activamente acepta al consultante y le comunica esta aceptación, y considera cualquiera de las respuestas del consultante como serias. La estrategia de validación requiere del terapeuta reconocer y reflejar al consultante la validez inherente de su respuesta a los eventos (Linehan, 1997). Esta forma de respetar y aceptar los actos, pensamientos, sentimientos y emociones del consultante es tomada de las propuestas de Carl Rogers (Linehan et al., 1994), en vez de señalar sistemáticamente lo equivocado de los comportamientos, cogniciones

y emociones que haría la terapia cognitivo conductual de segunda generación.

En la TDC, la validación se usa estratégicamente, y tiene cinco usos privilegiados:

- En primer lugar, la validación como la aceptación para lograr un cambio paulatino, en particular útil para afrontar los miedos del consultante, acerca de que el cambio en terapia no es posible o que hará empeorar las cosas.
- En segundo término, la validación para fortalecer la autovalidación cuando el consultante tiende a invalidarse, castigarse o atacarse por el resultado de sus actos, cogniciones o emociones.
- En tercer lugar, la validación para fortalecer los progresos clínicos, cuando se expresan comportamientos adecuados terapéuticamente, que aportan a la consecución de los objetivos de vida considerados por el consultante.
- En cuarto lugar, la validación como retroalimentación cuando el consultante busca entender su propio comportamiento y comprender el comportamiento en general.
- Por último, la validación para fortalecer la relación terapéutica cuando el consultante tiene la sensación de ser comprendido por el terapeuta (Linehan, 1997).

Un elemento más que refleja la interdisciplinariedad de la TDC, es que en su argumentación incorpora elementos filosóficos muy importantes. No se limita a una respuesta pragmática para la mejoría de los síntomas ligados a la desregulación emocional y la superación de los problemas en el proceso de psicoterapia con la impresión del consultante de ser invalidado y no aceptado por el terapeuta. La TDC incorpora reflexiones filosóficas en su forma de implementar las estrategias terapéuticas, y retoma el concepto de *dialéctica* de la filosofía hegeliana, que es el proceso por el cual un fenómeno es transformado. Este proceso involucra tres etapas: la presentación de una tesis, la negación de dicha

tesis con una antítesis, y la negación de la negación mediante una síntesis. Este proceso se repite de manera infinita (Linehan & Schmidt, 1995). La noción de dialéctica en la TDC permea la manera en la cual se considera la evolución del tratamiento del consultante, es decir, de la tensión entre el énfasis al cambio y el de la aceptación radical del consultante en el momento (Linehan & Dexter-Mazza, 2008). Además, la TDC retoma el concepto de síntesis e integración propios del método dialéctico (Lindenboim, Chapman & Linehan, 2007). La síntesis y la integración se vinculan con el principio de cambio continuo. El cambio, cualquiera que fuere, es producto de la síntesis de la tesis y la antítesis.

Otro elemento filosófico de la TDC es la noción de *realidad* desde la perspectiva hegeliana, que está compuesta de partes interrelacionadas que deben ser vistas como un sistema global, el cual no puede ser explicado sin acudir a sus partes constituyentes. El sistema y sus elementos están en constante cambio. Estos principios ontológicos de totalidad e interrelación permiten la conceptualización sistémica y contextual del comportamiento. La TDC trata a todo el consultante, y no solo a la enfermedad o al síntoma reportado. Otro elemento integrante de la realidad es el cambio constante en respuesta a la tensión que existe entre polos opuestos (Lindenboim, Chapman & Linehan, 2007).

Como se mencionó con anterioridad, el fortalecimiento del sistema emocional y su capacidad regulatoria de las respuestas emocionales es un objetivo claro del tratamiento en la TDC, pero esto debe ser atendido desde la perspectiva de totalidad e interrelación. El sistema de regulación emocional debe ser visto y tratado en conjunto con otros elementos que participan en la actuación, sensación y pensamiento del consultante (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006).

La dialéctica se expresa en la psicoterapia en la tensión entre la aceptación y el cambio. Si se centra solo en el cambio cognitivo o conductual, el consultante se siente invalidado en sus respuestas, pensamientos y emociones. Si la terapia se centra en la aceptación pura, se invalida la necesidad del consultante de mejorar sus condiciones de vida. En la dialéctica, el énfasis en el cambio atrae la aceptación,

y el énfasis en la aceptación atrae el cambio, resultando un modelo de atención que activamente integra estrategias de aceptación y de cambio, simultáneamente (Lindenboim, Chapman & Linehan, 2007). Los principios dialécticos se expresan a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico en la TDC, y permite un ir y venir constante en la psicoterapia (Linehan & Dexter-Mazza, 2008).

También la TDC incorpora la dialéctica como persuasión. El cambio en el consultante es resultado de la persuasión y por el uso de las oposiciones inherentes en la relación terapéutica. En el diálogo, tanto el consultante como el terapeuta pueden encontrar nuevos significados, acercarse a la esencia de las cosas de manera conjunta. Las preguntas en la psicoterapia son para ambos participantes del diálogo, no solo para el consultante. El punto básico es no aceptar la existencia de una verdad absoluta e incuestionable. Los conocimientos del psicoterapeuta no son verdades absolutas de las cuales el consultante deba estar convencido al final del proceso o de la sesión (Linehan & Dexter-Mazza, 2008).

Por último, el factor ambiental, que consiste en una invalidación del entorno inmediato caracterizado por un déficit en el apoyo necesario para ayudar a la regulación de las emociones (Lindenboim, Chapman, & Linehan, 2007). La TDC incorpora los aspectos del entorno en la comprensión del problema de los consultantes de TLP y múltiples intentos suicidas. La TDC considera que el entorno inhibe el uso de estrategias comportamentales efectivas, y eventualmente refuerza los comportamientos no efectivos típicos de la personalidad límite (Linehan et al., 1994), lo que provoca el uso de estrategias no eficaces y genera más problemas interpersonales. Como ya se mencionó, las relaciones interpersonales, en particular las familiares inestables y conflictivas, son un factor de riesgo para las conductas suicidas.

La falta de regulación emocional típica en los pacientes con múltiples intentos suicidas y TLP requiere un entorno propicio para ello. Este último es definido como aquel en el cual su tendencia es negar, castigar y responder errática e inapropiadamente a experiencias personales,

de manera independiente a la validez de comportamiento observado por el actor. Esta descalificación es resultado de atribuir características socialmente no aceptables al comportamiento del sujeto; se considera que este sobrerreacciona o sobreactúa, es incapaz de observar las cosas de manera realista, no tiene motivación suficiente para hacer las cosas, muestra tendencias a manipular a los demás, falta de disciplina personal o de voluntad, no tiene un visión optimista o positiva de las cosas (Linehan & Dexter-Mazza, 2008). Este entorno puede estar en las relaciones familiares, escolares o laborales; si bien en la mayoría de los estudios realizados en sujetos con conductas suicidas, las relaciones familiares son en las que se encarnan estas características del entorno invalidante. En específico, un entorno invalidante es aquel que rodea a las experiencias de abuso sexual en la infancia y la adolescencia (Linehan & Dexter-Mazza, 2008).

Las relaciones invalidantes tienen tres características básicas. Primero, de manera indiscriminada rechazan la comunicación de experiencias personales y comportamientos autodirigidos; segundo, puede castigar la expresión emocional, y de manera intermitente refuerza la expresiones emocionales sumamente intensas, por lo común negativas; por último, puede simplificar la solución de problemas y el alcanzar los objetivos de un individuo, si se considera que la falta de éxito es atribuible a la falta de voluntad, empeño o disciplina del individuo, y no por una multiplicidad de elementos (Linehan & Dexter-Mazza, 2008).

De manera operativa, la TDC tiene cuatro objetivos terapéuticos en la atención a personas con conductas suicidas: la reducción de los comportamientos suicidas; la reducción de los comportamientos que interfieren en el tratamiento; la reducción de comportamientos que interfieren en la calidad de vida del consultante (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991) y, por último, reemplazar estos comportamientos por habilidades interpersonales, de regulación emocional, de tolerancia al estrés agudo y respuestas comportamentales seleccionadas estratégicamente (Linehan, Heard & Armstrong, 1993; Linehan et al., 1994).

La TDC combina sesiones de psicoterapia individual, sesiones grupales psicoeducativas para el entrenamiento de estrategias adecuadas, y llamadas telefónicas al terapeuta en caso de crisis. La psicoterapia individual se enfoca en lo primordial en aspectos motivacionales, que incluyen la motivación para seguir vivo y permanecer en tratamiento, y en segunda instancia se enfoca en una agenda semanal determinada por el comportamiento reportado por el consultante en la sesión anterior, siendo por lo general los comportamientos más importantes en el aquí y el ahora para este. El grupo psicoeducativo enseña estrategias de autorregulación, habilidades interpersonales y de regulación emocional, estrategias de aceptación al estrés y la frustración, así como estrategias de concentración. Se fomenta el uso de llamadas de emergencia al terapeuta ante la aparición de impulsos a realizar conductas riesgosas para la vida y la calidad de vida del consultante (Linehan et al., 1994).

Además de la atención clínica y psicoeducativa para el consultante propuesta por Marsha Linehan en sus diferentes trabajos, otros autores han incorporado la supervisión semanal del caso para el terapeuta como una parte importante del modelo de atención propuesto por la TDC (Verheul et al., 2003).

En conjunto, lo anterior implica que la TDC tiene una visión interdisciplinaria de la atención a las conductas suicidas en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Retoma elementos de la filosofía hegeliana sobre la dialéctica, la realidad, el cambio, la totalidad y la interrelación; recupera las nociones de aceptación y validación de la psicoterapia de Carl Rogers y la filosofía Zen; incorpora conocimientos de las neurociencias sobre los problemas de regulación emocional de los consultantes, y los afronta con el desarrollo de habilidades de *mindfulness*. El entorno es considerado como un factor importante en la psicoterapia, ya que valida o invalida, refuerza o rechaza ciertos comportamientos de los consultantes, para lo cual reconoce la importancia de orientar a las personas más importantes para el consultante.

Todo ello lo hace comprensiva e integradoramente en un modelo psicoterapéutico.

CONCLUSIONES

La conducta suicida está asociada a un gran número de factores de riesgo, que impone al terapeuta un reto en la atención de este tipo de consultante. La comprensión y la atención de las conductas suicidas implican la capacidad de integración del conocimiento de diversas disciplinas y teorías psicológicas de manera comprensiva. La terapia dialéctica comportamental es un modelo psicoterapéutico desarrollado desde la interdisciplinariedad para la atención de consultantes con múltiples intentos de suicidio y trastorno límite de la personalidad. En este modelo se integran dimensiones biológicas, psicológicas y sociales para entender el comportamiento suicida, y en el tratamiento incorpora estas mismas dimensiones, además de integrar en un marco de trabajo elementos de filosofía hegeliana y Zen, técnicas psicoterapéuticas cognitivas, conductuales, humanistas y de *mindfulness* para la atención del consultante.

REFERENCIAS

- Beautrais, A. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436.
- Becker, E., Strohbach, D. & Rinck, M. (1999). A specific attentional bias in suicide attempters. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 187(12), 730-735.
- Bennett, S., Coggan, C., Hooper, R., Lovell, C. & Adams, P. (2002). Presentation by youth to Auckland Emergency Departments following a suicide attempt. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 144-153.

- Borges, G., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425.
- Borges, G., Orozco, M., Benjet, C. & Medina, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Bremner, J.D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Nazeer, A., Adil, J., Khan, S., Staib, L.H. & Charney, D.S. (2002). Reduced volume of orbito-frontal cortex in major depression. *Biological Psychiatry*, 51(4), 273-279.
- Cahn, B.R. & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211.
- Campo, G., Roa, A., Pérez, A., Salazar, O., Piragauta, C., López, L. & Ramírez, C. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia. *Médica*, 34 (1), 9-16.
- Carver, C.S., Johnson, S.L. & Joorman, J. (2008). Serotonergic function, two models of self regulation, and vulnerability to depression: what depression has in common with impulsive aggression. *Psychological Bulletin*, 134(6), 912-943.
- Chapman A.L., Specht, M.W. & Cellucci, T. (2005). Factors associated with suicide attempts in female inmates: the hegemony of hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 558-569.
- Christiansen, E. & Jensen, B.F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257-265.
- Christoffersen, M.N., Poulsen, H.D. & Nielsen, A. (2003). Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(5), 350-358.

- Corcoran, P., Keeley, H.S., O'Sullivan, M. & Perry, I.J. (2004). The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. *European Journal of Public Health, 14*(1), 19-23.
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I. & Jones, M. (2006). Risk and protective factor medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 87-96.
- Escriba, P.V., Ozaita, A. & García, J.A. (2004). Increased mRNA expression of $\alpha 2a$ -adrenoceptors, serotonin receptors and μ -opioid receptors in the brains of suicide victims. *Neuropsychopharmacology, 29*, 1512-1521.
- Fergusson, L., Woodward, J. & Horwood, J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine, 30*(1), 23-39.
- Forman, E.M., Berk, M.S., Henriques, G.R., Brown, G.K. & Beck, A. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 161*(3), 437-443.
- Fortuna, L.R., Perez, D.J., Canino, G., Sribney, W. & Alegria, M. (2007). Prevalence and correlates of Lifetime suicidal ideation and attempts among Latino Subgroups in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(44), 572-581.
- Fortune, S., Seymour, F. & Lambie, I. (2005). Suicide behavior in a clinical sample of children and adolescents in New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology, 34*(3), 164-171.
- García de Alba, J.E., Quintanilla, R., Sánchez, L.M., Morfín, T. & Cruz, J.I. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología, 20*(2), 167-179.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M.A. & Wagner, F.A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema, 15*(4), 524-532.

