

Revista de Psicología
de la Universidad de Monterrey

Conciencia Contemporánea

CIENCIAS
DE LA
SALUD



EDICIÓN. I
2023

Directorio

Rector

Mario Páez

Vicerrectora de Ciencias de la Salud

Lilia García

Decano de Escuela de Psicología

Thomas Huggins

Director de Programas de Posgrado / Director Editorial de la Revista

Nicolás Campodónico

Directora de Programas Académicos de LPS, LPSC, LPT

Carolina Pérez

Directora de Departamento

Lorena García

Director de CETIA

Jaime Carrillo

Editora de la Revista

Angélica Limón (Universidad de Monterrey)

Comité Editorial

Thomas Huggins (Universidad de Monterrey) **Rafael Félix** (Universidad de Monterrey) **Hada Soria** (Universidad de Monterrey) **Paola González** (Universidad de Monterrey) **Angélica Quiroga** (Universidad de Monterrey) **Julia Gallegos** (Universidad de Monterrey) **Ania Chávez** (Universidad de Monterrey) **Umberto Domínguez** (Universidad de Monterrey) **Omar Chávez** (Universidad de Monterrey) **Miguel Gutierrez** (Universidad de Monterrey) **Said Jiménez** (Unidad de Investigación en Medicina Basada en Evidencias, Hospital Infantil de México Federico Gómez) **Analía Losada** (Universidad de Flores) **Modesto Solís** (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones/ Facultad de Psicología de la UNAM) **Jesus Pece** (Universidad Pontificia de Comillas) **Alejandra López** (Universidad de Monterrey) **Brenda Muñoz** (Universidad de Monterrey) **Andrea Treviño** (Universidad de Monterrey).

Conciencia Contemporánea, Año 1, No. 01, es una publicación semestral, editada por la Universidad de Monterrey (UEM), con domicilio en Av. Ignacio Morones Prieto 4500 Pte., San Pedro Garza García, Nuevo León, <https://www.udem.edu.mx/es/institucional/revista-psicologia> Editores responsables: Nicolás Campodónico y Angélica Limón. Registro en trámite. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura de la UDEM. Queda autorizada la reproducción parcial de los contenidos e imágenes siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

Carta Editorial

Es un honor para mí dirigirme a ustedes en esta primera edición de la Revista de Psicología de la Universidad de Monterrey, Conciencia Contemporánea. Esta publicación nace con el objetivo de ser un espacio de encuentro y reflexión para nuestros académicos, estudiantes y todos aquellos interesados en los avances y desafíos de la psicología en el contexto contemporáneo.

Aquí encontrarán una selección de artículos que abordan temas como violencia de género, conductas alimentarias, enseñanza del psicoanálisis y reflexiones críticas sobre cuestiones actuales. Además, se incluyen reseñas y entrevistas con destacados profesionales de la disciplina. En compromiso con la calidad y rigurosidad académica, cada artículo fue sometido a un proceso de revisión para asegurar que cumplan con los estándares de excelencia que caracterizan a la UDEM.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos los involucrados en la creación de este proyecto. Su dedicación y compromiso han hecho posible este logro. Esperamos que esta revista les sea un espacio enriquecedor para el intercambio de ideas y la exploración de nuevos horizontes.

Atentamente,

Dra. Lilia García

Vicerrectora de Ciencias de la Salud

02	Carta de presentación Dra. Lilia García
04	La enseñanza del Psicoanálisis en la Universidad Nicolás Campodónico y María Limón
09	Percepción de Violencia Psicológica de Género en la Adultez Emergente Angélica Quiroga
16	La psicología clínica, sus errores conceptuales y metodológicos Omar Chávez
19	La predicción de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes por medio de la evitación experiencial de insatisfacción corporal Modesto Solís
23	Desarrollo de habilidades para la elección de servicios psicológicos clínicos de calidad Yesenia Reyna
29	Melancolía ordinaria como perturbación narcisista y el lugar de los fenómenos elementales María Álvarez
33	Entrevista a la Dra. Marilyn Charles: “La enseñanza y práctica clínica del psicoanálisis debates y desafíos” María Miron

Artículo científico

Nicolás Campodónico.
Director de Programas de Posgrado de Psicología de la Universidad de Monterrey. Posdoctor en Psicología con Orientación en Metodología de la Investigación, Doctor en Psicología y Especialista en Clínica Psicoanalítica con Adultos.
Contacto: nicolas.campodonico@udem.edu

María Limón.
Doctora en Psicología. Coordinadora de la Especialidad en Clínica Psicoanalítica de la UDEM y Profesora de planta de la Escuela de Psicología de la UDEM.
Contacto: maria.limong@udem.edu

La enseñanza del Psicoanálisis en la Universidad



Resumen

Este artículo científico explora la pregunta sobre la relación entre el psicoanálisis y la enseñanza en la universidad. Sabemos que, para Freud, la formación del psicoanalista puede prescindir de la universidad, pero la enseñanza del psicoanálisis en las facultades de psicología clínica y psicopatología ha sido receptiva desde hace tiempo. El psicoanálisis ha permitido a la psicología clínica y psicopatología desarrollar una autonomía científica y escapar de las prerrogativas de la psiquiatría, la filosofía y las corrientes científicas. La enseñanza universitaria del psicoanálisis tiene como objetivo familiarizar a los estudiantes con conceptos, modelos y procedimientos específicos del psicoanálisis y enseñarles cómo aproximarse al inconsciente. Reconocemos que la universidad es un campo apropiado para abordar los temas de la teoría psicoanalítica y la lectura de los textos de Freud y sus seguidores es el medio más apropiado para la enseñanza universitaria.

