

VICISITUDES DE LA PSICOLOGÍA EN COLOMBIA COMO PRÁCTICA DISCURSIVA

ÁNGELA HERNÁNDEZ CÓRDOBA

Bogotá, 1992

Contenido

INTRODUCCION	4
I. EL ANALISIS ARQUEOLOGICO COMO METODO	5
1. UNA ALTERNATIVA PARA LIBERARSE DE LA HISTORIA DE LAS IDEAS. . .	5
2. EL OBJETO DE LA ARQUEOLOGIA.....	7
3. ALGUNAS PAUTAS METODOLOGICAS.....	8
4. MECANISMOS DE CONTROL DEL DISCURSO.....	9
5. LA PSICOLOGIA EN COLOMBIA COMO OBJETO DE LA ARQUEOLOGIA. . .	12.
II. LA CONDUCTA DESVIADA COMO DOMINIO PSICOLOGICO	14
1. LA SITUACION ENTRE LOS SIGLOS XVI Y XIX.	14
2. LOS ASILOS: RELIGION, FILANTROPIA Y MEDICINA.	15
3. EXPLICACIONES MÉDICAS DE LA LOCURA A COMIENZOS DE SIGLO EN COLOMBIA.....	17
4. VICIOS, MEDICINA Y CONTROL SOCIAL EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO. .	20
5. EL TRANSITO DE LOS ASILOS A LOS HOSPITALES Y CLINICAS PSIQUIATRICAS: LA INFLUENCIA NORTEAMERICANA	21
6. LA INTENCION DE HACER DE LA CLINICA PSIQUIATRICA UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA.....	25
7. UNA QUERRELLA VIGENTE: MODELO MEDICO VS. NUEVAS ALTERNATIVAS A LA PSIQUIATRIA.	27
8. LA SITUACION ACTUAL O EL PLURALISMO NEUTRALIZADOR DEL CAMBIO . .	30
III. EL LUGAR DE LA PSICOLOGIA COMO PROFESION	33
1. SU EMERGENCIA EN EL DOMINIO DE LAS MEDICIONES.	33
2. IDENTIDAD PROFESIONAL Y FORMACION UNIVERSITARIA EN FUNCION DE LA PREVENCION.	35
3. LA LUCHA POR EL ESPACIO PROFESIONAL EN LAS AREAS APLICADAS	38
4. LAS ASOCIACIONES DE PROFESIONALES: ATOMISMO GREMIAL Y CONFLICTOS DE ENFOQUE	45

IV. EL CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO COMO FINALIDAD DE LA PRACTICA DISCURSIVA DE LOS ENFOQUES PSICOLOGICOS Y DE OTROS SABERES AFINES	47
1. EL ESPIRITU FILANTROPICO.....	51
2. LA INTERVENCION JURIDICA Y PSIQUIATRICA DEL INDIVIDUO PELIGROSO.	53
3. EL MODELO MEDICO Y LA TEORIA ORGANICISTA DEL CAMBIO.....	54.
4. EL PSICOANALISIS.....	55
5. EL CONDUCTISMO.....	58
6. MODELOS CON ENFOQUE HUMANISTA.....	58
7. EL ENFOQUE SISTEMICO.....	62
8. LAS ACTIVIDADES DE TIPO PSICOEDUCATIVO.....	64
9. TECNOLOGIAS DEL YO, ENFOQUES TERAPEUTICOS E IMPLICACIONES ETICO-SOCIALES.....	64
V. UBICACION E INCIDENCIA DEL DISCURSO PSICOLOGICO EN COLOMBIA:	
CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	70

INTRODUCCION

Si bien la temática de este trabajo es la psicología en Colombia, se realiza dentro del marco de la Maestría en Filosofía Latinoamericana, para dar cumplimiento a su objetivo de contribuir al desarrollo de la historia de las ideas en el país. La intención subyacente a este propósito ha estado encaminada hacia la búsqueda y el esclarecimiento de la identidad latinoamericana, emprendida por los filósofos del continente en este siglo, al comienzo para delinear la especificidad de nuestra naturaleza, por contraste con la de los europeos, y luego para articular los discursos teóricos con los procesos de cambio social.

La Historia de las ideas como disciplina en constitución, busca la articulación dinámica entre ideas y sociedad, dado el papel que ellas juegan en el devenir histórico y cultural del hombre, por su estrecha relación, en su génesis y en su orientación, con circunstancias concretas de la vida de los hombres.

Con base en esa premisa, se asume que el desarrollo y aceptación del discurso psicológico, debe estar rodeado de hechos y de procesos histórico-sociales propicios para el surgimiento de esta disciplina, la cual ocupa sin duda un lugar dentro de la cultura y la sociedad y cuya autoafirmación y autorreconocimiento pueden afianzarse, haciendo uso de la historia de las ideas como herramienta para la comprensión del pasado en toda su complejidad y toda su riqueza, más allá de los hitos, los eventos y los personajes.

La historia de las ideas como concepción pluralista del devenir cultural de la especie humana, se ha consolidado aplicando diversos métodos y recogiendo los aportes de otros saberes, como la historia, la hermenéutica, el psicoanálisis, la antropología cultural y la sociología del conocimiento. En este trabajo, sin embargo, se aplicarán los conceptos y premisas del análisis arqueológico propuesto por Michel Foucault, por considerarlo más apropiado para dar cumplimiento a sus objetivos, tal como se pretende mostrar enseguida al presentar las características fundamentales de esta aproximación, descrita principalmente en su "Arqueología del Saber" (1969).

I. EL ANÁLISIS ARQUEOLÓGICO COMO MÉTODO

"Arqueología: método para una genealogía histórica, que toma como dominio de análisis los discursos; los discursos considerados como acontecimientos; ligados por reglas de prácticas discursivas".

Michel Foucault, 1983.

1. UNA ALTERNATIVA PARA LIBERARSE DE LA HISTORIA DE LAS IDEAS

La arqueología es una forma de análisis, que como dice Foucault, por un juego muy solemne quizá, recibió este nombre tratando de determinar la especificidad de un método que no fuese ni formalizador, ni interpretativo, ni meramente historiográfico. Con todo y que él mismo dijo que en el fondo no era tal vez más que un historiador de las ideas que había querido renovar de arriba abajo su disciplina, también afirmó que no tendría derecho a sentirse tranquilo mientras no se hubiera liberado de la "historia de las ideas" y demostrado en qué se distinguen sus descripciones del análisis arqueológico.

La arqueología es un instrumento que permite articular el análisis de las formaciones sociales y las formaciones epistemológicas, así como el análisis de las posiciones del sujeto, con respecto a una teoría de la historia de las ciencias. Por su carácter descriptivo, aplica un método de disección del discurso a partir de la distinción de niveles, dominios, conceptos y procedimientos, con el fin, no de plantear definiciones de entes estructurados y trascendentales, sino de articular coyunturas que posibilitan la emergencia de determinados discursos.

Dentro del método arqueológico, el discurso desempeña diversos papeles, pues es tanto el objeto de análisis, como el recurso a través del cual se explicitan sus hallazgos y formulaciones. Es decir, es inevitable que de la aplicación de la arqueología resulte un discurso sobre el discurso que pretende describir, el cual a su vez representa una particular reconstrucción de la realidad, dentro de una visión que en su transversalidad, va más allá de las cadenas secuenciales en el tiempo, de los sujetos individuales y de las épocas convencionalmente demarcadas.

La arqueología se rige por cuatro principios básicos:

En primer lugar, pretende definir los discursos en cuanto prácticas que obedecen a unas reglas; no trata al discurso como un documento, sino como signo de otra cosa; como a un monumento que encarna prácticas y procesos complejos, observables y descriptibles; en esa medida no es una disciplina interpretativa por cuanto no busca "otro discurso" más escondido, ni es alegórica.

En segundo lugar, no trata de volver a encontrar la transición continua y lineal que une los discursos en una secuencia, entre sí, con lo que los precede o los rodea; tampoco busca una progresión lenta que lleve del campo confuso de la opinión, a la singularidad del sistema ni a la estabilidad definitiva de la ciencia, pues no se interesa por la unicidad sino por la diferenciación. En esto se aparta de la historia de las ideas y para lograrlo le da un tratamiento especial al análisis de las contradicciones, a las descripciones comparativas y a la localización de las transformaciones.

La historia de las ideas le concede al discurso que analiza un crédito de coherencia, de modo que las contradicciones que aparecen son una ilusión tras la cual se esconde una unidad; por el contrario, para el

análisis arqueológico las contradicciones no son ni apariencias que hay que superar ni principios secretos que habría que despejar. Son objetos que hay que describir en sí mismos, tratando de determinar la medida y la forma de su desfase, sin buscar desde qué punto de vista se pueden disipar o a que nivel se radicalizan; así, de efectos pasan a ser causas y juegan diferentes funciones: unas aseguran el desarrollo adicional del campo enunciativo al cual pertenecen, otras inducen su reorganización y otras desempeñan un papel crítico.

Como el estudio arqueológico es siempre en plural, las descripciones comparativas se ejercen en multiplicidad de registros; si el análisis arqueológico se dirige a un tipo singular de discurso, es para establecer por comparación sus límites cronológicos y, en relación con ellos, un conjunto de acontecimientos, prácticas, decisiones políticas, encadenamiento de procesos económicos, oscilaciones demográficas, técnicas, etc., poniendo de manifiesto unas relaciones entre las formaciones discursivas y otros dominios no discursivos, sin buscar continuidades culturales ni aislar mecanismos de causalidad, como tampoco el sentido implícito, tarea que correspondería a la hermenéutica.

No trata de hacer un análisis causal orientado a establecer en qué medida los cambios políticos o los procesos económicos han determinado por ejemplo la conciencia de los científicos. Desde la perspectiva arqueológica, las relaciones causales no se asignan sino al nivel del contexto y de su efecto sobre el sujeto parlante, después de definir las positivities en que aparecen y las reglas según las cuales han sido formadas esas positivities.

La descripción arqueológica de los discursos se despliega en la dimensión de una historia general; intenta mostrar cómo la autonomía del discurso y su especificidad no le dan por ello el estatuto de pura idealidad y de total independencia histórica; lo que quiere sacar a la luz es ese nivel singular en el que la historia puede dar lugar a tipos definidos de discurso, los cuales tienen a su vez su tipo propio de historicidad, en relación con todo un conjunto de historicidades diversas.

En esas comparaciones interesa que aparezcan las particularidades y no las formas generales, admitiendo análisis interdiscursivos pero limitados por contornos escogidos por el investigador. Porque la comparación arqueológica no tiene un fin unificador sino multiplicador, que se niega a reducir las diferencias.

Con referencia a la localización de las transformaciones, la historia de las ideas toma como tema esencial los fenómenos de sucesión y de encadenamiento temporales, los analiza de acuerdo con los esquemas de evolución y describe así el despliegue histórico de los discursos. La arqueología por su parte no está buscando la sincronía, pues considera que el discurso se arranca de la ley del devenir y se establece en una intemporalidad discontinua, aunque puedan localizarse vectores temporales de derivación de sus enunciados.

La arqueología asume que unas transformaciones contemporáneas, análogas y vinculadas, no remiten a un modelo único que impusiese a todos los discursos una forma también única de ruptura, entendiendo que ruptura es el nombre dado a las transformaciones que influyen en el régimen general de una o varias formaciones discursivas.

Conforme a su tercer principio, la arqueología no se halla determinada por la "obra" como cristalización representativa de un momento o de un psiquismo que pueda ser típico de una época; más bien define unos tipos y unas reglas de prácticas discursivas que atraviesan obras individuales, a veces totalmente y otras parcialmente; así, la instancia del sujeto creador, en tanto que razón de ser de una obra y principio de unidad le es ajena. Obedeciendo a su cuarto principio, la arqueología se define como una reescritura, una transformación pautada de lo que ha sido y se ha escrito. No es la vuelta al secreto del origen, sino la descripción sistemática de un discurso-objeto.

A diferencia de la historia de las ideas, no considera pertinente el asunto de la originalidad-trivialidad de los

discursos, sino que le interesa la regularidad de los enunciados, como conjunto de condiciones donde se ejerce la función enunciativa, que asegura y define la existencia de los mismos; por estas razones no acude al criterio de enunciados creadores y enunciados imitativos, como tampoco a la búsqueda de sucesiones cronológicas. La "época" tampoco es su unidad ni su base, ni su horizonte ni su objeto; si se refiere a ella es a propósito de prácticas discursivas determinadas y como resultado de sus análisis.

En su función de instrumento articulador del análisis de las formaciones sociales y de las descripciones epistemológicas, la arqueología permite mostrar, que hablar es hacer algo; que agregar un enunciado a una serie preexistente de enunciados, es hacer un gesto complicado y costoso, que implica unas condiciones y no solamente un contexto y unos motivos, pues comporta unas reglas diferentes de las reglas lógicas y lingüísticas de construcción; que un cambio en el orden del discurso no supone sólo un poco de creatividad y una mentalidad distinta, sino unas transformaciones en las prácticas sociales actuales, eventualmente en las que se avecinan y en su articulación común. De esta forma el cambio en el discurso se da más allá del sujeto, de la conciencia y del autor.

2. EL OBJETO DE LA ARQUEOLOGIA

El objeto de la arqueología es el análisis y descripción de las formaciones discursivas, las cuales no pueden confundirse con disciplinas. Al analizar positivamente muestra con qué reglas una práctica discursiva puede formar grupos de objetos, conjuntos de enunciaciões, juegos de conceptos, series de elecciones teóricas, sin que con esos elementos se constituya una ciencia sino un saber.

Un saber es aquello de lo que se puede hablar en una práctica discursiva que así se encuentra especificada; es también el espacio en el que el sujeto puede tomar posición para hablar de los objetos de que trata en su discurso; es el campo de coordinación y de subordinación de los enunciados en que los conceptos aparecen, se definen, se aplican y se transforman. Un saber se define por posibilidades de utilización y de apropiación ofrecidas por el discurso, gracias a sus puntos de articulación en relación con otros discursos y prácticas discursivas.

Existen saberes que son independientes de las ciencias, pero no existe saber sin una práctica discursiva definida; y toda práctica discursiva puede definirse por el saber que forma. La arqueología entonces recorre el eje: práctica discursiva-saber-ciencia.

Es necesario por lo tanto distinguir entre los dominios científicos y los territorios arqueológicos, cuyos cortes y principios de organización son completamente distintos. Sólo pertenecen a un dominio de cientificidad las proposiciones que obedecen a ciertas leyes de construcción y se consignan en documentos científicos, en tanto que los territorios arqueológicos pueden atravesar también textos literarios, filosóficos o de ficción.

La práctica discursiva no coincide con la elaboración científica a la cual puede dar lugar, pero tampoco es el esbozo áspero ni el subproducto cotidiano de una ciencia constituida; las ciencias aparecen en el elemento de una formación discursiva y sobre un fondo de saber.

El saber no es ese almacén de materiales epistemológicos que desaparecería en la ciencia que lo consumara; por el contrario, la ciencia se localiza en un campo de saber y desempeña en él un papel; así, la arqueología asume que en toda formación discursiva, se encuentra una relación específica entre saber y ciencia, de modo que el análisis, en lugar de definir entre ellos una relación de exclusión o de sustracción, debe mostrar positivamente, cómo una ciencia se inscribe y funciona en el elemento de saber.

A propósito de una formación discursiva se pueden describir cuatro momentos distintos para su emergencia: 1) aquel en el cual se individualiza y adquiere su autonomía, llamado umbral de positividad; 2) cuando un

conjunto de enunciados pretende hacer valer unas normas de verificación y de cohesión y ejerce con respecto del saber una función dominante (de modelo, de crítica, de verificación), denominado umbral de epistemologización; 3) cuando esa figura epistemológica así dibujada obedece a cierto número de criterios formales y no meramente a reglas arqueológicas de formación, sino además a determinadas leyes de construcción de las proposiciones, llamado umbral de científicidad; 4) cuando puede definir los axiomas que como discurso científico le son necesarios, los elementos que utiliza, las estructuras proposicionales que le son legítimas y las transformaciones que acepta, conocido como umbral de formalización.

La repartición de esos umbrales en el tiempo, su sucesión, su desfase, su eventual coincidencia, las formas de exclusión o de implicación mutuas, constituyen para la arqueología uno de sus dominios mayores de exploración, sabiendo que su cronología no es ni regular ni homogénea. En correspondencia con esos umbrales hay distintas formas de análisis históricos. En el umbral de epistemologización, el criterio de científicidad no sirve de norma; aquí lo que intenta dejar al desnudo la historia arqueológica son las prácticas discursivas, en la medida en que dan lugar a un saber y en que ese saber toma el estatuto y el papel de ciencia.

Acometer a ese nivel una historia de las ciencias no es describir unas formaciones discursivas sin tener en cuenta las estructuras epistemológicas; es mostrar cómo la instauración de una ciencia y eventualmente su paso a la formalización, puede haber encontrado su posibilidad y su incidencia en una formación discursiva y en las modificaciones de su positividad. De esta forma la historia de las ciencias se perfila a partir de una descripción de las prácticas discursivas.

Este proceso se ha llamado "análisis de la episteme", para distinguirlo de otras formas de historia de las ciencias. Por episteme se entiende el conjunto de las relaciones que pueden unir en una época dada a las ciencias, cuando se las analiza al nivel de las regularidades discursivas, de modo que al referirse al discurso científico, lo que se pone en juego no es su derecho a ser ciencia, sino el hecho mismo de su existencia; el análisis de la episteme se separa de todas las filosofías del conocimiento, en cuanto se remite a los procesos de una práctica histórica y no a la instancia de una fundación originaria, que fundamentara en un sujeto trascendental el hecho y el derecho.

Es importante aclarar que una práctica discursiva es un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en tiempo y espacio, que han definido en una época dada y para un área social, económica, geográfica y lingüística específica, las condiciones y las reglas de conexión de los enunciados.

El estudio de las formaciones discursivas obedece a cuatro hipótesis: 1) Los enunciados, diferentes en su forma y dispersos en el tiempo, constituyen un conjunto si se refieren a un sólo y mismo objeto. 2) Para definir relaciones entre enunciados, es posible identificar su forma y su tipo de encadenamiento, caracterizando su coexistencia a pesar de que aparezcan como enunciados dispersos y heterogéneos. 3) Es posible establecer grupos de enunciados, determinando el sistema de los conceptos permanentes y coherentes que se encuentran entre ellos. 4) Es posible señalar la identidad y la persistencia de los temas, describiendo los sistemas de dispersión, en lugar de reconstruir las cadenas de inferencias, como se hace en la historia de las ciencias y de la filosofía.

3. ALGUNAS PAUTAS METODOLOGICAS

Desde el punto de vista metodológico, se logra identificar una formación discursiva si se definen esas reglas que subyacen a la formación de los objetos, de los conceptos y de las elecciones temáticas como dominios que articulan los discursos, para lo cual Foucault sugiere algunas pautas que se aplican en este trabajo.

Las primeras, relativas a la formación de objetos, incluyen las tareas siguientes: 1) Describir ciertas

instancias de delimitación o superficies y espacios donde emerge el objeto, tales como las instituciones reglamentadas para hacer uso de él, el conjunto de individuos adscritos a la disciplina o saber correspondiente, el saber y la práctica en sí mismos, y la competencia reconocida para su uso por la justicia, la opinión y la administración públicas. 2) Analizar los sistemas según los cuales se separan, oponen, entroncan, reagrupan, clasifican y se hacen derivar los diferentes contenidos como objetos del discurso.

En las anteriores pautas, están implícitos algunos presupuestos sobre el objeto: 1) Existe en las condiciones positivas de un haz de relaciones. 2) Estas relaciones se establecen entre instituciones, procesos económicos y sociales, formas de comportamiento, sistemas de normas, técnicas, tipos de clasificación y modos de caracterización, que no están presentes en el objeto en sí mismo. 3) Existen tres tipos de relaciones: primarias, que implican dependencias reales entre los diferentes elementos antes mencionados; secundarias o reflexivas, que se basan en inferencias que pueden ser causales (relación entre criminalidad y familia, por ejemplo), y propiamente discursivas. 4) Las relaciones discursivas son inmanentes a una práctica y la definen en su especificidad, porque los objetos no permanecen constantes sino las relaciones entre las superficies donde ellos pueden aparecer. 5) Se conciben los discursos como prácticas que forman sistemáticamente los objetos de los que se ocupan.

Otras pautas se refieren a la formación de conceptos, entendidos como principios organizativos de los enunciados. Las tareas aquí contempladas buscan describir la organización del campo en el que aparecen y circulan los enunciados, y son dos: identificar las formas de sucesión de los enunciados y las formas de coexistencia de los mismos.

Foucault propone tres formas de sucesión: 1) de ordenamiento de inferencias, implicaciones, razonamientos deductivos, descripciones, esquemas de generalización y relatos; 2) de dependencia, la cual puede ser hipotético-deductiva, de aserción-crítica o de ley general a aplicación particular; 3) de combinación de enunciados dentro de esquemas teóricos que encadenan deducciones, descripciones y definiciones.

Las formas de coexistencia de los enunciados equivalen a campos y dominios que constituyen redes específicas de vinculación entre ellos; se describen también tres formas: 1) Un campo de presencia, relativo a las verdades admitidas y los razonamientos fundados, así como a los tipos de relaciones donde se basan, los cuales pueden ser de verificación experimental, validación lógica, repetición pura y simple, aceptación de la autoridad o la tradición, comentarios, búsqueda de significaciones ocultas o análisis del error; estas relaciones pueden ser explícitas, o implícitas y comprendidas en los enunciados ordinarios. 2) Un campo de concomitancia, relativo a los enunciados que actúan entre los conceptos estudiados como confirmación analógica, principio general y premisas aceptadas, modelos transferibles o instancias superiores de confrontación. 3) Un dominio de memoria, equivalente a enunciados con respecto a los cuales los conceptos establecen relaciones de filiación, de génesis, transformación, continuidad y discontinuidad histórica.

Foucault sugiere además pautas para llevar el análisis arqueológico a su más alto nivel de abstracción, relativo a la elección de temas y teorías, llamados convencionalmente "estrategias". El problema consiste en saber cómo se distribuyen en la historia, intentando encontrar entre ellas una regularidad y definir el sistema común de su formación. Para abordar este problema, plantea tres indicaciones metodológicas:

1) Determinar los puntos de difracción del discurso, caracterizados como puntos de incompatibilidad, cuando dos conceptos aparecen como contradictorios dentro de la misma formación discursiva; como puntos de equivalencia, cuando dos elementos de la formación discursiva, aparentemente contradictorios, se convierten en una alternativa, y como puntos de enganche de una sistematización, cuando a partir de cada uno de esos elementos, equivalentes e incompatibles, se ha derivado una serie coherente de objetos y de conceptos.

2) Describir instancias específicas de decisión, que dan cuenta de las elecciones tomadas en un momento

específico, lo cual implica identificar el papel que desempeña el discurso estudiado en relación con los que le son contemporáneos, papel que puede ser de sistema formal o de simple modelo; así mismo, el discurso puede hallarse en una relación de analogía, de oposición, de complementareidad o de delimitación recíproca con otros, estableciendo diferenciaciones de sus dominios, sus métodos, sus instrumentos y sus campos de aplicación.

3) Determinar la función que debe ejercer el discurso estudiado en un campo de prácticas no discursivas, así como el régimen y los procesos de apropiación del mismo, asumiendo que en toda sociedad hay restricciones que sirven como medio de control de la producción, difusión y aplicación de los discursos.

4. MECANISMOS DE CONTROL DEL DISCURSO

Afirma Foucault en "El Orden del Discurso" (1970), que "la producción del discurso está controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y los peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad". Esos procedimientos son de tres clases:

La primera, corresponde a los procedimientos de exclusión o de control externo, dentro de los cuales se encuentran:

- a) Los tabúes o prohibiciones, siendo los más extendidos los vinculados a la sexualidad y a la política, por su relación con el deseo, el poder y el saber, en la medida en que el discurso no es solamente la expresión del deseo, sino que es en sí mismo un poder que despierta el ansia de poseerlo.
- b) La separación y el rechazo, ilustrados principalmente por el tratamiento dado a la oposición razón-locura, gracias a la cual se ha justificado a través de la historia el aislamiento de los locos. Aún en las terapias no asilares como el psicoanálisis, dice Foucault que basta el silencio para que la separación permanezca.
- c) La oposición entre lo falso y lo verdadero (voluntad de verdad), representada por los criterios de validez del conocimiento, los cuales han sido cambiantes a lo largo de la historia, pero siempre han tenido un papel coactivo por el respaldo de las instituciones de donde emana el poder y de las prácticas sociales en cada momento.

Otra clase son los procedimientos de control interno del discurso, correspondientes a los principios de clasificación, ordenación y distribución, como intentos de dominar la dimensión relativa al acontecimiento y al azar. Dentro de estos procedimientos se incluyen:

- a) El comentario: cumple las funciones de repetir indefinidamente ciertos discursos, como fórmulas, textos y conjunciones ritualizadas que se recitan en circunstancias específicas, con el oscuro propósito de decir por fin lo que estaba articulado silenciosamente en la lejanía o en la profundidad supuestas en el texto original; así lo nuevo no está en lo que se dice, sino en el acontecimiento de su retorno, pues a pesar de que los comentarios pueden ir variando, según correspondan a la exégesis religiosa, a la interpretación jurídica o a la crítica literaria, conservan con el original la misma relación.
- b) El autor: como principio de agrupamiento, origen de sus significaciones y foco de su coherencia. Si el comentario limita el azar del discurso por medio de una identidad que tendría la forma de la repetición y de lo mismo, el principio del autor lo limita por el juego de una identidad que tiene la forma de la individualidad y del yo.
- c) Las disciplinas: son un principio relativo y móvil, opuesto al del autor porque se define por un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas como verdaderas, un juego de reglas y de definiciones, de técnicas y de instrumentos; éste constituye una especie de

sistema anónimo a disposición de quien quiera o de quien pueda servirse de él, sin que su validez esté ligada a su inventor. Se opone al comentario, porque no está interesada en un sentido que debe ser descubierto de nuevo, sino en la construcción de nuevos enunciados.

En el interior de sus límites cada disciplina reconoce proposiciones verdaderas o falsas, pero rechaza toda teratología del saber (malformación congénita), de modo que para pertenecer a ella, un discurso debe cumplir complejas y graves exigencias. La disciplina fija sus límites por el juego de una identidad que tiene la forma de una reactualización permanente de las reglas.

El tercer grupo de procedimientos de control del discurso son las condiciones de su utilización: las que limitan los poderes; las que dominan las apariciones aleatorias y las que seleccionan a los sujetos que pueden hablar.

La forma más superficial y visible de esos sistemas de control es el ritual: define la cualificación que deben poseer los individuos que hablan; define los gestos, los comportamientos, las circunstancias y todo el conjunto de signos que deben acompañar el discurso; fija la eficacia supuesta o impuesta de las palabras, su efecto sobre aquellos a quienes se dirigen y los límites de su valor coactivo.

Otro mecanismo son "las sociedades de discursos", cuyo cometido es conservar o producir discursos, pero hacerlos circular en un espacio cerrado, distribuyéndolos nada más según reglas estrictas y sin que los detentores sean desposeídos de la función de distribución (secreto técnico o científico). Aunque las doctrinas parecen contrarias a las sociedades secretas, pues buscan su difusión, exigen una doble sumisión: de los sujetos al discurso y de éste a ellos.

Está además la educación como mecanismo de adecuación social del discurso, considerando que todo sistema educativo es una forma política de mantener o de modificar la adecuación de los discursos en función de los saberes y los poderes que implican.

Foucault plantea como tareas necesarias para quebrar el temor que genera la veneración del discurso, poner en duda nuestra voluntad de verdad, restituir al discurso su carácter de acontecimiento y levantar la soberanía del significante.

Como exigencias de método correlativas a esas tareas, sugiere tener en cuenta cuatro principios: 1) De trastocamiento, referente a descubrir lo que hay detrás de todos los procedimientos y mecanismos de control del discurso. 2) De discontinuidad, en cuanto los discursos deben ser tratados como prácticas discontinuas que se cruzan, a veces se yuxtaponen, pero también se ignoran o se excluyen. 3) De especificidad: no resolver el discurso en un juego de significaciones previas, ni pensar que el mundo nos mira con una cara legible que tendríamos que descifrar; por el contrario es necesario concebir el discurso como una violencia que hacemos a las cosas y como una práctica que les imponemos. 4) De exterioridad: a partir del discurso mismo, de su aparición y de su regularidad, ir hacia sus condiciones externas de posibilidad, que dan lugar a la serie aleatoria de esos acontecimientos y fijan sus límites.

En consonancia con ellos, las nociones de acontecimiento, serie, regularidad y condición de positividad, con sus correspondientes opuestos de creación, unidad, originalidad y sentido, deben servir de regulador en el análisis, teniendo en cuenta que estos opuestos han sido los criterios característicos de la tradicional historia de las ideas.

Los análisis de Foucault, finalmente, parten de dos abordajes: uno crítico, que utiliza el principio de trastocamiento y pretende cercar las formas de exclusión, de delimitación y de apropiación de los discursos; muestra cómo se han formado, para responder a qué necesidades, cómo se han desplazado, qué coacción

han ejercido y en qué medida se han alterado. Otro genealógico, que utiliza los otros tres principios, de discontinuidad, especificidad y exterioridad.