- González-Fortaleza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, M., Facio-Flores, D. & Medina-Mora, M.E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública México*, 40(5), 430-437.
- Grunebaum, M.F., Keilp, J., Li, S., Ellis, S.P., Burke, A.K., Oquendo, M.A. & Mann, J. (2005). Symptom components of standard depression scales and past suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 87(1), 73-82.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnel, D., Hazell, P., van Heeringen, K., Housem A., Owens, D., Sakinofsky, I. & Träskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ*, 317(7156), 441-447.
- Hawton, K., Haw, C., Houston, K. & Towsend, E. (2002). Family history of suicidal behavior: prevalence and significance in deliberate self-harm patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 387-393.
- Hawton, K. & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Hawton, K., Zahl, D. & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal Psychiatry*, 182(6), 537-542.
- Herrera, A., Dahlblom, K., Dahlgren, L. & Kullgren, G. (2006). Pathways to suicidal behavior among adolescent girls in Nicaragua. *Social Science & Medicine*, 62(4), 805-814.
- Jiménez, A., Senties, H. & Ortega, H.A. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental*, 5(20), 36-41.
- Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., Castelnaud, D., Malafosse, A. & Courtet, P. (2005). Impaired decision making in suicide attempters. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 304-310.

- Jollant, F., Guillaume, S., Jausse, I., Castelnaud, D., Malafosse, A. & Courtet, P. (2007). Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 59-62.
- Kashani, J., Suarez, L., Luchene, L. & Reid, J. (1998). Family characteristics and behavior problems of suicidal and non-suicidal children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 29(2), 157-168.
- Keilp, J., Sackeim, H., Brodsky, B., Oquendo, M., Malone, K. & Mann, J. (2001). Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 735-741.
- Krasnegor, N.A., Lyon, G.R. & Goldman-Rakic, P.S. (1997). *Development of the prefrontal cortex: evolution, neurobiology and behavior*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Krug, E., Dahlberg, L. & Mercy, J. (2003). *La violencia autoinflingida*. En *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 199-225). Washington: OPS.
- Lai, K.W. & McBride-Chang, C. (2001). Suicidal ideation, parenting style and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 36(2), 81-87.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 7(3), 62-67.
- Lee, M., Wong, B. & Chow, B. (2006). Predictor of suicide ideation and depression en Hong Kong in adolescents: perceptions of academic and family climates. *Suicide life-threatening behavior*, 36(1), 82-96.
- Lindenboim, N., Chapman, A.L. & Linehan, M.M. (2007). Borderline personality disorder. En N. Kazantzis & L. L'Abate (Eds.), *Handbook of homework assignments in psychotherapy* (pp. 227-245). Nueva York: Springer.

- Lindström, M.B., Ryding, E., Bosson, P., Ahnlide, J.A., Rosén, I. & Träskman-Bendz, L. (2004). Impulsivity related to brain serotonin transporter binding capacity in suicide attempters. *European Neuropsychopharmacology*, 14 (4), 295-300.
- Linehan, M.M. (1997). Validation and Psychotherapy. En A. Bohart & L. Greenber (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (págs. 353-392). Washington: American Psychological Association.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *The Archive of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M.M., Heard, H.L. & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *The Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L. & Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 151 (12), 1771-1776.
- Linehan, M.M. & Schmidt, H. (1995). The dialectics of effective treatment of borderline personality disorder. En W.T. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 553-584). Washington, DC: American Psychological Association.
- Linehan, M.M., Bohus, M. & Lynch, T.R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581-605). Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. & Dexter-Mazza, E. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 365-420). Nueva York: Guilford Press.

- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R. & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behavior. *Nature Reviews Neurosciences*, 4(10), 819-828.
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G. & Malone, K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. & Hendin, H. (2005a). Suicide prevention strategies. A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.
- Mann, J., Bortinger, J., Finlay, C., Oquendo, M., Currier, D., Li S. & Brent, D. (2005b). Family history of suicidal behavior and mood disorder probands with mood disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1672-1679.
- Mañas Mañas, I. (2002). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, No.40, 26-34.
- McDermut W., Miller I., Solomon D., Ryan C. & Keitner G. (2001). Family functioning and suicidality in depressed adults. *Comprehensive Psychiatry*, 12(2), 96-104.
- McGirr, A., Diaconu, G., Berlim, M.TY., Pruessner, J.C., Sablé, R., Cabort, S. & Turecki, G. (2010). Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and executive functions in individuals at risk for suicide. *Journal of Psychiatry Neurosciences*, 5(6), 399-408.

- Murphy, G.E. (2001). Psychiatric aspects of suicidal behavior: Substance abuse (pp. 135-146). En K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graff, R., Florescu, S., Gureje, O.O., Haro, J.M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E.G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M.C. & Williams, D.R. (2009). Cross National Analysis of the Associations among mental Disorders and suicidal behaviors: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 6(8) e1000123. doi:10.1371/journal.pmed.1000123. 17p.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Mental health gap action programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Ginebra: OMS.
- OMS (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Ginebra: OMS.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G.D., Serra, G., Girardi, P., Janiri, L., Tatarelli, R., Sher, L. & Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(4), 1392-1431.
- Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P.B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360(9340), 1126-1130.
- Reynolds, P. & Eaton, P. (1986). Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31(4), 328-330.
- Rossow, I., Grøholt, B. & Wichstrøm, L. (2005). Intoxicants and suicidal behavior among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002. *Addiction*, 100 (1), 79-85.

- Rossow, I., Romelsjö, A. & Leifman, H. (1999). Alcohol abuse and suicidal behavior in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction*, 94(8): 1199-1207.
- Ruangkanchanasetr S., Plitponkarnpim A., Hetrakul, P. & Kongsakon R. (2005). Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *The Journal of Adolescent Health*, 36(3), 227-235.
- Sánchez, L.M., Martínez, E.S. & Ramos, J. (2013). Influence of emotions on executive functions in suicide attempters. *Suicidology Online*, 4, 42-55.
- Sánchez-Loyo, L.M., García de Alba, J.E. & Quintanilla, R. (en prensa). *Características sociodemográficas y psicopatológicas de pacientes con intento de suicidio en Guadalajara, México. Psicología y Salud*.
- Secretaría de Salud (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud.
- Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(1), 13-22.
- Spirito A., Brown L., Overholser J. & Fritz G. (1989). Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(3); 335-363.
- Stein, D., Apter, A., Ratzoni, G., Har-Even, D. & Avidan, G. (1998). Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(5), 488-494.
- Sunnqvist, C., Westrin, A. & Träskman-Bendz, L. (2008). Suicide attempters: biological stressmarkers and adverse life events. *European Archives of Psychiatry on Clinical Neurosciences*, 258(8), 456-462.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K. & Lönnquist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow up study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562-563.

- Swift, W., Copeland, J. & Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. *Addiction*, 91(8), 1141-1150.
- Tomori M., Kienhorst M., Wilde E. & Van den Bout, J. (2001). Suicidal behavior and family factors among deutch and slovenian high school students: a comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 198-203.
- Träskman-Bendz, L., Asberg, M., Bertilsson, L. & Thoren, P. (1984). CSF monoamina metabolites of depressed patients during illness and after recovery. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69(4), 333-342.
- Träskman-Bendz, L. & Westrin, A. (2001). Stress and suicidal behavior. En K. van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 40-53). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Vajda, J. & Steinbeck, K. (2000). Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3) 437-445.
- Valadez Figueroa, I., Amezcua Fernández, R., Quintanilla Montoya, R. & González Gallegos, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos de Medicina Familiar*, 7(3), 69-78.
- Van Heeringen, K. (2001). Towards a psychobiological model of the suicidal process. En K. van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 136-159). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Van Praag, H. (2001). About the biological interface between psycho-traumatic experiences and affective dysregulation. En K. van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 54-55). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

- Verheul, R., Van Den Bosch, L.M., Koeter, M.W., De Ridder, M.A., Stijnen, T. & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140.
- Virkkunen, M., Goldman, D., Nielsen, D.A. & Linnoila, M. (1995). Low brain serotonin turnover rate (low CSF 5-HIAA) and impulsive violence. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 20(4), 271-275.
- Wagner, B.M. (1997) Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2), 246-298.
- Wagner B.M. & Cohen P. (1994). Adolescent sibling differences in suicidal symptoms: The role of parent-child relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(3) 321-337.
- Wagner, B.M., Cole, R.E. & Schwartzman, P. (1995). Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide Life Threatening Behavior*, 25(3), 358-372.
- Wagner, B.M., Silverman, M.A. & Martin C. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1171-1191.
- Watson, H.E., Kershaw, P.W. & Davies, J.B. (1991). Alcohol problems among women in a general hospital ward. *British Journal of Addiction*, 86(7), 889-894.
- Welch, S.S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 52(3), 368-375.
- Williams, J.M. & Pollock, L.R. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. En K. van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 76-93). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

- Wojnar, M., Ilgen, M.A., Czyz, E., Strobbe, S., Klimkiewicz, A., Jakubczyk, A., Glass, J. & Brower, K.J. (2009). Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, *115*(1), 131-139.
- Wunderlinch, U., Bronisch, T., Wittchen, H.U. & Carter, R. (2001). Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*(5), 332-339.
- Yang, M-S. & Yang, M-J. (2000). Correlated risk factors for suicidal ideation in aboriginal southern Taiwanese women of childbearing age. *Public Health*, *114*(4), 291-294.
- Yang, B. & Clum, G.A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: a review. *Clinical Psychological Reviews*, *16*(3), 177-195.
- Zahl, D.L. & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 70-75.
- Zayas, L.H. & Pilat, A.M. (2008). Suicidal behavior in Latinas: Explanatory cultural factors and implications for intervention. *Suicide Life Threatening Behavior*, *38*(3), 334-342.
- Zayas, L.H., Lester, R.J., Cabassa, L.J. & Fortuna, L.R. (2005). Why do so many latina teens attempt suicide? A conceptual model for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75*(2), 275-287.

Enfoques psicoterapéuticos en diálogo

MARINA AYO BALANDRANO

Resumen: *este texto se enfoca en la necesidad que tienen los psicoterapeutas de ampliar su comprensión para dar cabida a puntos de vista diferentes de aquellos en los cuales fueron formados. El escrito aborda la necesidad de diálogo entre distintos enfoques para lograr un entendimiento más profundo de la problemática expresada por el consultante, y así propiciar un mayor bienestar para este y una mejoría en su calidad de vida. También se busca establecer algunos criterios básicos que diferencien esta perspectiva de la simple adquisición de “técnicas” o ejercicios que se empalman de manera superficial y a veces hasta antagónica. Por el contrario, a través de este diálogo, la intención es alcanzar la pertinencia y coherencia con una visión fundamental del ser humano en su naturaleza, bienestar y felicidad.*

Palabras clave: *psicoterapia, bienestar, diálogo, consultante, maduración, proceso.*

Abstract: *this text focuses on psychotherapist’s need to broaden their understanding in order to make room for points of view that differ from those in which they were formed. The chapter addresses the need for dialogue among different approaches in order to achieve deeper understanding of the issues expressed by clients, and thus provide them with greater wellbeing and an improved quality of life. It also seeks to establish certain basic criteria that distinguish this approach from the mere acquisition of “techniques” or exercises that coincide superficially and sometimes even clash. On the other hand, through dialogue, the intention is to achieve relevance and coherence with a fundamental vision of human beings in their nature, wellbeing and happiness.*

Key words: *psychotherapy, wellbeing, dialogue, client, maturation, process.*

Hay una perspectiva que se está abriendo camino entre los psicoterapeutas, e implica la necesidad de ampliar nuestra comprensión para dar cabida a puntos de vista diferentes de aquellos en los cuales fuimos formados.

Este artículo pretende abordar la necesidad de diálogo entre distintos enfoques para lograr una comprensión más profunda de la problemática expresada por el consultante, y de esa manera propiciar que mejore su calidad de vida.

También busca establecer algunos criterios básicos que distingan esta perspectiva de la simple adquisición de “técnicas” o ejercicios que se empalman unos sobre otros de manera superficial y a veces hasta antagónica. Por el contrario, a través de este diálogo buscamos la pertinencia y coherencia con una visión fundamental del ser humano en su naturaleza, bienestar y felicidad.

Para ello, es importante definir con claridad el concepto de *calidad de vida*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) —en su grupo World Health Organization (WHO) 1997— la ha definido como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”.

Entonces, el objetivo general de la psicoterapia sería propiciar las condiciones que permitan y faciliten los procesos de maduración inherentes al desarrollo óptimo del ser humano. Desde esta perspectiva, necesitamos una comprensión profunda de lo que impide o dificulta dichos procesos y, aún mejor, lo que los favorece.

Así, habremos de revisar no solo la enfermedad y su etiología sino la salud, como lo propuso Abraham Maslow (1998) al estudiar lo que nombró como personas “autorrealizadas”, para lograr eventualmente una “sociedad sana”.

Maslow (1998, pp. 17-19) afirma que las tendencias naturales hacia el desarrollo son percibidas como malas y perversas, o cuando menos vistas con profunda desconfianza producto de la ignorancia.

Las personas autorrealizadoras aparecen como raras, independientes de la cultura y el entorno dominante, y fundamentan su vida más en experiencias y juicios propios; se muestran inconformes, con sentido del humor, intensas, con buena aceptación de sí mismas y de los demás como son y no como “deberían ser”, entre otras características.

Hasta hace pocos años, debido en parte a esta desconfianza o desinterés, había poca investigación de lo que nos lleva hacia la plenitud y el desarrollo. Es decir, según este autor, como psicoterapeutas ponemos más atención en la cura de la deficiencia que en el apoyo al bienestar; directriz que con los años se ha ido revirtiendo, como podemos aseverar con la definición de calidad de vida ofrecida por la OMS.