Palabras clave: Psicoanálisis – Enseñanza – Universidad – Debate

Abstract

This scientific article explores the question of the relationship between psychoanalysis and university teaching. We know that, for Freud, the training of the psychoanalyst can do without the university, but the teaching of psychoanalysis in the faculties of clinical psychology and psychopathology has been receptive for some time. Psychoanalysis has allowed clinical psychology and psychopathology to develop scientific autonomy and escape from the prerogatives of psychiatry, philosophy and scientific currents. University teaching of psychoanalysis aims to familiarize students with concepts, models and specific procedures of psychoanalysis and teach them how to approach the unconscious. We recognize that the university is an appropriate field to address the issues of psychoanalytic theory and reading the texts of Freud and his followers is the most appropriate medium for university teaching.

Keywords: Psychoanalysis – Teaching – University – Debate

La pregunta por si debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad es una cuestión formulada por Freud en un artículo de 1919 con el mismo nombre, en ocasión de la creación de la primera cátedra de Psicoanálisis y del nombramiento de Ferenczi como profesor de la misma en Budapest.

De entrada, Freud sitúa la cuestión de la enseñanza del psicoanálisis en la universidad desde dos puntos de vista; el del psicoanálisis y el de dicha institución. Por lo tanto, podemos distinguir dos problemáticas latentes: ¿Qué significa para el psicoanálisis la presencia de su enseñanza en la universidad? Y también: ¿qué importancia tiene para la universidad el aporte del psicoanálisis?

Para Freud, la labor del psicoanalista puede prescindir de la universidad sin menoscabo alguno para su formación. En efecto, su formación como psicoanalista, su participación en la actividad científica, se encuentran organizadas por grupos y sociedades psicoanalíticas, privadas y extra-universitarias. En cuanto al punto de vista de la universidad, para Freud, la cuestión se reduce a verificar si, en principio, está dispuesta a reconocer al psicoanálisis alguna importancia en la formación del médico y del hombre de ciencia.

Sin embargo, es en las facultades de psicología que la cuestión de la enseñanza del psicoanálisis se plantea con cierta agudeza.

En efecto, los departamentos universitarios de psicología clínica y de psicopatología se han mostrado receptoras del psicoanálisis desde hace mucho tiempo. La enseñanza de la teoría psicoanalítica puede aportar a otras ciencias la hipótesis del inconsciente, sobre todo a la psicología no experimental. La conjunción de la psicología clínica y el psicoanálisis ha permitido al psicólogo adquirir una autonomía científica para desarrollar un ejercicio profesional independiente. En sí, el psicoanálisis le ha prestado un servicio a la psicología sobre dos planos,

pues, por un lado, le aporta una estructura teórica, y por el otro, le presta el modelo de una práctica.

Así, el psicoanálisis le ha permitido a la psicología clínica y a la psicopatología, de manera irrefutable, escapar de las prerrogativas de la psiquiatría, de las exigencias dogmáticas de la filosofía y de la tutela de las corrientes científicas.

Es necesario destacar que la enseñanza impartida desde una cátedra universitaria psicoanalítica tiene como principal objetivo situar al estudiante en contacto con ciertas problemáticas, métodos y abordajes teóricos, familiarizándose al mismo tiempo con conceptos, modelos y procedimientos específicos del psicoanálisis.

En este punto, lo que podemos situar, es que la redefinición de “lo clínico”, el aporte más importante que la teoría psicoanalítica realiza en el campo de la psicoterapia. Es solamente a partir de una escucha clínica establecida sobre un terreno de palabras, es decir, verbalizaciones e interpretaciones, en el vínculo del profesional con su paciente, que será posible descubrir ciertos rasgos estructurales estables de su personalidad que más allá del cuadro sintomatológico permitan definir una evaluación diagnóstica.

Lo que el psicoanálisis nos enseña, es que la “verdad” cura: la salud mental se recupera cuando el paciente puede reconocer y asumir sus “verdaderos” traumas, sus “verdaderos” deseos, e incluso sus insuperables contradicciones.

El problema para el futuro psicólogo, se refiere al aprendizaje de la “técnica”, es decir, cómo llevar al paciente a descubrir esta verdad. La regla fundamental y el conjunto de los dispositivos de la cura son los medios, los instrumentos para llegar a este fin. Ahora bien, la universidad no puede formar psicoanalistas, puesto que esta formación surge de la experiencia individual del inconsciente; Es decir, de

la cura del futuro psicoanalista, dominio reservado a la transferencia. No obstante, es posible enseñar conceptos que preparen al psicólogo para una aproximación al inconsciente, al suyo como al del paciente desde una cátedra universitaria.

Por otro lado, me parece importante destacar que la enseñanza en la universidad es esencialmente investigadora. En efecto, como defensora de la

investigación, la reflexión y la referencia a los textos, la universidad es el campo apropiado para abordar los temas de la teoría psicoanalítica, y en este sentido, **la lectura de los textos de Freud es la vía directa y el medio más apropiado para la enseñanza universitaria de los temas y problemas propios del psicoanálisis.**

El interés más importante de la universidad es el hecho de estar en contacto con otras disciplinas.

Se puede afirmar que la universidad es un centro de estudios del ser viviente, en coordinación con las ciencias de la vida, de la salud y del hombre en sociedad. El investigador de cualquier ciencia debe ser capaz de desarrollar ampliamente el diálogo epistemológico que se nutre de la confrontación con diferentes modelos teóricos. De dicha manera es que en esta interacción interdisciplinaria el psicoanálisis tiene un lugar fundamental.

Sobre la identidad profesional

Si bien hablamos de un posible binomio, es decir, la universidad y el psicoanálisis, no podríamos decir que son necesarios el uno para el otro. El psicoanálisis nos ofrece un referente, lo que quiere decir que el psicólogo se forma en teoría y técnica psicoanalítica, pues adquiere una posibilidad de lectura psicoanalítica de los fenómenos sociales.

El psicoanálisis, propiamente dicho, es el ejercicio técnico y este no es posible en un contexto donde la psicología clínica es implementada, ya que la demanda define el proceso. Esto quiere decir que en un escenario donde se ofrece un servicio de psicología clínica, las demandas de tratamientos psicológicos van encaminados hacia la resolución de un conflicto específico y no hacia un ejercicio de introspección, a un análisis.