En realidad las dos tareas no son nunca separables. Entre la crítica y la genealogía, la diferencia no es tanto de objeto o de dominio como de punto de ataque, de perspectiva y de delimitación. La parte crítica del análisis se refiere a los sistemas de surgimiento del discurso; intenta señalar, cercar esos principios de libramiento, de exclusión y de rareza del discurso. La parte genealógica se refiere a las series de su formación efectiva: intenta captarlo en su poder de afirmación, para constituir dominios de objetos, a propósito de los cuales se podrían afirmar o negar proposiciones verdaderas o falsas. Si el estilo crítico es el de la desenvoltura estudiosa, el genealógico será el de un positivismo alegre, entendiendo que positivities son precisamente esos dominios de objetos.

5. LA PSICOLOGIA EN COLOMBIA COMO OBJETO DE LA ARQUEOLOGIA

Tomando como fundamento metodológico los conceptos expuestos en las páginas anteriores, se hará un análisis de la psicología, asumiéndola como un saber y como una práctica discursiva que ha ido ganando espacio en la cultura y en sus correspondientes instancias en el país, de manera más evidente a partir de fines del siglo XIX.

Como lo reseña Humberto Roselli (1968), las publicaciones de fines de siglo revelan que la psicología seguía estando hasta ese momento dentro del dominio de la filosofía. Manuel Ancizar, por ejemplo, editó en 1851 las "Lecciones de Psicología", donde acogiendo disposiciones oficiales sobre los programas educativos, desarrolló los temas desde un punto de vista filosófico y con una postura ecléctica, dentro de la cual combinaba el espiritualismo de Platón, el idealismo de Kant y el positivismo de Comte, Littré y Spencer (Salazar, 1988).

En 1872, Alejandro Agudelo publicó "Filosofía fisiológica del cerebro: Estudio experimental del hombre demostrando que sus diversas actividades son efecto de su organización"; algunos de sus capítulos se titularon: "Análisis del hombre desde que es fecundado", "Época en que el alma se aloja en el cuerpo", "Necesidad de órganos, sus actividades y acción del alma", "Sitio del alma" y "El cerebro no es un órgano único sino múltiple".

Es fácil apreciar en esos discursos una concepción dualista del hombre, donde no es clara la conexión entre el cerebro y el alma, ni tampoco la diferencia entre el alma como principio espiritual y trascendental, y el alma como espacio psicológico donde se localiza la experiencia subjetiva, tal como se entiende en la psicología moderna.

Aunque podría de todas maneras estudiarse el impacto y el espacio social donde surgió y se usó ese tipo de discurso, en este trabajo se focalizará la observación sobre las prácticas sociales y discursivas donde fue emergiendo la psicología como saber, como disciplina y como ciencia autónoma, si es que alcanza a tener este estatuto. Aplicando con rigor la terminología de Foucault, diría que el objeto de este estudio es hacer un análisis de la psicología en Colombia como "episteme", o sea como positividad discursiva, más allá de su validez científica, pues si bien este ha sido uno de sus grandes cuestionamientos, aquí no será un propósito confirmar o desvirtuar dicha validez.

Esto implica que se aceptan los supuestos de la arqueología como método, considerando que es posible identificar:

1. Los umbrales, las instituciones, los espacios que ocupa y las formas de conciencia asociadas al discurso psicológico.
2. Las regularidades que subyacen a ese discurso y a las prácticas sociales y discursivas concomitantes.

3. Los principales objetos de lo psicológico en el país.
4. Otros discursos y disciplinas con los que se ha relacionado y cómo han sido esas relaciones de coexistencia.
5. La incidencia del discurso psicológico, su práctica y su institucionalización, sobre asuntos tales como la vida cotidiana, la convivencia social, la ley y los problemas sociales (violencia, pobreza, adicciones, etc.).
6. El discurso psicológico como una fuente de poder, quiénes lo detentan y de qué manera se ejerce.
7. Funciones que está desempeñando el discurso psicológico y su institucionalización en el país.

Será necesario distinguir, en primer lugar, el "umbral de positividad" de la psicología como práctica discursiva, para lo cual habrá que describir los espacios, las instituciones, los objetos y los procesos socio-culturales propios del contexto de su desarrollo. Simultáneamente se abordará su "umbral de epistemologización", detallando los esquemas teóricos y los conceptos organizadores de los enunciados del discurso psicológico, y por último se considerarán las "estrategias" o procesos más complejos asociados a la elección y particularización de ciertos objetos y prácticas, para lo cual se sondearán los puntos de difracción o de ruptura, las instancias de decisión relacionados con esas rupturas y el papel de enunciados y objetos específicos en el campo de las prácticas no discursivas.

Se contemplarán además los mecanismos de control del discurso aplicados en el contexto nacional, estableciendo los tabúes o prohibiciones políticas, religiosas o sociales que han llegado a afectar en diversos momentos la divulgación de ciertos temas o prácticas psicológicas; los criterios que se han utilizado para validar el discurso psicológico, bien sea como saber, como disciplina o como ciencia; la forma como "el comentario" y "el autor" han contribuido al despliegue de ciertos enunciados y a la ignorancia de otros; y la forma como las asociaciones gremiales y la educación formal de quienes participan de este discurso han favorecido o restringido su circulación.

Para ser fiel al principio arqueológico de discontinuidad, no se intentará delimitar épocas o etapas que dieran la sensación de un claro proceso evolutivo de la psicología, sino más bien se verá cómo los enunciados, los temas y las prácticas se superponen y conviven, manteniendo relaciones compatibles o contradictorias, cuya naturaleza será justamente uno de los asuntos por dilucidar.

Porque si bien Rubén Ardila publicó en 1973 "La Psicología en Colombia: Desarrollo Histórico", por una parte, muchos eventos han transcurrido desde entonces, y sobre todo, la pretendida continuidad de su desarrollo y la claridad con la cual delimita sus momentos de transición, son discutibles, dado que en la visión lineal y cronológica de su descripción, no logran diferenciarse las superposiciones ni las contradicciones que cohabitan en esta disciplina.

II. LA CONDUCTA DESVIADA COMO DOMINIO PSICOLOGICO

"Sin embargo, es más feliz, según opinión de la Estulticia, aquel que es más completamente estúpido, siempre que no se aparte del tipo de

estupidez que a mi me es peculiar, la cual está tan extendida, que no sé si sería posible encontrar, de todo el conjunto de los mortales, a uno cualquiera que esté cuerdo a todas horas, sin estar poseído por alguna clase de sinrazón".

Erasmus De Rotterdam

1. LA SITUACION ENTRE LOS SIGLOS XVI Y XIX

Existe unánime reconocimiento de que la locura fue el fenómeno humano que sirvió como terreno para levantar el andamiaje de un saber especializado dentro del campo médico, una vez que las explicaciones mágico-religiosas y las medidas de exclusión de las ciudades que se aplicaban en la época clásica en Europa a todos los males que incomodaban en la convivencia, como la lepra por ejemplo, se hicieron inoperantes dentro de un mundo que empezaba a exigir del individuo la asunción de su autonomía y su responsabilidad social, en función de la industrialización y de las nacientes democracias.

Al hacer una revisión del fenómeno de la locura en Colombia entre los siglos XVI y XIX -muy rápida puesto que no es el objetivo de este trabajo-, no aparecen acepciones similares a las que le da Erasmo de Rotterdam, ni siquiera versiones literarias que de alguna manera enaltecieran la locura. Por el contrario, llama la atención la dureza con que la Inquisición se ocupó de reprimir las manifestaciones definidas como locura, pues como lo anota Zilboorg (1945), "no todos los acusados de ser brujas y hechiceros eran enfermos mentales, pero casi todos los enfermos mentales eran sindicados como brujas y hechiceros", de modo que estos trastornos eran más bien objeto de consideraciones canónicas que médicas.

Por otra parte esas consideraciones eclesiásticas eran marcadamente negativas, desconocedoras de la condición humana y de toda posibilidad de bondad en quienes padecían tales dificultades, a pesar de que esa connotación de pecadores se adscribía a todos los pobladores del país, ejemplo de lo cual son las palabras del Arzobispo Zapata de Cárdenas (1599): "esta tierra es la más estragada en costumbres y en todo género de vicios de cuantas tiene su majestad, estando habitada por hombres alterados y violentos".

La patología era así definida desde fuera de quien supuestamente la padecía, según el juicio, la conveniencia y el poder del observador, de manera que las respuestas de defensa de los indígenas eran calificadas como innata e inhumana belicosidad, y sus rituales, como el uso de la coca, definidos como vicios, cuyo castigo también se lo endilgó la Inquisición, apoyándose en la naturaleza perversa, deshonesto y lujurioso que le atribuyera a los indígenas.

No sólo ellos fueron maltratados y denigrados, sino que también los "enfermos mentales", si es que existían como tales, fueron tratados más duramente que en Europa, por esa inexistente diferenciación entre lo psicológico y lo moral y por un estereotipo, aún vigente, según el cual los pueblos primitivos serían más propensos al desenfreno de las pasiones, riesgo también amenazante para los colonizadores al venir a estas tierras "que de su propio fruto no dan más que indios torpes y viles a todos visos" (Medina, 1952).

Esa concepción moralizante de la locura, proveniente de Europa, contrasta con la de los aborígenes, quienes conforme al pensar mágico, creían que las enfermedades mentales tenían dos causas principales: "o bien son el resultado del robo del alma, o bien son producidas por la introducción en el cuerpo del hombre de un cuerpo extraño y perturbador" (Pérez de Barrada, 1957), en coherencia con las cuales se aplicaban curas destinadas a reintegrar el alma al cuerpo, antes de que fuera demasiado tarde, o a extraer el elemento extraño, por medio de tratamientos que incluían principalmente el uso de plantas medicinales, administradas

por los chamanes dentro de los rituales destinados a la curación.

Infelizmente, a la llegada de los españoles se produjo lo que podría llamarse la desacralización del uso de tales sustancias, de manera que muchos de los colonizadores que las ingirieron fuera de contexto, perdieron la razón y ello le fue atribuido a la nueva tierra que pisaban, como solía suceder entonces (Romero, 1962).

Como ocurrió con los demás componentes de la cultura nativa, la anterior concepción de la locura fue suplantada por la visión europea, matizada por los ingredientes de control policivo y religioso subyacentes a medidas como las de la Inquisición.

Es evidente que la concepción de la locura, su tratamiento y las instituciones encargadas de su manejo, hacen parte del mismo discurso y de sus respectivas prácticas, en una relación circular donde se realimentan unos con otros, de modo que una vez que en Europa la condena a la hoguera fue siendo reemplazada por el internamiento, a partir de la creación de los hospitales generales como el de París en 1657, la locura también fue allí recluida, aunque sin cambiar sustancialmente su comprensión.

2. LOS ASILOS: RELIGION, FILANTROPIA Y MEDICINA

Como lo señala Foucault en la "Historia de la Locura en la Epoca Clásica" (1964), el internamiento no fue más que una forma de mantener la exclusión de la locura, por ser un fenómeno confrontador de la razón, incomprensible, incontrolable y revelador de pasiones y sentimientos humanos inaceptables a la luz de la moralidad y desviantes del orden social.

Ese proceso de internamiento de la locura llegó a Colombia un siglo después de su implantación en Europa y comenzó cuando gracias a una donación del Virrey Solís, se creó en 1759 lo que pudiera llamarse el primer servicio para enfermos mentales, origen de los frenocomios bogotanos. Allí, como en casi todo el mundo, decía don Lino de Pombo (1813), "el tratamiento al que se sometía al loco, de encierro en calabozos lóbregos y fríos, llamados con mucha razón 'jaulas', sujetado con cadenas, bañado por la fuerza con agua fría, en una palabra torturándolo implacablemente, pronto daba cuenta de él, siendo naturalmente raro el que escapara con vida de semejante régimen".

El síntoma que llevaba a que se tomaran medidas de internamiento consistía en que las personas trastornadas se enfurecieran en las calles, pues de lo contrario deambulaban por allí libremente, tal como sucede hoy en día en las grandes ciudades. Desde el punto de vista de la conceptualización de la locura, es interesante que fuera éste el síntoma que atraía la atención de la autoridad, pues confirma su definición como peligro social y la justificación para aplicar procedimientos que corresponderían a unas "tecnologías de poder", al decir de Foucault (1988), sin contemplar naturalmente la posibilidad ni la relación entre esos fenómenos y el psiquismo, como tampoco el sufrimiento de la persona trastornada, razón por la cual era imposible en ese momento el surgimiento de alguna "tecnología del yo" como instrumento terapéutico para la locura.

Los tratamientos intentados en ese entonces eran por lo tanto más bien castigos y no se esperaba que de ellos surgiera un efecto de rehabilitación o curación, sino que la locura era una especie de destino misterioso e insalvable que despertaba la burla de la gente, la agresión de la autoridad y, a veces, la compasión de quienes se ocupaban de los hospitales, aunque todas las respuestas hacían parte del mismo discurso moral, del cual surgían dos implicaciones importantes.

Por una parte, ese discurso connotaba la desviación del comportamiento como una atentado contra

preceptos y no como un trastorno de la naturaleza, sin implicaciones éticas, pues como dice Foucault (1964), "la transformación de las prohibiciones en neurosis se logró gracias a que el error se articuló con la falta y ésta se hilvanó con la sinrazón, afianzando el parentesco entre la inmoralidad y el error". Todavía la locura no era una enfermedad sino un defecto, cuya asimilación social se debatía entre dos extremos: uno, donde se la definía como un error ético que justificaba la coacción, y otro, donde la sinrazón lo excusaba todo.

La coacción se amparaba en un sistema religioso de control y represión, que se atribuía la función de asistente de administración de la justicia divina, con el doble fin de curar los cuerpos y purificar las almas, gracias a lo cual se podían mezclar el castigo y la terapéutica en los asilos, en una especie de proceso de domesticación de la animalidad del hombre, como origen supuesto de su conducta desviada.

Lentamente, como ocurrió también en Europa, la locura fue pasando en Colombia a ser un dominio médico, más por la imagen de respetabilidad y de autoridad moral de estos profesionales que porque se creyera que podían resolver el problema. Podría decirse que el Estado delegó en la medicina lo que la Iglesia como autoridad religiosa no había podido controlar, con lo cual el discurso psicológico se fue fundando sobre una herencia social de moralización.

La primera noticia de una intervención oficial explícita en relación con el cuidado de la locura en el país, apareció en 1858, cuando el Estado de Cundinamarca sancionó el Código de Beneficencia, donde disponía que los enfermos mentales fueran recibidos en el hospital, medida que fue confirmada por el Código de 1895.

En 1870 fue fundado por la junta de la Beneficencia, con la colaboración del Arzobispo Vicente Arbeláez, el primer Asilo de Bogotá como establecimiento de beneficencia y caridad. El primer manicomio fue para varones y en 1874 se abrió la "Casa de Locas", ambos con pacientes que ya habían estado en el Hospital San Juan de Dios, regentado por los Hermanos de la misma Orden desde 1569; las Hermanas de la Presentación, llegadas al país en 1873, manejaban el asilo de mujeres.

El profesor Proto Gómez ejercía como médico en ambas instituciones y a pesar de que se hacía una distinción entre enfermos e indigentes, se atendían los dos tipos de personas y todos recibían un tratamiento similar al de los delincuentes, por las incomodidades, el hacinamiento y la inespecificidad de las terapias. Un proceso paralelo se desarrolló por la misma época en Medellín.

La hospitalización psiquiátrica en la práctica privada comenzó en 1902, cuando la casa de salud "El Campito de San José", fundada en Bogotá por las Hermanas de la Presentación de Tours en 1883, comenzó a recibir mujeres con trastornos mentales, habiéndose iniciado como clínica quirúrgica donde los cirujanos de la época empezaron a operar a sus pacientes particulares. Simultáneamente en la Clínica de Marly, abierta en 1903, también se recibieron pacientes psiquiátricos de ambos sexos, aunque el gerente ya señalaba que la mayoría de los que requerían el servicio eran personas de escasos recursos y por lo tanto era necesario que se ampliaran los servicios de caridad.

Se evidencia entonces la tácita alianza entre estado, religión y medicina para afrontar la locura como alteración del orden social y moral establecido, donde se conjugaban una necesidad de ejercer control sobre la conducta ciudadana, una religiosidad que combinaba la amenaza del castigo divino con la caridad cristiana, y un saber blando desde el punto de vista de su eficiencia técnica, pero con alta respetabilidad social, en un país que estrenaba su emancipación en medio de interminables luchas políticas.

Parecería que una buena parte del prestigio y la incidencia de los médicos sobre la reglamentación de la vida civil tuvo que ver además con su creciente involucramiento en procesos judiciales que requerían un concepto forense, hechos que fueron a su vez afianzados por la creación de instituciones que consagraban

las nuevas prácticas médico-jurídicas, como fue en este aspecto la creación de la oficina de Medicina Legal en 1891, por parte del médico Putman.

3. EXPLICACIONES MÉDICAS DE LA LOCURA A COMIENZOS DE SIGLO EN COLOMBIA

Los médicos de los asilos empezaron a plantearse explicaciones y causas sobre el proceso de aparición de los trastornos mentales, mezclando aparentemente diversos tipos de discursos, cuya autonomía se intenta analizar en este texto, comenzando por hacer referencia a las apreciaciones de los médicos de la época, quienes en su mayoría habían recibido su formación en Francia.

En 1895, el médico Nicolás Buendía escribía que gran parte de los reclusos estaban afectados por las locuras tóxicas, debidas al alcohol y a la chicha; en lo mismo insistía Antonio Gómez Calvo (1897), quien afirmaba que el alcoholismo era el factor más importante entre todos los que producían la enajenación mental.

Como dice Rosselli (1968), en las concepciones psicofisiológicas de la época, predominaba la visión organicista y mecanicista, donde no se tenían en cuenta las causas llamadas "morales" o psicológicas.

Sin embargo, Carlos E. Putman (1850-1915), formado en París y discípulo de Charcot, sostenía que la locura se debía en la mayoría de los casos a lesiones cerebrales, pero reconocía causas intelectuales, morales y físicas; las intelectuales serían aquellas que obran sobre los sentidos haciendo que experimenten sensaciones defectuosas; las morales serían las más comunes e incluirían la exageración de los instintos y sentimientos, grandes movimientos pasionales, desproporción entre las facultades afectivas e intelectuales, las influencias políticas, sociales y religiosas, las calamidades, las contrariedades, etc. Las causas físicas podrían ser exteriores y personales; las primeras corresponden a los climas y las influencias naturales, y las personales serían fisiológicas (edad, sexo, temperamento, idiosincrasia, etc.) y patológicas (histerismo, neurosis, fiebres intermitentes, efeciones del cerebro, etc.).

Para él la salud mental sería "un estado en el que el hombre puede dirigir voluntariamente sus acciones" y la locura "un estado caracterizado por falta de desarrollo completo, la pérdida o la aberración total o parcial de las facultades psíquicas, a veces sin síntomas físicos, esencial o sintomática, continua o intermitente, aguda o crónica". Esta distinción le permitía clasificar las enfermedades mentales en idiopáticas o esenciales y sintomáticas. Las primeras serían de dos tipos: unas que dependerían de la impotencia o la negación de las facultades psíquicas, y otras que consistirían en la perversión, extravío o exaltación de dichas facultades; las sintomáticas, dependerían de factores fisiológicos, patológicos o de la acción de ciertas sustancias sobre el organismo.

Putman planteaba además que los avances en el tratamiento de la locura descansaban en dos principios: uno, que los locos tienen las mismas pasiones que los sanos y se ven obligados a actuar bien o mal por los mismos motivos que ellos; otro, que estos motivos son sólo efectivos dentro de sus límites, fuera de los cuales los premios o castigos se vuelven impotentes.

También Gómez Calvo, a pesar de su énfasis en el alcoholismo como causa de los trastornos mentales, reconocía que las afecciones psíquicas podrían ser muchas veces reflejo de las excitaciones exteriores, pues por ejemplo en nuestro medio la megalomanía tenía por lo general un contenido religioso, no siendo así en países donde imperaban regímenes monárquicos, donde los delirios contenían identificaciones y relaciones con la nobleza y la realeza. Admitía también que la raza y las costumbres fueran factores asociados con las formas de locura, indicando cómo por ejemplo la de los nacidos en el Cauca tendía a ser expansiva, mientras la de los boyacences era más bien depresiva.

Por su parte, Ricardo Escobar Ramos (1890), médico director del Asilo de Bermejil en Medellín, fundado en 1888, sugería que la principal causa de la locura era la carencia de medios de subsistencia.

El predominio de las explicaciones físicas del comportamiento, trascendió al público en general en actividades como una serie de nueve conferencias que la Asamblea de Estudiantes de Bogotá organizó en 1920 en el Teatro Municipal, a raíz del interés que despertó la tesis que presentara en la Sorbona el médico Miguel Jiménez López, titulada "La raza decae". Las memorias de esas conferencias fueron editadas por este profesional con el título "Los Problemas de la Raza en Colombia". El sostenía que en el país había una degeneración física y psíquica, que podría dar razón del aumento de las enfermedades mentales, sustentándose en signos anatómicos y fisiológicos como peso, talla y profusión de ciertas enfermedades en la población, y en fenómenos sociales que abarcaban la evolución ideológica y moral, la criminalidad, la neurosis y el suicidio, entre otros.

Sus planteamientos fueron ampliamente debatidos y contrastados con otras evidencias de mejoramiento de la raza, presentadas por Luis López de Mesa, Calixto Torres Umaña, Jorge Bejarano, Simón Araujo, Lucas Caballero, Rafael Escallón y el Presbítero Lleras Acosta, destacando sobre todo las aptitudes intelectuales de los colombianos, así como su pobreza y reconociendo que la complejidad del problema impedía explicarlo con base en las características de la raza.

Como dice Rosselli (1968), esta polémica fue quizá uno de los últimos destellos de la hipótesis de la degeneración como causa de la patología mental, surgida en Europa a mediados del siglo XIX, casi simultáneamente con el darwinismo. Sin embargo coincide con las preocupaciones de los filósofos latinoamericanos de la época, quienes también debatían acerca de la legitimidad de nuestra identidad y dudaban de nuestros merecimientos y similitudes en relación con los europeos, pues algunos interpretaban los problemas sociales y políticos como consecuencia de nuestra inferioridad racial y otros como producto inevitable de la dominación (Sarmiento, 1883; Rodó, 1900; Arguedas, 1909; González Prada, 1908; Vasconcelos, 1925; Morner, 1965; Zea, 1979, entre otros).

Aunque en todas las consideraciones de los médicos colombianos de esa época se identifican causas psicofisiológicas, sociales y psicológicas del trastorno mental, la locura en sí misma no es descrita como fenómeno, tal como sucedió en la evolución de las explicaciones en Europa. Esa proliferación de causas lejanas y próximas de la sinrazón no fue por supuesto original de los profesionales del país, pues por ejemplo Black en 1787, ya enumeraba la disposición hereditaria, la embriaguez, el exceso de estudio, las fiebres, la sucesión de partos, la obstrucción de vísceras, contusiones y fracturas, enfermedades venéreas, viruelas, inquietudes de amor, penas, celos, exceso de devoción y fidelidad a los metodistas como etiologías de la locura.

Sin embargo hay un aspecto que sí parece nuevo en ese proceso de descripción del trastorno mental en Colombia y es el progresivo énfasis que se le fue dando al alcoholismo y al chichismo como causas de la locura, hecho que tuvo especiales consecuencias sobre medidas de control, como por ejemplo las que impuso la Ley 34 de 1948 para la producción de chicha, a instancias de las recomendaciones del cuerpo médico, encabezadas por Jorge Bejarano como Ministro de Higiene (1888-1966).

Es llamativo el lenguaje utilizado por el Profesor Bejarano, considerado como precursor de la Higiene Mental en el país, quien en su libro "La derrota de un vicio. Origen e Historia de la chicha" (1950), afirmaba que había sido necesario el impacto del 9 de Abril para que el llamado en ese entonces Ministerio de Higiene, comprendiera que tenía una tarea distinta de la de prevenir o combatir enfermedades microbianas, dado que "nuestro pueblo ha venido careciendo de toda dirección ética y moral" y que en esa fecha se pusieron de presente "las graves fallas morales que adolecía un enorme sector de la clase trabajadora".

A pesar de su posición organicista, Miguel Jiménez López, en su sesión inaugural de la cátedra de

psiquiatría en el país en 1916, afirmó que el dominio de la patología mental no se refería sólo al estudio de los casos de grave alienación, sino que abarcaba todo el campo de la medicina, dado el incremento de las neurosis en la práctica general y la influencia de lo mental en todos los casos de enfermedades orgánicas, trastornos que requerían un enfoque psicológico para la mentalidad fatigada de los enfermos. Planteó además que "con el remedio que propinemos debe ir siempre asociada una influencia moral, una comunicación simpática que despierte en los pacientes todos los resortes emocionales y afectivos útiles para su curación", esbozando así la importancia de la psicoterapia actual, aunque naturalmente su comentario representara apenas una intención y una cierta postura de conmiseración hacia los pacientes, más que una técnica específica.

En coherencia con el énfasis puesto sobre las causas orgánicas de la locura, los tratamientos psiquiátricos de las primeras décadas de este siglo incluyeron la utilización de diversos medicamentos y procedimientos propios de la disciplina, algunos tomados de los avances alcanzados principalmente en Francia y en Estados Unidos y otros ideados por profesionales colombianos. Así, según relata Rosselli (1968), el 21 de junio de 1937 se inició en el Asilo de Locas en Bogotá, la era de los tratamientos biológicos en Colombia, con la introducción de los comas insulínicos como terapéutica para la esquizofrenia; en 1938 se hicieron allí mismo los primeros ensayos de tono-clonoterapia cardiazólica y en 1941 se aplicaron los primeros choques eléctricos.

En 1942, Mario Camacho Pinto practicó la primera lobotomía prefrontal para el tratamiento de la psicosis, y según ponencia presentada en 1953, en ocho años había realizado 57 de estas cirugías. El honesto análisis que presentó de sus resultados, mostró tanto los beneficios como las negativas consecuencias de este procedimiento, cuyo uso se suspendió paulatinamente a partir de entonces. No ocurrió lo mismo con los electrochoques, aún usados en algunas instituciones psiquiátricas del país, ni con los comas insulínicos, reemplazados apenas en la década del sesenta por la aplicación de los psicofármacos producidos en los países desarrollados, específicamente para la terapia de las psicosis.

Si bien las prácticas médico-psiquiátricas fueron ganando especificidad e identidad, el discurso de la causalidad de la locura dejó abierta una dicotomía en las explicaciones y por lo tanto en la terapéutica, pues por una parte los trastornos mentales se ubicaron definitivamente en el dominio de la enfermedad, y por otra se dejó planteado un vago origen moral, psicológico y social, que dio pie a la implantación de medidas de control que los médicos sugerían a las autoridades, para que fueran introducidas en los códigos y leyes, con lo cual se afianzaba claramente la relación entre la medicina y el estado, pero se debilitaba la conexión entre la psiquiatría y la religión.

Una prueba de ello fue el incidente que rodeó la creación de la cátedra de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Gil J. Gil (1884-1948), presentó en 1913 en el II Congreso Médico, el trabajo sobre "Nuestro código penal y la irresponsabilidad de los criminales por enfermedad mental" y planteó la urgente necesidad de crear una cátedra sobre estos trastornos. Tal iniciativa fue acogida y transformada en una ley, por la cual además se decretaba la creación de clases sobre vías urinarias, ortopedia y cirugía infantil.

No obstante, como ya se había mencionado, la psiquiatría apenas la empezó a dictar el médico Jimenez López el 11 de agosto de 1916, pero fue suspendida desde 1918 hasta 1926, debido, según Edmundo Rico (1964), a que "el Ilustrísimo Arzobispo de Bogotá, Herrera Restrepo, le insinuó, paternalmente, que la psiquiatría era estudio materialista. Igual insinuación fue hecha por el ilustre jerarca de la Iglesia al Profesor Rafael Escallón, discípulo de Ferri, quien también renunció a la suya de derecho penal". Situación similar se había presentado en 1902, cuando el Ministerio de Instrucción exigió al profesorado de medicina una pública profesión de fe, a lo cual los docentes se negaron y fueron por eso removidos de sus cargos.

Es llamativa en esta circunstancia la posición ambigua del estado, pues si por una parte emitió un decreto,

por otra adoptó una actitud de silencio ante la intervención de la Iglesia, dando la sensación de que su apoyo al desarrollo del saber estuviera condicionado al mantenimiento de la armonía con el poder, por las conocidas vinculaciones entre la religión y la política en el país, las cuales apenas empezaron a modificarse con la abolición del concordato en 1991. Dentro del panorama de esa época se encuentran entonces aportes terapéuticos, intentos de clasificación de los trastornos y algunas estadísticas sobre la frecuencia de los distintos tipos de desórdenes mentales, pero pareciera que el efecto de esta clase de informaciones no fue tan grande para el avance en la comprensión de la locura, de manera que continuaron predominando las explicaciones morales, a pesar del creciente reconocimiento de las causas físicas de ciertos trastornos.

Se diría que antes de los años cincuenta, fue escaso el progreso de la técnica psiquiátrica, pero sí se logró su posicionamiento como especialidad con objeto y con discurso propios, a pesar de que sus explicaciones no fueran ni tan coherentes ni tan específicas; se establecieron sus prácticas en instituciones particulares como fueron los manicomios, pero también su participación se hizo notar de manera directa y potente en la reglamentación de ciertos aspectos de la vida civil, gracias a la conexión propuesta entre la locura y los vicios, manteniendo sobre esta base el vínculo con la moral, cuyo rompimiento quién sabe si ya se habrá dado. Es decir, se afianzó la psiquiatría como una tecnología de poder.