Hoy, muchos psicoterapeutas estamos en el camino de descubrir y ampliar horizontes. Además de nuestra orientación fundamental, de algún modo reconocemos que, de acuerdo tanto del consultante como de su problemática, se manifiesta la necesidad de ampliar nuestra visión básica, sumando conocimientos de otras perspectivas filosóficas, religiosas, antropológicas, sociológicas, políticas, culturales, lingüísticas, etcétera.

De igual manera, esto puede decirse sobre las diferentes corrientes terapéuticas. Necesitamos ampliar nuestras perspectivas, sumar conocimientos, admitir que no existe una visión única y totalmente verdadera en el abordaje tanto del malestar como del bienestar de la persona. Ello, sin perder ciertos principios esenciales respecto del ser humano, y lo que consideramos el bien individual, familiar y social.

La característica fundamental de los enfoques a los que haré referencia es el interés en la individualidad del consultante y la comprensión de su fenomenología experiencial. Es decir, no todas las visiones psicoterapéuticas pueden conformarse en una perspectiva coherente, dado que hay principios básicos que tendríamos que respetar, como orientadores fundamentales de nuestro quehacer.

En mi práctica concreta, me inclino por las orientaciones que se interesan por la experiencia fenomenológica del consultante, y son fundamentalmente dialogales.

Paul Wachtel (2008) distingue dos modelos generales entre las psicoterapias basadas en una perspectiva de “dos personas en diálogo”, o de las que llama de “una sola persona”.

Señala que los modelos de “una persona”, tanto epistemológica como técnicamente, se basan en la convicción de que hay algo “dentro” del consultante que existe de manera independiente al observador, y que además puede ser observado por él mismo. Buscan la “objetividad” y distancia del terapeuta, de tal manera que la experiencia del consultante se mantenga pura y sin contaminar.

Desde los modelos “dos personas en diálogo”, agrega Wachtel, se argumenta que en principio no podemos observar la estructura psicológica o las experiencias del otro de forma objetiva, y las separamos del contexto relacional en el que tenemos acceso a ellas.

Así, de inicio nuestra posición tanto epistemológica como técnica tendrá que responder a este cuestionamiento, y de esta respuesta derivan una serie de caminos que habremos —o no— de tomar en nuestra práctica.

Aunado a esto, la visión de Ken Wilber (1985) abre vías para ampliar la discusión desde otra perspectiva, quien propone que los diferentes enfoques terapéuticos se interesan y acceden a diversos niveles del espectro de la conciencia, y responden a la pregunta que se hace la persona: ¿quién soy?

La amplitud o estrechez de la respuesta nos da el sentimiento de identidad, y la persona traza una demarcación entre lo propio y lo ajeno. Cuanto más amplía la conciencia de lo que la persona considera su ser, la línea demarcatoria entre lo personal y lo extraño se moviliza, y en consecuencia también la zona de conflicto.

A modo de ejemplos, las perspectivas más místicas o los enfoques existenciales, como la logoterapia y los propuestos por las orientaciones junguianas, aportan respuestas cuando la línea divisoria está entre el organismo total y la conciencia de unidad.

Esto suele suceder cuando el consultante se acerca a la psicoterapia para enfrentar pérdidas, duelos, o con personas de edad avanzada cu-

yos asuntos se refieran más al significado de la vida y al enfrentamiento con la enfermedad, el deterioro o la muerte.

Estos enfoques, conocidos como existenciales o traspersonales, tienen interés en asuntos que pertenecen a la condición humana y “se centra[n] en problemáticas que tienen sus raíces en la existencia” (Yalom, 2004, p.12). Se interesan principalmente en asuntos diferentes de la resolución de problemas prácticos y cotidianos.

Solo por citar algún otro, Carl Jung, en *Recuerdos, sueños, pensamientos*, autobiografía en la que nos comparte, además de sus vicisitudes, su pensamiento y forma de acompañar el proceso de individuación de sus consultantes, nos ofrece este legado:

He visto con mucha frecuencia que los hombres se vuelven neuróticos cuando se conforman con respuestas insatisfactorias o falsas a las cuestiones de la vida [...] Tales hombres se sumen las más de las veces en una excesiva estrechez espiritual. Su vida no tiene contenido satisfactorio alguno, ningún sentido. Cuando pueden desarrollar una más amplia personalidad deja de existir la neurosis en la mayoría de los casos. Es por ello que para mí, desde el principio fueron de suma importancia las ideas del desarrollo (1964, pp. 150-151).

El interés y la propuesta de orientaciones más cognitivas se encuentran, desde mi entender, en el desarrollo de habilidades sociales, el remedio para fobias o las perturbaciones del pensamiento, tales como ideas erróneas o irracionales, obsesivas, pensamiento mágico, etcétera.

Albert Ellis y Eliot Abrahms, dicen:

La TRE¹ puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiados, en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que, por una parte,

1. Terapia racional emotiva.

es amplio y múltiple; es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante, y por otra, es, asimismo una terapia filosófica y teórica que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos que parecen ser la base de actos contraproducentes (1980, p.3).

Aquí la línea divisoria estaría dentro de la propia persona, entre sus pensamientos, emociones y comportamientos. A nivel persona, diría Wilber (1985, p.14)

El enfoque rogeriano, por otro lado, con su visión más relacional, tiene y explicita claramente una base actitudinal para crear el ambiente de seguridad psicológica que permita al consultante expresar su problemática, e irla comprendiendo en sus implicaciones personales e interpersonales, laborales e inclusive sociales. Wilber (1985) la ubica cuando la línea divisoria está entre organismo total y medio.

Sin embargo, esto de ninguna manera implica que si se maneja determinado enfoque solo puede accederse a ciertas problemáticas. Lo que intento mostrar es que al incluir en nuestra visión diferentes perspectivas, con bases epistemológicas y valores comunes, o cuando menos no contrapuestos, tendremos una representación más amplia de la experiencia vivida por el consultante, su entorno y, por supuesto, lo que detiene, restringe o impide su bienestar.

Estamos en la búsqueda de generar respuestas a la situación vital del consultante expresada al comienzo del proceso terapéutico por la propia persona como motivo de consulta, y luego problematizando, profundizando, ampliando, enriqueciendo ese motivo con la visión comprehensiva del terapeuta y del diálogo entre ambos.

Así, las respuestas se van construyendo en la interacción y el diálogo entre el terapeuta y el consultante; muchas veces, producto creativo y novedoso que no existía antes en ninguno de los dos participantes y que supera la mera suma de la experiencia particular de ambos.

Comparto aquí mi experiencia en el consultorio de psicoterapia, y cómo a lo largo de los años he venido integrando más y más visiones,

formas, conceptos, y técnicas. Sin embargo, todo esto, que pudieran ser solo “recortes”, se consolida bajo una visión fundamental de ser humano y lo que para este significa bienestar, desarrollo, y crecimiento.

Y, permítanme explicitar esto, nuevamente desde mi comprensión de la perspectiva general de Abraham Maslow (1994): todo ser humano aspira a realizar su potencial completo mediante la actualización de sus aptitudes y capacidades para alcanzar una sensación de plenitud.

En este afán, algunas veces equivoca el camino y termina viviendo con tribulación, dolor e infelicidad. Sin embargo, aun en la conducta más disfuncional, hay una intención positiva de lograr el bien o evitar lo que percibe como mayor sufrimiento.

Desde este punto de vista, todo lo que contribuye a mejorar la comprensión del mismo terapeuta como persona y del consultante, es bienvenido. No es fácil, desde esta perspectiva, estar segura de casi nada.

La enorme ventaja de tener una posición pre-establecida es la seguridad. Ver a través de un único prisma da la posibilidad de pretender saber lo que le sucede al otro y cómo poder explicárselo, y eventualmente remediarlo.

Así, podemos sentir cuando menos el cobijo de una teoría hermenéutica. Este refugio algunas veces cobra el precio, al restringir nuestra visión y capacidad terapéutica. Algunos hemos preferido correr el riesgo de la inseguridad, al pretender ampliar nuestra visión y, al mismo tiempo, basarnos en principios que me parecen suficientemente fundamentales y esenciales.

Las metodologías más orientadas al trabajo con el organismo y las más orientadas a trabajar con la relación entre organismo y entorno tienen sus fortalezas y debilidades, y su uso depende muchas veces de lo accesibles que nos resultan en la práctica de acuerdo a las características peculiares de cada facilitador y de acuerdo a las características de cada paciente [...] Lo que importa en un enfoque terapéutico es que tanto su metodología como su teoría tengan coherencia con la filosofía que les sustenta (Muñoz, 2012, p.77).

Es decir, pasar de la inseguridad a la curiosidad, a la indagación, a la búsqueda. ¿Cómo comprendo y advierto este fenómeno específico que este consultante trae a la sesión terapéutica? Y a partir de ello, cuál o cuáles teorías, autores, disciplinas, explican o se acercan a esa dimensión de la experiencia de esa persona única.

Así, con base en el diálogo y la interacción consultante / terapeuta, construimos una experiencia tal que ilumine, exponga o denuncie algo no suficientemente conocido o reconocido, que en el mejor de los casos aporte al logro de una mejor calidad de vida del consultante. Por tanto, estaríamos hablando de una postura terapéutica de “dos personas en diálogo”, diría Watchel (2008)

La psicoterapia Gestalt, aunque no es la única, provee la postura filosófica, actitudinal, teórica y técnica que brinda ese marco hermenéutico.

Propone la seguridad / inseguridad como un balance dinámico entre lo que se sabe y lo que se ignora o esconde; entre qué observar, privilegiar y expresar, y qué dejar en el fondo; qué y cuáles intervenciones son deseables, y cuáles entorpecen o dificultan el proceso de lograr que el consultante se convierta en lo que está siendo, más que en lo que “debe” o “desea” ser.

Explica al ser humano, desde una visión teórico / práctica, y sobre todo fenomenológica y dialógica, su crecimiento así como su disfunción y deterioro. Permite reconocer el proceso de maduración como el resultado cambiante y creativo de la interacción organismo-medio ambiente en el aquí y ahora, entre el tú y el yo... haciendo lo mejor que puede en este momento para vivir con el mayor bienestar posible.

Y, sobre todo, propicia el contacto profundo con la experiencia del otro en el aquí y ahora en relación con el propio terapeuta, quien pasa de ser un observador distante y objetivo, a un participante interesado que privilegia la experiencia de encuentro, al atender la ampliación del darse cuenta del consultante.

Dada la posición dialogal² y fenomenológica,³ lo que sucede en el consultorio es lo que permite ampliar la visión y los recursos del consultante en su búsqueda de una mejor calidad de vida.

Como es una visión interrelacional, el propio terapeuta se confronta, modifica y enriquece con cada consultante, lo que convierte la sesión terapéutica en un ensayo de una relación más horizontal y equilibrada, que eventualmente apoya el proceso de maduración e individuación.

Lynne Jacobs nos habla de la participación del terapeuta en los relatos de los consultantes:

Como terapeutas, participamos en los relatos de los pacientes. Nuestra participación, que es una combinación de atestigüamientos, llamado y respuesta, ayuda a afinar, ampliar y entender la esencia de los relatos, cambiar nuestras historias como ellos cambian las suyas, todo esto ayuda a nuestros pacientes a aumentar su flexibilidad y su resiliencia, a relajar sus relatos y complejizarlos. Entre más complejas se vuelven sus historias, mayor será la consecuente riqueza emocional (2012, p.99).

Y en esos relatos compartidos con el terapeuta que escucha, intenta comprender, confronta en su caso las inconsistencias, acompaña en los recuerdos, nos encontramos con historias en apariencia olvidadas, o a las que no se les otorga importancia y marcan el presente porque no han sido asimiladas, y permanecen como cuerpos extraños en la psique del consultante.

Y casi siempre nos encontramos con este tema que en los últimos años ha despertado mucho interés: los sentimientos de vergüenza que permanecen como “telón de fondo” en la visión que el consultante tiene de sí mismo: las experiencias percibidas humillantes o los anhelos

2. Hablo de *dialogal* al referirme a la secuencia con dos o más interlocutores. Ir más allá del diálogo dialéctico, para llegar a una más auténtica comprensión del otro y un enriquecimiento mutuo.

3. Método que estudia al fenómeno en sí mismo, al distinguirlo de su explicación *a priori*. Intentar distinguir los contenidos de la conciencia del fenómeno mismo.

tempranos estigmatizados como incorrectos y que son semilleros de sentimientos y percepciones de un sí mismo inadecuado.

El terapeuta puede apoyar a la revisión y asimilación de los eventos desencadenantes de las reacciones de vergüenza, que son muchas veces la base de detenciones en el proceso de maduración del consultante.

Establecer en el encuentro terapéutico una relación dialogal, y lo más horizontal posible, evita aumentar los sentimientos de inadecuación y vergüenza, y propicia la actualización de la percepción que el consultante tiene de sí mismo y de su entorno.

En resumen, comprender la complejidad propia y del otro requiere una constante ampliación de los límites del propio terapeuta que se enfrenta a la inseguridad que concurre al no tener ni desear una respuesta preestablecida.

Por supuesto, cuanto más novato el terapeuta, mayor la tendencia a simplificar las experiencias propias y ajenas. Es cuando la terapia y la supervisión adquieren una importancia fundamental que profundiza y complejiza la interacción.

Al paso de los años, comprendemos que terapia y supervisión serán nuestras constantes compañeras mientras tengamos la vocación de acompañar al otro. Terapia y supervisión nos ayudan a contactar con el otro y a distinguir lo propio de lo que el consultante nos comparte.

Así, nos damos cuenta precisamente que cada persona que se acerca a buscar acompañamiento terapéutico viene con un universo de experiencias, anhelos y con ciertas demandas, ya sea abiertas o encubiertas, que espera satisfacer en el proceso.