Ahora bien, aquí es donde encontramos un lugar de encuentro, pero no es de fusión. La teoría psicoanalítica otorga la alfombra donde se realiza el ejercicio clínico, el cual es el marco donde pensamos la constitución del psiquismo, los instrumentos con los que operamos sobre el individuo y su demanda, que son las psicoterapias.

Recordemos que las primeras intervenciones en un conflicto psíquico las realizaron Sigmund Freud y Josef Breuer después de regresar de una estancia de estudio/investigación en la clínica de Charcot en Francia por el año 1886, y las modalidades de intervención fueron en aquel momento totalmente arbitrarias, como ensayo y error. Fue así que surgió el método psicoanalítico.

El escenario universitario nos permite desarrollar una propuesta de intervención, mientras que un psicólogo en formación desde la lectura psicoanalítica de los fenómenos sociales, una modificación a la técnica. Dado que, como diría André Green, toda modificación a la técnica es una psicoterapia y con esto podríamos decir, una psicoterapia de orientación psicoanalítica.

El aprendizaje sin límites,
INSPIRA



 @UDEM
 @GenteUDEM
 /universidaddemonterrey
 Universidad de Monterrey
 GenteUDEM



Personas 
que buscan
un mejor
< futuro.

+dona / únete*

PERSONASQUEINSPIRAN.org



Conoce más



 **filantropíaudem**



Angélica Quiroga.
Psicóloga. Doctora en Consultoría de
Sistemas Humanos. Maestría en Educación
con especialidad en Psicología Educativa,
Maestría en Comunicación. Especialidades en
Psicodiagnóstico, Terapia Familiar Sistémica
e Hipnosis Eriksoniana. Profesora Emérita e
Investigadora en la Universidad de Monterrey.
Contacto: angelica.quiroga@udem.edu

Percepción de Violencia Psicológica de Género en la Adultez Emergente

Perception of Gender Psychological Violence in Emerging Adulthood



Resumen

En México, un contexto con una ideología de rol tradicional, se empiezan a observar cambios sociales que indican que la mujer ha empezado a tener una mayor participación. Se realizó un estudio cuantitativo, comparativo, transversal, con 204 participantes voluntarios en el área metropolitana de Monterrey para probar el efecto moderador que tienen el sexo y la edad cuando se estudia la ideología de rol y sus consecuencias. Los hombres adultos emergentes muestran mayor sensibilidad a la violencia de pareja. Falta camino por recorrer en la transformación de las concepciones, actitudes y comportamientos tradicionales por otros más igualitarios.

Palabras clave: Violencia de género – violencia simbólica – sexismo – ideología de rol

Abstract

In Mexico, a context with a traditional gender ideology, recent social changes indicate that women now have greater participation. We conducted a quantitative, cross-sectional comparative study in the metropolitan area of Monterrey was carried out with 204 voluntary participants to prove the moderating effect of sex and age on gender ideology and its consequences. Emerging adult men show greater sensitivity to partner psychological violence. There is still a way to go in the transformation of traditional conceptions, attitudes, and behaviors into another more egalitarian ones.

Keywords: Gender violence – symbolic violence – sexism – gender ideology



La proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1949 reconocía la igualdad de género y dio pie a modificaciones en las constituciones de diversos países. Para 2014, solo 52 de los 195 países no habían adoptado esta iniciativa. En México, el artículo 4 de la Constitución establece que “el hombre y la mujer son iguales ante la ley” (Diario Oficial de la Federación, 2017) y desde 1953 (17 de Octubre) a las mujeres se les concede el derecho a votar (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2009). De igual

forma, el movimiento feminista de las décadas de los 60 y 70 fue la base para que el tema de violencia de género se discutiera (Mancinas & Carbajal, 2010) y para iniciar la reflexión en cuanto a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, así como la libertad de actuar sobre el propio cuerpo (Díaz, 2009).

Aunque en México se han logrado avances para garantizar los derechos de las mujeres, todavía persisten contrastes y desigualdades de género. En la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) correspondiente al primer mes de 2023, de la población ocupada es de (económicamente activa), el 76.4% son hombres y 45.9% son mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023). Esta realidad en México da cuenta de que las dimensiones simbólicas y psicológicas de la violencia de género aún permean en la sociedad mexicana. Con respecto a la *violencia estructural*, que se manifiesta de manera muy sutil a través de las diferentes instituciones sociales –escuela, hogar, iglesia, trabajo–, estableciendo la diferencia de género y determinando qué es lo que corresponde a lo masculino y a lo femenino llegando a establecer normas hacia las mujeres en relación con su manera de vestir, valores, amistades, costumbres sexuales, amistades y planes profesionales. Estas diferencias conllevan una serie de prejuicios negativos al caracterizar a la mujer como inferior y subordinada al control social, permitiendo al hombre ejercer poder sobre ella (Mena-Farrera & Evangelista-García, 2019; Velázquez et al., 2020).

Por otra parte, la *violencia psicológica* es entendida como el abuso emocional, verbal, acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, consistente en insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación, amenazas, entre otros (Ruiz, 2008). A este respecto, los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021), muestran que 51.6% de las mujeres han sufrido

violencia emocional por parte de su actual o última pareja, esposo o novio a lo largo de su relación y 29.4% en el último año.

Estos datos constatan lo que en diversos estudios se ha encontrado sobre las relaciones violentas entre hombres y mujeres, en los cuales ha sido constante el patrón de esquematización rígido de los roles tradicionales de género donde destacan la fuerza, poder y dominio como características propias de la imagen masculina, en contraste con una figura femenina caracterizada por la debilidad, maleabilidad una necesidad de ser protegida (Bosch-Fiol & Ferrer, 2019; Vinagre-González et al., 2020). Esta construcción social de la identidad de género impacta directamente en el tipo cultural de educación con la consecuente asimilación de diversos sistemas de valores atribuyendo al género masculino una superioridad innata respecto a las mujeres (Benalcázar-Luna & Venegas, 2015; Mejía & Muñoz, 2018), común en países donde la ideología de rol de género es tradicional, sexista, y las mujeres son más propensas a aceptar una visión hostil de su propio género al tiempo que aceptan ser violentadas (Bosch-Fiol & Ferrer, 2019), situación que sin duda requiere de una transformación social profunda para ser erradicada (Elboj et al., 2013).