4. VICIOS, MEDICINA Y CONTROL SOCIAL EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO

Las medidas de control social sugeridas por la psiquiatría en Colombia, se desprenden principalmente de la asociación establecida entre los vicios y la locura, la cual se anticipaba desde 1880, cuando dentro del espíritu nacionalista y revolucionario surgieron abundantes reacciones y propuestas para luchar contra el alcoholismo y el chichismo, tanto dentro de la medicina como por parte de otros intelectuales y gobernantes.

En 1911 el General Rafael Uribe Uribe dictó una conferencia sobre el tema, dentro de un ciclo que tituló "Los problemas nacionales" y en 1912 presentó al Senado un proyecto sobre reglamentación de bebidas alcohólicas. En ese mismo año el Ministro de Instrucción Pública contrató la redacción de una "Cartilla Antialcohólica", con la intención de establecer en las escuelas públicas esta enseñanza.

Luis López de Mesa presentó en 1915 un trabajo sobre "El Problema del Alcoholismo y su posible solución", donde sugería como causas del problema la existencia de las bebidas al alcance de todos, la acción depresiva del trópico, la deficiencia de la educación, la trasmisión por herencia y por contagio, y la carencia de distracciones sustitutivas. A pesar del reconocimiento de estas múltiples causas, explicaba el alcoholismo como efecto de perturbaciones anatomopatológicas del sistema nervioso central y planteaba tres tipos de recursos para su tratamiento: la voluntad, los tónicos nerviosos y el internamiento en una casa de salud. Como correctivos sociales consideraba prohibir la venta de bebidas alcohólicas, promulgar normas para internar en un asilo a quienes se embriagaran un cierto número de veces y proporcionar educación profiláctica. Sus planteamientos coincidían con una visión un poco omnipotente de la medicina, pues llegó a decir en "Algunas consideraciones acerca del hombre" (1954), que a ella "incumbe definir los fundamentos de la personalidad, la índole del espíritu, el quid de la conciencia colectiva y la misión trascendente del hombre".

Entre 1916 y 1919 se aprobaron acuerdos y ordenanzas en Bogotá y en otras partes del país, reglamentando la producción y el consumo de chicha, y en 1923, acogiendo las recomendaciones del Cuarto Congreso Médico Nacional, el gobierno expidió una ley que limitaba el consumo de alcohol. Esta serie de medidas gubernamentales restrictivas fueron incrementándose, hasta que en 1930 se determinó que el Estado se hiciera cargo de la fabricación de bebidas alcohólicas y en 1948 se prohibió definitivamente la producción de chicha, como ya se había anotado.

Además del alcoholismo y del chichismo, a comienzos del siglo se hizo popular el consumo de morfina,

heroína, cocaína y éter, sobre todo entre los intelectuales bohemios, aunque según testimonio del periodista Osorio Lizarazo (1926), los adictos podían encontrarse en todos los estratos sociales. Cuenta inclusive el caso de una mujer que inyectaba a su hijo de cuatro años, el cual fue retirado de su lado por la misma policía.

La lucha contra la coca se inició en 1938, cuando el Departamento Nacional de Higiene dictó una resolución que disponía que sus hojas solo podían venderse en las farmacias y con fórmula médica, con la intención de erradicar la costumbre indígena de masticarlas. En 1941, el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social ordenó hacer un censo nacional de todas las plantaciones de coca, las cuales se encontraban principalmente en los departamentos de Cauca, Huila, Santander y Boyacá; prohibió iniciar nuevas plantaciones y exigía la autorización de funcionarios de Sanidad para efectuar ventas de coca al por mayor.

Esas medidas despertaron protestas en varias partes del país, pues aún en 1947 se pagaban salarios a los indígenas y campesinos en hojas de coca o en bebidas alcohólicas, de modo que a pesar de las solicitudes de la Academia de Medicina al Gobierno para que ordenara la destrucción de todas las plantaciones de coca y de la expedición de decretos al respecto por parte del Ministro de Higiene, Jorge Bejarano, las apelaciones a tales disposiciones hicieron que se aplazara la exigencia de su cumplimiento.

Aunque en la década de los años treinta el consumo de marihuana se registraba más que todo en los puertos del Atlántico, en 1939 se expidió un decreto que prohibía su cultivo.

Para reglamentar el tratamiento de las toxicomanías, el gobierno colombiano promulgó leyes y decretos entre 1932 y 1937, en los cuales ordenaba, entre otras cosas, la creación de un sanatorio para los adictos, pero esas disposiciones nunca se llevaron a cabo. Por el contrario los toxicómanos eran llevados a los manicomios, donde era imposible controlar el ingreso de las drogas, por lo cual el gobierno celebró en 1940 un contrato con el Sanatorio de Lourdes, clínica privada conducida entonces por Francisco Gómez Pinzón. El consideraba que la cura de desintoxicación no era equivalente a la curación, la cual exigía dos requisitos muy difíciles de llenar: la modificación del ambiente y la normalización del psiquismo; el primero implicaría una vigilancia médico-policiva y el segundo un arduo trabajo psicoterapéutico, condiciones con las que en general no se contaba.

En estas afirmaciones se infiere una concepción de las adicciones donde se conjugan, como con respecto a la locura, la acepción de las "manías" como enfermedad y sus implicaciones sociales y morales, que se captan además en expresiones como las del médico Julio Ortiz Velásquez de Medellín, quien en un trabajo publicado en 1948 por la Revista de Psiquiatría y Criminología de Buenos Aires, comentaba que "existe un antro donde se presume que se fuma en sociedad, marihuana, sin que haya sido posible coger in fraganti a tales sujetos viciosos".

Entre los profesionales de la época no había acuerdo acerca de la magnitud del problema de las adicciones en el país, pues según sus apreciaciones y algunas observaciones clínicas, unos lo veían como fenómeno en alarmante crecimiento, mientras otros creían que entre las endemias nacionales ésta no era la más preocupante.

5. EL TRANSITO DE LOS ASILOS A LOS HOSPITALES Y CLINICAS PSIQUIATRICAS: LA INFLUENCIA NORTEAMERICANA

Como afirmó Robert Castel en el I Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, reunido en Cuernavaca en 1981, "es necesario recordar que los países de América Latina no sólo compran e importan productos y tecnologías industriales: también importan técnicas psicológicas, modelos institucionales, formas de gobierno". A su vez, en "La sociedad psiquiátrica avanzada: El modelo norteamericano" (1979), Castel y sus colaboradoras aseveran: "Reconozcámoslo de entrada: desde hace más de medio siglo la mayoría de las grandes innovaciones en el campo de la medicina mental nos llegan de los Estados Unidos. [...] Es allí donde encontramos, hoy en día, la más amplia gama de dispositivos de control de los trastornos psíquicos, de la desviación y de la marginalidad".

Un primer evento confirmatorio del inicio de esa influencia lo constituye la visita de la Misión Médica Americana del Unitarian Service Committee en 1948, en cuyo informe concluyó:

"La psiquiatría como ciencia médica todavía no ha llegado a Colombia. Hay algunos pocos psiquiatras en Bogotá, que han viajado a los Estados Unidos, y hacen lo mejor dentro de las circunstancias. Ya se ha comenzado a usar la terapia de choque y la neurocirugía, y en ellas se hacen progresos. Sin embargo, la psicoterapia y la aproximación dinámica-psicológica a los problemas de la enfermedad mental, no existen en Colombia. Hablando en términos generales, los enfermos mentales si no responden a la técnica de choque, son reclusos, pero se presta el mínimun de atención a su estado físico y mental...

El atraso de la psicología médica en Colombia depende en gran parte de la actitud hacia la vida que adopta la población en general, incluyendo muchos médicos. Esta actitud que insensibiliza y domina la mayor parte de la vida colombiana intelectual y emocional, considera los desórdenes mentales como resultado del pecado moral y la conducta contra la ética; cree que la pérdida de la razón es un justo castigo que la cólera divina descarga sobre el individuo. Mientras esta actitud domine el pensamiento de la profesión médica, hay muy poca esperanza de que pueda hacerse algo constructivo por una mejor higiene mental y psicoterapia adecuadas".

En apariencia esas insinuaciones poco a poco se fueron insertando en el ejercicio de la psiquiatría, según Roselli (1968), gracias al papel de Alfonso Martínez Rueda, quien fue el primer médico colombiano con entrenamiento psiquiátrico completo en los Estados Unidos.

Por otra parte, en 1955 y 1957 se reunió el Seminario de Educación Médica, del cual surgieron, entre otras, las siguientes recomendaciones: 1) adoptar el sistema de clasificación y nomenclatura de las enfermedades mentales propuesto por la Asociación Psiquiátrica Americana; 2) exigir como requisitos mínimos para ser médico psiquiatra, haber realizado por lo menos dos años de internado en una institución psiquiátrica acreditada y haber recibido reconocimiento de ese trabajo clínico por parte del Departamento de Psiquiatría y de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría, cuya formación se hizo necesaria, aunque se fundó apenas en 1961; 3) restringir la práctica de la psicoterapia a los médicos psiquiatras y por ningún concepto permitir que los psicólogos no médicos desempeñaran esa labor, a menos que actuaran bajo la autorización, supervigilancia y responsabilidad de un psiquiatra calificado. La psicología como carrera profesional se había abierto en la Universidad Nacional en 1948.

Estas medidas, como mecanismos de control del discurso, correspondían a un fortalecimiento del sistema médico-psiquiátrico, a través del desarrollo de su capacidad para organizar un cierto número de elementos, en apariencia heterogéneos, como conjunto coherente cuya articulación lleva a definir una política global que integra: 1) un dispositivo institucional, representado por el hospital psiquiátrico; 2) una tecnología de intervención, que incluye tanto el tratamiento médico como moral, el cual supone que el paciente puede reasumir los valores del orden social de los que la enfermedad le ha excluido provisionalmente; 3) un código teórico, equivalente a las nosologías clásicas, y 4) un personal especializado, constituido por el cuerpo médico psiquiátrico.

Diversos hechos muestran la instauración de esos mecanismos en Colombia. En primera instancia, tuvo lugar la modernización de los asilos y su conversión en hospitales, entre los años cuarenta y sesenta: el "Asilo de locas" se convirtió en el Hospital Neuropsiquiátrico; el Hospital Mental de Bello reemplazó al Manicomio de Bermejil, y se abrieron además nuevos servicios: Clínica de Santo Tomás en Bogotá (1944), Hospital Psiquiátrico de San Isidro en Cali (1944), Clínica Monserrat y Clínica del Perpetuo Socorro en Bogotá (1952), Clínica del Atlántico en Barranquilla (1952), Clínica de Reposo de Fátima en Bogotá (1953), Clínica de San Juan de Dios en Manizales (1953), Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga (1953), Clínica de la Paz en Bogotá (1956), Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro en Pasto (1956), Clínica de la Inmaculada en Bogotá (1957), Residencias El Sagrado Corazón en Medellín (1960) y Residencias de San Juan de Dios en La Ceja (1963).

En la década del treinta, las beneficencias de Norte de Santander y Atlántico, y en la del cuarenta, las del Valle, Santander, Boyacá y Caldas, con ayuda de personas filantrópicas, habían inaugurado servicios psiquiátricos. En 1922 los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios fundaron en Pasto el Hospital San Rafael; es importante resaltar el papel de esta orden religiosa en el desarrollo de los hospitales psiquiátricos en el país, pues ocho de ellos han operado bajo su dirección, con la colaboración de las Religiosas Hospitalarias del Sagrado Corazón.

Esa modernización sin embargo no se extendió tan rápidamente, pues aún en 1954 el psiquiatra Reales Orozco, director del Manicomio de Barranquilla, escribía que por falta de celdas, los enfermos debían permanecer encadenados debajo de los árboles y la cocina consistía en tres piedras en el suelo con mucho carbón. Esta situación se corrigió apenas en 1964, cuando se concluyó la construcción de un nuevo hospital.

Como medida para avalar científica y socialmente el ejercicio de la psiquiatría, en 1960 vinieron otros dos asesores norteamericanos para conceptuar sobre el estado de la psiquiatría y de la formación en esta especialidad; sugirieron el intercambio con las universidades de donde provenían, la creación de centros de consulta externa y de servicios de psiquiatría infantil, recomendaciones coherentes con el espíritu norteamericano, dentro del cual se asumía que el surgimiento de nuevas instituciones médicas que asociaran la investigación y la enseñanza a la terapéutica, permitiría sacar el tratamiento psiquiátrico del régimen manicomial.

A pesar de que la Asociación de Facultades de Medicina se creó en 1959, fue la Ley 14 de 1962 la que reglamentó el ejercicio de la medicina y autorizó a dicha Asociación para hacer lo propio con las especialidades. El comité de psiquiatría se integró apenas 1965 y hasta 1968 había aprobado a 78 especialistas. En 1965 el gobierno creó el Consejo Nacional de Salud Mental, encargado de servir como órgano consultor técnico en la campañas de higiene y de elaborar un Plan Nacional de Salud Mental, pero operó por muy poco tiempo.

En ese mismo año un consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud OMS, vino a realizar una inspección de los servicios de salud mental; su informe, conocido como Informe Esquibel, apellido del asesor, concluyó que en Colombia aún no se había desarrollado un programa de salud mental, no había normas sobre el cuidado de los enfermos mentales, ni dispensarios de salud mental en los centros de higiene; no había homogeneidad en la nomenclatura psiquiátrica y la mayor parte de los hospitales prestaban apenas un cuidado de tipo custodial. Con pocas excepciones, los hospitales privados tenían una orientación de preferencia organicista, recurriendo al electrochoque y a los psicofármacos como principal arma terapéutica. No existían casas de convalecientes, ni hospitales diurnos ni nocturnos, como tampoco adecuados servicios para niños ni adolescentes.

Reportó escasez de trabajadores en salud mental y tuvo la impresión de que no se usaban adecuadamente los servicios de los psiquiatras existentes.

Encontró que la población hospitalaria era una mezcla de retardados mentales, epilépticos y pacientes que

se habían vuelto crónicos en el proceso de institucionalización. Este hecho sin embargo no fue sorprendente, pues lo encontró también Castel en Estados Unidos y en Francia, con lo cual concluyó que la principal población de los hospitales psiquiátricos en todas partes, estaba compuesta por aquellos pacientes que además de una "enfermedad", acumulan uno o varios déficits sociales, tales como aislamiento, pobreza, incultura, vejez, abandono, etc., situación que en apariencia no se ha modificado en la actualidad.

Esquibel conceptuó además que la enseñanza de conceptos psicodinámicos era insuficiente y recomendó que la formación en las residencias de psiquiatría se orientara hacia la psiquiatría de la comunidad y al manejo de los pacientes psiquiátricos en los hospitales generales. Sugirió que se realizaran programas de especialización para psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y otros interesados en la salud mental, pero no recomendó dar cursos a médicos generales para no convertirlos en psiquiatras a corto plazo, mientras sí consideró la conveniencia de la educación al público en general, así como la urgencia de que los directivos de la salud se familiarizaran con los conceptos psiquiátricos modernos.

Advirtió que en vez de crear grandes hospitales, se debían abrir centros comunales de higiene mental y centros pequeños de rehabilitación en Sibaté.

En 1968 sin embargo, no había servicios psiquiátricos en diez departamentos ni en las intendencias ni comisarías, y curiosamente, diez y diecisiete años después, el Macrodiagnóstico de Salud Mental, realizado por el Ministerio de Salud sobre los servicios oficiales (1974 y 1981), arrojó conclusiones muy similares.

A pesar de que las instituciones ofrecían un total de 2790 camas, distribuidas en 13 hospitales psiquiátricos oficiales, 15 unidades en hospitales generales, 26 unidades de consulta externa y 9 servicios de farmacodependencia en hospitales psiquiátricos y generales, consideró deficiente este recurso; la mayoría de las camas estaban ocupadas por pacientes crónicos; había una mínima atención psiquiátrica infantil e insuficientes psiquiatras infantiles, psicólogos y terapeutas ocupacionales; los recursos económicos eran escasos; no existía un sistema unificado de clasificación de las enfermedades mentales; había una tendencia hacia el trabajo interdisciplinario, pero ninguna investigación epidemiológica sistemática, aunque sugirieron dar prioridad a la investigación en epilepsia, retardo mental, fármacodependencia y psicosis asociadas a causas orgánicas; tampoco había programas sistemáticos de prevención y reconocieron la necesidad de la apertura del manicomio, la consulta externa y el acercamiento a la comunidad.

Dentro del contexto privado, Mario González Velásquez publicó en 1983 un estudio sobre "Prácticas Psiquiátricas Institucionales", según el cual había en Colombia hasta ese año, diecisiete clínicas psiquiátricas privadas, o sea seis más que en 1966 y una más que el 1973. El cupo total era de 2.303 camas, el índice de ocupación del 81.16%, y el promedio de permanencia de 41 a 60 días.

Estableció que el 40% de los pacientes asumían el tratamiento en forma particular, el 34% eran afiliados al Instituto de Seguros Sociales y el 26% restante pertenecían a empresas y cajas de compensación. Los fines para los cuales los pacientes acudían a las clínicas fueron atención en las crisis y tratamiento previo a la atención ambulatoria. Como tratamiento reportó que continuaba siendo ampliamente utilizada la farmacoterapia y ocasionalmente los choques eléctricos, en tanto que se habían introducido la psicoterapia y las terapias grupales.

Estos porcentajes son interesantes porque asociados con la observación del funcionamiento real de las instituciones psiquiátricas, permiten pensar que la evolución del manicomio al hospital psiquiátrico, como ya lo han dicho muchos, se debe más a la aparición de los psicofármacos que al cambio de espíritu y de paradigma del tratamiento de los trastornos mentales. Es decir, la psicoterapia como intervención verbal para el abordaje de la locura, no se contempla en estas instituciones, primero porque se mantiene su definición como enfermedad y segundo, porque el número de psiquiatras no es suficiente para ocuparse individualmente de los pacientes.

Como ocurre con otros servicios de salud, la atención de pacientes de escasos recursos en instituciones oficiales y en algunas privadas, corre por cuenta de los residentes de las especialidades médicas y de los practicantes de las profesiones paramédicas, con alguna supervisión por parte de los funcionarios profesionales y de los docentes, según el modelo clínico-formativo e investigativo propuesto por los norteamericanos.

6. LA INTENCION DE HACER DE LA CLINICA PSIQUIATRICA UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA

En el texto mencionado, González Velásquez hace un análisis de la institución psiquiátrica, partiendo de que el cambio más destacado en los últimos años en la terapia institucional, se inició entre 1943 y 1953 con el concepto y las experiencias de Maxwell Jones sobre comunidad terapéutica; con base en sus ideas, las instituciones antes planeadas para proteger a la sociedad del paciente, cambiaron lentamente para hacer de la hospitalización una experiencia terapéutica, acogiendo además la sugerencia hecha por la OMS en 1953, acerca de que el hospital psiquiátrico debía ser, en su totalidad, una comunidad terapéutica.

Si la institución tradicional se caracterizó por ser autoritaria, custodial, rígida, opresiva y tendiente a mantener al paciente hospitalizado por mayor tiempo del indispensable, para así liberar a la familia y la sociedad de la "peligrosidad" y la carga que él representa y evitarle al enfermo la reacción social adversa, la comunidad terapéutica pretendió ser flexible, democrática e igualitaria; allí el paciente permanecería el menor tiempo posible, habría un compromiso de dedicación y aceptación para que él a su vez aceptara su trastorno, comprendiera los orígenes del mismo, adquiriera perspectiva y se reincorporara a su medio social. Así se crearía una sociedad tolerante y permisiva para defender al paciente de los ataques externos.

Se asume además que en la comunidad terapéutica todos sus integrantes son terapeutas; que allí se organiza la vida del paciente, desaparece la jerarquía médica, se entrena a todo el personal y se considera que la planeación conjunta de actividades crea la posibilidad de una experiencia social terapéutica.

Si bien como lo relata González Velásquez, en la Clínica Monserrat de Bogotá intentaron asimilar el espíritu propuesto por Maxwell Jones, también lo criticaron porque atentaba contra la jerarquía médica y por lo tanto no lo implementaron estrictamente; plantearon que la vida comunitaria resultó muchas veces agobiante e irreal con respecto a la vida que el mismo paciente llevaría al salir de la clínica y que la bondad de las experiencias reportadas no podía generalizarse. El aprendizaje social podría ser beneficioso, lo mismo que el liderazgo múltiple y la toma de decisiones compartida, pero la adaptación social no sería siempre lo esencial, porque la etiología de la psicosis no está determinada tan sólo por el aspecto socio-cultural, sino sobre todo por factores biológicos y psicodinámicos.

Propusieron más bien un modelo de terapia institucional integral, en el que a través del cuidado progresivo, el enfermo adquiriera paulatinamente un nivel adulto de funcionamiento, a fin de que pudiera encargarse poco a poco de la conservación de su salud mental. Este planteamiento sería sin embargo inconsistente con respecto a las premisas de la comunidad terapéutica, ya descritas, pues hablar de un cuidado progresivo, implica un desconocimiento del valor terapéutico de la participación y de los recursos activos del paciente, quien en esta visión, definido una vez más como enfermo, se convierte en sujeto pasivo, a merced del poder médico. Se ejerce una autoridad legal o racional que tiene su origen en la especificidad de los cargos y su legitimidad en las reglas que gobiernan los nombramientos, con lo cual preservan el papel de autoridad del médico. Por esto son enfáticos en decir que no incluyen dentro del equipo ni trabajadoras sociales ni psicólogas, de modo que queda constituido por médicos, enfermeras y terapeutas ocupacionales, principalmente.

Consideran dudosa la participación del paciente en el gobierno de la institución, pues no comparten los

planteamientos de Franco Basaglia en cuanto a que los problemas se deben solamente a las contradicciones sociales, sino también a la falta de un análisis continuo de los conflictos intrapsíquicos que determinan la ideología con que los participantes se integran a la comunidad. Por eso piensan que el psicoanalista, con su terapia, introduce en la institución un movimiento crítico permanente que lleva a una toma de conciencia. La institución a su vez, al dejar al psicoanalista sin diván y sin sillón le permite despojarse de su inútil omnipotencia, reducir su distancia e integrarse a las decisiones del staff, convirtiéndolo en verdadero elemento terapéutico.

González Velázquez afirma que la transformación de las instituciones psiquiátricas ha sido indudable, pues por primera vez se pusieron en evidencia todas las contradicciones de la realidad institucional, pero sin llegar al cuestionamiento total del sistema social externo, puesto que es difícil que con tal enfoque, propuesto entre otros por Basaglia, la institución permanezca por encima de aquel sistema, aun cuando los psiquiatras crean que también manejan la política.

Hace una defensa de la institución psiquiátrica, considerando que después de las observaciones profundas y juiciosas de los más destacados ideólogos de la antipsiquiatría, todavía ellas perduran; argumenta además que las contradicciones permanecerán, como es obvio, dice, sin impedir por esto la renovación institucional, así el control social pueda aparecer en la terapia psiquiátrica como una forma de manipulación de la sociedad opresiva, lo cual no cerrará de todos modos la posibilidad del progreso científico y del trato humanitario, en especial, si el psiquiatra integra los aspectos biopsicosociales de la patología para proporcionar el tratamiento dentro de un modelo médico en continua estructuración y cambio.

Defiende la existencia de la clínica psiquiátrica como una forma institucional concreta, derivada de la necesidad de otras instituciones sociales, de amplias corrientes sociodemográficas y de leyes médicas y psicológicas básicas que gobiernan el cuidado de los pacientes. Destaca además el hecho de que es allí donde se han estructurado los principios del manejo del paciente mental, la formación de los psiquiatras, el desarrollo de la investigación y las pautas para la salud mental de la comunidad.

Por todo esto, aboga por un proceso de institucionalización de las clínicas psiquiátricas, el cual a su juicio no se ha dado en su totalidad en el país, ya que esto significaría la consolidación de ciertos valores, sanciones y sistemas que establezcan ciertas normas de intercambio, así como el esfuerzo por conservar las fronteras de la organización y la legitimidad de sus valores, símbolos y normas. Como un paso en esa búsqueda, se creó en 1981 la Asociación de Clínicas Psiquiátricas de Colombia, pero a su juicio todavía no funciona como desearían.

La posición de este psiquiatra, refleja la de muchos de sus colegas, quienes continúan mezclando el modelo médico con las intervenciones psicológicas, pero aún consideran que la esquizofrenia es incurable y por lo tanto, fundamentan el futuro de la institución psiquiátrica, en el empleo de los psicofármacos, gracias a lo cual, la asistencia psiquiátrica podrá realizarse sin el aislamiento prolongado de la vida social y sin la necesidad de muchas reglamentaciones para ordenar la vida del paciente, en forma ambulatoria, haciendo uso de los recursos psicosociales, psicoterapéuticos y biológicos, que pretenden integrarse en la atención hospitalaria.

7. UNA QUERRELLA VIGENTE: MODELO MEDICO VS. NUEVAS ALTERNATIVAS A LA PSIQUIATRIA

Quizá el más sobresaliente opositor de la psiquiatría ortodoxa dentro de su mismo seno, ha sido Alvaro Villar Gaviria, quien con Roberto de Zubiría organizó en 1981 el "Grupo de Estudios de Psicoanálisis y Psicoterapia", a raíz de que un grupo de psicólogos que estaban en seminarios de psicoanálisis fueron rechazados al solicitar ingreso a la Asociación Psicoanalítica Colombiana, a la cual ellos pertenecían. Villar intentó introducir a la práctica psiquiátrica institucional otras formas de terapia como el psicodrama, pero

encontró franca oposición de directivas de la Beneficencia de Cundinamarca, el Instituto de Seguros Sociales y la Clínica Monserrat. Lector de antipsiquiatría, discípulo de Basaglia, estudioso de Foucault, Guattari y Deleuze, y de los modernos terapeutas de familia, en el texto "Manicomios y prisiones", publicado como memorias del I Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, realizado en la ciudad de Cuernavaca en 1981, afirma en tono de denuncia al evaluar la situación de la psiquiatría en Colombia:

"La enseñanza en las diversas facultades de medicina se halla a cargo de las mentalidades más tradicionalistas y conservadoras, situación que es todavía más evidente en los institutos psicoanalíticos. La psicoterapia está reservada a tres o cuatro ciudades grandes.

La crítica nació de los profesionales llamados "paramédicos", psicólogos principalmente, a raíz de su irrupción a las instituciones clínicas y se centró no sólo contra los procedimientos carcelarios, sino contra la utilización mercantil de la gente indefensa, su uso para encubrir delitos con un diagnóstico y con hospitalización y contra el "lavado de cerebro" a altos costos para jóvenes que consumen drogas no formuladas.

Gregorio Berman, argentino, autor de "Nuestra psiquiatría", nos señaló muchos puntos de incoherencia y de contradicción en nuestra profesión, además de su absoluta inutilidad, con excepción de unos pocos privilegiados. Pudimos percartarnos del manejo que de nosotros hacían los poderes sociales, económicos y religiosos.

[...] Vinieron Basaglia y varios psicodramatistas, así como abundante literatura; aunque los intentos de introducir el psicodrama fueron un fracaso, nos mostraron más que ninguna otra cosa, la imposibilidad de modificar a los dueños del poder psiquiátrico, incrustados en sus privilegios y en sus intereses económicos. No obstante, al darnos cuenta de que esas críticas coincidían en todo el mundo, dimos comienzo a la práctica, en la cátedra y en publicaciones, de una labor de difusión y sobretodo de desmascaramiento.

Tras doce años de intensa práctica psiquiátrica manicomial, complementada con estudios teóricos y un entrenamiento psicoanalítico completo, fue quizás la visión política de que todo eso era inconducente y superfluo si no se acompañaba de radicales transformaciones económicas y sociales, lo que nos condujo a la crítica de la propia práctica y de los privilegios que comportaba.

[...] Dichas críticas denunciaban principalmente el rol de control de ambas disciplinas - psiquiatría y psicología-, control mistificado gracias a la reafirmación del concepto de enfermedad mental. En esta forma se "psicopatologiza" la miseria humana, la opresión y la injusticia, enmascarando sus reales causas y previniendo la protesta y la acción directa de las víctimas del sistema social.

Porque lo político abarca lo académico, lo profesional y lo cotidiano, sin entender por esto una afiliación partidista, sino una puesta en práctica conciente de la ideología forjada en nuestros procesos de desarrollo personal.

[...] En 1973 un grupo de psiquiatras trató de iniciar una serie de medidas para que los hospitales generales absorbieran progresivamente a la población que llenaba los manicomios. Como era de esperarse, el esfuerzo fue truncado por las autoridades y por colegas que vieron en el proyecto una amenaza contra ellos. Lo mismo sucedió en Sibaté en ese año cuando se quiso "dar la palabra al loco".

En cuanto a la sustentación legal desde el punto de vista jurídico, en los últimos 50 años ha predominado la concepción positivista de la escuela de Derecho. La situación actual puede remitirse al artículo 31 del Código Penal, que entró a regir en 1981 que dice: "De la inimputabilidad. Concepto: Es inimputable quien en el momento de ejecutar el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental".

El problema a que esto ha dado lugar reside en la facilidad con que los psiquiatras descubren trastornos mentales y pruebas de inmadurez psicológica, lo que se presta a todo tipo de abusos e injusticias. La delegación de poder en el psiquiatra resulta además, peligrosa e ilegítima. Por otra parte, la corroboración legal de que una persona carece de responsabilidad social, imposibilita la defensa de los derechos humanos de los denominados trastornos mentales."