Lo primero y más básico, para lo que el enfoque rogeriano ha hecho grandes aportaciones, es aprender a escuchar. Aprender a permanecer callados, no solo de la boca sino de la mente, para que podamos siquiera saber un poco qué es lo que el otro experimenta. Escuchar para comprender, diría Salvador Moreno (2009, p.96), en sus clases de formación de psicoterapeutas.

Y eso no es poco. Algunas veces no es suficiente, pero sí absolutamente necesario —como decía Carl Rogers (1981)— para propiciar el cambio positivo en la personalidad.

Muchas veces, aún en el consultorio, escucho para responder, informar, investigar qué es lo que no funciona, para analizar, etc. Sin embargo, lo más básico es escuchar para comprender la percepción, la emoción, los pensamientos, las creencias, situaciones del consultante, desde su muy peculiar y particular punto de vista.

En considerables ocasiones, es la primera experiencia que tiene el consultante de ese tipo de escucha. Una escucha que le ayuda a atender su propia voz, que le permite encontrarse consigo mismo y con el otro (en este caso llamado terapeuta), con la menor amenaza posible.

Y así, conforme va escuchando su propia voz, va contando su vida, construyendo y complejizando su percepción de sí mismo y de su entorno.

En ese contexto, el consultante aprende a replicar la experiencia de encuentro, de escucha, de aceptación en su vida cotidiana, muchas veces cimbrando su propio sistema y exigiéndole más cercanía, intimidad y comunicación profunda.

Las habilidades emocionales se desarrollan en un contexto en el que el propio proceso emocional recibe una respuesta respetuosa y compasiva. Nuestra postura dialógica da la bienvenida, e incluso abraza el mundo-vivencia del paciente. También nos aporta una sintonía especial con la emergencia y ramificaciones de la vergüenza, ya que la vergüenza es una afirmación radical de la no pertenencia (Jacobs, 2012, p.99).

De hecho, agrega, la vergüenza es una de las influencias limitantes más comunes, persistentes e intratables sobre la propia capacidad para reconocer y utilizar los recursos ambientales.

Es decir, los procesos de vergüenza nos aíslan del medio ambiente, con esa sensación de no existir, o que la propia existencia no es valiosa.

La escucha orientada a comprender nos permite mostrar en la experiencia que hay otra forma más solidaria e incluyente de vivir.

Y estos sentimientos de inadecuación y vergüenza son eminentemente relacionales. Se dan en la interacción; así como los sentimientos de orgullo, satisfacción y respeto.

Vamos construyendo nuestro universo particular también en el entramado de los múltiples encuentros significativos, como dice Martin Buber:

Quien está en la relación participa en una realidad, es decir, en un ser. Que no está únicamente en él, ni únicamente fuera de él. Toda realidad es una presencia en la que participo sin poder apropiármela. Donde falta la participación, no hay realidad. La participación es tanto más perfecta cuanto más directo es el contacto con el *Tú* (1994, p.51).

Este contacto significativo con el otro incluye que el terapeuta esté lo más plenamente presente. Presencia, como lo menciona Joseph Zinker (1998, p.157), es un estado especial de estar completamente ahí, con todo lo que somos, alma y cuerpo; abiertos a las posibilidades. Se refiere a ese estado del ser del terapeuta que estimula la aparición de la profundidad del consultante.

Ello significa para mí que no solo hay que prestar atención a lo que el consultante dice; también a cómo lo dice. Me refiero a la capacidad de observar y luego inferir, con base en ciertas pistas corporales, lo que pudiera estar ocurriéndole al consultante.

Como implican James Kepner (2014) y Ruella Frank (2001), solo estando corporeizado el terapeuta puede estar plenamente presente y disponible para el consultante.

Las pistas no verbales y las paralingüísticas nos dan información importante, que al poner a disposición del consultante, le permite ampliar su autoconciencia y allegarse información que quizá no estaba disponible para él antes de que el terapeuta se lo hiciera notar.

Sin embargo, sabemos que la pura comprensión del bloqueo o la detención⁴ no es suficiente para llegar al cambio constructivo y más o menos permanente del consultante.

También hemos visto que solo disolver las tensiones musculares, y por consiguiente la energía emocional, y permitir que aparezca la energía detenida, son insuficientes si no se da al consultante la posibilidad y ocasión de dar estructura y dirección a esa energía, y permitir la integración a través del diálogo.

Un tipo de diálogo basado en la apreciación fenomenológica de lo que está sucediendo. Al privilegiar la experiencia, evitaremos la tragedia (para mí y por supuesto, aún más para el consultante) de imponer o “sugerir” estilos de vida, respuestas vitales o preferencias y elecciones que de manera sutil podrían filtrarse.

Desde esta perspectiva, sugerir o imponer respuestas evita que el consultante desarrolle habilidades de autoconciencia, reflexión y elección propios. También que el consultante, en un intento de “vivir correctamente”, según la visión del terapeuta, equivoque el camino y detenga su proceso de ser quien está siendo: el ser único e irrepetible que el proceso terapéutico está obstinado en descubrir y expresar, permitir, y cultivar.

Sabemos que los límites de la libertad a los que el consultante puede acceder están determinados en parte por la cultura en la que vive. Él es quien está siendo en su entorno, en la relación dinámica o rígida con el ambiente en el que se desarrolla, y tenemos necesariamente que tomar en cuenta visiones sociológicas, antropológicas, filosóficas y religiosas, además de las meramente psicológicas.

Desde sus orígenes, la psicoterapia Gestalt ha sido incluyente de otras visiones “al integrar en una gestalt coherente y nueva a múltiples influencias, propiciando una práctica eficaz que asocie las principales corrientes terapéuticas y filosóficas” (Ginger & Ginger, 1993, p.18).

4. Mecanismo de defensa que dificulta la fluidez en el proceso de maduración.

Y aparece entonces una pregunta muy interesante: ¿qué es lo que privilegia y en qué no se interesa o no atiende el enfoque a través del cual estoy percibiendo?

Responder a esta pregunta no es fácil. Y en mi experiencia, la respuesta emerge cuando el proceso del consultante se mueve por senderos diferentes a lo que espero. Ante la novedad es que me pregunto: ¿qué estoy evitando percibir? Esta visión, enfoque, postura, ¿qué privilegia y qué deja fuera, que quizá profundice, explique o enriquezca el proceso?

Entonces, como terapeutas, tenemos que percibir no solo al consultante aislado sino a su medio ambiente. Aquí la visión sistémica nos ofrece grandes alternativas.

Un ejemplo clásico es Virginia Satir y la importancia de la comunicación, la interacción y el encuentro en los sistemas familiares en donde puntualiza, entre otras muchas cosas, que “las técnicas de comunicación que las personas utilizan pueden considerarse como indicadores confiables del funcionamiento interpersonal” (1983, p.71). Por lo que propiciaba múltiples encuentros que favorecían la aparición de experiencias novedosas y alentaba maneras diferentes de interacción para flexibilizar las respuestas rígidas, obsoletas del sistema familiar.

Salvador Minuchin y Charles Fishman (1994, pp. 77-84), por su parte, explican su visión acerca de las diferentes escuelas de terapia familiar sistémica. Afirman que todas están de acuerdo en que es necesario cuestionar los aspectos disfuncionales de la homeostasis familiar, pero tanto el grado de cuestionamiento como las técnicas cambian entre una a otra. Agregan que, mientras Carl Whitaker cuestiona el sentido que las personas atribuyen a los sucesos, la escuela estratégica considera a la familia como un sistema complejo diferenciado en subsistemas que presentan un orden jerárquico.

El abordaje estructural considera a la familia como un sistema complejo que funciona mal, y que a través de las crisis provocadas por el terapeuta, el sistema elaborará una mejor organización.

De manera independiente del foco de atención y las técnicas propuestas, pasar de los procesos intrapersonales a los interactivos e interrelacionales nos ha permitido complejizar nuestra visión de la experiencia del consultante, y de esta manera poder responder a sus necesidades desde perspectivas más amplias y complejas.

Pasamos de atender casi exclusivamente los procesos intrapsíquicos a los relacionales (yo-tú), a los de sistemas más complejos.

Por mostrar solo alguno, aun cuando muy controvertida, la aportación de Bert Hellinger (2001) y sus sucesores —en particular de Stephan Hausner (2011, p.25) y sus constelaciones sistémicas enfocadas en las enfermedades graves—, nos permiten una visión transgeneracional de la problemática del consultante y una metodología que la sustenta.

Hausner afirma que a veces pareciera como si los síntomas de un miembro de la familia fueran un intento inconsciente de preservar en la memoria del sistema la presencia de otro familiar excluido y no reconocido. Al negar el respeto y amor de la familia a uno de sus miembros (a veces de una o dos generaciones anteriores), surge una enfermedad grave que simboliza ese rechazo. Hacer consciente y restituir el vínculo pareciera apoyar la mejoría de la persona enferma, sugiere.

Además de todas estas visiones terapéuticas, está el impacto de la cultura, el género, la condición social y económica, que habremos de intentar conocer y comprender para apoyar el proceso de crecimiento del consultante

Como afirman los estudiosos de estos temas, cada vez descubrimos, respetamos y respondemos con asombro ante la diversidad de culturas que interactúan en una misma región, y que llegan al consultorio del terapeuta, de quien se espera cuando menos reconozca dicha diversidad y acepte las diferentes perspectivas que le presentan.

Ya no es posible una visión de: “esto es así, porque todo mundo lo dice”, o “porque así se usa”, etc. Ahora comprendemos, o al menos lo intentamos, que lo que en una cultura es válido, en la otra no lo es.

Y no solo hablamos de latinos y anglosajones, de hombres y mujeres, o de diferentes edades y niveles de desarrollo sino de múltiples culturas en nuestro propio país.

Como ejemplo, en Oaxaca existen 16 grupos étnicos, con su propia cultura, lenguaje, gobierno, modos de estructurar la realidad, y lo que para cada uno representa la felicidad, el desarrollo y la maduración.

Es claro que hay muchas razones del porqué sería necesario hacer los ajustes y modificaciones en psicoterapia, incluyendo la personalidad básica o el carácter étnico de la población a la que va dirigida (Doi, 1964); los sistemas de valores y creencias comunes (Hoch, 1990); las actitudes filosóficas básicas (Rhee, 1990; Varma, 1982); y las actitudes hacia y las expectativas de la psicoterapia (Neki et al., 1985; Ng, 1985; Tseng, 1995). Además de esto, es también obvio que la práctica en la psicoterapia está profundamente influenciada por factores socio-culturales e ideologías políticas. En particular, los sistemas médico-económicos tienen un impacto directo en la práctica y movimientos terapéuticos. Esto se puede ilustrar con los sistemas médicos de seguros que imponen sus efectos en la práctica de la psicoterapia en muchas sociedades (Wen-Shing, 1999, p.1; la traducción es de la autora).

Y como señala Rocío Enríquez (2013, p.71), para que este modelo de diálogo entre las diferentes disciplinas funcione, es necesario desarrollar y mantener, por un lado, la apertura y tolerancia que lo permita y, por otra parte, el rigor y la reflexión seria para buscar un tipo de conocimiento profundo y compartido.

Los terapeutas veteranos requerimos ampliar, cuestionar y profundizar nuestra visión; reflexionar e integrar; estar informados y actualizados; deliberar y tomar posturas, y, a veces, cambiarlas. Cuestionar esos caminos, que al haberlos recorrido por algún tiempo, se convierten en verdades a veces tan rígidas que dejamos de percibir los límites que restringen nuestras oportunidades de exposición a visiones novedosas.

En mi caso, levantando barreras de crítica e intolerancia aun antes de haberlas experimentado, dejándome llevar por una primera impresión.

Recuerdo mis primeras opiniones con los textos y trabajos de constelaciones familiares. Me sentí profundamente contrariada por la visión de Hellinger (2001), que traduje como “Así dice Dios. Así son los órdenes del amor, les guste o no”. Años después, al platicar con una de las mentes actuales más brillantes de la psicoterapia Gestalt, Gordon Wheeler, y tener la vivencia de un grupo coordinado por él en el que me “tradujo” el lenguaje a la teoría de la psicoterapia Gestalt, comprendí que mi excesiva crítica sobre un punto me impidió percibir la riqueza de esta visión.

Y para los terapeutas en formación, como lo plantean Zohn, Gómez y Enríquez (2013), al hablar de la formación propuesta por la Maestría en Psicoterapia del ITESO, es una necesidad ineludible el diálogo interdisciplinario que amplíe la visión de los futuros terapeutas y los capacite para el acompañamiento de los consultantes:

La noción de diálogo interdisciplinario que sostiene las Maestría en Psicoterapia asume la apertura a la diversidad de elementos explicativos y metodológicos que derivan de diferentes perspectivas en psicoterapia y otros campos disciplinares, los cuales han de ser sometidos a un proceso de análisis y comparados por el psicoterapeuta como parte de su proceso de formación (2013, p.15).

CONCLUSIÓN

Por lo anterior —al reconocer que como terapeutas propiciamos que a través de la co-creación de un ambiente en el que las propias cualidades sanadoras del consultante emerjan en la búsqueda de su individuación con el objetivo final de que logre mejorar su calidad de vida—, necesitamos una constante renovación y ampliación de nuestros propios paradigmas y constructos como terapeutas.

Para ello, constreñirnos a una sola teoría resulta no solo miope sino hasta peligroso para nuestra comprensión de las diferentes, múltiples y cada vez más complejas necesidades de los consultantes.

Sin embargo, requerimos que esas múltiples visiones sean puestas a dialogar, con una actitud por un lado abierta y respetuosa y, por otro con el sentido crítico y reflexivo que permita la creación de un entramado sustentado en una visión fundamental de lo que es el ser humano, su realización y felicidad; y evitar de ese modo el peligro constante de ir solo adquiriendo trozos de teorías, visiones, propuestas, técnicas sin “ton ni son” que pudieran hasta contradecirse entre sí.