En este artículo se examina la percepción de la violencia psicológica de género en México, un contexto con una ideología de rol tradicional en el que se empiezan a observar cambios sociales que indican que la mujer ha empezado a tener una mayor participación. Se considera que, en este proceso transicional, la edad y el género estarían moderando el efecto de la ideología de rol tradicional sobre la percepción de violencia psicológica.



Método

En el estudio se utilizó un enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional de corte transversal. La potencia de la muestra se calculó en función de los datos arrojados por la ENDIREH (INEGI, 2021) sobre la incidencia en México de la violencia de pareja en general (39.9%) y de violencia emocional en particular (29.4%), con un alfa de .05, y una potencia de .80, la muestra propuesta era 112, en este caso mujeres, porque sobre ellas es el reporte (Rosner, 2001). Considerando lo anterior, y que los instrumentos a utilizar eran tanto para ambos sexos, se amplió un muestreo incidental para un total de participación voluntaria de 204 personas, con un rango de edad entre 18 y 67 años ($M = 31.33$, $DT = 10.7$); 74 (36.3%) varones y 130 (63.7%) mujeres; de los cuales 134 (65.7%) reportaron tener pareja, 66 (32.4%) no y 4 (2%) no contestaron. La mayoría eran solteros (111, 54.4%), un 35.8% (73) casados, 7 (3.4%) vivían en unión libre, 3 (1.5%) eran viudos, 9 (4.4%) divorciados y una persona no contestó. Todas las personas firmaron el consentimiento informado.

Los instrumentos de medición fueron la Escala de Percepción de Violencia Psicológica en la Pareja de Gago (2014). La cual detecta la sensibilidad o tolerancia hacia conductas de violencia relacional ejercidas por sus parejas al situarlas en un continuo bipolar que oscila entre “máxima sensibilidad” y “máxima tolerancia” a partir de los juicios de gravedad que atribuyen a estas conductas. Con 25 ítems con respuestas tipo Likert (de 1 a 5 grados de violencia psicológica. La escala mostró buenas propiedades psicométricas en este estudio en sus cuatro factores -dominación e intimidación ($\alpha = .784$), degradación ($\alpha = .832$), control restrictivo ($\alpha = .858$), hostilidad y menosprecio ($\alpha = .761$)- así como para la escala total ($\alpha = .836$).

Se utilizó también la Escala de Ideología de Rol de Género en su versión reducida (Moya et al., 2006) para medir las creencias de las personas acerca de los roles y las conductas que las mujeres y los hombres deberían desempeñar. Se compone de 12 ítems, en escala de tipo Likert (de 1 = totalmente de acuerdo a 5 = totalmente en desacuerdo). El extremo superior de la escala indica una ideología de rol tradicional que concibe a la mujer frágil y necesitada de ayuda con el hombre como autoridad, proveedor y activo

en la esfera pública. Un puntaje menor indicaría una ideología igualitaria sin diferencias de género. Su fiabilidad en el estudio fue satisfactoria ($\alpha = .800$).

Antes de conducir los análisis estadísticos, todas las medidas continuas fueron estandarizadas para llevar a cabo los análisis de correlación y regresión. El género fue considerado como una variable cualitativa binaria (0 = hombre, 1 = mujer). Inicialmente, se condujeron las correlaciones bivariadas de Pearson; después, se exploraron las diferencias según el sexo y la edad sobre las variables de percepción de violencia psicológica e ideología de rol utilizando pruebas t para muestras independientes. Después se corrió un análisis de moderación para examinar la interacción de la doble moderación utilizando la herramienta computacional para el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) de libre acceso macro PROCESS. Para este análisis en específico se consideró la Ideología de Rol la variable predictora (X), con la Violencia Psicológica de Pareja como la variable de resultado (Y), en tanto que la Edad (M) y el Sexo (W) fueron las variables moderadoras.

Resultados

El análisis de correlación muestra asociaciones estadísticamente significativas entre la ideología tradicional y la tolerancia a la percepción de la violencia psicológica ($r = .221$, $p = .002$) y sus dimensiones de dominación ($r = .206$, $p = .002$), degradación ($r = .263$, $p = .002$), control ($r = .193$, $p = .002$) a excepción de la hostilidad ($r = .088$, $p = .002$).

Tabla 1
Comparación de medias de los puntajes totales de las variables en estudio según el sexo

Variable	Media según el sexo		t	d	p
	Hombre	Mujer			
Dominación	26.3784	28.5426	-2.403	-0.355	.017
Degradación	23.2162	26.4231	-3.803	-0.566	.000
Control	20.9865	22.7615	-2.299	-0.336	.023
Hostilidad	11.8784	11.9535	-0.144	-0.021	.886
Violencia Psicológica de Género	82.4595	89.5781	-2.615	-0.386	.010
Ideología de Rol	38.7945	41.7385	-2.708	-0.393	.007

Tabla 2
Resultados de un análisis de regresión para examinar la moderación del efecto de la Ideología de Rol sobre la Percepción de Violencia Psicológica al depender de la edad y el sexo.