En sus "Notas Autobiográficas", incluídas por Guillermo Sánchez

Medina "Psicoanálisis Ayer, Hoy y Mañana" (1991), atestigua:

"En forma rápidamente progresiva me di cuenta de que poseía un poder -que no había buscado en absoluto- pero que me colocaba en una posición de privilegio para influir en las personas, indebidamente, y que tendría que ser utilizado por alguna forma de dominio: familiar, social, político, para que fuera su aliado. Además me pagaban para eso. Muy pronto me negué a hacerlo. Creo que no interné a nadie contra su voluntad. Hoy, no niego que pueda ser necesario, pero en muy pocos casos y por muy corto tiempo. [...] Si algo caracteriza mi práctica de hoy, puede sintetizarse en la búsqueda de libertad, en todo sentido, mientras no vaya contra otras personas. [...] Una consecuencia de esa actitud total, es la que he adoptado desde tiempo atrás en el apoyo a los movimientos de homosexuales y de lesbianas, lo mismo que ante cualquier otro grupo segregado o al que se niegan derechos."

Allí mismo, da testimonio de cómo psicoanalistas docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, le hicieron jugadas poco elegantes cuando quiso compartir con los estudiantes su nueva posición ante la psiquiatría tradicional y denuncia también que es excepcional que acepten a una mujer como docente, inconsistencias y presiones que lo llevaron a renunciar a su cargo en esa Facultad.

Por su parte, en el Encuentro de Cuernavaca, Héctor Cruz, director del Hospital "Abierto" de Boyacá, narró su experiencia. En 1973, cuando Colombia contaba con 15 instituciones psiquiátricas oficiales, se inició la transformación del Hospital Psiquiátrico de Boyacá, dependencia directa de la Beneficencia Departamental. En 1975, con el establecimiento del Sistema Nacional de Salud, fueron apoyados los cambios, de modo que el hospital abrió sus puertas.

Concretamente, se implantó la libre movilidad dentro de la institución, la posibilidad de elegir entre diversas opciones terapéuticas propuestas y sobre todo de entrar y salir libremente del hospital. Se abrieron nuevos espacios para la reflexión crítica y autocrítica acerca del papel de cada profesional, la jerarquía vertical fue resquebrajándose lentamente y la función policiva de los enfermeros quedó sin piso. En 1977 se creó la Reunión de Consulta Externa, durante la cual miembros del hospital, usuarios, familiares y acompañantes, discutían durante más de una hora cada día el problema de la locura, sus posibles causas, los tratamientos, etc.

Al comienzo se agudizaron todas las contradicciones, pero en pocos meses se vieron también las ventajas:

disminución de los actos violentos contra cosas o personas, incremento del abordaje de las dificultades interpersonales y de grupo, y acortamiento del tiempo de hospitalización. En 1978 se abrió la consulta externa en el Centro de Salud de Toca, realizando durante dos años intenso trabajo con familias y grupos de campesinos, al final de los cuales la demanda de consulta prácticamente había desaparecido y las gentes, víctimas aún de diversos grados de sufrimiento, habían asumido en su mayoría la autogestión de sus dificultades.

En 1980 tuvo lugar en Tunja un encuentro sobre la locura, organizado por el hospital y la universidad. Infortunadamente, en la actualidad el Hospital de Tunja ha vuelto a funcionar según el modelo médico tradicional, sufriendo así el mismo destino, de una vida corta, de otras experiencias alternativas que se desarrollaron en Bogotá en la década del ochenta, como fueron "Sinapsis", programa de reparentalización de esquizofrénicos organizado por un grupo de psicólogos y psiquiatras bajo la dirección de Nelson Bruno, y "Mi Nueva Casa", servicio abierto sobre un modelo de comunidad terapéutica por Ignacio Vergara.

Estos dos programas tenían en común el objetivo de proporcionar a las personas diagnosticadas como esquizofrénicas, la oportunidad de reconstruir su personalidad y su estilo de vida, en un ambiente protegido de carácter no médico, en cuanto los trastornos no eran definidos como una enfermedad, sino como un fenómeno humano resultante de estructuras psicológicas, conformadas y mantenidas dentro de las relaciones con la familia y con otros contextos significativos.

Esta visión de tipo interaccional, colocaba la principal palanca de cambio en la alteración de los patrones comunicacionales aprendidos y sostenidos por el paciente, de modo que asumía que si el individuo era aislado de su familia e introducido en un contexto estructurado, donde permanentemente se confrontaban sus respuestas desadaptativas, aprendería nuevas formas de transar y de concebir el mundo circundante, tal como lo habían demostrado las experiencias de Jacqui Schiff y sus colaboradores en su comunidad en California, modelo en el cual se basaron estas propuestas y a partir del cual ese grupo comprobó la erradicación de la patología, en quienes habían permanecido en el tratamiento durante un mínimo de tres años.

"Sinapsis" fue un programa diurno que funcionó durante un año aplicando sus planes originales completos y dos años más en forma parcial. "Mi Nueva Casa" sobrevivió tres años siendo un programa residencial, pero ambos se cerraron por razones similares, dentro de las cuales se destacan:

1. La resistencia de las familias a separarse del hijo diagnosticado como esquizofrénico, lo cual impedía aplicar el modelo en forma sistemática y por lo tanto imposibilitaba la principal acción movilizadora del cambio, como era el establecimiento de una relación estrecha con los miembros de la comunidad terapéutica.
2. Como dentro del proceso de cambio era esperable la activación de las crisis, no fue posible independizarse completamente del modelo médico, pues en esos momentos era necesario recurrir a los cuidados intensivos de las clínicas, dado que los programas no estaban en condiciones de ofrecerlos, con lo cual las familias preferían quedarse de nuevo con el sistema psiquiátrico ya conocido.
3. La alta exigencia de dedicación a los miembros de los programas por un lapso prolongado de tiempo, elevaba los costos del tratamiento, por lo cual las familias decidían acudir a las tradicionales fármacoterapias y a la hospitalización ante la aparición de las crisis, pues ellas mismas ya estaban convencidas de que la esquizofrenia era una enfermedad, y por lo tanto estas nuevas terapias podrían ser tan solo embelecos de psiquiatras y psicólogos idealistas, que pretendían desconocer las causas reales de la psicosis -orgánicas e intrapsíquicas-, así como su carácter de incurabilidad, actitudes que naturalmente eran reforzadas por los profesionales ortodoxos.

No obstante su corta duración y su limitada cobertura, las personas que se mantuvieron en el programa "Sinapsis", actualmente dan testimonio de sus beneficios, puesto que ninguna de ellas ha sido hospitalizada después de haberlo dejado y todas han logrado darle a sus vidas un curso adaptativo y conforme a sus metas personales.

8. LA SITUACION ACTUAL O EL PLURALISMO NEUTRALIZADOR DEL CAMBIO

Es imposible hacer en este trabajo una revisión exhaustiva de todas los eventos y circunstancias que han acompañado el desarrollo del discurso sobre la conducta desviada de la norma y de sus respectivas prácticas sociales y profesionales en el país. Sin embargo, la descripción hecha en las páginas anteriores, ha pretendido delinear un cuadro esquemático de lo que ha sido este proceso, haciendo énfasis en el tratamiento de la locura, llamada psicosis una vez se impuso el modelo médico como fundamento para su abordaje, de modo que se propondrán enseguida unas conclusiones acerca de la situación actual del abordaje psicológico y psiquiátrico de este fenómeno.

No puede negarse el proceso de desinstitucionalización de los pacientes a partir de los años sesenta, atribuible en parte al impacto de las críticas a la estructura manicomial, pero sobre todo al efecto de innovaciones terapéuticas que nos llegaron casi inmediatamente aparecieron en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, tales como la aplicación de conceptos psicoanalíticos y el modelo de comunidad terapéutica, pero sobre todo la llegada de los medicamentos psicotrópicos y su comercialización.

De esas innovaciones, como ya se anotó, no se aplicó en Colombia sino algo de su forma pero muy poco de su espíritu, pues si bien ahora en las instituciones psiquiátricas se posibilitan múltiples alternativas como terapia recreativa, terapia de grupo, musicoterapia, terapia ocupacional, psicodanza y relajación entre otras, su cubrimiento alcanza apenas a una minoría de pacientes y se convierten en actividades que degeneran rápidamente en una especie de entretenimiento o de ergoterapia para crónicos al servicio del hospital, tal como lo evalúa duramente Castel, perdiendo por lo tanto su verdadero valor terapéutico, ya que en todas las clínicas y hospitales psiquiátricos sigue imperando el modelo y el poder médico, de manera que todas estas intervenciones realizadas por psicólogos y terapeutas de diverso tipo, son apenas paliativos que hacen menos dura la estadía del "enfermo" en la institución, pero en ninguna medida representan una ruptura real con la concepción de la desviación como un fenómeno inherente al dominio salud-enfermedad.

Dentro de este panorama, ha sido obvia en la descripción de las anteriores páginas la ausencia de los psicólogos como profesionales dentro de estas instituciones y si bien en la actualidad hay uno o dos contratados de planta en la mayoría de las clínicas, su papel sigue siendo de colaboración con el médico, quien se reserva el poder de decisión sobre los lineamientos del tratamiento.

En los mejores casos, las propuestas de intervención de los psicólogos son aceptadas como medidas aditivas al tratamiento farmacológico o psicoanalítico, dentro de una visión del trabajo interdisciplinario que más que integrar de manera racional los aportes de las distintas disciplinas desde las que es atendido el paciente, las contempla como intervenciones que pueden sumarse, sin darse cuenta que al provenir de paradigmas diferentes, neutralizan mutuamente sus efectos sobre el paciente, pues es claramente contradictorio que por ejemplo, por un lado el médico formule un fármaco para que el paciente controle su agitación y por el otro el psicólogo lo induzca a que tome conciencia de sus recursos personales y desarrolle su capacidad de autocontrol.

Los análisis hechos por Castel de la psiquiatría norteamericana son casi por completo aplicables a nuestro

país, donde ciertamente el tiempo de hospitalización se ha reducido, generando la necesidad de crear nuevas formas de post-cura, llamadas consultas de mantenimiento bajo medicación. Su eficacia sin embargo ha sido muy relativa, pues no se han reducido las recaídas, de manera que los que se proponían como centros de salud mental comunitaria no han servido realmente de sustituto al manicomio.

Por el contrario, el hospital estatal no ha perdido su función como lugar de vigilancia de los crónicos y marginados, considerados peligrosos e inclusive de difícil catalogación nosográfica (alcohólicos, toxicómanos o personalidades psicopáticas), siendo una población constituida en la mayoría de los casos por hombres y mujeres de más de 40 años, solteros, viudos o separados, con un tiempo de hospitalización mínimo de cinco años, provenientes de un medio socioeconómico desfavorable, sin recursos y cuyos derechos a las distintas ayudas sociales han sido insuficientes para que una institución privada los considerara rentables, etiquetados a su ingreso como esquizofrénicos, con un pasado de inadaptación social, pasivamente dependientes de la vida institucional del hospital, con escasos vínculos con el exterior y remotas posibilidades de recuperarlos.

Si bien tampoco se puede negar que se ha reducido la frecuencia de la aplicación de las camisas de fuerza y que ya no son usuales los castigos físicos como métodos de control del paciente hospitalizado, no se puede decir que se haya superado el viejo sueño que subyacía en la ideología del tratamiento "moral" del siglo XIX: manipular completamente el comportamiento cotidiano del sujeto en función de las exigencias de la vida institucional definidas por el personal, sobrentendiéndose que su bien, el del establecimiento y el del paciente son indisolubles, puesto que este último, si es un buen paciente en el hospital, saldrá de él normalizado.

No obstante, como concluye Castel, la institución psiquiátrica no es completamente terapéutica ni tampoco verdaderamente totalitaria. Sigue siendo una realidad híbrida, donde unas racionalizaciones terapéuticas de inspiración diversa -farmacoterapia, electrochoques, psicoterapias variadas, actividades "socializantes", manipulación autoritaria de los síntomas, y recientemente la "terapia familiar"-, plantean unas coberturas parciales y cojas a las mismas viejas funciones de exclusión, de vigilancia y de normalización.

La presencia del psicoanálisis ortodoxo ha sido escasa en la institución psiquiátrica, dadas las inapropiadas condiciones del contexto, pero como lo mencionó González Velásquez, en las clínicas privadas sobre todo, se estableció una especie de colaboración entre psiquiatras y psicoanalistas, quienes entonces usan la hospitalización como paso previo al comienzo del proceso analítico.

Se diría que con respecto a los logros del tratamiento de los trastornos severos, el discurso y las prácticas psiquiátricas y psicológicas han prometido más de lo que han cumplido; pero en relación con la divulgación del concepto de la locura y de las adicciones como enfermedad, han abarcado un amplio radio de acción, pues hoy nadie duda en que acudir al médico es una de las principales opciones que tiene, cuando uno de sus allegados padece una crisis emocional o se comporta de una manera tal que se aleja de los estándares esperados.

Si bien en este trabajo se ha hecho una referencia más directa al tratamiento de las psicosis, el alcoholismo y las adicciones a las diversas sustancias psicoactivas como la marihuana, la cocaína y los demás alucinógenos cuyo uso se ha extendido desde los años sesenta, han sido abordados dentro de la institución psiquiátrica de la misma manera que los demás trastornos severos, considerándolos como una enfermedad.

Así como para la curación del alcoholismo surgieron alternativas como la de Alcohólicos Anónimos, algunas instituciones no psiquiátricas han abierto programas especiales para fármacodependientes, principalmente durante la pasada década, sin que su estilo de haya apartado de las propuestas norteamericanas al respecto; ellas se vinculan con las políticas internacionales y sobre todo estadounidenses de lucha contra el narcotráfico, con base en las cuales organismos extranjeros han financiado la apertura de programas para la atención y prevención de este trastorno, a pesar de que su efectividad está también en revisión.

Estos programas han aplicado el modelo de comunidad terapéutica, dando mayor participación a la familia en el proceso de tratamiento y desarrollando planes estructurados de laborterapia, cuyo éxito ha sido relativo, dependiente ante todo del grado de cronicidad, de la motivación del adicto para el cambio y de los recursos de realización personal que le ofrezca su entorno. En los últimos años, a partir de la promulgación del nuevo Código del Menor (1991), se han fundado proyectos donde se intenta la rehabilitación de jóvenes a la vez delincuentes y adictos, donde de nuevo el Estado se apoya en las comunidades religiosas que regentan estas instituciones, para ejercer sus funciones de asistencia, reeducación y protección.

En términos generales se diría que el Estado ha asumido una posición de respaldo a la definición de los trastornos psicológicos como enfermedad, lo cual se evidencia en las disposiciones legales que convirtieron en patológicos los fenómenos que antes eran amorales, como la homosexualidad por ejemplo, y en su manera de administrar los hospitales mentales oficiales, siendo fieles al modelo médico y francamente apáticos a enfoques que provengan de otros paradigmas psicológicos, de los cuales pretenden aplicar tan solo las técnicas de intervención pero no sus implicaciones teóricas ni metodológicas, en especial si alteran la tradicional y jerárquica relación médico-paciente.

III. EL LUGAR DE LA PSICOLOGIA COMO PROFESION

"Las ciencias humanas no aparecieron hasta que, bajo el efecto de algún racionalismo presionante, de algún problema científico no resuelto, de algún

interés práctico, se decidió hacer pasar al hombre al lado de los objetos científicos -en cuyo número no se ha probado aún de manera absoluta que pueda incluirse; aparecieron el día en que el hombre se constituyó en la cultura occidental a la vez como aquello que hay que pensar y aquello que hay que saber."

Michel Foucault, "Las Palabras y las cosas".

1. SU EMERGENCIA EN EL DOMINIO DE LAS MEDICIONES

Se expuso en el capítulo anterior la perspectiva sobre la concepción y el tratamiento de la conducta desviada de la norma, debido a que fue éste el territorio donde el discurso psiquiátrico apareció en primera instancia, ocupando un lugar hegemónico después de que las posturas netamente moralizantes perdieran vigencia ante la profusión del saber médico como explicación de los disturbios de la vida humana. Allí, como ya se anotaba, la presencia de los psicólogos como profesionales ha sido escasa, en parte por ese lindero artificioso que se ha trazado entre patología y normalidad, pero sobre el cual empezó a instaurarse la psicología como disciplina independiente.

A diferencia de la psiquiatría, que comenzó a desarrollarse dentro de la práctica asilar y hospitalaria, la psicología como ciencia independiente se inició en los laboratorios de las universidades a fines del siglo pasado. En Colombia también empezó a distinguirse como profesión en el terreno de las mediciones de las aptitudes intelectuales, movimiento que se había originado en los Estados Unidos dentro del ambiente de búsqueda de eficiencia que ya se imponía tanto en la industria como en la escuela.

Las mediciones de iniciaron en el país en 1917, cuando el Profesor Luis López de Mesa aplicó las escalas psicométricas de Binet-Simon, Terman y Yerkes-Bridges-Hardwick a escolares y obreros bogotanos, de lo cual concluyó que su nivel correspondía a su edad y a los conocimientos que se les impartían. No opinaron lo mismo Joaquín Fajardo Escobar (1923) ni Eduardo Vasco Gutiérrez (1932), quienes al evaluar el rendimiento de niños de las escuelas públicas de Bogotá y Medellín respectivamente, consideraron que la mayoría de los alumnos eran retrasados pedagógicos, es decir, tenían una edad escolar inferior a su edad cronológica.

Esos trabajos fueron realizados en una época en la cual, las juventudes liberales proclamaron al pensador y político mexicano José Vasconcelos como "maestro de la juventud colombiana", en visita que hiciera en 1926; como ministro de educación en su país había fundado cientos de escuela rurales e impulsado una cultura apoyada en los valores autóctonos, tal como correspondía al espíritu nacionalista de las primeras décadas del siglo, una de cuyas banderas consistía en la democratización de la educación y la cultura; no obstante, políticos conservadores como Marco Fidel Suárez, poco convencidos de los beneficios de esas pretensiones, caracterizaron a Vasconcelos como el sustentador de una "filosofía vacía, ligera, sin sustancia, deleznable, incolora y sin tono de solidez" ("Los sueños de Luciano Pulgar" 1954).

Los desacuerdos tenían un fondo filosófico, pues tanto Vasconcelos como otros latinoamericanos -José Ingenieros, Alejandro Deústa, Manuel Ugarte, Carlos Bunge, Alcides Arguedas, Agustín Alvarez, José Carlos

Mariátegui, etc.-, bajo la influencia de Karl Christian Krause (1781-1832), filósofo alemán de orientación kantiana, aceptaban que la creencia en Dios surgía de una moralidad racional con el concurso de la intuición, y no la moralidad de la creencia en Dios o de la revelación; en ese sentido la revelación no era un privilegio de unos pocos, ni la moralidad el producto de la fuerza del estado, la censura o la inquisición, sino que debía provenir de la educación.

Esa corriente educacionista, como la llama Uribe Celis (1985), sostenía que la solución de los problemas latinoamericanos radicaba en la extensión y completa democratización de la educación para las masas, con lo cual se rechazaban el elitismo y el darwinismo social de los que creían en una desventaja biológica de los pueblos suramericanos.

De esta forma, dentro de una visión que se pretendía antipositivista, se empezaron a aplicar técnicas psicológicas de marcado corte objetivista, que paradójicamente señalaban nuestras debilidades más que nuestros recursos.

Siguieron aplicando esas pruebas, médicos interesados en identificar la eficiencia intelectual y las características de personalidad de la población, principalmente infantil y estudiantil, hasta cuando en 1939, bajo la dirección de la psicóloga española Mercedes Rodrigo y por iniciativa del médico Alfonso Esguerra Gómez -preocupado por describir el biotipo de los estudiantes colombianos-, se inició en el Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, la Sección de Psicotecnia, orientada en un principio a la selección de los alumnos de la facultad de medicina y las escuelas de derecho, ingeniería, veterinaria.

Esta sección, núcleo del cual nació en 1947 el Instituto de Psicología Aplicada, convertido en Facultad de Psicología en 1958, fue ampliando su radio de acción y examinó a los alumnos del Colegio Nacional de San Bartolomé, la Escuela Normal Superior, el Instituto Pedagógico Nacional, la Escuela Industrial, la Policía Nacional y el Tranvía de Bogotá.

Según narra Julia Roncancio (1956),

"Al finalizar el año de 1947 la Sección de Psicotecnia prestaba dos servicios más: psiquiátrico y psicológico para estudiantes universitarios. El primero fue atendido desde su fundación por Alfonso Martínez Rueda y posteriormente por Alvaro Villar Gaviria. Las consultas psicológicas eran atendidas por la señorita Rodrigo en colaboración con el Servicio Médico y muy especialmente con doña Cecilia de Brigard, quien con gran espíritu cristiano colaboró eficientemente en esa tarea. A esta consulta acudieron estudiantes con dificultades de adaptación al medio universitario, con problemas familiares, sociales y desorientación profesional."

Como Instituto de Psicología Aplicada, contaba en 1948 con cuatro secciones: Universitaria, encargada de las admisiones de estudiantes; de Infancia y Adolescencia, donde se realizaban exámenes mentales y de personalidad; Médica Psiquiátrica, que funcionaba como una clínica psiquiátrica externa para uso de la Universidad y otras escuelas locales, e Industrial, responsable de adelantar investigaciones para las industrias locales, en selección y promoción de personal.

En ese mismo año, el Instituto fue evaluado por Carney Landys, profesor de psicología de la Universidad de Columbia, quien conceptuó muy positivamente sobre su organización y afirmó que si recibía suficiente apoyo, podría cumplir un importante programa de higiene mental y orientación a la infancia.

Pero los hechos del 9 de abril y la conmoción política que de allí se desencadenó, incidieron de tal manera sobre la naciente profesionalización de la psicología en el Instituto de Psicología Aplicada, que las pruebas para selección de aspirantes universitarios recibieron fuertes ataques, aún del ministro de educación, al

punto que los problemas fueron llevados al congreso de la República, situación que culminó con la expulsión del país de la mencionada psicóloga en 1950, acusándola de comunista, y quien, de otra parte, había llegado al país huyendo del franquismo.

Desde su fundación y en la década de los cincuenta, fueron invitados profesores de varios países latinoamericanos, principalmente mexicanos, especialistas en psicología clínica, orientación profesional y pruebas proyectivas, aunque por ejemplo el Rorschach había sido introducido en 1944 por Julio Endara, psiquiatra procedente de Quito, quien vino a dictar la cátedra de Psiquiatría en la Universidad Nacional.

2. IDENTIDAD PROFESIONAL Y FORMACION UNIVERSITARIA EN FUNCION DE LA PREVENCIÓN

Durante 15 años, 1947 a 1962, la formación de los psicólogos corrió por cuenta de la Universidad Nacional; en 1962 la Universidad Javeriana creó el Departamento de Psicología, el cual fue elevado a la categoría de Facultad en 1966. Desde entonces se han abierto quince programas más, ocho de ellos en Bogotá, dos en Medellín, dos en Barranquilla, dos en Cali y uno en Manizales, de los cuales sólo tres se encuentran en universidades oficiales; todos los demás funcionan en universidades privadas.

La confusión acerca del estatuto científico de la psicología se evidencia en hechos tales como el que en las universidades esta carrera depende tanto de Facultades o Divisiones de Artes y Ciencias, como de Ciencias de la Salud, Ciencias Humanas, Ciencias Sociales y de la Educación. En la Universidad Nacional, apenas en 1965 la Facultad de Psicología se separó de la de Medicina y pasó a ser un Departamento de la Facultad de Ciencias Humanas, mientras en la Javeriana surgió como Departamento de la Facultad de Filosofía, Letras y Pedagogía.

A partir de 1968 la apertura e iniciación de estos programas se ha regido por la reglamentación del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES, donde Rosalía Montealegre realizó en 1982 un estudio sobre el estado de las facultades de psicología en todo el país.

Encontró que en las justificaciones de apertura de los programas no aparecen estudios específicos de necesidades, ni documentos que permitan conocer a fondo el marco de referencia teórico de las instituciones, sino que se toman como razones fundamentales para su apertura, la demanda de cupos o las necesidades sociales expuestas por ejemplo dentro del Plan de Integración Nacional PIN, propuesto por el gobierno en áreas de nutrición, situación del menor, salud, educación, desarrollo científico y tecnológico, razones tan inespecíficas que justificarían igualmente la apertura de programas de medicina, nutrición, educación, etc.

Algunas de las justificaciones dicen que la carrera se abre:

"Como respuesta a la necesidad de capacitación de profesionales de la salud y en particular profesionales de la salud mental [...] según diagnóstico del Ministerio de Salud.

Por el número de psicólogos en hospitales y colegios.

Para favorecer la formación del psicólogo en el área social. [...] A pesar de que muchos de los problemas psicológico-sociales son de competencia directa del psicólogo, éste frecuentemente no participa en sus soluciones.

Para favorecer la preparación del psicólogo como investigador.

Porque la sociedad moderna crea condiciones de vida en las cuales se presenta un

elevado nivel de estrés y una alta frecuencia de patología psicosomática y comportamental."

Los objetivos de los programas fueron sistematizados por Rosalía Montealegre como sigue:

1. Formar psicólogos que respondan a las necesidades del país, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico colombiano, dando la impresión de que consideraran la proyección social como "brindar atención a comunidades desvalidas".
2. Formar investigadores, tanto en programas de investigación básica como aplicada, en búsqueda de soluciones a los problemas nacionales.
3. Formar al psicólogo para el ejercicio profesional, para lo cual se incluyen actividades tales como evaluación (dominio de las técnicas de medida), modificación de situaciones (prevención primaria, secundaria, terciaria), investigación aplicada y transmisión de conocimientos.
4. Formar psicólogos en los conocimientos de teorías y enfoques psicológicos contemporáneos, dándole además al estudiante una fundamentación epistemológica y una formación básica en ciencias humanas.

Estos propósitos subrayan el papel de servicio del psicólogo, conforme a una ambiciosa y vaga expectativa de que la disciplina debe dar cuenta de una vasta problemática nacional, sin que objeto específico se identifique de manera explícita.

Es claro que los propósitos de la formación ya estaban matizados por la reconceptualización de la problemática psiquiátrica y psicológica, una de cuyas alternativas ha sido justamente la teoría de la prevención generalizada de Gerald Caplan (1964), cuya influencia parece haber perfilado en buena medida la razón de ser de las facultades de psicología.

Esta aproximación asume que los problemas psicológicos y sus implicaciones se originan y se mantienen en la comunidad y por causa de ella, de manera que los objetivos de la acción psiquiátrica y psicológica deben orientarse a prevenir la aparición de los trastornos, interviniendo sobre la comunidad en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria intenta modificar los factores que hacen que hacen que la comunidad sea patológica o patógena. Supone el estudio de las características demográficas, sociológicas y psicocociológicas de la población afectada; intenta determinar las necesidades de la población en cuanto a calidad de vida, los factores asociados a traumatismos y los grupos que presentan mayores riesgos de trastornos mentales.

Los medios de acción de esta estrategia son diversos: 1) consultas a los mediadores individuales o colectivos de la comunidad (miembros del clero, agencias oficiales, grupos juveniles y de caridad, organizaciones barriales, etc.), para ayudar a comprender y a resolver mejor las situaciones conflictivas; 2) educación a la población sobre los problemas de la enfermedad y de la salud mental, y sobre todo lo relacionado con la calidad de la vida, por medio de reuniones, conferencias, debates, proyecciones de películas, folletos, periódicos y amplia utilización de los medios masivos de comunicación; 3) acciones cerca de quienes ostentan el poder administrativo, para informarles sobre las necesidades de la colectividad, orientarlos o presionarlos sobre sus decisiones; 4) acción preventiva directa con aquellas categorías de individuos que se consideran sometidas a estrés, agresiones, dificultades de adaptación particulares asociadas con acontecimientos específicos viudez, salir o entrar a la universidad o a la jubilación, madres solteras, separadas o con adolescentes, abuso sexual, etc.).

La prevención secundaria se plantea un objetivo más restringido y específico -la población de sujetos ya detectados individualmente como vulnerables-, e intenta evitar su descompensación a través de acciones individuales o colectivas, directas o indirectas, como los grupos de apoyo psicológico para personas con trastornos psicosomáticos o las clases especiales para niños frágiles, por ejemplo.

La prevención terciaria se ejerce con los pacientes definidos de un modo más tradicional; trata de impedir las secuelas de un estado psicológico que es claramente invalidante para el sujeto o al menos intenta limitar sus negativas consecuencias.

Esta ambiciosa visión, representó una verdadera mutación de la psiquiatría como modo de acción social y política, una reelaboración profunda del modelo clásico de intervención y contención, como lo anota Castel, implicaciones revolucionarias en tres aspectos: la composición de los equipos tratantes, la relación con los usuarios y la estructura de los servicios.

Estas innovaciones constituyeron una importante apertura para que se cristalizara la necesidad social de profesionales capaces de atender las nuevas tareas de servicio e influencia sobre la comunidad, como han sido la psicología y el trabajo social, en buena medida porque la formación clásica de los psiquiatras no les ha garantizado que puedan asumir estos problemas, cuya solución supone un conocimiento directo de la población afectada, para lo cual han introducido en la ejecución de los programas, voluntarios, miembros de la comunidad y profesionales paramédicos que sirven como puentes con los usuarios.

Estas propuestas surgieron en coherencia con la ideología de la participación comunitaria ligada al movimiento social y de emancipación de las minorías en los Estados Unidos en los años sesenta, influencia que también fue asimilada en Colombia y que suponía además la creación de servicios ágiles de cuidados ambulatorios, urgencias, consulta y educación a la comunidad, intentando explorar de antemano sus necesidades.