La psicoterapia Gestalt advierte sobre los peligros de una introyección sin asimilación, la cual, más que enriquecer, entorpece y desgasta la energía al tratar de mantener pegadas creencias, valores y formas de ver el mundo contradictorias.

Apostamos, entonces, por ese diálogo abierto y responsable que nos permita la asimilación y formación de criterios sustentables y dinámicos en nuestro encuentro con el consultante.

REFERENCIAS

- Buber, M. (1994). *Yo y tú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cleary, T. (1994) *Lao-Tse. Wen-Tzu. La comprensión de los misterios del Tao*. Madrid: Edaf.
- Ellis, A. & Abrahms, E. (1980). *Terapia racional emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax.
- Enríquez, R. (2013). *Regularidades y transformaciones en las familias mexicanas: una mirada transdisciplinaria y vinculante con la práctica psicoterapéutica contemporánea*. Guadalajara: ITESO / UIA / Universidad de Guadalajara.
- Frank, R. (2001). *Body of awareness. A somatic and developmental approach to psychotherapy*. Cambridge: Gestalt Press.
- Ginger, S. & Ginger, A. (1993). *La Gestalt. Una terapia de contacto*. México: El Manual Moderno.

- Hausner, S. (2011). *Even if it costs me my life. Systemic constellations and serious illness*. Nueva York: Gestalt Press.
- Hellinger, B. (2001). *Órdenes del amor: cursos seleccionados de Bert Hellinger*. Barcelona: Herder.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jacobs, L. (2012). *Aquello que habilita: la complejidad y la emergencia contextual del apoyo*. *Revista Figura / Fondo*, No.32, 99.
- Jung, C. (1964). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Primera reimpresión 1990. Barcelona: Seix Barral. Biblioteca Breve.
- Kepner, J.I. (1992). *Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: El Manual Moderno.
- Kepner, J.I. (2014). Developmental somatic psychtherapy process embodied within the clinical moment (pp. 93-107). En D. Bloom & B. O' Neill (Eds.), *The New York Institute for Gestalt Therapy in the 21st century. An anthology of published writings since 2000*. Australia: Ravenwood Press.
- Maslow, A. (1994). *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós.
- Maslow, A. (1998). *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Moreno, S. (2009). *Descubriendo mi sabiduría corporal. Focusing*. Guadalajara: Focusing México.
- Muñoz, M. (2012). Enfoque Gestalt. Una visión de campo con distintos métodos de trabajo. *Revista Figura / Fondo*, No.32, 77.
- Rogers, C. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.
- Satir, V. (1983). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Talleres Gráficos Victoria.
- Watchel, P. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. Nueva York: The Guilford Press.

- Wen-Shing, T. (1999, junio) Culture and psychotherapy: review and practical guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 36(2), 131-179. Recuperado en junio de 2014, de <http://tps.sagepub.com/cgi/content/abstract/36/2/131>
- Wilber, K. (1985). *Conciencia sin fronteras. Aproximaciones de oriente y occidente al crecimiento personal*. Barcelona: Kairós.
- Yalom, I. (2004). *El don de la terapia. Carta abierta a una nueva generación de terapeutas y sus pacientes*. Buenos Aires: Emecé.
- Zinker, J. (1998). *In search of Good form. Gestalt therapy with couples and families*. Cleveland: GICPress.
- Zohn, T., Gómez, N. & Enríquez, R. (Coords.) (2013). *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara / ITESO / Universidad de Guadalajara / Ibero Puebla.

La interacción en ciberterapia

VÍCTOR MANUEL DE SANTIAGO SÁNCHEZ

Resumen: *este trabajo aborda el campo de intervención psicoterapéutica de la ciberterapia. El foco del estudio es la interacción en línea con fines terapéuticos a partir del análisis del lenguaje. Se problematizan los alcances y las limitaciones de la palabra escrita en el marco de la ciberterapia y bajo el respaldo del análisis del discurso y desde una perspectiva psicoanalítica. El material analizado plantea cuestionamientos sobre los desafíos para la construcción de un vínculo que favorezca el proceso psicoterapéutico y lleve a buen término un tratamiento en línea. Como colofón, se plantea la necesidad de continuar nutriendo esta línea de investigación, de manera que se favorezca el esclarecimiento de las semejanzas, diferencias y posibilidades de enriquecimiento mutuo entre la intervención psicoterapéutica presencial y aquella que se construye de manera virtual.*

Palabras clave: *psicoterapia, ciberterapia, análisis del discurso, interacción terapéutica, psicoanálisis.*

Abstract: *This paper addresses the field of psychotherapeutic intervention through cybertherapy. The study focuses on online interaction for therapeutic purposes through language analysis. The scope and limitations of the written word are examined critically within the framework of cybertherapy and using discourse analysis from a psychoanalytical perspective. The material analyzed raises questions about the challenges of building a link that would facilitate the psychotherapeutic process and enable online treatment to be productive. As a conclusion, the author advocates further work along this line of research in order to promote the clarification of similarities, differences, and possibilities of mutual enrichment between face-to-face and virtual psychotherapeutic interventions.*

Key words: *psychotherapy, cybertherapy, discourse analysis, therapeutic interaction, psychoanalysis*

En la actualidad, pensar en el campo de la psicoterapia implica procurarse una visión amplia de ella, para lo cual es necesario abordar los fenómenos clínicos desde diversas perspectivas, así como mantener una actitud de constante reflexión teórica, técnica y metodológica. En este estado de cosas, donde la exigencia de la realidad clínica concreta y la búsqueda de comprensión son inevitables, el psicoterapeuta tiene que visitar los fundamentos de su praxis desde la perspectiva de la interdisciplina.

Como una de las posibilidades para pensar la práctica clínica, se encuentra aquella que alude a los diferentes modos en que consultante y terapeuta interactúan dentro del proceso de psicoterapia. Ejemplo de ello es la llamada ciberterapia, donde estos no convergen necesariamente en el espacio del consultorio para llevar a cabo el proceso terapéutico. Esto se debe a que en la ciberterapia, ambos sujetos utilizan una computadora y se relacionan a través de las herramientas que esta ofrece (chat, webcam, videollamada, e-mail, etc.). Esta modalidad de atención ha surgido de manera gradual pero constante, y se ha posicionado como una posibilidad en la que el diálogo psicoterapéutico se desarrolla de forma distinta a como sucedería en un encuentro presencial.

Esta particular coyuntura, que difiere de la concepción ordinaria de la psicoterapia, puede estar motivada por diferentes razones. El consultante puede acudir a un proceso en línea debido a que su horario habitual le dificulta concertar una cita presencial; la sesión vía internet puede acordarse como una eventualidad única, fungir como un complemento del proceso presencial, o bien marcar la pauta de todo el proceso como modalidad de atención principal; el terapeuta puede valerse de las herramientas que le proporciona internet para dar seguimiento a sus consultantes; el consultante puede tener acceso a una psicoterapia que, de otro modo, no podría llevar a cabo debido a su ubicación geográfica.

En algunos casos, existe la posibilidad de que ambos actantes cuenten solo con el recurso de la voz o del lenguaje escrito para comunicarse. En otros, en los que existe la infraestructura adecuada, puede hacerse uso de las imágenes en video para brindar una experiencia más cercana a la interacción presencial. Como puede observarse, las modalidades de la ciberterapia y las razones para su utilización son diversas.

Lo anterior nos permite esbozar la siguiente pregunta: ¿acaso pensar las características tan particulares de la ciberterapia, no interroga al profesional de la psicoterapia respecto de los fundamentos y aspectos que articulan su práctica clínica?

Esbozar una primera tentativa de respuesta vuelve imprescindible prestar atención al tema de la interdisciplina. La ciberterapia, en tanto modo diverso de plantear la interacción consultante-terapeuta, debe observarse desde distintas ópticas. Por un lado, es posible recurrir a las diferentes teorías y modos de intervención en psicoterapia, con la finalidad de reevaluar los aspectos esenciales que permiten llevar a cabo el encuentro entre consultante y terapeuta. Por otro, estos conocimientos deben complementarse con aquellos relacionados con el uso eficiente y seguro de los diversos medios de comunicación que ofrece internet. En tercer lugar, puede apelarse a los aportes desde la lingüística para discurrir de modo crítico y articulado respecto de las singularidades del intercambio mediado por computadora. Por último, deben tomarse en cuenta los conocimientos surgidos desde los diversos esfuerzos de teorización y aplicación de la ciberterapia. A partir de estas consideraciones, es posible tomar a la ciberterapia como una posibilidad para que el psicoterapeuta construya nuevas reflexiones interdisciplinarias acerca de su práctica clínica.

El presente artículo pretende realizar algunas aportaciones y plantear interrogantes a partir de las posibilidades que ofrece la ciberterapia para pensar el campo clínico. Para ello se hará énfasis en su modalidad de intercambio vía chat, basada en texto escrito. Esta acotación obedece a dos razones:

- Como se mencionó con anterioridad, la diversidad de medios que ofrece internet implica diferentes formas en que puede articularse la ciberterapia, por lo que resulta pertinente delimitar y organizar las aportaciones específicas que puede brindar cada una de ellas.
- Por otra parte, centrarse en el intercambio escrito permite pensar la interacción entre consultante y terapeuta desde un lugar distinto al encuentro presencial, o incluso al encuentro por medio de la palabra hablada, lo que a su vez posibilita reflexionar sobre los elementos básicos que permiten la construcción de un proceso terapéutico.

Para realizar este trabajo reflexivo, se tomará como punto de partida los aportes de diversas disciplinas. Por un lado, se busca establecer un marco general de las características y particularidades técnicas de la ciberterapia a partir de algunos de sus teóricos. Por otra, se quiere precisar la manera en que el lenguaje escrito puede ser utilizado con fines terapéuticos en el marco de una ciberterapia, tomando como referencia algunas propuestas respecto de los medios de comunicación y el análisis del discurso, y retomando para ello elementos de la lingüística y el psicoanálisis. En un tercer momento, se presenta el análisis de la interacción consultante-terapeuta en una sesión de ciberterapia vía chat escrito. Finalmente, se esbozan algunas reflexiones y conclusiones. Cabe mencionar que los elementos mencionados se articularán entre sí tomando como eje a la hermenéutica analógica de Mauricio Beuchot (2009), con la finalidad de rescatar las particularidades de la ciberterapia, pero sin perder de vista las afinidades y aportaciones que pueden hacerse a otras modalidades de psicoterapia.

PSICOTERAPIA Y CIBERTERAPIA: LA SEMEJANZA Y LA DIFERENCIA

Una de las principales problemáticas que atañen a todo esfuerzo de análisis de un fenómeno desde diversas disciplinas, se centra en la

siguiente cuestión: ¿cómo organizar la reflexión con relación a estas semejanzas y diferencias sin obviar la especificidad de los marcos referenciales utilizados?

Una posibilidad para afrontar este dilema, como ya se mencionó, proviene de retomar algunos elementos de la hermenéutica analógica de Beuchot (2009), cuyo modelo de interpretación tiene como base el concepto de *analogía*, que puede entenderse como una comparación, donde la semejanza es relativa y se toma en cuenta la diferencia. De esta manera, no se busca una interpretación unívoca sino que hay múltiples lecturas que pueden a su vez ser jerarquizadas.

A partir de esta, puede articularse una posibilidad de interpretación hasta cierto punto acotada, en la que exista espacio para señalar las semejanzas, pero respetando las diferencias de cada caso. Lo anterior, aplicado a la temática del presente artículo, implicaría pensar la psicoterapia y la ciberterapia como campos que comparten elementos en común (teóricos, técnicos, etc.), pero que no son totalmente homologables; lo que lleva a apreciarlos desde un punto intermedio entre la univocidad (pensar un sentido único que llevaría al reduccionismo) y la equívocidad (las interpretaciones indefinidas que llevan al relativismo). Pensar la ciberterapia desde esta perspectiva mantiene abierta la reflexión respecto de esta modalidad terapéutica; a la vez, permite no caer en el extremo de obviar su especificidad con relación a la psicoterapia, o bien acotar de manera rígida sus características.

Con este punto de partida, es importante conocer los aspectos generales que permiten delimitar la ciberterapia como modalidad de atención terapéutica.

DELIMITACIÓN DE LA CIBERTERAPIA

En términos generales, diversos autores concuerdan en definir a la ciberterapia como una psicoterapia llevada a cabo a través de los medios de comunicación que proporciona internet, como el correo

electrónico, el chat escrito, la conversación por voz, la videollamada, etc. (De Lucas, 2000; Suler, 2000; Emperador, 2001). A ello se agrega la contribución de John Suler (2000), acerca de que la ciberterapia puede concebirse desde tres perspectivas diferentes: un complemento para la psicoterapia tradicional, una modalidad de trabajo principal en un tratamiento psicológico, o como un marco global para comprender los elementos terapéuticos de diferentes modalidades de comunicación.

La perspectiva de Suler pone el acento en que la ciberterapia posibilita deconstruir tanto la psicoterapia como las relaciones en general, al revelar sus cualidades elementales, permitiendo aislarlas, controlarlas y combinarlas. El autor concibe internet como un espacio psicológico, en tanto funge como una extensión de la mente y personalidad del usuario; se trata de un espacio en el que la modificación de las nociones de temporalidad, espacialidad y comunicación permite el surgimiento de diversas reacciones en el sujeto (trasferencia, regresión, desinhibición, etc.).