		Percepción de violencia psicológica					
		Coef.	DT	t	p	ICNI	ICNS
Intersección	i_1	209.82	39.21	5.35	< .001	132.50	287.15
Ideología de rol (Zx)	β_1	-3.00	0.95	-3.45	.002	-4.87	-1.12
Edad (Z_M)	β_2	-2.43	.70	-3.45	.001	-3.81	-1.04
Sexo (Z_W)	β_3	-38.45	14.97	-2.57	.011	-67.96	-8.93
Ideología de rol x Edad (ZxZ_M)	β_4	.05	.02	3.05	.003	.019	.086
Ideología de rol x Sexo (ZxZ_W)	β_5	1.07	.37	2.93	.004	.35	1.80
$R^2 = .15$ $F(6, 201) = 7.12, p < .001$							

Nota: Coef. = coeficiente de pendiente; DT = Desviación típica; ICNI y ICNS = intervalos de confianza de nivel inferior y superior.

Para probar el supuesto de que existen diferencias se examinó la doble moderación del sexo (W) y edad (M) en el efecto de la ideología de rol (X) y la percepción de violencia de pareja (Y). En la Tabla 3 se observa el modelo que mostró un buen ajuste en el que la ideología de rol tradicional incrementa la tolerancia a la violencia de pareja. Este resultado se incrementa si las mujeres son mayores a 31 años ($t = 3.626, p < .001$ (95% IC = [.358, 1.211]) y más se tienen más de 42 años ($t = 4.444, p < .001$ (95% IC = [.749, 1.944]); es decir, tienen una mayor tolerancia a ser violentadas en sus relaciones de pareja. Esto en comparación con los hombres entre 20 y 30 años que presentan una ideología de rol menos tradicional con mayor sensibilidad a la violencia de pareja ($t = -2.188, p < .030$ (95% IC = [-1.617, -.084])).

Discusión

En primera instancia, los resultados de este estudio contribuyen a confirmar los efectos de la ideología de rol sobre la percepción de la violencia psicológica de pareja, así como el efecto moderador que tienen el sexo y la edad cuando se estudia la ideología de rol y sus consecuencias.

Los hallazgos indican que el sexismo, una ideología de rol tradicional, incrementa el nivel de tolerancia a la violencia psicológica de género. Esto podría explicarse por las creencias y tradiciones de la sociedad de carácter “prescriptivo” de lo que debería ser la conducta de mujeres y hombres que aportan un estereotipo de poder sobre el género femenino en México (Díaz Loving et al., 2015), en este caso, como una forma de violencia simbólica (emocional) que estaría asegurando y legitimando la dominación y que en Nuevo León es el tipo de violencia más frecuente (28.6%; INEGI, 2022).

Sin embargo, esta situación parece estar experimentando un cambio ya que se encontró que la edad y el sexo regulan el efecto de la ideología de rol sobre la percepción de violencia psicológica de género. Los hombres entre 20 y 30 años presentan una ideología de rol menos tradicional con mayor sensibilidad a la violencia de pareja, las mujeres de 31 años en adelante muestran una mayor tolerancia a ser violentadas psicológicamente en sus relaciones de pareja.

Es posible que la búsqueda de la igualdad de género promovida por organismos internacionales y gobiernos estén logrando visiones menos sexistas y estereotipadas con mayor apertura a los cambios en pro de la igualdad y que, en México de momento, parecen estarse evidenciando solamente en hombres iniciando su juventud en tanto que las mujeres adultas continúan con creencias en normas sexistas asociadas con la cultura tradicional

(Díaz-Loving et al., 2015). Al circunscribirse a las sutilezas de la violencia psicológica, las mujeres podrían estar percibiendo como justa la relación, en particular si se asocia a un sexismo benevolente por parte del hombre que la restringe mostrándole actitudes favorables y comentarios menos sexistas, pero que al mismo tiempo le impiden cambiar el status quo legitimando la desigualdad y la consecuente violencia de género (Durán et al., 2014; González-Rivera & Díaz-Loving, 2020; Ramos et al., 2018; Symetrías, 2020).

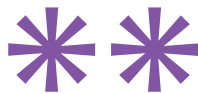
Por otro lado, es posible que el cambio en la ideología de rol de los hombres entre 20 y 30 años a favor de la igualdad coincida con una de las características de la llamada adultez emergente –fenómeno cultural que corresponde al período entre el final de la adolescencia y los años intermedios o finales de la tercera década de la vida (18-30 años)–, en particular en la etapa de exploración de la identidad antes de asumir los compromisos estables de la adultez (Barrera-Herrera & Vinet, 2017; Hochberg, & Konner, 2020). En este sentido, los varones adultos emergentes mexicanos podrían estar explorando y posiblemente desafiando las ideologías y creencias provenientes de su núcleo familiar al estar ahora más expuestos a temas de equidad de género. Las mujeres en esta misma etapa, por su parte, parecen continuar circunscribiéndose a los roles de género tradicionales. Parecen coexistir un igualitarismo abstracto que posiblemente cristalice en la adultez en los hombres, junto al conservadurismo cultural en las mujeres de esa misma etapa que en las mujeres adultas mayores a 30 años se observa como una

forma de resistencia al cambio por su tolerancia a ser violentadas emocionalmente.

Es importante reconocer que este estudio fue realizado en un solo contexto cultural por lo que sería importante replicar sus hallazgos en otros ámbitos. Una segunda limitación es que la conformación de la muestra que, si bien mantuvo la proporción, se recomienda ampliarla para incluir un mayor número de personas, mayor rango de edades y diferentes clases sociales, lo que podría proporcionar información interesante acerca de las diferencias generacionales.

Con este estudio se logra un avance en la percepción actual de la violencia psicológica de género en pareja. Es aparente una nueva visión menos sexista, con una mayor sensibilidad hacia la violencia en las relaciones de pareja en los hombres adultos emergentes; sin embargo, las mujeres de más de 30 años continúan con una ideología de rol tradicional con mayor tolerancia a la violencia emocional a pesar de que en México se han dado pasos hacia una mayor participación social.

Con la finalidad de alcanzar una sociedad igualitaria es importante advertir tanto sobre las sutiles consecuencias negativas de la violencia psicológica, así como del significado que conllevan los roles sociales de ser hombre y mujer de manera que se logre una transformación de las concepciones, actitudes y comportamientos tradicionales por otros en los que, superados los estereotipos, sin distinción de las personas según su sexo, ambos cuenten con las mismas oportunidades.