Contrariamente a lo que podría esperarse, los programas de las facultades de psicología no han hecho énfasis en estos treinta años en la formación orientada hacia la comunidad como objeto específico de intervención, sino más bien se han centrado sobre el individuo; en general los currículos están constituidos por dos tipos de materias o ciclos: uno de formación básica y otro de formación en las áreas aplicadas de la psicología, es decir, educativa, clínica, laboral o industrial, social y jurídica, en las cuales los alumnos realizan prácticas, escogiendo una o dos de ellas en los últimos semestres de la carrera.

Las asignaturas correspondientes a la formación básica incluyen: materias relativas a metodología -matemáticas, estadística, lógica de la ciencia-; materias sobre psicobiología -biología general, etología, neurofisiología-; propiamente psicológicas -psicología general, del aprendizaje, del desarrollo, de lo anormal, de la personalidad, social, experimental, psicofarmacología y psicometría-, y otras, llamadas complementarias, tales como idioma extranjero, español, antropología, sociología, historia de las civilizaciones y sistemas sociopolíticos. En la estructuración del plan de estudios se observa la paulatina y creciente inclusión de seminarios que recogen o sistematizan avances de la psicología aplicada, pero en cambio hace falta una formación epistemológica más sólida para poder entender y procesar las teorías del conocimiento científico psicológico, lo cual lleva a que haya un recargo de materias y un alto grado de dispersión de los contenidos.

No aparece un esquema homogéneo en la presentación y desarrollo de los programas de las asignaturas, de modo que ellos quedan en manos de los profesores, dependiendo de sus habilidades, su orientación y sus intereses, a pesar de que se aprecian intentos de definir objetivos en términos de formación conceptual y de habilidades que se esperan de los estudiantes al finalizar el curso. Se enfatiza como metodología la clase magistral, con la cual se favorece la adquisición de información pero no el proceso de formación ni el desarrollo de destrezas; en la bibliografía adscrita a los programas no se diferencian los textos de los libros de consulta, de modo que aparece poco estimulada la investigación en las fuentes originales y con ello en

cambio favorecida una postura de repetición automática de conceptos y de aplicación mecánica de técnicas, perdiendo tanto la visión de complejidad de las problemáticas, como la postura científico-profesional pretendida y reduciendo entonces el papel de los psicólogos al de tecnólogos que manipulan la realidad sin clara conciencia de las implicaciones de sus intervenciones.

Con relación a la formación en las áreas aplicadas, Rosalía Montealegre encontró en su revisión lo siguiente: en el área clínica, se ven diferentes aproximaciones al problema de la patología mental, principalmente desde los enfoques psicoanalítico y conductista, con énfasis en este último, pero dentro de un plan de estudios que más bien superpone contenidos sin integrarlos críticamente. En el área educativa casi toda la formación se reduce a la revisión de tareas y funciones del psicólogo educativo, relativas más que todo a los problemas de aprendizaje y a la orientación profesional, pero sin vincularlas con la estructura educativa del país ni con la educación como ciencia.

Algo paralelo encontró en el área industrial. La formación del psicólogo en esta área comenzó con una transpolación de los conocimientos en psicometría y manejo de pruebas psicológicas al campo de la selección de personal; más tarde se institucionalizaron cátedras de psicología industrial que ampliaron los temas al análisis del trabajo, el entrenamiento y la capacitación, los salarios, la evaluación del desempeño y la promoción del personal, para responder a las exigencias de la moderna modalidad empresarial, caracterizada por crecimiento de las organizaciones, avances acelerados de la tecnología, auge del consumo y aumento del personal más calificado, con mayor necesidad de poder en virtud de sus conocimientos y su movilidad.

Aunque el estudio de la psicóloga Montealegre se realizó hace diez años, la observación de la situación actual no permite encontrar cambios radicales con respecto a sus hallazgos. Quizá se han introducido nuevas aproximaciones teóricas como la humanista y la sistémica en los últimos años, pero la estructura fundamental de los currículos sigue siendo la misma, caracterizada por una dicotomía en la formación, en cuanto por una parte se enfatiza el desarrollo de habilidades profesionales, pero se descuida la sustentación científica, epistemológica e investigativa de la disciplina.

En síntesis, no se favorece la relación entre lo básico y lo aplicado; entre lo biológico, lo social y lo epistemológico; entre los procesos psicológicos, los enfoques y la filosofía subyacente a ellos.

El cuadro descrito se comprende mejor si además se tiene en cuenta la precaria situación del cuerpo de profesores, reportado por Montealegre, pero todavía vigente: el 50% son catedráticos, sólo un 30% son de tiempo completo y el 20% restante son de tiempo parcial; en el 80% de los casos no hay escalafón docente ni bienestar profesoral, en el 60% no hay capacitación y el 60% no hacen investigación. No hay políticas institucionales para ninguno de estos aspectos, de modo que las investigaciones existentes son en la mayoría de los casos de carácter personal, referentes a estudios realizados por los docentes para publicaciones o congresos.

3. LA LUCHA POR EL ESPACIO PROFESIONAL EN LAS AREAS APLICADAS

Según los datos del ICFES (1987), entre 1960 y 1973 egresaron de las dos facultades existentes en ese momento en las Universidades Nacional y Javeriana, 536 psicólogos; entre 1974 y 1985, este número llegó a 4.805, de los cuales el 64% estudiaron en Bogotá, el 9% en Barranquilla, el 12% en Medellín, el 5% en Cali y el 9% restante en Manizales.

Decía Rubén Ardila en 1967, que el principal empleador de los mil psicólogos existentes en ese momento era el gobierno nacional, en el Departamento Administrativo del Servicio Civil, en funciones de selección de personal, donde trabajaban el 25% de ellos; los demás se desempeñaban en universidades (9%), escuelas (9%), empresas (4%), clínicas (12%), instituciones de rehabilitación (10%) y práctica privada combinada con

otras actividades (16%); un 16% sin embargo no tenía actividad laboral dentro del campo de la psicología.

Desde el punto de la ubicación de la psicología como profesión, es llamativo que más de veinte años después de su instauración como carrera, se plantearan las funciones privativas del psicólogo como conclusiones de la I Conferencia Latinoamericana sobre Entrenamiento en Psicología, realizada en 1974 en Bogotá, simultáneamente con el XV Congreso Interamericano de Psicología. Tales funciones, donde se destacó una vez más el carácter profesional de la disciplina, se enunciaron como la utilización de métodos y técnicas psicológicas con los siguientes objetivos: investigación científica, diagnóstico psicológico, orientación vocacional y profesional, selección de personal, asesoría a las organizaciones, solución de problemas de ajuste y modificación del comportamiento a nivel individual y social, y peritaje psicológico de carácter judicial.

Hubo en esa Conferencia una queja generalizada de que no existía legislación sobre la profesión en ninguno de los países latinoamericanos, así como un reconocimiento de la deficiencia en la formación de investigadores y por lo tanto en la producción investigativa.

Con respecto a la psicoterapia concluyeron que los psicólogos están entrenados para hacerla sin supervisión de otros profesionales, y muchos estuvieron de acuerdo en que no era necesario incluir la palabra psicoterapia en la legislación de la profesión, para evitar conflictos con otras profesiones, sino garantizar que los psicólogos están en capacidad de desempeñarse en esa actividad, tanto en práctica privada como en instituciones, dado que siendo este "el siglo de las masas y no el de los individuos", pueden cumplir su función social desarrollando labores terapéuticas. Llegaron a afirmar que un psicólogo que conozca su lugar en la sociedad latinoamericana actual, debe estar dispuesto a trabajar en instituciones, limitando la práctica privada, aunque ésta le reporte entradas económicas más altas.

Como ya lo señalaba Rubén Ardila en 1978, el **área clínica** es la más compleja en el entrenamiento de los psicólogos, no solo colombianos sino latinoamericanos; además ha dado origen a múltiples fricciones con otros profesionales, principalmente psiquiatras y psicoanalistas, y a divisiones entre los mismos psicólogos. Aún son confusas las funciones que se le asignan, tampoco hay acuerdo acerca del tipo de entrenamiento que requiere un psicólogo clínico y hay tantas modalidades de intervención como enfoques psicológicos de la terapia.

Si bien entre los estudiantes ésta es la principal área de interés a su ingreso a las facultades, éste decae al finalizar la carrera por varias razones; en primer lugar, como el título que se ofrece es el de "psicólogo", sin ninguna especialidad, no se espera que los egresados estén plenamente preparados para practicar la psicoterapia; en segundo lugar, en general los psicólogos organizacionales son mejor pagos que los clínicos, y en tercer lugar, la oferta de trabajo es más reducida en esta área que en la organizacional.

Ardila calcula que una tercera parte de los profesionales ejercen en esta área, pero muchos combinan la práctica privada con la docencia, con asesorías a organizaciones o con trabajos de tiempo parcial en centros clínicos o educativos. La escasa demanda de psicólogos por parte de los hospitales y clínicas psiquiátricas se evidencia en el reporte del Ministerio de Salud en 1974 y 1981, sobre el recurso humano vinculado a salud mental a nivel nacional; mientras el número de psiquiatras pasó de 79 a 97, el de trabajadores sociales de 22 a 42, el de terapeutas ocupacionales de 16 a 30, el de auxiliares de enfermería de 205 a 380, el de ayudantes de enfermería de 584 a 427, y el personal de servicios generales eran 679 personas en 1981, los cargos para psicólogos apenas pasaron de 8 a 20.

Actualmente algunas clínicas privadas tienen un psicólogo de planta, pero otras son enfáticas en no querer incluir psicólogos entre su personal. En buena parte esta situación puede interpretarse como una medida coherente con la visión netamente médica de los trastornos llamados mentales, la cual se ha reservado como propio el territorio de estas instituciones, por las indudables superposiciones y contradicciones entre

los enfoques psicológicos que abordan el problema de lo normal y lo patológico, acentuadas con el surgimiento de modelos alternativos al médico, lo cual implicó un cambio en el marco de referencia al considerar que no hay "enfermos mentales" en el sentido clásico del término, diferencias que se analizarán más adelante con mayor detenimiento.

Se diría que es en labores de rehabilitación de delincuentes, fármacodependientes, y minusválidos de diverso tipo, donde los psicólogos han encontrado una mayor oferta laboral dentro del área clínica, por lo general haciendo parte de los equipos interdisciplinarios conformados por médicos y terapeutas de variado orden.

En la última década se ha ampliado también su radio de acción en las comunidades marginadas, gracias a la apertura de centros estatales, dependientes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de las Secretarías de Salud y de otras instituciones de bienestar social, donde junto con los servicios médicos, de educación no formal y de recreación, se ofrece la atención psicológica, a la cual acuden principalmente niños con problemas de adaptación y de rendimiento escolar y mujeres con problemas conyugales y familiares. Si bien al comienzo de su ubicación como profesión la actividad clínica estuvo dirigida a niños y adolescentes, dado que la sociedad le había reservado el trabajo con adultos a los psiquiatras, hoy en día muchos psicólogos, sobre todo en la práctica privada, atienden a todo tipo de personas.

Es innegable el incremento de la consulta psicológica de carácter clínico en los últimos veinte años, pues la cultura ha asimilado este recurso como una más de las soluciones existentes para resolver los problemas de insatisfacción con distintos aspectos de la vida; si bien todavía algunas personas siguen creyendo que se necesita estar loco para acudir a un psicólogo, la mayoría aceptan este servicio sin la connotación negativa y discriminatoria que se le dio en los comienzos de su emergencia como práctica profesional.

Con respecto al **área organizacional**, Manuel Morales encontró en encuesta realizada en 1972, que la mayor parte de las funciones de los psicólogos en las empresas eran de selección de personal; muy marginalmente participaban en los programas de promoción y evaluación del desempeño, en tanto que se incrementaba el número de profesionales no psicólogos que realizaban actividades relativas al diagnóstico organizacional, el análisis de procesos y la realización de laboratorios, al estilo del National Training Laboratories NTL de Estados Unidos, técnicas que llegaron a Colombia gracias a las iniciativas del Instituto Colombiano de Administración INCOLDA, a fines de la década del sesenta.

Aunque en 1978 Alfredo Vargas consideraba que la psicología industrial y organizacional en Colombia sí ha tratado de responder a los nuevos problemas de las empresas y de la evolución social, también advertía cierta tendencia en la formación en esta área a "filosofar", a hacer disquisiciones, confrontación de teorías y repaso de principios en las materias que tienen que ver con ella, en vez de que los profesores asumieran la tarea de presentar los aspectos útiles de las diferentes teorías, sin dejar caer al estudiante en el inmediatez pragmático, sin bases teóricas serias como le ocurría a muchos asesores organizacionales. Sugería el afianzamiento de estudios teóricos en relación con el proceso de cambio, entrenamiento en dinámica de grupos e introducción a la administración.

En 1980, la imagen de los psicólogos industriales presentada en el Simposio "La Psicología Ciencia Social?" que se realizara en la Universidad Javeriana, no fue tampoco muy positiva, pues llegaron a afirmar que, en su mayoría, los psicólogos organizacionales son buenos funcionarios y muy malos psicólogos, dado que como su preparación inicial tiene poca aplicabilidad a su trabajo, tienen que apelar entonces a la experiencia y al sentido común, sin establecer clara diferencia entre el estatuto de su profesión y de otras que tienen que ver con manejo de personal, como el derecho laboral, la psicología industrial y la administración de empresas, principalmente.

A pesar de que han pasado doce años, no podría decirse que en la actualidad haya cambiado este

panorama, porque si bien se ha incrementado el número de psicólogos que se desempeñan en empresas de todo tipo y tamaño, en su labor predominan funciones de selección y evaluación de personal; ha aumentado también el número de psicólogos que trabajan como asesores externos, especialmente en el diseño y realización de programas de integración, motivación y entrenamiento en habilidades gerenciales, pero su papel como agentes movilizados del cambio todavía es restringido, pues parecería que siguen aplicando una concepción del cambio basada en el aprendizaje de destrezas comunicacionales y administrativas, la cual desde el punto de vista de la disciplina es pobre, porque no da cuenta de los procesos psicológicos más complejos, implícitos en estas realidades.

En el Simposio organizado por la Javeriana en 1980, los ponentes afirmaban que era válido hablar de **psicología educativa**, entendida como la aplicación de los principios psicológicos generales y el estudio de los procesos particulares, relacionados directamente con los intereses funcionales de la educación, tales como el proceso psicoevolutivo, la inteligencia y el aprendizaje. Reconocían sin embargo que la interpretación parcial y mecanicista de esta psicología lleva a un eclecticismo campante, desconociendo que lo que une a la psicología y a la educación es el fenómeno del desarrollo humano y particularmente el desarrollo de la personalidad.

Según sus apreciaciones, habría en este aspecto dos cuestiones fundamentales no resueltas: una, relativa a que la psicología no tiene aún un concepto concluyente sobre lo que es el desarrollo psicológico, y la otra, referente a que no se sabe en qué medida las diversas conceptualizaciones existentes facilitan o entorpecen la acción educativa.

Estas vaguedades se asocian con el actual desinterés que despierta el área educativa entre los estudiantes y el confuso papel que desempeñan los profesionales en las instituciones educativas. En general los psicólogos allí se identifican por sus funciones de orientación en relación con problemas de aprendizaje y de escogencia profesional de los alumnos, pero todavía no parecen tener con los maestros un nivel de credibilidad suficiente, que les permitiera asesorarlos en los procesos psicológicos subyacentes a la situación de enseñanza.

En las escuelas y colegios tienen también contacto con los padres, pero de nuevo sus actividades con ellos son más de carácter informativo que como asesores movilizados del cambio en la estructura familiar, tal como se evidencia en las llamadas "escuelas de padres", basadas en el principio de que los procesos vitales inherentes a la convivencia familiar pueden aprenderse como si fueran habilidades particulares. Es discutible además, si estas acciones competen al psicólogo, o si por el contrario son una especie de irrupción dentro del contexto familiar, hecho responsable en los últimos tiempos de todas las dificultades individuales y sociales.

Durante la década del setenta hubo en Colombia un auge de la **psicología social**, concebida como una serie de herramientas para recoger información, medir actitudes y trabajar con grupos, pero se le criticó por no abordar directamente la realidad nacional, ni relacionarse con otras disciplinas sociales como la sociología o la antropología, las cuales se incluyen en el currículo pero no se articulan con el resto del programa académico.

Consideraba Gerardo Marín (1978), que ésta era el área más llamada a contribuir al desarrollo de los países latinoamericanos, dado que su labor no debía orientarse sólo al cambio de actitudes sino a la solución de los problemas que afronta la sociedad, tales como la farmacodependencia, la criminalidad, los conflictos sociales, la discriminación racial y sexual, así como cualquier otro problema social que existiera en el presente o en el futuro.

Esto obligaría a que el psicólogo social en Latinoamérica tuviera una formación especial que incluyera un

amplio conocimiento de lo que es la psicología social (actitudes, percepción interpersonal, comportamiento de grupos pequeños, problemas sociales, etc.), de las contribuciones que puede hacer al desarrollo social y de las técnicas de investigación que en ella se utilizan. Estas exigencias obligarían a que se organizaran programas de formación avanzada a nivel de postgrado, pero sólo en 1987 la Universidad Javeriana abrió una Maestría en Psicología Comunitaria.

Las diferencias entre la **psicología comunitaria** y la psicología social se han hecho evidentes en el país, como en otras partes, en prácticas profesionales que se ubican en dos contextos muy distintos: la comunitaria, más desarrollada en la década del ochenta, se ha aproximado a grupos marginados, con algún patrocinio estatal y privado, mientras la social, se ha vinculado con la publicidad y las encuestas de opinión.

Una breve definición de la psicología comunitaria la describe como una disciplina cuya meta es modificar la conducta humana mediante la intervención a nivel del sistema social (Reiff, 1968), con lo cual se diferencia de la psicología clínica comunitaria, pues esta última se orientaría a la solución de los problemas individuales, mientras la primera se dirigiría hacia los aspectos sociales que inciden sobre dichos problemas, en especial con grupos poco favorecidos desde el punto de vista socioeconómico.

La psicología comunitaria se originó en buena parte bajo la influencia del movimiento de higiene mental, promovido desde las primeras décadas del siglo en Estados Unidos, como reacción a la ineficacia de las instituciones psiquiátricas en el tratamiento de los trastornos severos y con la idea proveniente del modelo médico aplicado a las enfermedades contagiosas, de "inmunizar" a las personas contra las "enfermedades mentales".

A instancias de la teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual y su relación con el surgimiento de las neurosis, los pioneros de la higiene mental se interesaron en particular por los problemas de la niñez, dando lugar al movimiento de orientación a la infancia, expandido considerablemente a partir de los años veinte. Con base en él han surgido incidencias y programas en número casi infinito, pues al menos en Estados Unidos, aparecieron como nueva institución los dispensarios infantiles, en las consultas se empezó a tratar no sólo al niño en quien se manifiesta el síntoma, sino también a la familia, la escuela, los lugares de recreo y los demás factores y personas que contribuyen a crear el problema y expresan a través de su conducta disfuncional.

En Colombia, el interés en la higiene mental se remonta a 1912, cuando dentro del movimiento educacionista de la época, algunos médicos pensaron en aplicar principios psicopedagógicos con ánimo preventivo. Miguel Jiménez López, por ejemplo, presentó en esos años varios trabajos relativos a la relación entre educación e inconciente, formación de la personalidad como base de la educación, escuela y vida, entre otros.

En 1924 Ovidio Decroly vino al Gimnasio Moderno y en 1932 Eduardo Vasco Gutiérrez intentó abrir un Centro de Higiene Física y Mental como los que había visitado en Bruselas y Budapest, pero al no encontrar apoyo oficial, fundó un centro privado y se vinculó a la Universidad de Antioquia como profesor del curso "Educación Familiar", el cual se transmitía por radio e iba dirigido a los padres de familia; el curso comprendió ochenta conferencias de las cuales surgió la publicación del libro "El Breviario de la Madre" en 1934; el entonces Ministro de Educación, Luis López de Mesa, solicitó autorización al autor para publicar un resumen que se llamó "Nociones de Puericultura", el cual fue distribuido en los centros educativos del país.

En 1952 el Instituto de Psicología Aplicada fue representado por su director, el psiquiatra Hernán Vergara Delgado, en el I Congreso de Higiene Mental reunido en México y en 1957 la Secretaría de

Salud Pública del Distrito Especial de Bogotá, fundó la Sección de Higiene Mental, anexa al Departamento de Nutrición, donde laboraban además del director, un psiquiatra, una psicóloga y una asistente social. Esta sección pasó en 1961 a la Secretaría de Asistencia Social y Protección Infantil, pero en 1967 se prescindió del psiquiatra y la sección quedó a cargo de la Directora de Asistencia Social.

En 1960 dependiendo de la Secretaría de Educación del Distrito, se organizó el Centro Piloto de Higiene Mental para maestros de primaria, escolares y sus familias, dirigida por un psiquiatra psicoanalista y con un personal compuesto por siete psiquiatras, seis psicólogos, tres asistentes sociales y once pedagogos; allí organizaron una experiencia de terapia de grupo y cursos especiales donde se enseñaron principios básicos del psicoanálisis, la psicopatología y la psicopedagogía. También se abrió un grupo de psicólogos y otros de asistentes sociales y profesores de ciencias humanas.

Algunos sin embargo consideran que el nacimiento de la psicología comunitaria como área específica, ocurrió hasta 1965 en un suburbio de Boston, donde un grupo de psicólogos, muchos de ellos empleados en centros de salud mental, se reunieron para hacer un llamado a los psicólogos, para que fueran agentes de cambio, analistas del sistema social, consultores para los asuntos de la comunidad y estudiosos del hombre integral en relación con todo su ambiente (Bennett, 1965). Serían participantes conceptualizadores, para intentar el cambio de las condiciones sociales del entorno de sus usuarios.

Sus principios básicos se refieren a: 1) búsqueda de la prevención; 2) adopción de una perspectiva ecológica, es decir, la concepción de que la conducta no se puede explicar sólo a partir de factores individuales, sino que también son determinantes los factores ambientales, sociales y políticos; 3) búsqueda del cambio en el sistema social, en el sentido de que las instituciones importantes para la vida de las personas respondan de una manera más activa y fructífera por su crecimiento; 4) enfoque sobre la intervención en crisis, relacionada con el concepto de estrés y entendida como una técnica para ayudar a las personas a que manejen de manera efectiva los problemas que en apariencia son abrumadores en el momento en que ocurren; 5) promoción de una "sensación psicológica de comunidad", fomentando en las personas el desarrollo de los puntos fuertes en lugar de eliminar sus debilidades.

A este espíritu han pretendido responder en el país los psicólogos que trabajan en esta área, aunque como lo reconocen muchos de ellos, su discurso se ha confundido muchas veces con el de la sociología, la investigación-acción participativa, la teología de la liberación y una que ellos llaman psicología crítica, entendida como una actividad cuestionadora del objeto y de la función social de la psicología. Ultimamente, algunos grupos de psicólogos trabajan activamente en comunidades urbanas y rurales, realizando variados programas donde aplican técnicas provenientes de la psicología como los talleres psicoeducativos, desarrollan otras como el "análisis de coyuntura" (Emilio Espejo, 1992), e integran el teatro, la danza y la música popular como alternativas para entrar en contacto con la comunidad.

A pesar de sus esfuerzos, a la psicología comunitaria se le ha criticado por su activismo; por la demagogia frente a los resultados; por el fracaso de la prevención primaria, justificado principalmente en la carencia de variables independientes que expliquen los fenómenos que pretende prevenir y en la imposibilidad de acceso a las fuentes determinantes de su aparición; por haberse presentado como la panacea terapéutica, como dicen algunos, para compensar la frustración de muchos clínicos al no tener éxito en el tratamiento de desórdenes severos como la esquizofrenia, y sobre todo, por querer abordar los problemas humanos sin un paradigma coherente, que permita distinguirla claramente por sus premisas, sus técnicas y su mismo objeto.

Como puede apreciarse en esta descripción del proceso de ubicación de la psicología como

profesión, el camino recorrido ha estado plagado de tropiezos, tanto por la rivalidad con otros profesionales como por los vacíos teóricos y epistemológicos que todavía no llenan, no sólo la psicología, sino las ciencias humanas en general.

Estas dificultades contrastan con la amplia inserción del discurso psicológico en la cultura y en la vida cotidiana de los colombianos, a lo cual han contribuido sin duda los medios masivos de comunicación, desde comienzos de siglo como se anotaba con respecto a los cursos de higiene mental, pero con mayor énfasis en los últimos treinta años, a partir de la inclusión obligada de artículos sobre temas psicológicos, preferentemente asociados con la crianza y la vida psicosexual, en todas las revistas que mezclan la información con el entretenimiento, en la radio, el cine y la televisión.

No siempre sin embargo los medios han sido generosos con los psicólogos, como ocurrió en 1986, cuando con ocasión de la XII Convención Colombiana de Psicología, organizada por la Federación Colombiana de Psicología, cuyo tema central fue "La función social del psicólogo", el diario El Tiempo publicó un artículo con el título "Una autocrítica: Psicólogos son inmaduros e individualistas", donde la corresponsal del periódico resumía su diálogo con una psicóloga argentina y dos directivos de la Federación, el cual comenzaba diciendo:

"Los psicólogos colombianos, y en general los latinoamericanos, con pocas excepciones, son inmaduros e individualistas, seres aislados que ni siquiera muestran interés por agremiarse. Sólo les interesa sobrevivir y prestar sus servicios a quien pueda pagar. No tienen los pies puestos sobre la tierra y siguen soñando con un diván y un consultorio particular, cuyo modelo les llegó de Europa hace varias décadas y el cual ya no es ni rentable.

No obstante multiplicarse como los panes y los peces de la biblia, no están contribuyendo en nada a solucionar los graves problemas sociales y de salud mental de este país, los cuales crecen en forma tan acelerada como ellos. Y no lo hacen porque miran con prejuicios a las comunidades populares y consideran que trabajar con ellas es rebajarse."

Como respuesta a este frontal ataque, aparecieron otros artículos, dos en El Tiempo y uno en el Espectador. El primero, una semana después en el suplemento dominical, escrito por Rubén Ardila con el título "Los psicólogos en Colombia: Un oficio que se hace sentir"; el segundo como carta dirigida por los presidentes de las Asociaciones "Colombiana de Análisis y Terapia del Comportamiento", de "Psicólogos Javerianos", "Colombiana de Psicología y Tecnología Educativa", de "Psicólogos Universidad Católica de Colombia" y "Colombiana de Neuropsicología", con el título "Psicólogos ofrecen estrategias alternativas para la solución de los problemas sociales", y el tercero en "Columna Móvil" de El Espectador, escrito por profesores del Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes.

En esos artículos hicieron un recuento de los logros de la profesión en sus cuarenta años de existencia como tal en el país, así como de sus limitaciones, destacando que el artículo sólo mostraba verdades a medias, que no son sino mentiras disfrazadas, en tanto que ignoraba los indicadores del progreso profesional: creación de empresas especializadas en servicios psicológicos de carácter privado, crecimiento de los psicólogos en cada área del ejercicio profesional, conformación de grupos de estudio, proliferación de eventos de actualización y educación no formal, creación de asociaciones de profesionales en torno a necesidades e intereses compartidos, publicación de revistas especializadas y fortalecimiento de las comunicaciones intra e interdisciplinarias, que han reportado beneficios en la identificación y proyección profesional individual y colectiva en los distintos campos de aplicación de la psicología.

Reconocieron además que a los psicólogos también los han afectado los fenómenos socioeconómicos y han sido, como muchos otros profesionales, víctimas del desempleo y subempleo

producidos por una concentración en los polos de desarrollo urbano. No obstante se mostraron conscientes de su responsabilidad en este momento crítico de la patria, estando aún en la búsqueda de caminos y atentos a la guía que los planes gubernamentales puedan ofrecer, para entrar en una acción coherente y mancomunada a asumir el compromiso que les atañe.

Ya en 1988, en el XIII Congreso Colombiano de Psicología realizado sobre el tema "Hacia una psicología para la sociedad colombiana", la Decana responsable de la apertura afirmaba que dentro del proceso de diversificación del trabajo profesional, pareciera que el psicólogo perdiera identidad y que su actividad se confundiera con el de otros profesionales e investigadores; pero sugería que si se adopta una perspectiva totalizadora, emerge entonces la persona y se opaca el sesgo profesional, para dar lugar al trabajo en equipo interdisciplinario, alternativa que en apariencia ha surgido para superar los conflictos interprofesionales y las indefiniciones de carácter conceptual.

4. LAS ASOCIACIONES DE PROFESIONALES: ATOMISMO GREMIAL Y CONFLICTOS DE ENFOQUE

En Colombia, como en los demás países, uno de los mecanismos de aglutinamiento profesional ha sido la creación de agrupaciones, casi desde el mismo momento de la aparición de los primeros psicólogos. En 1954 se creó en el Instituto de Psicología Aplicada, la Federación de Estudiantes de Psicología, la cual en 1955 pasó a ser Federación Colombiana de Psicología, con personería jurídica desde 1958.

A partir de entonces han surgido múltiples asociaciones, que congregan a los psicólogos según distintos tipos de criterios: algunas son asociaciones de egresados de las distintas facultades, otras reúnen profesionales según el área a la que se dedican, algunas otras los agrupan conforme a la problemática que intervienen y las demás se han constituido alrededor del enfoque psicológico bajo el cual orientan su acción.