Si se reflexiona en torno a estos elementos, y se consideran algunas definiciones de psicoterapia (Corsini & Wedding, 1989; Wolman, 1989; Feixas & Miró, 1993; OMS, 2001; Roudinesco & Plon, 2005), será posible proponer una primera analogía: psicoterapia y ciberterapia guardan una semejanza en tanto implican el establecimiento de una relación entre consultante y terapeuta con una finalidad específica (la realización de ciertas metas terapéuticas). En otras palabras, esta espacialidad (virtual o presencial), que permite el surgimiento y expresión de estas reacciones, es una condición básica para el establecimiento de la relación terapéutica. Junto a estas semejanzas, una especificidad de la ciberterapia radica en que la temporalidad, la espacialidad y las formas de comunicarse se ponen en juego de modo distinto. Como se verá más adelante, existen diversas formas de clasificar las dimensiones comunicativas que ofrece internet para posibilitar una relación consultante-terapeuta.

Con estas delimitaciones, se observa un estado de cosas respecto de la ciberterapia: no se trata solo de una modalidad de trabajo a nivel

técnico, o una variación de lo que se realiza en la psicoterapia presencial sino que puede pensarse en términos de un campo para estudiar los elementos que intervienen en las relaciones entre consultante y terapeuta. En otras palabras, pueden abrirse algunas preguntas básicas: si se piensa en que un proceso terapéutico puede tener como insumo la relación construida, ya sea en el espacio físico del consultorio o internet en tanto espacio psicológico, ¿cómo se construye la relación terapéutica? ¿es lo que se dice? ¿el lugar donde se produce el encuentro? ¿es el medio de comunicación a través del cual se interactúa?

Es posible pesquisar algunas pistas si se avanza un poco más en la delimitación de la ciberterapia, en especial en lo que se refiere a las características de consultante y terapeuta, así como de los medios utilizados para entablar la comunicación vía internet.

CARACTERÍSTICAS DEL CONSULTANTE Y EL TERAPEUTA EN LA CIBERTERAPIA

La ciberterapia, en tanto modalidad de trabajo, requiere una serie de consideraciones técnicas para su adecuada implementación. Junto con la ya mencionada diferenciación entre su utilización, como complemento o sustituto de la psicoterapia presencial (decisión que debe tomarse con base en las particularidades de cada caso), existe una serie de rasgos deseables tanto en el consultante como en el terapeuta.

En el caso del terapeuta, algunas características tienen relación con la familiaridad en el uso de manera segura y confidencial de una computadora, así como de los diversos canales de comunicación que ofrece internet. Otras habilidades requeridas se relacionan con el uso de una expresión clara y el manejo adecuado de las emociones que surgen durante el proceso terapéutico, incluso cuando se trata de intercambios basados solo en texto. Finalmente, se encuentran aquellas relacionadas con la flexibilidad y la organización teórico-técnica del terapeuta, para instituir un modo de trabajo adecuado en línea, a la par de la pericia

para entablar una interacción presencial en caso necesario (Fenichel et al., 2001, pp. 494-495).

Por su parte, el consultante necesita sentirse cómodo con el trabajo en línea, es decir, tener conocimiento del uso de alguna modalidad de comunicación vía internet. En segundo lugar, se tiene que contar con habilidad para contratar y mantener una relación compartida de trabajo en línea, así como la capacidad para clarificar malos entendidos en la comunicación, ya sea de su parte o del terapeuta. Junto a lo anterior, cobran relevancia el estar motivado para entrar en un proceso terapéutico en esa modalidad, la habilidad para la escritura rápida, o en su defecto contar con tecnología para videoconferencia o chat de voz. Por último, también es deseable la familiaridad con un medio de pago a distancia, por ejemplo vía internet, depósito bancario, etc. (Fenichel et al., 2001, p.495).

A partir de esto, puede llegarse a una segunda reflexión: consultante y terapeuta deben reunir una serie de condiciones necesarias para articular un proceso de ciberterapia. Esta cuestión es aplicable a las situaciones en que la ciberterapia es la modalidad de intervención principal, o en aquellas donde funge como complemento de la modalidad presencial. En ambos casos, si no existe esta serie de conocimientos, habilidades y disposición a la comunicación en línea, el trabajo terapéutico se obstaculiza, o bien se imposibilita.

Una situación análoga se encuentra al revisar el concepto de alianza terapéutica en las psicoterapias presenciales. Por ejemplo, autores como Edward Bordin (1976, como se cita en Corbella & Botella, 2003) la definen como el encaje y la colaboración entre cliente y terapeuta, que conlleva tres elementos: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos. Desde algunas perspectivas, el establecimiento de una alianza terapéutica es el elemento principal para que un proceso terapéutico tenga éxito (Corbella & Botella, 2003). Si pensamos esto en el marco de la ciberterapia, las características que deben tener los participantes, relacionadas la habilidad para usar los medios que ofrece internet, con la capacidad para comunicarse claramente en

dichos medios, y con la motivación para emprender un proceso terapéutico, constituyen aspectos que permiten llegar a acuerdos sobre las tareas y los objetivos terapéuticos, lo que facilita la formación de un vínculo positivo. En otras palabras, puede considerarse que estas son algunas de las condiciones específicas que hacen posible el surgimiento de la alianza terapéutica en ciberterapia.

FORMAS DE COMUNICACIÓN EN LA CIBERTERAPIA

A las características de los actantes en el proceso terapéutico se suma otra dimensión: las modalidades de trabajo que pueden articularse en el marco de la ciberterapia. Internet cuenta con una gran diversidad de medios de comunicación, que a su vez se traducen en una serie de herramientas de trabajo terapéutico, con diferentes grados de definición y participación del sujeto. Suler propone un modelo de cinco dimensiones de la comunicación ciberterapéutica: sincrónica / asincrónica; a través de texto / sensorial; actual / imaginaria; automatizada / interpersonal, e invisible / presente (2000, párr. 5; la traducción es mía). Estas permiten estructurar una intervención adecuada dentro del marco de posibilidades de la ciberterapia.

Como se había mencionado, internet puede considerarse como un espacio psicológico en el que se modifican las nociones de temporalidad, espacialidad y el modo en que se establecen las interacciones. Si se agrega esta clasificación de las dimensiones comunicativas en ciberterapia, es posible pensar en procesos en los que, por ejemplo, puede darse un intercambio sincrónico. Terapeuta y consultante pueden acordar un horario para comunicarse directamente (por chat o videollamada), o bien interactuar de forma asincrónica por medio de correos electrónicos. Es curioso que esta última situación de intercambio asincrónico a través de lo escrito resulta similar a la utilizada por Sigmund Freud para tratar a algunos pacientes (Ferber & Fadiman, 2002).

Como parte de la propuesta de Suler, otro elemento al que cabe prestar atención es la dicotomía entre la comunicación vía sensorial

y por medio de texto escrito, ya que las diferencias que plantean estas formas de interacción ponen en juego a los hablantes de manera distinta. En el caso de la primera, se refiere a aquella en la que se puede involucrar información visual, auditiva o ambas. Un ejemplo pueden ser las llamadas telefónicas (o las llamadas telefónicas vía internet), intercambio de imágenes, uso de imágenes a manera de “avatars” con los que los interlocutores se representan, videoconferencias, etc. Cabe destacar que estas modalidades de comunicación, aunque se distinguen del intercambio vía texto, también pueden incluir el uso de este. La modalidad sensorial pone en juego más información, como indicadores no verbales ausentes en la comunicación por texto, acercándolo en ese sentido a la experiencia de la psicoterapia presencial.

En contraste, la comunicación vía texto implica una brecha con la interacción presencial que resulta más notoria, lo que plantea retos únicos, y por tanto requiere una observación especial de sus características. Es útil acotar en primer lugar que, aun cuando esta modalidad cuenta con la ya consabida desventaja de la pérdida de indicadores no verbales (tono de voz, postura, etc.), las comunicaciones vía texto han desarrollado ciertos símbolos tipográficos que pueden considerarse como “aspectos periféricos del mensaje” (Suler, 2000), o “subrogados léxicos” (Carey en Lane, 1994, párr. 44) que ayudan a transmitir algunos aspectos del comportamiento no verbal de los sujetos. Ejemplo de lo anterior son los emoticonos (iconos visuales que expresan una emoción, por ejemplo =-) que simboliza una cara feliz), la vocalización de expresiones no verbales por medio de onomatopeyas (hmmm, ooh, jajajaja), el uso de mayúsculas como reemplazo del grito, etcétera.

Esto nos lleva a una tercera reflexión: en condiciones ideales, la comunicación en la ciberterapia debe proveer la misma cantidad de información a los interlocutores que el encuentro presencial, es decir, información verbal y no verbal, importante para el desarrollo de la relación terapéutica. En los casos en que esto no sea posible, si consultante y terapeuta tienen suficiente familiaridad y fluidez en el

uso de la palabra escrita, incluso los medios más “limitados” como el texto pueden ofrecer información sutil que ayude al intercambio de información y al afianzamiento del vínculo. Los subrogados léxicos, en la medida que sean conocidos y utilizados por ambos interlocutores, pueden permitir una comunicación con una cualidad afectiva, a pesar de la pérdida de señales no verbales.

EL ANÁLISIS DEL LENGUAJE EN LOS PROCESOS TERAPÉUTICOS

Como ha podido apreciarse, existe una serie de diferencias prácticas al momento de implementar un proceso psicoterapéutico en línea. Estas, además de tomar en cuenta una serie de rasgos deseables de los hablantes involucrados en dicho proceso, también circunscriben la manera en que los medios comunicativos que ofrece internet pueden amalgamarse en la ciberterapia.

A partir de ello, resulta pertinente preguntarse por un modo de sistematizar las comunicaciones entre los hablantes dentro de la relación terapéutica. En este sentido, la perspectiva psicoanalítica y lingüística puede proveer algunos modelos de investigación apropiados para esta tarea. Autores como David Liberman (1970; 1971a; 1971b; 1972) y David Maldavsky (1997; 1999; 2004) formulan una aproximación psicoanalítica sustentada en la noción de que el modo en que el hablante utiliza el lenguaje (a manera de actos del habla) puede mostrar la manera en que se organiza su mundo subjetivo, en tanto deseos inconscientes. Así, pueden clasificarse diversos estilos retóricos (Liberman, 1971b) o lenguajes del erotismo (Maldavsky, 1999), en donde lo enunciado por el hablante se explora en tanto su estructura y propósito.

En este análisis sistemático, para cuyos pasos detallados remito al lector a las obras encontradas en las referencias (en especial Maldavsky, 2004), la manera en que consultante y terapeuta construyen su discurso, y cómo este se pone en marcha en el diálogo de la sesión

TABLA 10.1 CATEGORÍAS DE ESTRUCTURA FRASE A PARTIR DE LOS CRITERIOS DE MALDAVSKY (2004)

I	II	III
Lenguaje catártico carente de una dimensión simbólica	Uso de paradojas lógicas y enigmas cognitivos, etcétera	Expresión de afectos o estados de cosas
IV	V	VI
Lenguaje que refiere agresión, lucha y uso de la motricidad aloplástica (maldiciones, acusaciones, etcétera)	Ordenamiento de la realidad por medio de la cognición	Referencias a temporalidad, espacialidad, conceptos abstractos que pueden o no ser nombrados, y ambigüedad y atenuaciones de lo dicho
VII		
Lenguaje que implica énfasis y exageraciones de lo dicho, referencias a cualidades estéticas, promesas, dramatizaciones, metáforas, etcétera		

terapéutica, permiten localizar momentos en los que existen avances o resistencias que obstaculizan las metas del proceso terapéutico.

En la tabla 10.1, basada en la propuesta de Maldivsky (1999, 2004), se proporciona un panorama general de los diferentes estilos de lenguaje que pueden encontrarse a nivel de estructura frase.

Estas formas de estructurar el discurso constituyen diferentes vías de expresión de deseo, así como de ordenamiento y modificación del mundo subjetivo. Además, estas categorizaciones permiten inferir diferentes aspectos de la interacción entre consultante y terapeuta. Del lado del consultante, ayudan a detectar la existencia de psicopatologías, la manera en que se instala la transferencia, o bien si existen cambios terapéuticos favorables. En el caso del terapeuta, permiten inferir si existen obstáculos (a manera de contratransferencia) que interfieran con el proceso, así como la efectividad de las intervenciones clínicas. Un aspecto relevante es que el análisis a partir de estas categorías puede aplicarse tanto a material oral como escrito.

LO ESCRITO COMO POSIBILIDAD DE INTERACCIÓN TERAPÉUTICA

A partir del método mencionado, se plantea la siguiente reflexión: en el caso de la ciberterapia, aun cuando la comunicación vía chat escrito parece estar en desventaja con respecto de su contraparte sensorial —en tanto medios comunicativos—, el texto, el video y el audio comparten la cualidad de constituirse como extensiones de los sentidos del ser humano, si bien involucran niveles de información e implicación distintos (McLuhan, 1971).

En todos estos casos, el sustento de dichos medios es el lenguaje, el cual, tanto en su modalidad verbal como escrita, tienen como fundamento, además de la dimensión colectiva (como código en común entre los hablantes), una dimensión individual que se origina desde el propio cuerpo, como mecanismo para la expresión–realización del deseo (Lieberman, 1970; 1971a; 1972; 1971b; Maldavsky, 1997; 1999; 2004; Romano, 2005; 2007), y que además cumple la función de organizar y transformar la realidad del individuo (Echeverría, 2003). De este modo, el lenguaje, en un sentido amplio que abarca lo oral y lo escrito, se caracteriza por su capacidad para expresar lo subjetivo y transformar la realidad.