Referencias

Barrera-Herrera, A., & V. Vinet, E. (2017). Adultez Emergente y características culturales de la etapa en universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 35(1), 47-56.

Benalcázar-Luna, M., & Venegas, G. (2015). Micromachismo: Manifestation of symbolic violence. *UTCiencia: Ciencia y Tecnología al Servicio Del Pueblo*, 2(3), 140–149.

Bosch-Fiol, E., & Ferrer, V. (2019). The pyramid model: A feminist alternative for analysing violence against women. *Revista Estudos Feministas*, 27(2), 1–14.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2009). Participación política de la mujer en México. *Diario Oficial de la Federación*. Artículo 4, Pub. L. No. DOF 15-09-2017, 8 (2017). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Díaz-Loving, R., Armenta-Hurtarte, C., Elena, N., Ruiz, R., Reyes, N. E., Moreno, M., & Elemí Hernández, J. (2015). Creencias y normas en México: Una actualización del estudio de las premisas psico-socio-culturales. *Psykhe*, 24(2), 1–25.

Durán, M., Campos, I., & Martínez-Pecino, R. (2014). Obstáculos en la comprensión de la violencia de género: Influencia del sexismo y la formación en género. *Acción Psicológica*, 11(2).

Elboj, C., Flecha, A., & Íñiguez, T. (2013). Modelos de atracción y elección de la población adolescente y su relación con la violencia de género. *Contextos Educativos. Revista de Educación*, 12, 95–114.

Gago, T. (2014). Análisis y validación de la escala: Percepción de violencia psicológica en la pareja. *Universidad de León*.

Glick, P., & Fiske, S. T. (2001). An ambivalent alliance. Hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. *The American Psychologist*, 56(2), 109–118.

González-Rivera, I., & Díaz-Loving, R. (2020). Efecto de la creencia en el mundo justo sobre el sexismo ambivalente. *Psicología Iberoamericana*, 27(2).

Hochberg, Z., & Konner, M. (2020). Emerging adulthood, a pre-adult life-history stage. *Frontiers in Endocrinology*, 10.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. INEGI.

Mancinas, S., & Carbajal, M. G. (2010). Cambios y permanencias de la violencia familiar en Nuevo León, México. *Iberofórum*, 9, 49–68.

Mejía, R. C., & Muñoz, M. Á. G.-C. (2018). Género y salud. Ediciones Díaz de Santos.

Mena-Farrera, R. A., & Evangelista-García, A. A. (2019). De la violencia comunitaria y escolar a la violencia digital. Un reto para el análisis cualitativo. *CIAIQ2019*, 3, 678-683.

Moya, M., Expósito, F., & Padilla, J. L. (2006). Revisión de las propiedades psicométricas de las versiones larga y reducida de la Escala sobre Ideología de Género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 709–727.

Plaza, M. (2007). Sobre el concepto de “violencia de género”. *Violencia simbólica, lenguaje, representación. Revista Electrónica de Literatura Comparada*, 2, 132–145.

Ramos, M., Barreto, M., Ellemers, N., Moya, M., & Ferreira, L. (2018). What hostile and benevolent sexism communicate about men’s and women’s warmth and competence. *Group Processes and Intergroup Relations*, 21(1).

Rosner, B. (2011). *Fundamentals of biostatistics*. Brooks/Cole, Cengage Learning.

Ruiz, Y. (2008). La violencia contra la mujer en la sociedad actual: análisis y propuestas de prevención. *Fòrum de Recerca*, 13, 188–200.

Symetrías. (2020, Julio 29). Violencia estructural hacia la mujer.

Velázquez, Y., Peña, F., & Ruiz, L. (2020). Trabajadoras del hogar: grupo vulnerable al maltrato y desigualdad laboral. *Revista de Estudios de Género, La Ventana*, 6(51), 138–162.

Vinagre-González, A., Aparicio-García, M., & Alvarado-Izquierdo, J. (2020). IVISEM, una Medida de la Violencia Social Encubierta hacia las Mujeres. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 57(4), 149.

Artículo científico

Omar Chávez.
Doctor en Psicología de la Salud.
Maestro en Medicina conductual.
Docente, investigador y psicólogo clínico de la UDEM. Coordinador del grupo de investigación ACUDEM.
Contacto: omar.chavezv@udem.edu

La psicología clínica es un ámbito que tiene influencia metodológica y conceptual del ámbito de la salud y del modelo biomédico. En la actualidad, se utilizan metáforas y analogías para explicar la dimensión psicológica de los problemas de las personas. En este escrito se hace un breve análisis lógico-conceptual del uso de la terminología médica en nuestra profesión, así como su pertinencia y sus consecuencias. Es necesario tener claridad de que lo psicológico no es igual a lo médico, por lo que se deben abandonar el uso de conceptos como enfermedad, cura y trauma. Además, es importante caminar hacia la psicología basada en procesos, que nos aleje de las elecciones morfológicas y del uso de constructos o etiquetas derivadas de manuales diagnósticos ajenos a la psicología. La elección de las técnicas tiene que hacerse con base en los objetivos y las funciones del profesionalista en cada caso.

Palabras clave: psicología clínica, modelo biomédico – trastornos mentales – investigación de proceso – funciones psicológicas

La psicología clínica, sus errores conceptuales y metodológicos

Clinical psychology, its conceptual and methodological errors

Clinical psychology is a field that has methodological and conceptual influence from the field of health and the biomedical model. Currently, metaphors and analogies are used to explain the psychological dimension of people’s problems. In this paper a brief logical-conceptual analysis of the use of medical terminology in our profession is made, as well as its relevance and its consequences. It is necessary to be clear that the psychological is not the same as the medical, so the use of concepts such as disease, cure and trauma must be abandoned. In addition, it is important to move towards process-based psychology, which moves us away from morphological choices and the use of constructs or labels derived from diagnostic manuals unrelated to psychology. The choice of techniques must be made based on the objectives and functions of the professional in each case.