Las funciones de estos grupos se han dirigido generalmente a la organización de eventos académicos y formativos, como congresos y cursos con expertos nacionales e internacionales, pero a diferencia de lo que plantea Foucault, no podría decirse que se hayan constituido en mecanismos de control del discurso, pues no desempeñan la tarea de definir quiénes están autorizados para hacer uso de determinados conceptos, técnicas o procedimientos.

No ha ocurrido lo mismo con el psicoanálisis, pues como lo expone Guillermo Sánchez Medina (1991), en el caso del psicoanálisis se requiere su institucionalización, entendida como la organización fundamental para su enseñanza en forma metódica, estableciendo las reglas, prescripciones y formas correspondientes.

Con esos fines se constituyó en el país el Instituto Psicoanalítico que regula dicha formación y considera muy peligrosa la pluralidad y el desorden en el conocimiento psicoanalítico no institucionalizado. Es uno de los órganos de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, fundada en 1961 e inicialmente llamada "Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Colombia", la cual se rige por las pautas de la Asociación Internacional de Psicoanálisis.

Según lo establece la Asociación Internacional, las normas y criterios para el ingreso de nuevos miembros son: título universitario (en Colombia deben ser médicos), presentarse a un mínimo de dos entrevistas con analistas reconocidos por la Asociación, someterse a análisis personal con un mínimo de cuatro sesiones semanales, aunque lo óptimo son cinco de 45 o 50 minutos, tomar seminarios y cursos planeados por la sociedad, donde se estudian las obras de Freud y otras relevantes, y llevar a término un mínimo de dos tratamientos de adultos bajo supervisión, por un mínimo de dos años. En

Colombia los seminarios que hacen parte de la formación duran ocho semestres, pero la supervisión colectiva toma 16 semestres. Con tan exigente formación no es de extrañar que si en 1961 había tres analistas didactas en el Instituto, en 1987 apenas fueran catorce.

La práctica analítica no está reglamentada por las leyes colombianas y la única mención al respecto hace referencia a que la interpretación de los sueños debe ser efectuada por un médico psicoanalista.

A pesar de la explícita negativa del ingreso de psicólogos a la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, durante la instauración de la profesión, los psicólogos acudieron a los médicos psiquiatras como profesores de sus facultades y luego lo solicitaron a los psicoanalistas; advierte Sánchez Medina que los psicólogos que se interesaron por el análisis eran quienes se preocupaban por las técnicas diagnósticas y clínicas y aclara que la mayoría de los psicólogos que aparecen trabajando con modelos psicoanalíticos, informan que a la vez hacen consejería psicológica, orientación profesional o psicodiagnósticos; algunos aplican la técnica analítica (encuadre: silla-diván, asociación libre e interpretaciones), pero no hacen una definición abierta de que su labor sea psicoanálisis, ni tampoco se denominan psicoanalistas.

Los psicólogos y otros profesionales no médicos tienen acceso a los conocimientos analíticos en el Centro Colombiano de Difusión del Psicoanálisis, otro órgano de la Sociedad, pero allí sólo reciben constancias de asistencia.

Por disidencia de la Sociedad, se fundó en 1962 la Asociación Psicoanalítica Colombiana; ella no goza del reconocimiento de la Asociación Internacional, pero se rige por estatutos similares y ofrece también formación de cuatro años.

Se han constituido otros grupos como la Sociedad Psicoanalítica de Colombia, organizada por José Gutiérrez Rodríguez; el Centro de Estudios de Psicología Dinámica, iniciado por la psicóloga Josefina Convers de Castaño con un grupo de colegas y el Círculo de Psicología Profunda, organizado por Rosa Tanco Duque en 1963, aprovechando la visita del psicoanalista Igor Caruso, los cuales tuvieron una vida corta, en parte porque sus gestores se fueron del país. Actualmente siguen funcionando el Centro Psicoanalítico Sigmund Freud en Cali, donde participó como docente Estanislao Zuleta desde fines de los años sesenta, y el Grupo Lacaniano de Medellín, donde aplican la experiencia de los "carteles", método producto del trabajo clínico y la enseñanza de Lacan, consistente en grupos de estudio de la teoría psicoanalítica, compuestos principalmente por profesionales en formación y otros interesados en el psicoanálisis.

A pesar de la existencia de la Federación Colombiana de Psicología, ella no ha logrado aglutinar a los profesionales del área para hacerse sentir en forma definitiva como gremio, en beneficio propio, ni tampoco sentando posiciones ante los diversos problemas del país.

IV. EL CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO COMO FINALIDAD DE LA PRÁCTICA DISCURSIVA DE LOS ENFOQUES PSICOLÓGICOS Y DE OTROS SABERES AFINES

"Mientras se hallaba ocupado en el estudio de la poética, descubrió un arte para liberar de los dolores,

del mismo modo que existe un tratamiento médico para los enfermos. Se le asignó una casa en Corinto, junto al ágora, en la que puso un anuncio, según el cual podía curar a los enfermos por medio de palabras."

Plutarco, refiriéndose a Antifonte de Atenas.

Como dice Jay Haley (1966), a lo largo de la historia ha habido siempre personas que desean cambiar su propia forma de vivir, sentir y pensar, o la de quienes les rodean, y no han faltado otros individuos o instituciones dispuestos a ayudarles. Así, el proceso de cambio del comportamiento humano ha ocupado a múltiples disciplinas e instituciones, las cuales según su naturaleza lo han explicado y movilizado de maneras específicas, que encarnan además correspondientes visiones del hombre y de la finalidad misma del saber al que pertenecen.

Cada aproximación a la problemática y al cambio, lleva consigo prácticas que determinan estilos de relación y premisas sobre la vida, que van permeando la cultura e incidiendo sobre el estilo de interacción entre los hombres, de una forma particular, cuyas características se intentan explicitar en este capítulo, aunque sin pretensiones de exhaustividad.

Desde una visión muy general, podría decirse que la necesidad del cambio ha surgido siempre de la insatisfacción de una o de las dos fuentes siguientes: el individuo mismo u otra persona en el desempeño de su papel como miembro de alguna institución social, es decir, como cónyuge, padre, maestro, jefe, jerarca religioso, autoridad civil o policiva.

En un comienzo, cada una de esas instituciones ejercía sus propios mecanismos de control y de cambio con relativa autonomía, pero como lo plantea Foucault en "La verdad y las formas jurídicas" (1978), por la conjugación del desarrollo industrial, la emergencia del individuo poseedor de derechos y responsabilidades sociales y la secularización del poder por la abolición de las monarquías, las medidas de control fueron pasando de un propósito de simple defensa de la sociedad, hacia la reforma psicológica y moral de las actitudes y del comportamiento personal, con base en una concepción del individuo como un ser potencialmente peligroso y por lo tanto sujeto del control, la disciplina y la "ortopedia social", como la define este autor.

Esa necesidad social de vigilancia y de ajuste del comportamiento personal a la vida en grupos, dada la aparición de las fábricas y el incremento de la urbanización, abrió espacios para prácticas que pudieran inducir ese moldeamiento de los seres humanos, las cuales se desarrollaron más ampliamente dentro del campo de la educación, la psicología y la psiquiatría, y en la relación entre estas tres disciplinas con el poder jurídico, encargado de evaluar las faltas y aquellas de corregirlas.

En un tiempo esas modificaciones pertenecieron al dominio de la religión, siendo que la teología occidental explicaba que el cambio de vida se lograba si había una transformación en las relaciones del individuo con la divinidad, proceso donde generalmente intervenía un sacerdote. Pero luego, con el viraje hacia la terapéutica laica, los religiosos quisieron aprender de los seculares el modo de transformar a sus fieles, asumiendo, en consonancia con el pensar racional del cual no se liberó Freud, que los individuos cambian cuando alcanzan una mayor comprensión de sí mismos; el terapeuta es entonces el agente que facilita ese entendimiento, mostrándole al sujeto los errores de su plan de vida.

Si bien a partir de Freud se empezó a considerar al hombre como un ser mucho menos racional, se continuó pensando que podía cambiar por medio de la comprensión de sí mismo y de la manera como sus formas actuales de pensar y percibir están relacionadas con su pasado y con sus

contenidos inconcientes.

Después del psicoanálisis han proliferado métodos psicoterapéuticos diferentes, muchos de los cuales no dan importancia primordial a la concientización ni a la conversión, sino a otros procesos que inducen cambios en la intensidad emocional, la ideología o sistema de creencias y la conducta en las relaciones con los demás; esto implica que a pesar de que no dejan de aplaudirse los méritos de los psicofármacos, los tratamientos convulsivos y las intervenciones quirúrgicas sobre el cerebro, todo el mundo acepta que las personas pueden experimentar cambios importantes provocados por vía verbal.

Uno de los principales problemas para hablar de los procesos de cambio que se movilizan en las intervenciones psicológicas, es que hay más literatura sobre su teoría que sobre lo que realmente ocurre entre consultantes y terapeutas. No obstante esa limitación, las prácticas profesionales diseñadas para tal fin se aplican diariamente en los diferentes contextos sociales donde se han instaurado.

Si bien es erróneo creer que todos los países tienen que seguir el mismo ritmo y pasar sucesivamente por las mismas etapas que vienen sucediéndose en Europa y en Estados Unidos como modelos de desarrollo, Colombia no parece haberse liberado de ese esquema y en muchos aspectos la implantación de las modalidades de intervención psicológica conducentes al cambio, ha seguido un curso muy similar.

Ese proceso sin embargo no se ha dado, aquí ni en otras partes, como una clara e identificable continuidad donde pudieran apreciarse los distintos momentos de su desarrollo, como se observan las etapas evolutivas de los seres vivos que van ganando complejidad, diferenciación y recursos para la adaptación a medida que crecen. Se diría que en el ámbito de las disciplinas que inducen el cambio en el hombre, más bien se encuentran cortos circuitos, importaciones optimistas, adaptaciones azarosas y fórmulas inmediatistas, provenientes de variados paradigmas y modelos que pueden coexistir, a veces en armonía o a veces en duras contiendas, como prácticas profesionales imperantes en los diversos espacios sociales destinados a su aplicación.

Se han incluido en este análisis, tanto los enfoques psicológicos más extendidos en Colombia - psicoanalítico, conductista, humanista (terapias rogeriana, gestalt y bioenergética), y sistémico interaccional-, como el modelo médico, los abordajes de la psicología educativa y organizacional, y otras posturas provenientes del campo religioso, jurídico, preventivo y filantrópico, porque su contrastación permite distinguir las particularidades de las disciplinas psicológicas, así como sus puntos comunes y sus relaciones con otras prácticas que también tienen como función general inducir el cambio social. Las tecnologías del yo hacen referencia a las diversas prácticas del cuidado y del conocimiento de sí expuestas por Foucault (cuadro 1).

Hasta el momento ha sido muy difícil evaluar, y más aún comparar, la efectividad de estos diversos abordajes en su propósito de inducir el cambio, pues todos se atribuyen ventajas y éxitos. A pesar de los supuestos beneficios de todas estas formas de intervención, ronda la sensación de que los problemas del hombre y de la sociedad van en aumento, motivo por el cual continúan apareciendo nuevas modalidades como prometedoras alternativas, pero podría decirse que a su paso van generando, si no nuevos problemas, sí nuevas lecturas de la realidad que no se dejan calificar claramente como soluciones ni como progreso, sino tan sólo como formas novedosas, ojalá más abarcadoras, para comprender la existencia humana.

Cuadro 1. DIVERSOS ABORDAJES DEL CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO

HUMANO

TIPO DE ABORDAJE	DEFINICION DEL PROBLEMA	QUE SE DEBE CAMBIAR	CONCEPTO DE HOMBRE	MECANISMOS PARA EL CAMBIO
Filantrópico	Sufrimiento	Eliminar la fuente del dolor	Víctima-salvador-perseguidor	Asistencia y protección
Jurídico	Violación de la norma	Voluntad para acatar la ley	Amenaza social	Castigo y exclusión
Médico	Enfermedad	Fisiología	Determinado por lo biológico	Fármacos y procedimientos físicos
Psicoanalítico	Conflictos intrapsíquicos	Hacer consciente lo inconsciente	Paradoja fatalista: determinado por los impulsos vs. hacer consciente lo inconsciente	Interpretación verbal racional
Cognitivo-Conductual	Condicionamiento	Programa de refuerzos y representación cognoscitiva	Determinado por aprendizaje previo	Nuevas asociaciones de estímulos--> Nuevos condicionamientos
Rogeriano	Percepción distorsionada	Autopercepción y la del mundo	Centro de su mundo fenoménico	Clima y actitud terapéuticos facilitan el desarrollo personal espontáneo
Gestalt	Conflicto necesidades Individuo-sociedad	Recuperación flujo organismo-ambiente	Presencia de la censura social	Revivir experiencias emocionales para cerrar gestalts
Bioenergético	Bloqueo expresión emocional	Liberarse de la armadura	Presencia de la censura social	Revivir experiencias en el cuerpo para desbloquear

				-lo
Interaccional y Sistémico	Elemento de secuencia interaccional	Estructura relacional	Creador de sentido en la interacción	Construir nuevos sentidos y patrones
Psicología Educativa	Falta de rendimiento	Se desarrollan habilidades	Determinado por el aprendizaje	Técnicas para mejorar capacidad de aprender
Psicología Organizacional	Ineficiencia	Habilidades y motivaciones	Recurso de la organización	Técnicas psicoeducativas
Prevención	Actitudes inadecuadas	Información y actitudes	Determinado por el ambiente y recursos socio-económicos y culturales	Técnicas psicoeducativas
Religioso	Pecado, poca fe, posesión	Relación con la divinidad	Santo o pecador	Ceremonias y rituales religiosos
Tecnologías del YO (Michel Foucault)	Búsqueda de felicidad, perfección	Relación consigo mismo	Constructor de experiencias estéticas	Prácticas del cuidado de sí

1. EL ESPIRITU FILANTROPICO

La atención de todos los desfavorecidos por razones económicas, sociales o psicológicas se ha inspirado en Occidente en los principios cristianos de la caridad, no siempre bien comprendida, pero orientada por la intención de suprimir el sufrimiento de los demás hombres, considerados como hermanos en Cristo.

Con respecto al tratamiento de los trastornos psicológicos, recuerda Foucault en "La Historia de la Locura en la Epoca Clásica" (1964), el espíritu de asistencia y protección que animó en Inglaterra la fundación de los asilos por parte del cuáquero Samuel Tuke, al igual que lo hace Robert Castel (1979) sobre el mismo fenómeno en Estados Unidos, allí a la cabeza de Dorothy Dix, personaje protestante de la filantropía norteamericana; de igual forma, en Colombia el nacimiento de los asilos se asocia con la generosidad del Virrey Solís y de varios jefes de la Iglesia.

El movimiento de la filantropía se valora como un ademán que libera a los alienados, tratados como víctimas de la sociedad, por haber sido confiados a instituciones y a personas que los confundían con otros enfermos y delincuentes. En esa liberación se ha dado notable importancia a los preceptos religiosos como medio de curación, pues la religión y la moral sirven como controles para la locura, asociada en esta visión con el desenfreno de las pasiones. El principio del temor a Dios, justifica la

atemorización del alienado como mecanismo de control, de manera que si antes él amedrentaba, en este contexto es amenazado con castigos que se aplican por su bien, con el fin de restringir el desorden de su animalidad y recuperar su sentido de responsabilidad para no perturbar la moral ni la sociedad.

A diferencia de lo que ocurría en las etapas anteriores a la aparición de los asilos, ahora los castigos físicos empiezan a desaparecer; el discurso comienza a aplicarse como instrumento de cambio, implementando en él la culpa y el temor como contenedores internos del comportamiento y como agentes que operan conforme a una nueva visión de la conciencia de sí mismo, basada en que si el loco toma conciencia de su culpabilidad, regresará a su conciencia de sujeto libre y responsable, y en consecuencia retornará a su razón.

Los otros mecanismos de cambio en el asilo, son el trabajo y la "consideración"; el primero, como fuerza de constreñimiento, dada la disciplina que exige, y la "consideración", entendida por Tuke -ya en el siglo XVIII-, como una necesidad de estima y de aprendizaje para la convivencia, en función de la cual, los directores y vigilantes del asilo debían hacer toda suerte de señalamientos sobre la conducta inadecuada del enfermo, utilizando como herramientas de restricción la mirada y el lenguaje.

Estos procedimientos fueron haciendo posible una psicología de la locura, aunque debido a las condiciones de los asilos, no alcanzaría a ser más que una disciplina de la observación y de la clasificación. Todavía no había un diálogo donde se identificaran los roles de paciente y terapeuta, sino tan sólo una relación de autoridad, donde había un vigilante y un enfermo, a la vez víctima y culpable.

Con el transcurso del tiempo, el que podría llamarse paradigma de la victimización ha enriquecido sus explicaciones sobre el proceso y ha abarcado a muchos otros flagelos sociales, pero manteniendo implícitos en su planteamiento, los roles del victimario, el salvador y la víctima. Boss (1988) define la victimización como la subyugación de una persona o un grupo que ha padecido un trauma físico o psicológico, por el cual experimenta sentimientos de desesperanza, desconfianza y culpa, de tal manera que el agente interventor dirige su acción para movilizar el cambio en la víctima, buscando su recuperación, equivalente a eliminar su sufrimiento, pero sin actuar sobre el perpetrador.

Si bien esta moderna definición reduce el tinte moral y religioso, no siempre la intervención supera el espíritu asistencial y proteccionista, conocido también como paternalismo. En la actualidad la mayoría de los centros psiquiátricos, hospitalarios y penitenciarios cuentan con voluntarios, generalmente femeninos, con trabajadoras sociales y con algunos programas psicoeducativos que pretenden aliviar los problemas de sus usuarios, intentando trabajar en forma coordinada con el cuerpo médico, pero entrando en contacto con los pacientes realmente desde su perspectiva práctico-discursiva, dentro de la cual, como se ha venido diciendo, el individuo es una víctima de su enfermedad o problema, de su familia o de otras circunstancias o entes sociales.

A pesar de que en los discursos actuales propios de esta visión el temor y la culpa se minimizan, se sigue alimentando la idea de que el esfuerzo de voluntad conducirá al mejoramiento, como se evidencia en las intervenciones de algunos profesionales y otras personas deseosas de ayudar, cuando usan con sus usuarios indicaciones como "ponga de su parte", "colabore con el tratamiento" o "todo depende de usted".

2. LA INTERVENCION JURIDICA Y PSIQUIATRICA DEL INDIVIDUO PELIGROSO

Foucault expone dos funciones fundamentales de la acción de la institución jurídica sobre el individuo en la sociedad; una, relacionada con el conocimiento y el establecimiento de la verdad, pero no directamente con el cambio como consecuencia, y otra, relativa al castigo como mecanismo para mejorar el comportamiento en función del beneficio social.

Al igual que en los asilos, la vigilancia permanente de las estrictas disciplinas impuestas en las cárceles y reformatorios, debería propiciar el ajuste del individuo a los cánones sociales, buscando una normalización y estandarización de la conducta, a través de la aplicación de recompensas y castigos. Dice Foucault en "Vigilar y Castigar" (1975) que:

"El poder de la Norma ha venido a agregarse a otros poderes obligándolos a nuevas delimitaciones; el de la Ley, el de la Palabra y del Texto, el de la Tradición. Lo Normal se establece como principio de coerción en la enseñanza con la instauración de una educación estandarizada y el establecimiento de las escuelas normales; se establece en el esfuerzo por organizar un cuerpo médico y un encuadramiento hospitalario de la nación capaces de hacer funcionar unas normas generales de salubridad; se establece en la regularización de los procedimientos y de los productos industriales. [...] El poder de normalización obliga a la homogeneidad; pero individualiza al permitir las desviaciones, determinar los niveles, fijar las especialidades y hacer útiles las diferencias ajustando unas a otras."

Dentro de ese marco, se propició el surgimiento de la psiquiatría forense como tecnología médica asociada al cuerpo judicial, basada en el concepto jurídico-moral del individuo peligroso, a partir del cual, más que el crimen en sí mismo se enfatiza el carácter del criminal, configurándose una riesgosa amenaza para las personas como tales, dado que se le confiere a la sociedad el derecho de censurar, fundamentándose en lo que "es" el sujeto.

Esta perspectiva implica el traslado de la mirada, del crimen al criminal; de los actos cometidos, al peligro potencial inherente al individuo, y del castigo modulado con base en el grado de culpa, a la absoluta protección de los demás. Pero la "criminalidad" del individuo, el índice de su peligrosidad, el pronóstico sobre su conducta futura, ni la protección de la sociedad, son conceptos jurídicos. Son por el contrario principios de un sistema de conocimiento psicosocial, sobre el cual recae ahora la responsabilidad de determinar el grado de peligrosidad y por lo tanto la medida de la protección complementaria que los demás requieren del sujeto infractor.

Esta visión ubica entonces la responsabilidad por el delito en sus causas, más que en la falta misma, de modo que las medidas correctivas y de rehabilitación, si es que se plantean, tienen como función principal proteger a los demás de los futuros riesgos, excluyendo al infractor de su medio y removiendo las alteraciones psicológicas que explican su comportamiento, las cuales generalmente son el producto de sus funestas experiencias tempranas.

Ejemplos contemporáneos de estas consideraciones son los procesos judiciales recientemente levantados en Estados Unidos contra personajes famosos, por supuestas contravenciones a la ley por su conducta sexual. En Colombia, se diría que en la actualidad son evidentes las influencias de estos puntos de vista sobre todo en el nuevo código del menor y en la creación de instancias jurídicas como las comisarías de familia, aun cuando desde finales del siglo pasado ha habido permanente presencia de la psiquiatría forense en alianza con la justicia.

Si bien el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se está viendo en aprietos para responder a las supuestas necesidades de rehabilitación de tantos menores infractores, el espíritu de estas normas ha llevado a la contratación de psicólogos, psiquiatras y educadores que apliquen procedimientos

conducentes al cambio, dentro de los cuales se mezclan los distintos paradigmas a los que obedecen los marcos conceptuales con los que cada profesional desempeña su trabajo.

Con las comisarías de familia se pretende que antes de penalizar a algunos de los miembros por el maltrato intrafamiliar, principal circunstancia que lleva a acudir a estas instancias, los afectados reconsideren sus posibilidades de convivencia, con el ánimo de disminuir las posibilidades de ruptura del núcleo familiar. Debido a su reciente aplicación, es difícil evaluar los efectos de estas medidas, pero revelan de todas maneras la creciente ingerencia del estado en la vida personal y familiar.

3. EL MODELO MEDICO Y LA TEORIA ORGANICISTA DEL CAMBIO

A partir del momento en que la medicina convierte al hombre en objeto de saber positivo, dice Foucault en "El Nacimiento de la Clínica" (1963), la salud empezó a sustituir a la salvación. Gracias a la medicina, la muerte se reafirma, pero a la vez es conjurada por una técnica que se ofrece como un desafío para ganar al menos el tiempo de las treguas, representadas por la victoria frente al ataque de la enfermedad.

En la psiquiatría, la teoría organicista sostiene que como ocurre con las enfermedades que se explican por la alteración visible de los órganos o de sus funciones, el trastorno mental sería la expresión de un problema anatómico-fisiológico, cuya etiología está todavía en discusión, lo mismo que el lugar o función donde se encuentran las lesiones. Ciertamente se invierten inmensas sumas de dinero en investigaciones que pretenden encontrar las causas y la ubicación de la "enfermedad mental" y los hallazgos sobre el funcionamiento enzimático del sistema nervioso han llevado al desarrollo de múltiples sustancias químicas y de procedimientos mecánicos, electromagnéticos y electrónicos que tienen por objeto suprimir el comportamiento sintomático, con relativo éxito en el tratamiento de ciertos trastornos; pero también son evidentes fracasos con las diversas formas de psicosis, principalmente con la esquizofrenia.

Al abordar los problemas psicológicos como enfermedad, se justifica entonces la realización de estudios epidemiológicos que sirvan para atacar las fuentes causantes del problema, como ocurre con las pestes y otras endemias de las cuales la humanidad se ha ido librando con el mejoramiento de la calidad de la vida, pero teniendo en cuenta que a pesar de los avances de la medicina, la naturaleza le sigue jugando malas pasadas como la aparición del Sida, quizá para recordarle a quienes la ejercen que en su omnipotencia no pueden sobrepasar la complejidad de la vida ni la inexorabilidad de la muerte.

Es así como en Colombia, lo mismo que en la mayoría de los países, las dificultades psicológicas continúan siendo clasificadas por el Estado como problemas de salud mental, y por lo tanto, de ellas se siguen obteniendo estadísticas que pretenden orientar las políticas para su prevención y manejo.

El Ministerio de Salud realiza periódicamente un Macrodiagnóstico de Salud Mental, el cual no parece reflejar grandes cambios a través de los años, pues según los datos de 1974 y 1981, por ejemplo, las proporciones de aparición de los trastornos no habían variado. Tomando como índices de la morbilidad psiquiátrica los porcentajes de pacientes atendidos en las instituciones oficiales, en consulta externa y según el número de egresos hospitalarios, encontraron como diagnósticos más frecuentes: psicosis esquizofrénica, trastornos neuróticos, epilepsia, psicosis afectivas, retardo mental, otras psicosis, perturbaciones de la conducta y trastornos de personalidad. En el informe de 1986 se reportaron en general los mismos tipos de trastornos y se adicionó la dependencia a las drogas.

También la Clínica Monserrat había hecho en 1978 un estudio sobre la "Epidemiología de los Trastornos Mentales en Bogotá", con los objetivos siguientes: 1) determinar la prevalencia de las enfermedades mentales en esta ciudad; 2) identificar los factores condicionantes y desencadenantes, en especial en cuanto tuvieran relación con patrones herenciales, ecología física y social, relaciones intra e interfamiliares, accesibilidad a las fuentes de empleo, inestabilidad y presiones laborales, y uso indiscriminado de drogas y alcohol; 3) medir la presión de demanda generada por las enfermedades mentales a nivel de las instituciones de salud mental y establecer puntos de referencia para posteriores investigaciones en este campo; 4) proponer medidas preventivas de diagnóstico precoz y correctivas, tendientes a controlar la acción nociva que sobre el individuo y la sociedad producen las enfermedades mentales; 5) desarrollar instrumentos de investigación; 6) crear conciencia a nivel de las autoridades de salud, para que participen en la investigación y formulación de medidas tendientes a un control más efectivo e interdisciplinario de la enfermedad mental.

Los resultados mostraron que la tercera parte de la población tuvo cinco o más respuestas positivas en la encuesta de sintomatología psiquiátrica, grupo que se clasificó como sospechoso de presentar trastorno mental. La mayor frecuencia de sintomatología se encontró en las mujeres y en el grupo de 25 a 34 años. Los síntomas de mayor frecuencia fueron: preocupación constante, intranquilidad, duda de la utilidad de las cosas, y agrieras frecuentes.

Se encontró una importante asociación de la aparición de síntomas con baja escolaridad, bajos ingresos, estado civil de separado o unión libre, antecedentes de enfermedad mental y trauma craneano, alcoholismo, dependencia de las drogas y antecedente judicial, mientras apareció menor sintomatología cuando la persona asistía a grupos sociales (políticos, religiosos, deportivos, culturales, etc.) y cuando sus relaciones interpersonales eran armónicas.

Poco ha variado ese panorama, según lo muestra el testimonio del Jefe de Salud Mental de Cundinamarca, expresado en el diario El Tiempo en el mes de marzo del año en curso.

La postura estatal con respecto a los problemas psicológicos constituye un evidente respaldo a la perspectiva del modelo médico, cuyo poder sigue manteniéndose sobre todo en las clínicas, hospitales y centros de rehabilitación, donde los usuarios deben entonces adoptar la definición de sus dificultades como una enfermedad, para cuya mejoría tienen que acatar las indicaciones farmacológicas del profesional.

4. EL PSICOANÁLISIS

La primera de las grandes ramas de la psicoterapia es la tradición psicoanalítica, cuya meta es el desenmascaramiento y el insight, dando gran importancia al pasado, tal como correspondería a la cultura europea, más analítica y teórica que la americana, orientada notoriamente al pragmatismo. No obstante esa característica, narra Castel que en 1909, cuando Freud llegaba por primera vez a Estados Unidos en compañía de Carl Jung, le comentó a su entonces amigo, que eran portadores de la peste. La profecía freudiana sobre la expansión del psicoanálisis en Norteamérica se ha cumplido gracias a que, por una parte, constituyó una solución a una crisis interna de la psiquiatría -lo cual contribuyó a la "medicalización" del psicoanálisis-, y por otra, fue una respuesta a una crisis de las costumbres norteamericanas, en particular de los modelos tradicionales de sexualidad, heredados de la rigidez moral de sus orígenes protestantes.

En Colombia la situación parece haber sido bastante distinta, pues si bien las obras de Freud llegaron al país alrededor de los años veinte, la instauración del psicoanálisis como enfoque psicológico y como institución tuvo serios opositores entre los mismos psiquiatras, por razones idénticas a las que

en Estados Unidos impulsaron su divulgación; es decir, aquí la rigidez moral y la preeminencia del modelo médico, obstaculizaron su expansión.

Decía por ejemplo López de Mesa en 1954, que "todos estos métodos se abonan con algún beneficio, sin que ello los confirme verdaderos, porque no de su genuinidad ocurren las curaciones, sino del confort de esperanza y aún de mayor reciedumbre de la personalidad de los pacientes que el trato con su médico produce, de catártica confianza y de reconianza adquirida".