Con ello, nos encontramos con una cierta paridad entre el lenguaje oral y el escrito, a partir de su capacidad expresiva y transformadora. Ahora bien, puede señalarse como elemento diferenciador que, para algunos autores, el lenguaje escrito puede tener relevancia al permitir acceder a zonas del psiquismo que no surgen con la verbalización; por otra parte, conservar el registro escrito da margen para introducir el elemento de la historicidad, lo que contribuye a desarrollar una nueva plataforma de observación del mismo (Suler 2000; Fiorini en Lanación. com, 2005). Estas características de lo escrito (acceso a otras zonas del psiquismo y observación de la historicidad del sujeto) pueden capitalizarse como herramientas de trabajo dentro de la ciberterapia. De este

modo, es posible proponer el siguiente replanteamiento, a saber: lo escrito no es solo una fuente de información similar a lo hablado sino que se constituye como un medio con alcances y funciones distintas que deben estudiarse con mayor profundidad.

Hasta ahora se han propuesto algunas reflexiones generales a partir de la delimitación de la ciberterapia como modalidad terapéutica y posibilidad para repensar la interacción terapeuta–consultante. Se han mencionado algunas características que pueden ayudar al surgimiento de una alianza terapéutica en este contexto. Por otra parte, se han mencionado las particularidades de los medios de comunicación que internet permite para realizar un proceso terapéutico, haciendo énfasis en las posibilidades que ofrece el lenguaje escrito. Además, se ha presentado una propuesta para su análisis sistemático que puede aplicarse tanto al lenguaje hablado como al escrito.

Para abonar un poco más a lo ya mencionado, se muestra a continuación un breve análisis de una sesión de ciberterapia llevado a cabo vía chat escrito. Se espera que a través de este ejemplo concreto se ilustren algunos de los puntos ya mencionados. Para la presentación de los datos, se tomará como base la categorización propuesta por Maldovsky. Para conocer con mayor detalle el caso presentado, se remite al lector a un trabajo anterior (De Santiago, 2012), en donde se realizó un análisis de todo el caso.

BREVE ANÁLISIS DE UNA SESIÓN DE CIBERTERAPIA DESDE LA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS DEL LENGUAJE

El material presentado a continuación pertenece a la primera sesión de un proceso de ciberterapia, realizado vía chat escrito.

Contexto de la consultante en la primera sesión

La consultante “Edith” es una mujer soltera de 36 años de edad, cuyo motivo de consulta inicial es su dificultad para encontrar una pareja, ya

que comenta que los pretendientes que ha tenido terminan alejándose de ella, lo que produce una sensación de tristeza y abandono.

Contexto de la sesión

Desde las categorías de Suler, en esta sesión se implementó una modalidad de trabajo a través de una comunicación sincrónica (consultante y terapeuta coincidieron en un horario para la sesión), por medio de texto (a través del programa de chat MSN Messenger), de manera interpersonal y presente (en la sesión no se utilizó ninguna herramienta o cuestionario automatizado). Cabe agregar que el primer contacto fue hecho por la consultante, vía correo electrónico (comunicación vía texto asincrónica), luego de haber sido referida por uno de sus conocidos. La consultante planteó su interés en comenzar un proceso de ciberterapia, al argumentar que su horario de trabajo no le permitía asistir a sesiones presenciales de psicoterapia.

Después de la primera sesión, se acordó, vía correo electrónico, que las sesiones fueran de una hora semanal, a través del programa de mensajería instantánea MSN Messenger. También se pactó trabajar una vez al mes de manera presencial, momento en el que se realizaría el pago, tanto de la sesión presencial como de las sesiones en línea. Es importante mencionar que este proceso terapéutico continuó durante un año y medio, tiempo en que estos lineamientos sufrieron algunas modificaciones y revisiones.

Resumen de la sesión

Al comienzo de la sesión, la consultante relata su reflexión respecto de qué escribir en la terapia. Esto la llevó a pensar en la relación con su padre, así como en su anterior relación de pareja, experimentando a raíz de ello una sensación de abandono. Aunado a lo anterior, menciona que su vida es “aburrida y monótona”, al grado de imaginarse caminando por un largo túnel que le produce una sensación de deses-

peración, tras lo cual surge el deseo de salir de ello, tener un cambio, y tener “otra vida”. Agrega que en ocasiones anteriores, en que sintió que su situación no cambiaba, surgieron sentimientos de desesperanza, y pensó en darse por vencida, lo que se manifiesta a través de la idea de “dejarse morir”.

Añade que hay ocasiones en que trató, sin lograrlo, de salir de ese “círculo depresivo”, al comentar la idea de que siente que ganará, que saldrán las cosas bien, pero que finalmente termina en fracaso. Narra, a manera de ejemplo, la relación con un pretendiente con quien salía. Después de un tiempo, hablaron de tener una relación de pareja, lo cual no se concreta debido a que él se muda fuera de la ciudad por motivos de trabajo, con lo que se perdió el contacto. Esto lleva a la consultante a una sensación de desesperanza y malestar, ya que se trata de una situación recurrente en su vida: formarse la idea de que las cosas marchan bien y que no resulten como ella esperaba.

Casi al final de la sesión, el terapeuta le pregunta acerca de qué aspecto de la situación que narra la afectó, tratando de distinguir si fue por el afecto hacia el pretendiente, el abandono por parte de este, o por no querer estar sola. Ante esta intervención, la consultante se muestra entusiasmada, mencionando que es una “buena pregunta”. Tras una reflexión comenta que su malestar proviene del hecho de que no hubo un cierre de la situación. Inmediatamente, agrega que debe irse y terminar la sesión, ya que tiene que asistir a otra actividad.

El terapeuta le comenta que sería bueno reflexionar sobre lo hablado en la sesión, y continuar la siguiente semana. La consultante responde que la próxima no podrá asistir a la sesión por chat, debido a que se acercan las vacaciones y no tendría acceso a internet fuera de su trabajo, lugar desde donde se conectó para esta sesión. Al preguntarle por otras alternativas, comenta sentir miedo de ir a un cibercafé por el riesgo de falta de privacidad. El terapeuta se muestra de acuerdo con este argumento, y propone como alternativa mantenerse en contacto por correo electrónico para acordar una cita presencial. La consultante promete

enviar un correo electrónico para concertar el horario de la próxima sesión, y se despide de manera efusiva.

BREVE ANÁLISIS DEL LENGUAJE DE CONSULTANTE Y TERAPEUTA

En esta sesión se pusieron en juego diversas modalidades discursivas. En la tabla 10.2 se muestra un breve esquema respecto de los lenguajes de la consultante. Los actos de habla marcados en negrita fueron aquellos con mayor predominancia en el discurso.

En líneas generales, el discurso de la consultante resultaba ordenado en cuanto a los hechos relatados, con ocasionales manifestaciones del deseo de modificar aspectos de su vida, y se valía a la vez de metáforas para ilustrar sus argumentos. A lo largo de la sesión, se detectó en la consultante que las referencias a su estado afectivo se modificaron gradualmente, pasando de expresar sentimientos de tristeza a una gama más amplia de emociones. Un lenguaje que se mantuvo constante durante la sesión fue el de tipo evitativo, el cual tenía una mayor relevancia debido a que surgía como un modo de impedir profundizar en temáticas dolorosas.

En cuanto a las intervenciones del terapeuta, estas pueden dividirse, según la propuesta de Maldavsky, en intervenciones introductorias, centrales y complementarias. Las dos primeras categorías corresponden a lo que idealmente serían las intervenciones clínicas, donde unas preparan el terreno para una intervención relevante para el proceso terapéutico. En la tabla 10.3 se muestra una breve síntesis de los tipos de intervenciones introductorias y centrales encontradas a lo largo de la sesión.

El terapeuta, por su parte, mantuvo sobre todo un lenguaje centrado en el ordenamiento de los hechos relatados por la consultante, junto con intentos de comprensión empática.

TABLA 10.2 ACTOS DE HABLA DEL CONSULTANTE

Consultante: actos del habla durante la sesión			
III	V	VI	VII
Referencia a estados afectivos	Describir hechos Enlaces causales Conjeturas	Frases de evasión Atenuadores Referencias a temporalidad y espacialidad Autointerrupciones	Mostración de deseo Halago Metáforas Énfasis
Dominante en el discurso	Complementario en el discurso	Dominante en el discurso	Complementario en el discurso

TABLA 10.3 INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL TERAPEUTA

Intervenciones del terapeuta en la sesión	
Introductorias	Centrales
Preguntas sobre temporalidad y espacialidad de lo relatado	Organización (por medio de preguntas y síntesis de lo relatado)
Pedidos de información concreta y de aclaración de hechos	Enlaces causales (entre diferentes situaciones relacionadas)
Preguntas relacionadas con el deseo (¿qué busca hacer la consultante en la situación relatada?)	Frases de comprensión empática (reformular lo dicho poniendo énfasis en los afectos)

Reflexiones sobre la sesión

La descripción de lo acontecido en la sesión, junto con los resultados de este análisis de las frases del consultante y el terapeuta, puede brindarnos algunos elementos para la reflexión en distintos niveles.

Desde el punto de vista teórico, se observa que hay coincidencias con lo mencionado respecto de internet como un espacio psicológico, y de la palabra escrita como medios por los que el sujeto puede expresar la subjetividad. Los resultados del análisis de frases dejan de manifiesto, por ejemplo, que buena parte del discurso de la consultante se articuló alrededor de la expresión de afectos de tristeza y desesperación.

Desde el punto de vista de la interacción durante esta sesión, es necesario resaltar otro elemento articulador: el discurso evasivo en la

consultante, que refleja una dificultad para afrontar los afectos contactados en ese momento. Ante este discurso, donde se combina principalmente el contacto con afectos disfóricos y el subsecuente intento de evitarlos, el terapeuta busca organizar y comprender lo dicho por la consultante. Esto implica que el lenguaje escrito cumplió con la condición esencial de permitir la expresión de la subjetividad del hablante, de tal forma que esta pueda ser asequible a otro, el cual, a su vez, buscó incidir con fines terapéuticos al comprender y reorganizar lo dicho.

Desde el punto de vista técnico, se observa cómo se articula una sesión de ciberterapia a partir de las categorías de Suler. En este caso, la vía de interacción en la sesión se dio de modo sincrónico, por medio del chat escrito, mientras que la interacción previa y posterior a la sesión se dio de manera asincrónica.

Dado el final abrupto de la sesión, así como los elementos discursivos detectados, cabe abrir la siguiente reflexión: en algunas perspectivas, como en el psicoanálisis, se habla del surgimiento de resistencias que pueden obstaculizar un proceso terapéutico, las cuales pueden verse como la contraparte del establecimiento de la alianza terapéutica; en este sentido resulta interesante que un consultante con disposición y conocimientos para entablar una relación terapéutica vía chat presenta resistencias, de modo similar a como se presentarían en la sesión presencial.

REFLEXIONES FINALES

A partir de lo expuesto a lo largo de este texto, puede observarse que el análisis del lenguaje, tanto de la consultante como del terapeuta, permite inferir, mediado por un sistema de categorías dado, la manera en que interactúan durante una sesión terapéutica, incluso si esta se da a través de la palabra escrita. Ello permite corroborar, al menos en parte, la argumentación presentada de que, si bien las formas técnicas pueden cambiar entre psicoterapia y ciberterapia, también existen analogías

importantes, como el mecanismo esencial de escucha y diálogo, vía regia para llevar a cabo las metas que plantea un proceso terapéutico.

Esta inferencia no es nada despreciable, ya que si se le toma como uno de los fundamentos de toda intervención clínica, permite considerar el peso específico que tienen las diferencias y las semejanzas entre lo virtual y lo presencial en el ámbito terapéutico. Dicha pretensión valorativa del trabajo terapéutico debe estar fundamentada tanto en los resultados a nivel práctico (qué funciona y qué no), en las posibilidades metodológicas (qué medios utilizar en cada caso), y el lugar que ocupa lo virtual en tanto espacio de discurso. A partir de este primer sustrato, proveniente de las posibilidades que brinda el análisis del lenguaje y el discurso, es posible reconocer la especificidad del espacio virtual para el trabajo terapéutico.

Esta propuesta se ha centrado en rescatar de manera analógica semejanzas y diferencias básicas entre psicoterapia y ciberterapia. Es necesario continuar esta indagación y abordar las posibilidades, las limitaciones y los retos particulares que presenta la práctica clínica en línea. Algunas de las reflexiones presentadas aquí pueden ayudar a articular dicho abordaje. Por ejemplo, explorar la manera en que se articula la resistencia y la alianza terapéutica en las modalidades de ciberterapia, o bien aquellas situaciones en que la ciberterapia sea especialmente efectiva. Por otra parte, puede explorarse la compatibilidad de las varias formas de hacer ciberterapia con los lineamientos técnicos de diversas psicoterapias. Aunado a ello, es posible pensar, desde el campo de la interdisciplina, ¿cómo articularían la dimensión de lo escrito los distintos enfoques de psicoterapia, así como de un escenario que plantea diferencias en la temporalidad y espacialidad? ¿Cómo plantearían un encuadre desde la ciberterapia que respete las condiciones necesarias para llevar a cabo un trabajo terapéutico? Finalmente, ¿puede crearse un modelo integrativo de ciberterapia?

REFERENCIAS

- American Psychological Association (1997). APA Statement on Services by Telephone, Teleconferencing, and Internet. Recuperado el 4 de enero de 2012, de <http://www.apa.org/ethics/education/telephone-statement.aspx>
- Balaguer, R. (2004). Vínculos y subjetividad en los nuevos contextos electrónicos. Hacia una escucha abierta y desprejuiciada. *Primera Revista Electrónica de América Latina Especializada en Tópicos de la Comunicación*, No.40. Recuperado el 8 de marzo de 2009, de <http://www.enigmapsi.com.ar/vincsubjet.html>
- Bermejo Mercader, A. (2001). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía Internet. Recuperado el 17 de mayo de 2010, de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/529/508/>
- Beuchot, M. (2009). *Tratado de hermenéutica analógica*. México: Ítaca.
- Cabelli, C. & Waizmann, V. (2006). Peculiaridades de los dispositivos terapéuticos mediados por Internet. Recuperado el 12 de marzo de 2009, de <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=13&IdArticulo=132>
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F. & Riva, G. (2003). From psychotherapy to e-Therapy: The integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *Cyberpsychology & Behavior*, 6(4), 375-382.
- Ceiso, S. (2005). Comunicación online: posibilidad de terapia online. *Revista Internacional de Psicología*, 6(2). Recuperado el 16 de marzo de 2009, de <http://espanol.geocities.com/aguilera99/numeros.html>
- Chiozza, L. (2000). *Presencia, transferencia e historia*. Buenos Aires: Alianza.