Keywords: clinical psychology – biomedical model – mental disorders – process research – psychological functions

La psicología clínica es un área de la profesión que se encarga de prestar servicios a personas para modificar su comportamiento y poder disminuir los problemas de su vida diaria. Cuando se habla de comportamiento nos referimos a lo que sentimos, lo que pensamos, lo que decimos y hacemos con relación al mundo que nos rodea. Antes del surgimiento de la psicología, este segmento social estaba a cargo de la medicina; quizá por esta razón la disciplina psicológica adquirió diversas prácticas y tradiciones médicas que se siguen presentando en la actualidad, teniendo como consecuencia malas prácticas y confusión conceptual.

Un primer aspecto se refiere al lenguaje que usamos en el ámbito clínico. Desde el nombre de psicología clínica se puede identificar la influencia médica. Los nombres de terapia, psicoterapia, enfermedades

mentales, trauma, sanación, cura, sintomatología, entre otros, son muestra de errores conceptuales que se presentan en nuestra disciplina. El comportamiento no es susceptible de enfermarse ni de sanarse, por lo que hablar de enfermedad mental o psicológica es una confusión y error en la forma de acercarnos a lo psicológico. No puede haber traumas porque no se fractura algo; cuando se hace una intervención psicológica no se sana nada porque no había nada enfermo.

El comportamiento se valora como adecuado/inadecuado, normal/anormal, bueno/malo o pertinente/impertinente, pero con base en las normas sociales de un momento histórico. Las valoraciones no son con base en el funcionamiento biológico, sino respecto de las prácticas de los grupos sociales de referencia. Por lo que, cuando un comportamiento deja de ser problemático no es porque se curó o hubo una mejora a nivel orgánico, sino porque las valoraciones sociales cambiaron. El ejemplo típico del comportamiento homosexual, que se consideraba como un trastorno en los manuales diagnósticos, pero actualmente ya no lo es; no es porque la persona se curó, sino porque hubo cambios sociales en las valoraciones de las prácticas humanas.

Por otra parte, en medicina tiene sentido hablar de síntomas porque el comportamiento y ciertos elementos corporales son muestra de que hay una anomalía biológica; por ejemplo, un virus, una bacteria o una disfunción orgánica. Sin embargo, en la psicología, el comportamiento no es muestra de una anomalía en el organismo. En todo caso, el comportamiento forma parte de categorías más

amplias e incluyentes: temblar, tartamudear, evitar pasar a exponer y llorar frente al salón en múltiples ocasiones se puede catalogar como ansiedad, pero la ansiedad es una tendencia comportamental. Sigue siendo un comportamiento, y el comportamiento no puede ser síntoma de otro comportamiento.

Ahora, en medicina hay un modo óptimo en que el organismo funciona, y se pueden hacer categorías de disfunciones de órganos y de sistemas biológicos. Hay una claridad entre nosología, etiología, semiología y posología, por lo que se pueden elaborar manuales diagnósticos. Sin embargo, en la psicología no existe un modo óptimo de comportamiento; el comportamiento es idiosincrásico, social, cultural, ajustado a un momento específico y a situaciones y contextos. No se pueden elaborar manuales de la misma manera en que se hacen en medicina. Además, las mismas personas que desarrollan los manuales diagnósticos (como el DSM) comentan en la introducción que en este no se identifican ni enfermedades ni causas del comportamiento; sirve para hacer descripciones más o menos precisas del comportamiento.

Lo anterior significa que las etiquetas o diagnósticos en psicología no explican, sino que describen, por lo tanto hay que explicarlos. Decir que una persona tiene depresión no es dar una causa a sus problemas, es nombrar la forma en que se comporta. Para identificar las causas individuales se requiere llevar a cabo un análisis funcional. Este análisis es la herramienta que permite a quienes ejercen la psicología la identificación de las variables psicológicas presentes en cada problema de las personas.

Por último, a diferencia de la medicina, en psicología las soluciones a los problemas y las formas de modificar el comportamiento de quienes usan los servicios psicológicos se dan por medio de técnicas. Pero las técnicas no están hechas y empaquetadas de antemano, sino que las hacemos en el consultorio por medio de nuestro comportamiento, de lo que hacemos y decimos. En medicina la solución a las enfermedades están en las medicinas y la sustancia activa que contienen; en psicología las técnicas y su efectividad dependerá de cómo las desarrollemos durante las sesiones psicológicas. Por lo que es crítico hacer énfasis en la investigación de procesos y en la enseñanza de funciones psicológicas. Es decir, ¿qué es lo que debe hacer la psicóloga en el consultorio para conseguir los cambios específicos?, ¿qué comportamiento se requiere desplegar para aplicar de forma adecuada la técnica seleccionada?

Este breve escrito intenta hacer una crítica a las prácticas presentes en la psicología clínica y que no nos favorecen como profesión. También, es un intento por poner de manifiesto las diferencias que hay entre psicología y medicina y por qué no deberíamos seguir llevando a cabo prácticas que no nos corresponden.

Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XIX(3), 247-256. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>
- Freixa, B. E. (2003). ¿Qué es conducta? Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3 (3), 595-613.
- Froján, M., Montaña, M., Calero, A. y Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. Clínica y salud, 22(1), 69-85.
- Froxán-Parga, M. X., Alonso-Vega, J., Trujillo, C., y Estal, V. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿Un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. Apuntes de Psicología, 36(1-2), 55-62
- Landa, D. P. (2011). Algunas consideraciones sobre la adopción del modelo médico en psicología: el caso de las terapias empíricamente fundamentadas. Revista Colombiana de Psicología, 20 (1). 107-115.
- Rodríguez, M. y Díaz, E. (1997). El terapeuta como participante en el cambio del comportamiento: una propuesta de análisis de los procedimientos no estandarizados de intervención. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, 153-164.
- Ribes, I. E. (2018). El estudio científico de la conducta humana: una introducción a la teoría de la psicología. Manual Moderno.
- Ryle, G. (2000). El concepto de lo mental. Paidós.
- Szasz, T. (2008). El mito de la enfermedad mental. Amorrortu.