En 1955 Hernán Vergara criticó al psicoanálisis por la sobreestimación de lo irracional y la subestimación de la inteligencia en la integración de la personalidad. Consideraba que el movimiento psicoanalítico podía conducir al más árido intelectualismo, por hacer énfasis en la lucha contra la conciencia más que en la conquista de la afectividad. Su postura se entiende mejor si se conocen sus inclinaciones religiosas y la introducción de las mismas en la explicación de los procesos psicológicos; afirmaba, en consonancia con esto, que la normalización del psiquismo exige el mismo método que la perfección espiritual, porque la neurosis es un falseamiento psíquico y el pecado es un falseamiento ontológico, y salud y santidad son metas de autenticidad y de libertad.

Por su parte, el reconocido psiquiatra Edmundo Rico, en sus polémicos artículos la emprendió varias veces contra los psicoanalistas bogotanos y en 1959 expresaba:

"Quienes pensamos, con algún fundamento idealista, que los psiquiatras del mañana serán más comprensivos y desinteresados con la locura universal, confiamos, igualmente, en que los psicoanalistas venideros, despojados entonces del untuoso culto mitológico y arcaico rendido al demiurgo Freud (nimbado, ahora por desagradable complejo de Edipo) se acerquen hasta las cavernas abismales de lo Inconciente, con menos inmodestia que antaño, ofrendando ya sin ambages, su egolatría al servicio de la humanidad".

El psicoanalista Guillermo Sánchez Medina (1991), justifica los reproches afirmando que en Colombia estamos abiertos a diferentes pensamientos, pero somos dados a la crítica severa de cualquier teoría; además, cuando no conocemos algo lo criticamos, lo desconocemos o lo idealizamos. Por otra parte, las resistencias de los médicos provendrían de las ansiedades individuales despertadas por el psicoanálisis en el destape de las fantasías y tendencias, así como del racionalismo que pretende encontrar las relaciones causa-efecto, y aceptar únicamente lo visto y lo comprobado. Reconoce sin embargo, que los psicoanalistas, por tener un lenguaje especial, no se exponen a ser mal interpretados o no entendidos en los círculos no científicos y tampoco están exentos del poder, las ambiciones y las envidias, situación que se presenta en todos los grupos humanos que operan con valores de la sociedad, como son el dinero y el prestigio de clase.

A pesar de las resistencias, el psicoanálisis fue entrando al país y se ha instaurado a través de su institucionalización como profesión, del entrenamiento a los médicos interesados en él, y de la divulgación en las sociedades científicas, la enseñanza secundaria y universitaria, y la sociedad en general, haciendo uso de los medios masivos de comunicación y de publicaciones que han pretendido explicar psicodinámicamente la vida de varios personajes nacionales y la idiosincrasia del pueblo colombiano.

Sánchez Medina identifica cuatro etapas del psicoanálisis en Colombia: la primera, de 1920 a 1947, de percepción y aproximación al enfoque; la segunda, de 1948 a 1959, de iniciación de su estudio organizado y de formación de un grupo; la tercera, de 1959 a 1969, de reconocimiento internacional e institucionalización, pero también de división y separación de miembros de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis; y la cuarta, desde 1970 hasta el momento, de reformas y producción científica, de divulgación, aperturas, revitalización y cuestionamientos.

Sostienen los analistas que todavía se percibe en el público gran ignorancia y confusión acerca del psicoanálisis, a la vez que un mal entendimiento de la polémica entre psicología dinámica y conductismo. Para algunos de sus detractores el psicoanálisis pertenece a una élite social, económica e intelectual, pero de nuevo el mencionado analista justifica esta crítica afirmando que viene de personas con resistencia al mismo análisis, al conocimiento de la verdad y con resentimientos ubicados en la tríada sociedad-economía-intelecto, porque se envidia lo que no se tiene y se ataca lo que se envidia.

En encuesta aplicada por la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis en la década del ochenta entre sus miembros y el público en general, apareció que cada psicoanalista tenía en promedio siete pacientes en proceso terapéutico, la mayoría de los cuales, si permanecían, lo hacían por más de tres años, asistiendo cuatro veces por semana. Si se tiene en cuenta que en 1986 se completaron 14 promociones con 60 analistas entrenados en el Instituto Colombiano de Psicoanálisis, podría decirse que el cubrimiento de esta práctica en consulta privada es bastante restringido, no solo por los costos que implica, sino por el reducido número de profesionales autorizados para ejercerlo dentro de los cánones de la ortodoxia analítica.

Con todo y los obstáculos, en gran parte de las instituciones psiquiátricas trabajan profesionales que manejan postulados psicodinámicos; los programas de enseñanza de varias instituciones donde se cursan estudios de especialización en psiquiatría, así como el diseño de las terapias, se hacen con este esquema, combinando con psicofármacos el tratamiento de los psicóticos, pues podría afirmarse que para los psiquiatras colombianos, el psicoanálisis sigue siendo la única vía psicoterapéutica válida.

Según ellos, la sociedad espera que se preparen más y mejores analistas, colaboren con la cultura, la educación y la comunidad, facilitando tratamientos psicoanalíticos a las personas de escasos recursos, y propongan los lineamientos para planear la educación, comenzando desde la familia, para conseguir una mejor salud mental en la comunidad. Porque como asevera Sánchez Medina, "con respecto al psicoanálisis en la sociedad futura, este seguirá siendo aplicado individualmente; [...] necesitamos concientizar a las personas que uno de los caminos y el mejor, si no el único científico para conocerse a sí mismo, es el psicoanálisis" (pag. 354).

Esta proyección optimista y grandiosa sobre el desarrollo del psicoanálisis contrasta con la postura de Lewis Wolberg, miembro fundador de la Academia Americana de Psicoanálisis, quien en la Conferencia sobre "Evolución de la Psicoterapia", organizada por la Fundación Milton Erickson en 1985, afirmó:

"No es una exageración decir que el psicoanálisis se encuentra en momentos difíciles. Guerra intimidante, desafíos a la validez de su metapsicología, cuestionamiento a la relación costos-beneficios, invasión de abordajes eficaces de terapia breve, disminución del valor adquisitivo del dinero, y competencia con terapeutas menos entrenados, ha sacudido al que fuera considerado en una época el parangón de las psicoterapias. Sus detractores ven irreverentemente al psicoanálisis como un mosaico de túrgidos preceptos y slogans metapsicológicos, e insisten en que es poco lo que puede rescatarse de sus ruinas. Sus leales devotos destacan en el balance las verdades esenciales más que sus debilidades. Sean las que fueren sus vulnerabilidades, el psicoanálisis ha penetrado cada grieta del campo de la salud mental y no hay duda de su utilidad y su supervivencia. Podemos nosotros, legítimamente preguntar acerca de la influencia futura de esta aristócrata de las familias psicoterapéuticas?" (Zeig, 1986).

El mismo recordó un comentario hecho por Freud a Franz Alexander, en Londres: "No me preocupan

los enemigos del psicoanálisis; me preocupan sus defensores y amigos", dando a entender el riesgo de que acogieran sus ideas como rígidos dogmas, como infortunadamente ha ocurrido en muchos casos.

Según los psicoanalistas, el cambio se produce cuando un paciente asocia libremente en su presencia. Como el conflicto entre las tendencias instintivas del individuo y las exigencias sociales ha producido en su inconsciente ideas reprimidas, distorsiones en la percepción y aplicaciones inadecuadas de la energía libidinal, a través de la elaboración de la transferencia con el psicoanalista y de la interpretación como herramientas de cambio, el paciente descubre esas ideas reprimidas desde su infancia y se libera de ellas.

Las interpretaciones del terapeuta, ayudan al paciente a enfrentar sus resistencias, a rastrearlas hasta sus raíces y a encontrar el alivio de los síntomas; su papel es permitir la progresión de los problemas y asegurar la integración de las soluciones, volviendo sobre los mismos conflictos y las mismas defensas durante todo el tiempo que sea necesario. Al poner el acento en la percepción distorsionada del paciente más que en su conducta, el psicoanálisis se centra en la fantasía del sujeto y no en su respuesta a los estímulos presentes en su realidad.

Así, la cura psicoanalítica consiste en hacer consciente el conflicto inconsciente; en que el yo no sea más dominado por el ello, por el superyó ni por la compulsión a la repetición, y en que el principio del placer sea reemplazado por el principio de realidad.

Esa mejoría debe traducirse en signos psicológicos tales como: 1) liberación de la angustia de frustración y tolerancia de las presiones intensas; 2) supresión de las inhibiciones y capacidad para realizar las propias posibilidades; 3) ajuste de las aspiraciones a las posibilidades del sujeto y a la realidad; 4) capacidad para conducirse previendo los efectos de la conducta y para trabajar en la realización de un plan de vida; 5) facilitación de las relaciones con los demás; 6) abandono de las actitudes exageradamente conformistas o destructivas y conciliación entre las fuerzas conservadoras y las fuerzas creadoras.

La verdadera fuerza de los mecanismos de cambio propuestos por el psicoanálisis residiría en la alternancia del paciente entre la existencia irreflexiva del yo que vive, siente y actúa, y la actitud reflexiva del yo que piensa, reconoce y juzga. Las premisas psicoanalíticas sobre el problema, el proceso de cambio y el encuadre de la terapia, contienen paradojas relativas al determinismo de los impulsos vs. el control consciente, y la postura aséptica y neutral del analista vs. la relación transferencial como contexto de la curación, dentro de la cual se supone que el terapeuta no ejerce ningún control sobre el paciente, pero en la realidad se alimenta la dependencia.

Cuando el terapeuta dirige y a la vez niega que lo hace, controla automáticamente la relación; y para ello una de las dos personas se coloca en una posición que le permita establecer las reglas de la relación. En el psicoanálisis el terapeuta mantiene su posición de superioridad gracias a su permisividad y a su silencio, pues el propio método niega su calidad de directivo; el paciente selecciona libremente los temas de discusión y el terapeuta se limita a responder ocasionalmente a algunos de ellos, con un tipo especial de lenguaje.

Como se mencionó antes, los psicólogos del país no son admitidos en la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis y muchos profesionales aplican sus principios después de leerlos o de estudiarlos en seminarios teóricos, pero con escasa formación supervisada de la práctica terapéutica, de manera que puede decirse que ciertos principios analíticos, como los que sustentan el origen de las dificultades emocionales en la infancia y la constitución del psiquismo como energía libidinal, han permeado la cultura, al punto que se asumen como axiomas explicativos del comportamiento humano

en casi todos los estratos sociales, pero no se puede evaluar con certeza el efecto social del psicoanálisis como método psicoterapéutico.

5. EL CONDUCTISMO

Apareció como enfoque en Colombia a comienzos de la década del setenta, cuando por iniciativa de Rubén Ardila, se introdujeron en el currículo de las facultades de psicología de la Universidad Javeriana y de la Universidad Nacional algunas materias sobre análisis del comportamiento y se abrió la facultad de la Universidad de Los Andes con una clara orientación conductista. Posteriormente facultades como la de la Universidad Católica y después la Konrad Lorenz han mantenido su énfasis en este enfoque.

La formación de los psicólogos colombianos es en general restringida en este modelo, pues apenas a fines de los años ochenta se creó un programa de postgrado sobre análisis comportamental aplicado a la salud en la Universidad Nacional, de modo que hasta ese momento toda la formación avanzada ha provenido de libros, conferencias y talleres con profesores extranjeros o nacionales que han obtenido sus títulos en el exterior.

Su principal acogida se ha dado en el medio educativo, en relación con los trastornos de aprendizaje, mientras que en el medio de los hospitales psiquiátricos su aplicación se ha limitado a unas pocas y efímeras experiencias con psicóticos crónicos en programas de economía de fichas. Se aplican algunos de sus principios en centros de rehabilitación de diversas clases de minusvalía y de delinquentes, así como en programas de control del dolor y de otros trastornos psicósomáticos, en hospitales generales o especializados, por ejemplo en el tratamiento de niños quemados.

La terapia conductual considera que el cambio se da por aprendizaje directo, dentro de una relación directiva entre terapeuta y consultante, aunque dentro de un modelo más similar al de profesor-alumno que al de médico-paciente. Las formas más conocidas de terapia conductual pretenden conducir a nuevos condicionamientos, en los cuales no haya lugar a la aparición de la conducta sintomática.

En el conductismo ortodoxo el sujeto es pasivo ante las avasalladoras influencias del entorno, y por lo tanto el papel del terapeuta es cambiar esas contingencias; en el modelo cognitivo-conductual el individuo puede modificar sus representaciones, tomadas como factores propiciadores tanto del problema como del cambio, posición que devuelve un poco al hombre su posibilidad de ser activo y responsable de sus reacciones ante el medio.

6. MODELOS CON ENFOQUE HUMANISTA

Dentro de este enfoque se ubican modalidades terapéuticas como la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers, la terapia gestalt de Frederick Perls, el análisis transaccional de Eric Berne y la bioenergética desarrollada por Alexander Lowen, bajo la influencia directa de Wilhelm Reich.

En 1987, en el "Encuentro Colombiano de Psicología Humanista" Augusto Pérez aclaraba que el Humanismo en este contexto se refiere a aquellas posiciones y enfoques filosóficos y psicológicos que exaltan la naturaleza humana por encima de consideraciones como la objetividad y la precisión.

Este movimiento se caracteriza por: 1) la exaltación de lo subjetivo y la búsqueda de un método

autónomo que, manteniendo su carácter científico, permita acceder a fenómenos no accesibles por las metodologías corrientes; 2) la aceptación de posibilidades explicativas que se salen de las ciencias ordinarias; 3) el reconocimiento explícito de la virtual ignorancia sobre los seres humanos; 4) la búsqueda de integración de perspectivas que recubren desde lo literario y lo esotérico hasta lo puramente científico; 5) una perspectiva política y global, por oposición a puntos de vista centrados en mecanismos o procesos aislados; 6) el rechazo a las explicaciones globales y lineales del comportamiento humano, como libido o refuerzo; 7) la fragilidad de sus propias propuestas; 8) la constitución de una tercera línea de análisis contrapuesta al psicoanálisis y al conductismo, aunque comparta con ellos algunos presupuestos; 9) la concepción del Humanismo como una posición positiva con respecto a los seres humanos, por oposición a la visión negativista del psicoanálisis y al mecanicismo del conductismo tradicional.

Se diría que no existe para los psicólogos colombianos una formación estrictamente humanista, basada en un tipo de relación profesor-alumno coherente con ella, formadora y no sólo transmisora de información. En facultades como la de la Universidad Santo Tomás y la San Buenaventura de Medellín se ha intentado enfatizar esta orientación, pero no de manera suficiente como para que sus currículos se distingan de los demás por este espíritu. Los alumnos de pregrado pueden tomar materias como terapia gestalt, terapia rogeriana o análisis transaccional, pero en cursos de un semestre que no alcanzan a cubrir los requerimientos necesarios para formar a un terapeuta.

Se puede reconocer al psicólogo Augusto Pérez como a uno de los pioneros de la terapia centrada en el cliente en Colombia, cuyos campos de aplicación en el país pueden encontrarse en la práctica privada y en el discurso de muchos psicólogos clínicos y educativos, en coherencia con la premisa de que en esta modalidad las condiciones terapéuticas no son técnicas sino actitudinales.

La terapia centrada en el cliente sostiene que: 1) el hombre es racional y capaz de autodirección; 2) existe en todo organismo una tendencia positiva a desarrollar potencialidades; 3) las condiciones de dignidad impuestas por el medio generan un estrechamiento del campo perceptual, incongruencias y pérdidas de la autoestima; 4) los objetivos de la terapia son los del sujeto, aunque el objetivo global es la búsqueda de la autonomía, autovaloración y desarrollo; 5) cada individuo es el centro de su mundo fenoménico y su percepción determina su conducta, la cual jamás es azarosa, sino siempre intencional y consistente con la manera como el sujeto ve el mundo que lo rodea.

En el proceso terapéutico rogeriano el terapeuta no resuelve problemas: ofrece condiciones terapéuticas -empatía, autenticidad y aceptación incondicional-, pero no interpreta ni da consejos. El cliente sigue un proceso que va desde la rigidez hasta la fluidez de la experienciación de lo pasado a lo presente, y de los demás a sí mismo. Es él quien dirige el proceso y el terapeuta lo sigue, considerando que el motor de la terapia es la relación entre terapeuta y consultante, sin la dimensión transferencial. Las condiciones ofrecidas por el terapeuta no son técnicas sino actitudinales y corresponden al reflejo de sentimientos, la aclaración de experiencias y la reestructuración cognoscitiva. Los rogerianos plantean que su modelo puede ser de difícil aplicación con personas de medios socioculturales bajos.

El análisis transaccional, la terapia gestalt y la terapia bioenergética fueron impulsadas entre fines de la década del setenta y mediados de la del ochenta por profesionales como Nelson Bruno, Ignacio Vergara y la autora de este trabajo, en maratones y grupos terapéuticos en la práctica privada, principalmente.

El análisis transaccional, parte de las premisas de que las personas aquejadas de dificultades emocionales son seres humanos completos e inteligentes, y de que tales dificultades son superables, si se proporciona una intervención adecuada; ésta se basa en los principios interaccionales de

permiso, potencia y protección, como elementos movilizados del cambio, dentro de la relación establecida con el terapeuta y con los miembros de los grupos, dentro de los cuales generalmente se realiza la terapia. Si bien reconoce que los problemas son producto de experiencias interaccionales tempranas, con las figuras parentales, también plantea que esos patrones aprendidos en el pasado, se reproducen en el presente y por lo tanto, si la persona cambia su actual estilo de reacción, puede redecidir su vida y modificar aquella que sería su "programación" infantil.

En el enfoque gestáltico se asume que: 1) la persona debe ser entendida como una estructura, es decir, como un todo significativo; 2) la organización de la vida psíquica condiciona la percepción de los estímulos y la cualidad de las respuestas; 3) la relación del individuo con su ambiente y consigo mismo determina su nivel de ajuste; 4) el concepto de salud mental implica que nunca se interrumpa el proceso de formación-destrucción de gestalts; 5) es necesario vivir en el aquí y ahora, experimentar lo real, no aceptar más deberías que los propios y tomar responsabilidad sobre las acciones individuales.

El terapeuta del enfoque gestáltico presentifica todas las ideas, recuerdos, sentimientos y sueños del consultante; da pautas, controla la situación, acelera el cambio, se interesa por la persona como tal y se compromete con ella. Hace que el sujeto valore lo actual, la toma de conciencia y de responsabilidades y la aceptación de sus experiencias.

La bioenergética tuvo su origen en la orgonomía de Wilhelm Reich, basada en el trabajo con el cuerpo y con las emociones, según dos principios fundamentales establecidos por él: uno, relativo a la presencia de una coraza muscular que cada individuo va desarrollando por efecto de patrones crónicos de tensión física, correlativos al bloqueo emocional impuesto por la cultura; el otro, referente a la existencia de la energía vital, tangible en el cuerpo como puente entre la coraza y las emociones bloqueadas. De esta forma, la función de la terapia bioenergética es liberar esa energía emocional, reviviendo a través del cuerpo las experiencias tempranas de represión a partir de las cuales se fue armando la llamada coraza muscular.

Como ha sucedido con los otros enfoques, estos han sido introducidos al país por profesionales entrenados en otros lugares, principalmente en Estados Unidos, quienes luego han invitado a expertos extranjeros a realizar aquí cursos y talleres de corta duración, con un carácter más terapéutico que formativo. Muchos psicólogos eclécticos, introducen indiscriminadamente en su práctica algunas de las técnicas provenientes sobre todo del análisis transaccional y la terapia gestalt, aunque muy pocos han tenido una formación completa al respecto.

Estos enfoques terapéuticos comenzaron su auge en una época de resistencia a las instituciones psiquiátricas oficiales, como parte de los movimientos de contracultura de los años sesenta, ligados al abuso de drogas y a la rebelión de las minorías; esto se dio además en consonancia con la crítica del concepto de enfermedad mental de Thomas Szasz y de las instituciones médicas burocráticas de Erving Goffman, la validación de la esquizofrenia como experiencia existencial planteada por David Cooper y Ronald Laing y las relaciones establecidas entre experiencia política y experiencia personal, las cuales suministraron el trasfondo teórico a una apología de la ayuda mutua, cristalizada en las diversas modalidades de terapia de grupo y en los grupos de autoayuda, muchos de los cuales han acogido ciertos principios y técnicas de estos enfoques.

Como afirman algunos, estas modalidades se convirtieron en formas de "terapia para normales", favorecidas por la creciente confusión de las fronteras entre lo normal y lo patológico, lo cual trajo consigo una progresiva expansión de los dominios de aplicación de la medicina mental, junto con la práctica liberal de las profesiones relativas a lo psíquico y la proliferación de terapias, postpsicoanalíticas, planteadas como medios ampliamente liberadores de la represión social,

causante de la infelicidad personal, donde además se atacaba la noción de experto y la competencia técnica ligada al status profesional, en el marco de un antiintelectualismo generalizado que ponía el acento en "sentir", en la vivencia, la espontaneidad y la inmediatez de los sentimientos compartidos.

Si bien en Colombia no han florecido tanto como en Estados Unidos los centros de crecimiento personal, que exaltan los sentimientos, el "aquí y ahora" y los valores de honestidad, autenticidad, intimidad, candor, espontaneidad, apertura hacia los demás y celebración de sí mismo, contrarios a lo que se cree que prevalece en la vida social convencional, sí ha habido suficientes experiencias donde han participado principalmente individuos jóvenes, muchos de los cuales son profesionales del área de servicios, ejecutivos y amas de casa.

Estas terapias han sido criticadas porque intentan alcanzar la espontaneidad y la autenticidad a golpes de artificios; dar acceso a la experiencia, reduciéndola a un artículo banal y de consumo; suscitar la autonomía por la presión del grupo y liberar la individualidad encuadrándola; de los grupos de encuentro se ha dicho además que son una especie de clubs respetables para solitarios, donde se realiza una especie de histerización de la vida social, sin que sean comprobables sus efectos benéficos a largo plazo.

La terapia para normales sería ese intento, apoyado en una batería de técnicas espirituales y sobre todo corporales, de llevar al máximo el rendimiento humano de cada uno, como una especie taylorismo de la totalidad de la persona, en lugar de intentar, como en las terapias clásicas, restaurar la salud. El modelo del crecimiento psíquico sustituiría así al de la tutela médica y a la normalidad adaptadora la reemplazaría la normalidad normativa, producto de un trabajo sobre sí mismo.

7. EL ENFOQUE SISTEMICO

Surgió como una aplicación de la teoría general de sistemas y de la cibernética a la comprensión de los fenómenos humanos, abandonando como unidad exclusiva de análisis al individuo aislado y tomándolo en cambio como parte integrante de sistemas interpersonales que serían el contexto explicativo de las conductas, sintomáticas o no, de sus participantes. Dado que la familia es el contexto primario del desarrollo personal, este movimiento se ha focalizado en el abordaje del grupo familiar, visto en sí como un sistema que obedece a los criterios de no sumatividad, causalidad circular, equifinalidad, recursividad, comunicación, límites y normas de funcionamiento, y a los mecanismos morfostáticos y morfogenéticos propios de todos los sistemas vivos.

A Colombia llegó a mediados de la década del ochenta, importado como los demás por algunos psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales; a pesar de su corta vida aquí, los Departamentos de Psiquiatría y Trabajo Social de la Universidad de Antioquia ya han organizado dos encuentros nacionales de Terapia Familiar, y la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás, varios eventos donde han expuesto trabajos de investigación sobre el tema. Se han abierto cuatro programas universitarios de formación avanzada y uno en un instituto privado, y aunque actualmente no todos sobreviven, puede decirse que este enfoque aparece como una alternativa inquietante y de gran aceptación; se encuentra en un punto álgido de su asimilación en el país, de cuyo manejo por parte de quienes lo difunden, depende que se reduzca a una moda pasajera, como muchos creen que ha ocurrido con los enfoques diferentes al médico y al psicoanalítico, o que se convierta en una alternativa de ruptura con las antiguas visiones.

Unicamente la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás hace un claro énfasis en la formación en este abordaje, y en algunas otras facultades de psicología se incluye como tema de ciertas materias; también hace parte de los cursos que toman los estudiantes de psiquiatría y trabajo

social, pero hay confusión entre la visión sistémica como paradigma y la terapia familiar, por lo cual puede suceder que muchos se autodenominen terapeutas sistémicos, cuando simplemente hacen terapia familiar.

Al entender los problemas humanos como parte de una cadena interaccional que constituye la estructura del sistema del cual forma parte el portador de los síntomas, el cambio se concibe como una ruptura de esas cadenas recurrentes que mantienen las dificultades. Se considera que esos patrones se construyen a través del proceso de comunicación, asumiendo como premisas que toda conducta es comunicación y que toda comunicación implica un compromiso (Watzlavick y otros, 1974).

Por la integración de los principios de la cibernética a la concepción de la terapia, la patología no es más que el par complementario de la salud, pues las dos conforman una estructura más amplia y compleja que, finalmente, es la vida; los síntomas serían signos de alarma dentro del proceso de adaptación del sistema al cual se pertenece, de manera que son impulso para que todo él reaccione, y por lo tanto, la unidad de intervención deja de ser el individuo aislado y pasan a ser sus contextos más significativos, de los cuales el más importante es por lo general la familia.

Los sistemas alcanzan la estabilidad a través de procesos de cambio y de constante transformación, en coherencia con la idea de que todo organismo vivo es ecodependiente, de manera que el equilibrio entre estabilidad y cambio, depende de la forma como respondan a las demandas externas e internas inherentes a su proceso evolutivo y al de los sistemas más complejos que lo contienen.

Como la conducta sintomática forma parte de una gestalt interpersonal más amplia, el síntoma del individuo puede entenderse como una metáfora de sus relaciones interpersonales; es decir, los síntomas son indicadores de toda una ecología de relaciones.

Dentro de esta visión, el terapeuta afecta siempre los sistemas que interviene y su epistemología determina la relación que establece con los consultantes. Para ser parte eficaz dentro de ese sistema que conforma con los pacientes, el terapeuta debe ser capaz de modificar su comportamiento y reconocer los efectos de todas sus acciones, pues tales modificaciones son en sí mismas la intervención, de igual forma que el reconocimiento de sus efectos equivale al diagnóstico.

En esta concepción de la terapia como proceso recursivo, las polaridades terapeuta-cliente, síntoma-cura y diagnóstico-intervención, son partes complementarias e inseparables del sistema que ellas mismas construyen. Así, la práctica de la terapia pasa a ser el contexto de un aprendizaje de orden superior y un vehículo para el cambio epistemológico del mismo terapeuta, entendiéndolo como un cambio en sus patrones de construcción y de interpretación de la realidad.

Si la terapia es un proceso cibernético, es imposible distinguir cual es la contribución de cada uno de los componentes del sistema de ayuda, el cual emerge del entrecruzamiento de dos campos fundamentales, representados por el terapeuta y los consultantes. Dentro de ese contexto, el papel de ambos es igualmente flexible, pues los dos no son más que puntuaciones en un sistema total.

Así, la terapia es un proceso de co-evolución y co-aprendizaje, donde se modifican las mutuas visiones de la realidad y los patrones cognoscitivos, asumiendo además que es por medio del cambio de las premisas epistemológicas subyacentes como se resolverán las dificultades motivo de consulta.

La terapia es entonces una actividad comunicativa donde los textos y contextos del terapeuta y los consultantes se entrelazan, para construir otras representaciones y otros sentidos acerca de la problemática y de la vida misma, con el fin de movilizar premisas existenciales que mantienen formas no productivas de interacción. La creación de estas nuevas significaciones le confiere mayor potencia a la psicoterapia, como un proceso de sucesivas redefiniciones, donde entran en complejo interjuego

los significados de terapeuta y consultante, sus interacciones y las estrategias de intervención.

No se considera que el cambio conscientemente planeado sea suficiente para comprender ni movilizar las alteraciones de los sistemas complejos, de modo que se incluyen en la intervención las estrategias paradójicas y analógicas, teniendo en cuenta que el campo de la conciencia humana es estrecho, pero sin pensar que los contenidos inconcientes tienen en todos los humanos la misma estructura, como lo sostiene el psicoanálisis.

La posición sistémica y cibernética exige contextualizar las técnicas terapéuticas como parte de una visión estética más abarcadora, acoplándolas apropiadamente a órdenes superiores del proceso mental, pues los mecanismos autocorrectivos de los sistemas son inconcientes, y por lo tanto la terapia es tan sólo un contexto donde se activan los recursos de cambio que tiene todo sistema en sí mismo.

8. LAS ACTIVIDADES DE TIPO PSICOEDUCATIVO

Dentro de los abordajes de la psicología organizacional, educativa y comunitaria, predominan como mecanismos movilizadores del cambio, las actividades que enfatizan la asimilación de información sobre múltiples procesos humanos, tales como la vida afectiva y sexual, el comportamiento en grupos, y el desempeño laboral y académico, pues se confunde la posibilidad de aprender y desarrollar habilidades, con el hecho de que los procesos psicológicos puedan ser enseñados.

Estas visiones parten del supuesto de que los problemas se originan por falta de información, y por lo tanto se han dado a la tarea de divulgar y poner al alcance de todos los conceptos psicológicos, a través de actividades de capacitación en empresas y escuelas y del uso creciente de los medios masivos de comunicación. Estas actividades también comparten la filosofía del desarrollo de la eficiencia personal, no sólo en cuanto al rendimiento académico y laboral, sino también al eficiente uso de los placeres, en concordancia con una cultura que si bien ha retornado al cuerpo, lo ha hecho con un marcado espíritu hedonista.