- Corbella, S. & Botella, B. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de la Psicología*, 19(2). Recuperado el 12 de enero de 2012, de http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
- Corsini R. & Wedding D. (1989). *Current psychotherapies*. Illinois: Peacock Publishers.
- Coseriu, E. (1990). *Introducción a la lingüística*. México: UNAM.
- De Lucas, M. (2000). *Ciberterapia*. Recuperado el 16 de marzo de 2009, de <http://www.isabelsalama.com/Ciberterapia.htm>
- De Santiago, V.M. (2012). Estudio de la interacción terapeuta–consultante en un caso de ciberterapia. Recuperado el 7 de abril de 2014, de http://portal.iteso.mx/portal/page/portal/Dependencias/Rectoria/Dependencias/Direccion_General_Academica/Dependencias/Depto_de_salud_psicologia_y_comunidad/Programas_academicos/PT/Alumnos/Guia_de_titulacion/TOG-Interaccion%20consultante%20terapeuta%20en%20un%20caso%20de%20cibe.pdf
- Echeverría, R. (2003). *Ontología del lenguaje* (6ª Ed.). Santiago de Chile: J.C. Sáez Editores.
- Emperador, H.L. (2001). *Psicoconsulta: una terapia on-line*. Congreso Internacional Online de Psicología Aplicada. Recuperado el 16 de marzo de 2009, de <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/10/>
- Fadiman, J. & Frager, R. (2002). *Teorías de personalidad* (4ª ed.). México: Oxford University Press.
- Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., Meunier, V. & Walker-Schmucker, W. (2001). *Myths and realities of online clinical work*. Recuperado el 16 de marzo de 2009, de http://atar.msc.huji.ac.il/~mb/feni_chel.pdf

- Fiorini, H. (2005). El poder terapéutico de la palabra escrita (entrevista, 1 de octubre de 2005). *Lanación.com*. Recuperado el 22 de enero de 2012, de <http://www.lanacion.com.ar/743444-el-poder-terapeutico--de-la-palabra-escrita>
- Galimberti, U. (2006). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI.
- Horrocks, C. (2004). *Marshall McLuhan y la realidad virtual*. Barcelona: Gedisa.
- International Society for Mental Health Online (2011b). *Assessing a person's suitability for online therapy*. Recuperado el 7 de noviembre de 2011, de https://www.ismho.org/therapy_suitability_assessment.asp
- International Society for Mental Health Online (2011c). Suggested principles for the online provision of mental health services. Recuperada el 7 de noviembre de 2011, de <https://www.ismho.org/suggestions.asp>
- Lane, D. (1994). *Function and impact of nonverbal communication in a computer mediated communication context: An investigation of defining issues*. Recuperado el 2 de mayo de 2011, de <http://www.uky.edu/~drlane/techno/nvcmc.htm>
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2003). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Liberman, D. (1970, 1971a, 1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (vols. 1-3). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Liberman, D. (1971b). *La comunicación en la terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (1999). *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar.

- Maldavsky, D. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación aplicada del algoritmo David Liberman (ADL)*. Buenos Aires: Lugar.
- Maldavsky, D. & Almasia, A. (2003). Análisis con el algoritmo David Liberman del discurso de un paciente con apego a Internet. Contrastes teóricos y clínicos del método. *Subjetividad y procesos cognitivos*, No.4, 115-154.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-Therapy: practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology & Behavior*, 4(5), 551-563. Recuperado el 17 de enero de 2011, de http://in3.uoc.edu/opencms_in3/export/sites/in3/webs/grups_de_recerca/psinet/_resources/documents/Manhal-Baugus.pdf
- McLuhan, M. (1971). *La comprensión de los medios como las extensiones del hombre*. México: Diana.
- Orduño, M. (1971). *Teoría y práctica de la lingüística moderna*. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Capítulo 3: Resolver problemas de la salud mental. Recuperado el 11 de enero de 2012, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch3_es.pdf
- Romano, E. (2005). Los canales del “chat” en Internet: estudio de un fragmento de conversación pública mediada por computadora. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, No.7, 219-242. Recuperado el 21 marzo de 2010, de http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/123456789/245/1/Los_canales_de_chat_internet.pdf
- Romano, E. (2007). Análisis de la producción discursiva de escenas en una conversación coloquial de chat. *Subjetividad y procesos cognitivos*, No.10, 235-270. Recuperado el 21 marzo de 2010, de http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/123456789/139/1/Análisis_de_la_producción_discursiva.pdf
- Roudinesco, E. & Plon, M. (2005). *Diccionario de psicoanálisis* (Jorge Piatigorsky, trad.). Buenos Aires: Paidós.

- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B. & Emmelkamp, P. (2011). Efficacy and effectiveness of online CBT: A decade of Interapy research. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*, No.167, 9-14. Recuperado el 4 de enero de 2012, de http://alfredlange.nl/site/publications/pdf/Ruwaard_2011_Interapy_overview.pdf
- Sánchez, R. (2000). Cyberterapia: ¿una alternativa válida? En I Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 2 de marzo de 2011, de http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa15/conferencias/15_ci_a.htm
- Suler, J.R. (1999). Computerized psychotherapy. *The psychology of the cyberspace*. Recuperado el 7 de agosto de 2011, de <http://users.rider.edu/~suler/psycyber/eliza.html>
- Suler, J.R. (2000). Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *Cyberpsychology & Behavior*, 3(2). Recuperado el 6 de marzo de 2009, de <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/therapy.html>
- Valero, L. (2001). El consejo psicológico a través de Internet: datos de una experiencia institucional. Recuperado el 8 de marzo de 2009, de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL21_1_4.pdf
- Watzlawick, P., Helmick, J. & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Wolman, N. (1989). *Diccionario de ciencias de la conducta*. México: Trillas.

Acerca de los autores

Bárbara Marcela Álvarez Avilés es maestra en Psicoterapia por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Tiene experiencia en el trabajo de desarrollo social / educativo enfocado a diferentes segmentos de la población, así como en el trabajo clínico, conjuntando la habilidad en el análisis y el tratamiento psicológico en relación con los problemas sociales actuales a través de diferentes instituciones educativas, asociaciones civiles o empresas privadas. Ha realizado investigación sobre configuraciones familiares y la relación de estas con el bienestar psicológico.

Marina Ayo Balandrano es maestra en Desarrollo Humano por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es profesora titular de la Licenciatura en Psicología, de la Maestría en Desarrollo Humano y de la Maestría en Psicoterapia del ITESO. También es docente de la Universidad Iberoamericana Torreón y del programa de extensión universitaria Tec de Monterrey, sede Monterrey. Es miembro activo de The Association for the Advancement of Gestalt Therapy, an international community (AAGT). Trabaja en psicoterapia individual, de parejas y grupal con el enfoque Gestalt. Entre sus publicaciones destaca su colaboración en el libro *The Secret Language of Intimacy*, compilado por Robert Lee.

María Gabriela Castro Soto es maestra en Teoría Psicoanalítica. Tomó un curso sobre Victimología y abuso sexual, terapia de la agresión sexual. Ha dado atención clínica en Adivac (Atención para el Desarrollo Integral las Personas Violadas, AC). Se ha desempeñado

como docente en la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, en la Universidad Marista, y en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). En esta última universidad ha sido profesora en la Maestría en Psicoterapia.

Eugenia Catalina Casillas Arista es maestra en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (Univa). Ejerce como psicoterapeuta y ha sido docente en el Instituto de Formación Filosófica Intercongregacional de México (IFFIM), el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM) campus Guadalajara, la Universidad Guadalajara Lamar, la Univa y el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). En esta última institución es coordinadora docente de la Maestría en Psicoterapia y profesora en la Licenciatura en Psicología.

Sofía Cervantes Rodríguez realizó estudios de maestría en Ciencias de la Educación con opción terminal en Sociología de la Educación. Se especializó en Psicoterapia Clínica y en Psicoterapia Gestalt. Es profesora en el Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), tanto en el Programa de la Licenciatura en Psicología como en las maestrías en Psicoterapia y en Desarrollo Humano. Participa también como investigadora en la línea de investigación de las emociones sociales, y es coordinadora de la Unidad Académica Básica Personas, Interacción y Transformación.

Rocío Enríquez Rosas es maestra en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (Univa) y doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) Occidente. En el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) es profesora del Programa de Maestría en Psicoterapia, así como en la Maestría en Comunicación de la Ciencia y la Cultura,

en el Doctorado en Estudios Científico–Sociales y en el Doctorado Interinstitucional en Educación. Participa en el proyecto comparativo internacional Latin-assist, sobre pobreza urbana y política social en América Latina. Ha coordinado varios libros, y es autora de *El crisol de la pobreza: mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*.

Elba Noemí Gómez Gómez es doctora en Estudios Científico–Sociales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es profesora investigadora en el Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO. Ha trabajado el tema de la identidad profesional y ha participado en discusiones en torno a la producción de conocimiento —en particular las críticas a lo disciplinar—, para plantear acercamientos inter y transdisciplinarios como alternativas al avance de la ciencia. Ha publicado textos sobre la investigación interpretativa, y es autora del libro *Habitar el lugar imaginado*.

Jorge González García es maestro en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma de Querétaro. Es profesor en las licenciaturas en Psicología y Comunicación, y en el Programa de Maestría en Psicoterapia Clínica de la Universidad Iberoamericana León. Ha realizado investigación sobre la situación de los adolescentes en el estado de Guanajuato, y la relación entre cultura y educación superior en esta entidad. Ha escrito diversos artículos para revistas universitarias y del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP).

Salvador Moreno López es doctor en Psicología por la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Cuenta con una certificación como instructor de enfoque corporal (*focusing*). Es profesor en el Departamento de Psicología, Educación y Salud en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), donde participó en el equipo académico que elaboró la propuesta del programa de la Maestría en Psicoterapia, del cual fue el primer coordinador. Es autor del

libro *Descubriendo mi sabiduría corporal: focusing*, así como de varios artículos sobre psicoterapia que ha escrito para revistas de México y el extranjero.

Antonio Sánchez Antillón es doctor en Psicología por la Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales de Buenos Aires. Es profesor en el Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Ha escrito artículos sobre temas como el reto de la sexualidad en la iglesia; la sociedad del resentimiento, y reportes de investigación en donde con base en el análisis del discurso analiza casos de consulta o discursos de actores sociales. Es autor del libro *Introducción al discurrir ético en psicoanálisis*.

Luis Miguel Sánchez Loyo es doctor en Ciencias del Comportamiento opción Neurociencias. Es profesor investigador en la Universidad de Guadalajara y profesor en la Maestría en Psicoterapia del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Desde 1994, se desempeña como psicólogo clínico en intervención en crisis con conductas suicidas. Es presidente de Decide Vivir México, y miembro de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. Su interés principal en investigación se centra en las conductas suicidas, abordado desde una perspectiva multidisciplinaria.

Víctor Manuel de Santiago Sánchez es maestro en Psicoterapia por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), y cursa la formación como psicoanalista en el Círculo Psicoanalítico Mexicano. Es profesor en la Licenciatura en Psicología en el ITESO y en las licenciaturas de Psicología y de Educación en la Universidad Virtual Educanet de México. Ha colaborado en investigaciones sobre agencia y lazos sociales, el proceso de simbolización, y psicoterapia en personas con intento de suicidio.

Tania Carina Zohn Muldoon es maestra en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (Univa). Ha sido docente en la Universidad de Guadalajara, la Univa, el Centro de Enseñanza Técnica y Superior (CETYS) de Tijuana y Mexicali, el Instituto Tzapotlan, y el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). En este último formó parte del equipo que desarrolló la propuesta de la Maestría en Psicoterapia, de la que actualmente es coordinadora. Entre los artículos que ha publicado están: La construcción del constructivismo: implicaciones para la psicoterapia, ¿Cuándo y por qué ir a terapia?, e Historia familiar y desempeño profesional en psicoterapia.



ITESO
Universidad Jesuita
de Guadalajara

La Colección Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario es un espacio de encuentro, reflexión y difusión en torno a la práctica y la formación en el campo de la psicoterapia. Ofrece conocimiento, más allá de los enfoques unidisciplinares y particulares, para abonar a un mejor entendimiento y abordaje de la complejidad de la existencia humana hacia la promoción del bienestar.

El bienestar y el malestar son procesos que están íntimamente relacionados, y cuya comprensión es el desafío central de la psicoterapia, para promover modos de vida saludables, armónicos y plenos.

A partir de una perspectiva amplia, abierta e interdisciplinaria, este volumen se enfoca en lograr una mejor comprensión de las diferentes dimensiones presentes en la situación de los consultantes, y la búsqueda de las mejores rutas de acceso a la intervención en favor del bienestar personal y social. Para ello, se abordan desde los aspectos teóricos de los debates en torno al bienestar hasta las cuestiones subjetivas que impactan en el ser humano y las alternativas psicoterapéuticas para propiciar el que se alcance este estado ideal, en aspectos como la vida cotidiana y familiar, así como para sobrellevar situaciones de duelo o confrontar conductas suicidas, ya sea por la atención directa y la práctica clínica o a través de la interacción con el paciente mediante la novedosa ciberterapia.

Una obra recomendable para profesionales de la psicoterapia y la salud psicosocial, así como para estudiantes y docentes en este campo.