9. TECNOLOGIAS DEL YO, ENFOQUES TERAPEUTICOS E IMPLICACIONES ETICO-SOCIALES

Las tecnologías del yo surgieron dentro de la perspectiva de Foucault, como un concepto propio de los saberes desarrollados por los hombres acerca de sí mismos, intentando establecer relaciones entre ascetismo y verdad.

Como él lo plantea en el texto que lleva ese mismo título, "Tecnologías del Yo" (1988):

"A modo de contextualización, debemos comprender que existen cuatro tipos de <<tecnologías>> del Yo, y cada una de ellas representa una matriz de la razón práctica: 1) tecnologías de producción, que nos permiten producir, transformar o manipular cosas; 2) tecnologías de sistemas de signos, que nos permiten utilizar signos, sentidos, símbolos o significaciones; 3) tecnologías de poder, que determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto; 4) tecnologías del yo, que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de 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 grado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad." (pag. 48)

Al analizar la cultura greco-romana de la antigüedad, Foucault identificó los preceptos de "ocuparse de uno mismo" y "conocerse a sí mismo" como tecnologías del yo, muchas de las cuales estaban vinculadas con el ascetismo de los estoicos, para quienes <<askesis>> no significaba renuncia, sino consideración progresiva del yo o dominio sobre sí mismo, obtenido no a través del alejamiento de la realidad, sino de la adquisición y asimilación de la verdad.

El cuidado de sí se asoció entre los estoicos con el retiro, considerado como un tiempo dedicado a la meditación y a actividades como leer, estudiar y prepararse para los reveses de la fortuna y para la muerte. Escribir, como práctica del cuidado de sí, alimentó la correspondencia y los diarios personales, siendo ambos, métodos de fino trabajo de introspección, el cual permitía a la vez una especial vigilancia sobre el estado de ánimo y la total experiencia de uno mismo.

La meditación se concebía como un ejercicio imaginario del pensamiento y la gimnasia como entrenamiento del cuerpo en una situación real, siendo las dos métodos para poner a prueba la habilidad de afrontamiento, la cual se fortalecía con prácticas como la abstinencia sexual, la privación física y otros rituales de purificación. Fuera de la gimnasia y la meditación existían múltiples técnicas, algunas dirigidas por ejemplo a la vigilancia de las representaciones y a la interpretación de los sueños, las cuales han sido desarrolladas posteriormente por el psicoanálisis y las demás técnicas psicoterapéuticas.

Las prácticas ascéticas conducían a adquirir, asimilar y transformar la verdad en un principio permanente de acción, pues así el sujeto se ponía a sí mismo en situación de verificar su capacidad para enfrentar acontecimientos y para utilizar los discursos a su disposición, como procesos de anticipación a los hechos, haciendo un diálogo consigo mismo. Ciertas técnicas psicoterapéuticas que también favorecen la anticipación, tendrían este mismo espíritu, tanto sobre la base del diálogo interno, como de la inducción de nuevas representaciones a partir de la conversación con el terapeuta.

Según las apreciaciones de Foucault, el ascetismo cristiano tuvo un sentido diferente al de los estoicos y otros filósofos griegos, pues enfatizó las prácticas de la preocupación y del conocimiento de sí, dado que el cuidado se asoció con tendencias pecaminosas, contaminadas de sexo; por lo tanto sería la renuncia, aún a uno mismo, la condición necesaria para salvar el alma y para tener acceso a la verdad revelada, con base en una moral social que da prioridad a la relación con el otro y no al reconocimiento y conocimiento del propio yo, definido de antemano como pecador. Esas prácticas en aislamiento implicaron, por una parte, la sustitución del modelo pedagógico de Platón basado en los diálogos, por un modelo médico, según el cual cada uno sería el médico de sí mismo; por otra parte, el énfasis en el diálogo consigo mismo tuvo incidencia aún en la relación maestro-alumno, pues dio lugar a una cultura del silencio y al arte de la escucha en lugar del arte de la oratoria, ya que escuchando se llegaría a discernir lo falso y lo verdadero del discurso de los retóricos.

Dentro del cristianismo surgieron también el examen de conciencia y la confesión como prácticas de purificación que permitían la adquisición de un bien, teniendo en cuenta que si el contenido de la conciencia entre los griegos se refería a las buenas intenciones fallidas y la falta de éxito, entre los cristianos incluía las prevalecen las malas intenciones y el pecado, para cuya liberación había que arrepentirse en presencia de otro.

Como se ha visto en la exposición sobre la interpretación del proceso de cambio en cada uno de los abordajes escogidos aquí como objeto de análisis, puede decirse que en todos se aplican en diferente proporción los preceptos del conocimiento y del cuidado de sí y el principio de gobernabilidad, entendido como el contacto entre las tecnologías de dominación y las referidas a uno mismo.

Por definición la psicoterapia es un contexto relacional donde se promueve el cambio y está constituido por dos partes que desempeñan roles claramente establecidos; una persona que posee las herramientas propias del saber psicológico y otra que acude en busca de alternativas para afrontar su insatisfacción. En términos generales podría decirse que en la medida en que el modelo de abordaje ubique en el sujeto mismo tanto la dificultad como su solución, la intervención puede corresponder más a una tecnología del yo que a una de poder. Es decir, si la causa del problema es atribuida a factores que se salen del control personal, la intervención movilizará menos los preceptos del conocimiento y del cuidado de sí y dejará las posibilidades de cambio en manos del agente exterior que lo promueve. Así si se atribuyen las causas a factores orgánicos, a impulsos ajenos a la moldeabilidad por parte del sujeto, debido a que están determinados por la biología, a la represión social o la programación familiar asimiladas desde la infancia, se tenderá a favorecer posiciones polarizadas entre el individuo y su entorno.

Esa oposición le plantea al sujeto en dificultad dos opciones de respuesta: una de rendición ante la avasalladora influencia del factor que genera su problemática, y otra de enfrentamiento, aun cuando para asumir cualquiera de las dos deba someterse a la mediación del terapeuta, quien con base en el paradigma que sustente su quehacer, definirá la naturaleza del problema y sus soluciones.

Es evidente que el modelo médico y organicista que concibe los problemas psicológicos como enfermedad, corresponde a una tecnología de poder, pues a pesar de su intención de ayudar al sujeto, no lo considera activo sino totalmente pasivo, y por lo tanto víctima de su situación, favoreciendo entonces que sobre él se ejerzan tan sólo medidas de protección que incluyen tanto el cuidado por parte de otros como la coacción. Como el individuo no tiene control directo sobre su organismo, está irremediamente sometido tanto a su patología como a quienes le proporcionan los medios para controlarla, todo lo cual lo salva de la responsabilidad sobre su propio comportamiento y obliga a los demás a tolerarlo o a excluirlo de su contexto.

Las formas de terapia que explican los trastornos como producto de las fuerzas represoras de la familia y la sociedad, reconocen su carácter más netamente psicológico, pero colocan al sujeto en la disyuntiva de sometimiento o de la rebelión. Entre más se acusa a la psicoterapia de ser un instrumento de adaptación, más surgen modelos que propugnan por la liberación y el enfrentamiento directo a ese medio opresor. Si bien estas modalidades se ejercen también por la mediación del terapeuta, en ellos su papel se parece más al del maestro de los retóricos, pues en el desempeño de su función le enseñan a su consultante ciertas tácticas psicológicas para modular sus reacciones y con ello inducir en los demás otras respuestas.

Estas tácticas varían en concordancia con el modelo conceptual, en forma tal que unas promueven la búsqueda interna de vivencias y recuerdos que al ser reconocidos y explicados con base en una teoría general del comportamiento humano, deben liberar la energía que desgasta por la represión de esos que se viven como conflictos inconscientes y permitir así que esas fuerzas se utilicen en función de la satisfacción actual y de la transformación de la realidad, conforme a las propias necesidades.

Otras intentan liberar la expresión emocional, asumiendo que con la descarga y la desmitificación de los factores represores, el individuo podrá ejercer su autonomía, aunque ello conduzca a excluirse voluntariamente del sistema social y a conformar subculturas donde se espera vivir con reglas que favorezcan la individualidad y no las exigencias sociales de productividad, competencia y sujeción.

Esas posturas tienen importantes implicaciones éticas, pues en los dos casos pareciera que la intervención psicológica colocara al individuo en una situación de conflicto frente a su entorno, entrando en una contradicción con la condición social del ser humano.

Esas implicaciones se han hecho evidentes en las prácticas sociales de la cultura actual, relativas principalmente al manejo de la vida sexual y afectiva, ya que han contribuido al surgimiento de todos los movimientos de liberación psicológica -no política-, de este siglo, por colocar al individuo, aislado con sus vivencias, en enfrentamiento con el medio, minimizando su compromiso en el mantenimiento del statu quo por una excesiva individualización de la vida, dada una concepción de lo psíquico en la cual la interacción social en el presente queda excluida.

Afortunadamente, en las dos últimas décadas se ha despertado la conciencia ecológica del hombre occidental y su espíritu ha entrado al terreno de la intervención psicológica. El enfoque sistémico, que ubica al individuo como parte inherente y en construcción permanente dentro del contexto natural y social, ha llevado a pensar que el mundo intrapsíquico no está separado ni es completamente autónomo, sino que siempre coevoluciona en su interacción con el entorno.

Dentro de esta perspectiva, el individuo ya no está en el dilema de acogerse o de enfrentar su mundo para someterse u oponerse a él. Aquí la pregunta es cómo quiere mantener esa ineludible interacción de la que depende su existencia, y por lo tanto, ya no tendrá que escoger entre amorosa unión o destrucción, sino cómo modulará esas opciones en la construcción de una realidad a la cual le da sentido y la transforma, dentro de un rango de autonomía que no puede trascender a la complejidad de la vida, en su condición natural y antro-po-social, al decir de Edgar Morin.

En este terreno las tecnologías del poder y del yo cumplen su función, pero serían incorporadas como partes complementarias, dado que la individualidad no puede existir en el aislamiento de las prácticas ascéticas del cuidado de sí, ni tampoco el sujeto ha de ajustarse pasivamente a las exigencias del poder, sino que tanto éstas como las tecnologías de producción y de sistemas de signos forman parte de un todo integrador donde puede identificarse la preeminencia de alguna de ellas en un momento dado, pero nunca su carácter absoluto ni permanentemente rector.

V. SOBRE LA UBICACION E INCIDENCIA DEL DISCURSO PSICOLOGICO EN COLOMBIA: CONCLUSIONES

En esta aventura de pasar la psicología en Colombia por el tamiz de la arqueología de Foucault, quedan más cuestionamientos e incertidumbres que certezas y previsiones. Por una parte, es evidente el mosaico de prácticas y de paradigmas que constituyen este saber, cuyo objeto nominal -el psiquismo humano-, tiene tan variadas acepciones que casi podría corresponder, como ya lo decía Foucault, a diferentes objetos que ante su surgimiento han iniciado también distintas prácticas profesionales y sociales.

Al explorar aquí los umbrales que la delimitan, los objetos de su abordaje, las instancias que la contienen y las estructuras de poder dentro de las cuales se mueve, pueden destacarse las siguientes conclusiones sobre la psicología como práctica discursiva:

Sin duda se reconoce el umbral de su positividad en la definición de las condiciones para ejercerla como profesión, en los espacios institucionales que ocupa, en el amplio campo de divulgación sobre el cual se extiende y en los contenidos provenientes de sus teorías, las cuales han pasado a formar parte del marco de referencia cultural de la mayoría de las personas.

El discurso psicológico se ha difuminado en todos los contextos humanos, de manera tal que nadie rebate la determinación de la vida psicológica por las experiencias tempranas, bien sea como producto de la regulación de los impulsos o por el aprendizaje como condicionamiento. Se concede además gran importancia a la gratificación como requisito para la realización personal y la satisfacción vital, y si se reconoce la importancia del entorno, aún no hay una relación responsable y comprometida con él, sino que en muchos casos se alimenta la postura de pugna-liberación.

Se superponen en todos los contextos institucionales las diferentes aproximaciones a lo psíquico, de manera que también allí se aprecia el mosaico de prácticas que neutralizan mutuamente el cambio, mientras los profesionales se debaten en luchas por darle un espacio digno a su discurso, situación que no puede desligarse de la afanosa carrera por ganar el poder en el manejo de los usuarios.

En general los psicólogos no ocupan posiciones de poder en las instituciones y su discurso aparece como subsidiario de la medicina, la educación, la administración, la religión, la justicia, o el control gubernamental y social, con lo cual habría que aceptar, como dice Foucault, que el hombre como objeto de estudio de las ciencias humanas no ha surgido sino entre los intersticios que quedan entre sus distintos territorios de relación, como son el trabajo, la naturaleza y la economía, utilizando como medio de expresión de sí mismo las diversas formas de lenguaje, pues pareciera que el Hombre tan sólo puede asirse en sus ataduras a las diversas manifestaciones de su finitud.

El desarrollo y la incidencia de la psicología como práctica discursiva, dependen naturalmente de su ubicación dentro de los entes estatales que le sirven como espacio de supervivencia, de manera que puede decirse que, en general, el Estado burocrático ha respaldado la instauración de los discursos que no movilizan el cambio ni la autonomía individual, principalmente por la amenaza que pueden representar para la jerarquía y el poder, razón por la cual no es de extrañar que brinde mayor respaldo al modelo médico de salud mental, haciendo entonces que los abordajes más potentes en función de cambio, se apliquen en la práctica privada, entre quienes de por sí ya asumen una postura más independiente, porque sus mismos recursos de toda índole se lo favorecen.

A pesar de sus contradicciones paradigmáticas, la psicología ha aportado la expectativa creciente de que la vida individual se puede planear y autocontrolar, pero en algunos momentos ha minimizado la incidencia de factores sociales y políticos en el mantenimiento de diversos fenómenos, en un afán de psicologización de todo lo humano, en especial desde cuando los linderos entre lo normal y lo patológico se hicieron tan relativos, que todos caímos en la categoría de objetos potenciales de intervención psicológica.

Esta es quizá una de las mayores paradojas del discurso psicológico en Colombia, pues si bien sus profesionales hablan permanentemente sobre la importancia y la urgencia de ejercer su función social, los abordajes epistemológicos se quedan cortos ante la complejidad de los fenómenos psicosociales, principalmente cuando se afirma la versión positivista de la ciencia como un estándar válido sobre el cual contrastar a esta disciplina, tan blanda en términos del rigor metodológico, el cual,

desde esa perspectiva, es la exigencia de legitimación.

En concordancia con una pretendida ortodoxia en la práctica de los enfoques psicológicos, se acude a todos los mecanismos de control del discurso descritos por Foucault, pues se abren cada día más sociedades y grupos, se rinde con frecuencia el culto al autor extranjero y se busca el respaldo de la ley para restringir el uso autorizado del discurso, aunque paradójicamente, con su divulgación se pretenda hacer una labor preventiva.

El cuadro de la psicología no es tan nítido. Sin embargo, como afirma Foucault en "Las palabras y las cosas", por no ser ciencia, no puede decirse que la psicología sea una falsa ciencia; es un saber válido dentro del devenir que condiciona caprichosamente su existencia, cuya legitimidad parece dada, no a priori, sino a posteriori, precisamente a través de su arqueología y su genealogía.

No puede concluirse que la situación de la psicología, de diversidad y confusión de objetos, prácticas y paradigmas, sea un mal presagio o una amenaza de muerte; y si lo es, éste será un destino ineludible, pues como instrumento de la comprensión humana, no puede aspirar a una eterna vigencia, sino que su supervivencia dependerá de la actualidad del servicio que le preste al mismo hombre, conforme a sus necesidades histórico-sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ARANGO, CARLOS. (1987). "Contexto social e intervención del psicólogo", en **Manicomios y Prisiones: Aportaciones críticas del I Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, Cuernavaca, 1981**, de Silvia Marcos (Comp.), México: Fontamara S.A.

ARDILA, RUBEN. (1968). La Psicología en Colombia. **Revista Interamericana de Psicología**. Austin (Texas), 1 (4): 239.

" " (1973). **La psicología en Colombia: Desarrollo Histórico**. México: Ed. Trillas.

- " " (1978). **La profesión del psicólogo**. México: Ed. Trillas.
- " " (1987). "Los psicólogos en Colombia: Un oficio que se hace sentir". Bogotá: El Tiempo, Suplemento Dominical, Noviembre 15, pag. 3.
- ARGUEDAS, ALCIDES. (1909). "Pueblo enfermo", en González, Luis J. Ed. (1982), **Temas de Filosofía de la Cultura Latinoamericana**, Bogotá: Ed. El Buho.
- BEJARANO, JORGE. (1950). **La derrota de un vicio. Origen e historia de la chicha**. Bogotá: Ed. Iqueima.
- BENNETT, C.C. (1965). "Community psychology: IMpressions of the Boston Conference on the education of psychologists for community mental health", **American Psychologist**, 20, 832-835.
- BERMAN, G. (1960). **Nuestra Psiquiatría**. Buenos Aires: Paidós.
- CAPLAN, GERALD (1964). **Principles of Preventive Psychiatry**, Nueva York.
- CASTEL, ROBERT. (1981). "Sociedades transnacionales, psiquiatría y aparato de Estado", en **Manicomios y Prisiones: Aportaciones críticas del I Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, Cuernavaca, 1981**, de Silvia Marcos (Comp.), México: Fontamara S.A.
- CASTEL, F., CASTEL, R. y LOVELL, A. (1979). **La Sociedad Psiquiátrica Avanzada. El modelo norteamericano**. Versión en español, Barcelona: Ed. Anagrama (1980).
- "COLUMNA MOVIL", EL ESPECTADOR, (1987). "La Psicología". Bogotá, Enero 24.
- CRUZ, HECTOR, (1981). "El hospital <<abierto>> de Boyacá", en **Manicomios y Prisiones: Aportaciones críticas del I Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, Cuernavaca, 1981**, de Silvia Marcos (Comp.), México: Fontamara S.A.
- EL TIEMPO, (1987). "Psicólogos ofrecen estrategias alternativas para la solución de los problemas sociales". Bogotá: Enero 12.
- ESCOBAR RAMOS, RICARDO. (1890). Citado por Rosselli, H. op. cit.
- ESPEJO, EMILIO. (1992). Comunicación personal.
- ESQUIBEL, AUGUSTO. (1966). "Informe sobre la salud mental en Colombia". **Revista Colombiana de Psiquiatría**. 1 (5): 225. Bogotá: Agosto de 1966.
- FAJARDO ESCOBAR, JOAQUIN. (1923). "Anomalías mentales en los escolares bogotanos". Tesis, Bogotá: Ed. Minerva.
- FOUCAULT, MICHEL. (1963). **El nacimiento de la clínica**. Versión en español, México: Siglo XXI, 1986, 21ª Edición.
- " " (1964). **Historia de la Locura en la Epoca Clásica**. Versión en español, México: Fondo de Cultura Económica, 1986, 2ª Ed., 4ª reimpresión.

" " (1966). **Las palabras y las cosas**. Versión en español, Barcelona: Ed. Planeta-Agostini, 1984.

" " (1969). **La Arqueología del Saber**. Versión en español, México: Siglo XXI Ed., 1988, 13ª edición.

" " (1970). **L'ordre du discours**. Versión en español, Barcelona: Tusquets Ed. S.A., 1987.

" " (1975). **Vigilar y castigar**. Versión en español, México: Siglo XXI, 1988, 14ª Edición.

" " (1978). **La verdad y las formas jurídicas**. Versión en español, México: Gedisa, 1983.

" " (1983). Discusión con H. Dreyfus y P. Ravinow. Citado en **Tecnologías del Yo**.

" " (1988). **Tecnologías del Yo**. Versión en español, Barcelona: Paidós Ibérica, S.A., 1990.

GOMEZ CALVO, ANTONINO. (1897). "Relación de los enfermos tratados en el Asilo de San Diego. **Revista Médica de Bogotá**. Año XXVIII. N° 333, enero de 1908, pag. 159. Citado por Rosselli, H.

GONZALEZ PRADA, MANUEL. (1908). "Nuestros indios", en González, Luis J. Ed. (1982), **Temas de Filosofía de la Cultura Latinoamericana**, Bogotá: Ed. El Búho.

GONZALEZ V., MARIO (1983). **Prácticas Psiquiátricas Institucionales**. Bogotá: Ed. Guadalupe.

GONZALEZ V., MARIO y otros. (1978). **Epidemiología de los Trastornos Mentales en Bogotá**. Bogotá: Ed. Tercer Mundo.

HALEY, JAY. (1966). **Estrategias en psicoterapia**. Barcelona: Ed. Toray.

ICFES. (1987). **Egresados de la Educación Superior 1960-1985**. Bogotá: Documento Interno ICFES.

LOPEZ DE MESA, LUIS. (1920). "Segunda conferencia" en **Los problemas de la raza en Colombia**. Biblioteca Cultura, 2º Vol. Bogotá, Octubre.

" " " (1954). "Algunas consideraciones acerca del hombre. Anales Neuropsiquiátricos. Fac. de Medicina. Bogotá: Vol VIII, N° 33-34, Año XIII, Julio-diciembre.

" " " (1955). "Escrutinio Sociológico de la Historia Colombiana". Academia Colombiana de Historia. Vol X.

MARIN, GERARDO. (1978). "Entrenamiento del psicólogo social en Latinoamérica", en ARDILA, RUBEN. **La profesión del psicólogo**. México: Ed. Trillas.

MEDINA, JOSE TORIBIO. (1952). **La Imprenta en Bogotá y la Inquisición en Cartagena de**

Indias. Bogotá. Citado por Rosselli, H. op. cit.

MINISTERIO DE SALUD. (1982). **Macrodiagnóstico de Salud Mental, Subsector Oficial Directo, 1981.** Minsalud: Mimeografiado.

MONTEALEGRE, ROSALIA. (1982). "Problemática de la formación del psicólogo en Colombia", **Educación Superior y Desarrollo. ICFES,** Bogotá: 1(1):70-92, Ene-Mar.

MORALES, MANUEL. (1972). "El psicólogo laboral en Colombia". **Revista de Psicología.** Bogotá, 17, 107-111.

MORNER, MAGNUS. (1965). "La sociedad de castas: ascenso y declinación", en Marquín A., Germán, Ed. (1981). **Temas de Antropología Latinoamericana.** Bogotá: Ed. El Buho.

MUÑOZ, RODRIGO. (1979). Relaciones entre Psiquiatras y Psicólogos. **Revista Colombiana de Psiquiatría.** Vol. VIII, 2. Junio.

ORTIZ VELAZQUEZ, JULIO. (1948). "Marihuana: Sus efectos". **Anales Academia de Medicina.** 3ª Etapa, 2: 498 (Act-Dic. 1948).

OSORIO LIZARAZO (1926). **La cara de la miseria.** Bogotá: Ed. Colombia.

PEREZ, AUGUSTO. (1987). "La Educación Humanística y Política del Psicólogo", ponencia publicada en **Memorias del II Encuentro Colombiano de Psicología Humanista: El humanismo en la Educación y la Política, Cali, marzo de 1987.** Bogotá: ICFES, Serie Eventos Científicos.

PEREZ DE BARRADAS, JOSE. (1957). **Plantas mágicas americanas.** Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Instituto Sahagún. Citado por Rosselli, H. op. cit.

PLUTARCO, citado por Paul Watzlavick (1980). **El lenguaje del cambio.** Barcelona: Ed. Herder. pag. 12.

POMBO, LINO DE. (1813). Discurso pronunciado como Presidente de la Junta General de Beneficencia en el acto de colocar la primera piedra del Manicomio de Cundinamarca. **Revista Médica de Bogotá.** Año XXXI. Nº 374, pag, 247. Citado por Rosselli, H. op. cit.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, Facultad de Psicología. (1980). **Simposio "La psicología una ciencia social?"**. Bogotá: Universidad Javeriana.

PUTMAN, CARLOS E. (1908). **Tratado Práctico de Medicina Legal.** Bogotá: Imprenta de la Luz.

RICO, EDMUNDO. (1959). "Psicoanalistas vs. psiquiatras". **Anales Neuropsiquiatría.** 13 (54): 11, Oct-Nov.

RODO, JOSE ENRIQUE. (1900). "Búsqueda de un modelo ideal de civilización distinto al norteamericano", en González, Luis J. Ed. (1982), **Temas de Filosofía de la Cultura Latinoamericana,** Bogotá: Ed. El Buho.

ROMERO, MARIO G. (1962). "Enfermedades, médicos y medicinas en Don Joan de Castellanos. **Boletín Cultural y Bibliográfico.** Biblioteca Luis Angel Arango, Bogotá, Vol. V, Nº 9, 1962, pag, 1121.

RONCANCIO, JULIA. (1956). "El Instituto de Psicología de la Universidad Nacional". Revista de Psicología. Bogotá: Universidad Nacional, 1 (1): 103.

ROSSELLI, HUMBERTO. (1968). **Historia de la Psiquiatría en Colombia**. Bogotá: Editorial Horizontes.

ROTTERDAM, ERASMO DE. (1508). **Elogio de la Locura**. Versión en español, Colección Obras Inmortales, Bogotá: Ed. La Montaña Mágica.

SALAZAR R., ROBERTO. (1988). "Romanticismo y Positivismo", en **La Filosofía en Colombia: Historia de las Ideas**. Bogotá: Editorial El Buho.

SANCHEZ MEDINA, GUILLERMO. (1990). **El Psicoanálisis Ayer, Hoy y Mañana. La historia del psicoanálisis en Colombia**. Bogotá: Gráficas Gaviota.

SARMIENTO, DOMINGO F. (1883). "Conflicto y armonía de las razas en América", en González, Luis J. Ed. (1982), **Temas de Filosofía de la Cultura Latinoamericana**, Bogotá: Ed. El Buho.

SIMPOSIO "LA PSICOLOGIA CIENCIA SOCIAL" (1980). "I Mesa redonda: "Cuál es el objeto de la psicología organizacional?". Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología.

SUAREZ, MARCO FIDEL. (1954). **Los sueños de Luciano Pulgar**. Bogotá: Ed. ABC.

SZASZ, THOMAS. (1963). **Law, Liberty and Psychiatry**. New York: Mac Millan.

TORRES, LUCIA VICTORIA (1986). "Una autocrítica: Sicólogos son inmaduros e individualistas". **El Tiempo**, Sábado 8 de noviembre, pag, 12-B.

UNIVERSIDAD DEL NORTE Y FEDERACION COLOMBIANA DE PSICOLOGIA. (1988). **Memoria XIII Congreso Colombiano de Psicología, Barranquilla, Octubre de 1988**. Barranquilla: Ediciones Uninorte.

URIBE CELIS, CARLOS. (1985). **Los años veinte en Colombia. Ideología y Cultura**. Bogotá: Ediciones Aurora.

VARGAS, ALFREDO. (1978). "Hacia un desarrollo de la psicología industrial", en ARDILA, RUBEN. **La profesión del psicólogo**. México: Ed. Trillas.

VASCO GUTIERREZ, EDUARDO. (1934). "Informe de la Sección de Medicina Pedagógica y Orientación Profesional". Medellín: Universidad de Antioquia.

" " " (1943). Algunas consideraciones sobre Higiene Mental. **Anales Academia de Medicina de Medellín**. EIII, 1 (82-114). Mar-Abr.

VASCONCELOS, JOSE. (1925). "La raza cósmica", en González, Luis J. Ed. (1981). **Temas de Ética Latinoamericana**. Bogotá: El Búho.

VERGARA, HERNAN. (1955). "Función de la inteligencia en la etiología y curación de las psicopatías". **Anales Neuropsiquiatría**. Fac, Medicina, Bogotá: 9 (35-36): 3, En-Jun.

VERGARA, IGNACIO. (1987). "Pertenencia a una comunidad terapéutica abierta y hospitalización psiquiátrica respecto a la dinámica de familias colombianas existentes". Ponencia presentada en el VII Encuentro de Psicología "La Familia: una aproximación sociocultural y terapéutica", Bogotá, Octubre.

VILLAR GAVIRIA, ALVARO y JIMENEZ DOMINGUEZ, BERNARDO (1981). "Contexto sociohistórico de la locura en Colombia", en **Manicomios y Prisiones**, de Silvia Marcos (Comp.), México: Fontamara, 1987.

WATZLAVICK, P., BEAVIN, J., y JACKSON, D. (1974). **Teoría de la comunicación humana**. Versión en español, Barcelona, Herder, 1981.

WOLBERG, LEWIS. (1986). "The evolution of Psychotherapy: Future trends". En Zeig, Jeffrey, Ed., **The Evolution of Psychotherapy**. New York: Bruner/Mazel, Pub.

XIII CONGRESO COLOMBIANO DE PSICOLOGIA. (1988). **Hacia una psicología para la sociedad colombiana. Memoria**. Barranquilla: Ediciones Uninorte.

XV CONGRESO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA. (1974). **Memorias**. Editor: Gerardo Marín. Bogotá.

ZAPATA DE CARDENAS, ARZOBISPO. (1599). Citado por Rosselli. H. op.cit.

ZAX, M. y COWEN, E.L. (1972). **Abnormal Psychology: Changing Conceptions**. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston. ZEA, LEOPOLDO. (1979). "Negritud e Indigenismo", En Marquínez A., Germán, Ed. (1981). **Temas de Antropología Latinoamericana**. Bogotá: Ed. El Buho.

ZILBOORG, GREGORY, (1945). **Historia de la Psicología Médica**. Buenos Aires: Librería Hachette.