Modesto Solís.
Doctor en Psicología y Salud por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigador y docente con artículos y presentaciones en congresos internacionales con enfoque en la prevención del suicidio, conductas autolesivas y conducta alimentaria de riesgo. Miembro de la Red de Evaluación y Promoción de Habilidades para la Vida.
Contacto: modesto333@comunidad.unam.mx

La predicción de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes por medio de la evitación experiencial e insatisfacción corporal



Resumen

Objetivo: Se exploró el poder predictivo de la evitación experiencial en conducta alimentaria de riesgo (CAR).
Método: Se obtuvo una muestra no probabilística de 205 adolescentes $M=12.81$ años ($DE=.89$), 50.7% hombres, 49.3% mujeres, todos estudiantes de una secundaria del Estado de Tlaxcala de Xicohténcatl, a quienes se evaluó mediante un formulario online en CAR, insatisfacción corporal y evitación experiencial.
Resultados: Se realizaron dos modelos de regresión lineal múltiple para predecir CAR en cada sexo. En el de hombres, el primer modelo con la evitación experiencial explicó 46 % de la varianza. En un segundo modelo, incluyendo la insatisfacción corporal, mejoró la varianza explicada a 67%. En las mujeres se realizó el mismo procedimiento; no obstante, la evitación no fue significativa en combinación con la insatisfacción corporal.
Conclusiones: La evitación experiencial tiene potencial en la predicción de CAR, especialmente en hombres, se recomienda examinar su relación y la posible interacción con la insatisfacción corporal.
Palabras clave: evitación experiencial – conducta alimentaria de riesgo – trastorno alimentario, insatisfacción corporal

Introducción

La investigación sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se ha enfocado especialmente en la insatisfacción corporal (Espina et al., 2001), examinando el efecto de la imagen corporal en diferentes conductas alimentarias de riesgo (CAR) (Askew et al., 2020); no obstante, la evidencia señala otros factores asociados a la gestación de TCA como la evitación experiencial: un factor clave en relación con síntomas de trastornos alimentarios (Merwin et al., 2021; Wooldridge et al., 2021).

La evitación experiencial es el proceso por el cual una persona toma distancia de ciertas experiencias (sensaciones corporales, emociones, recuerdos, etc.) intentando alterar la presentación de los eventos y el contexto en que surgen (Hayes et al., 1996). Se ha mostrado que dicho proceso está relacionado con diversas psicopatologías. Al mismo tiempo, se ha identificado su poder como variable mediadora entre la restricción cognitiva y los deseos de comer más (Fahrenkamp et al., 2019).

En un estudio reciente, se probó un modelo integrativo de regulación del afecto y evitación, en el que se propuso que la conducta alimentaria de riesgo (CAR) y las conductas autolesivas sin intención suicida, ejercen un rol similar en el afrontamiento de las emociones negativas (Anderson et al., 2018). En dicho modelo puede reconocerse la conducta alimentaria como una problemática que, pese a su clara relación con la insatisfacción corporal, puede ser también consecuencia de otros procesos. Por lo anterior, se planteó como objetivo de investigación analizar el poder predictivo de la evitación experiencial y la insatisfacción corporal en CAR.

Método

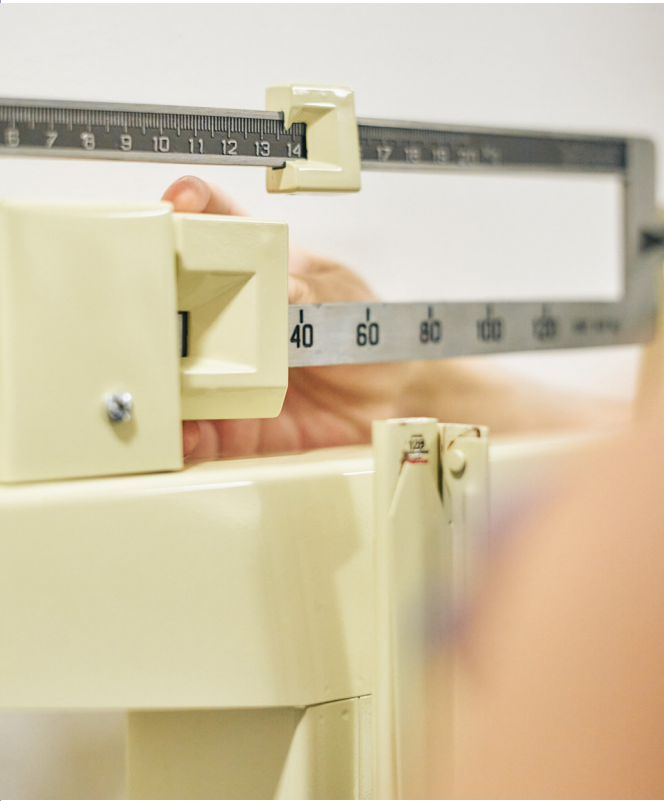
Muestra: Fue obtenida de forma no probabilística por conveniencia: $N=205$ estudiantes de una escuela secundaria del Estado de Tlaxcala de Xicohténcatl, $M=12.81$ años ($DE=.89$) rango de 11 a 14 años. 50.7% hombres, 49.3% mujeres.

Procedimiento: Se proporcionó un enlace de Google Forms con cuestionarios y un consentimiento informado sobre proyecto y los derechos de los participantes. Se dio una sesión psicoeducativa a los estudiantes en torno a creencias y hechos del suicidio. Después se brindaron reportes de resultados a la dirección escolar, así como capacitación sobre atención de conductas suicidas y autolesivas en escuelas. La recolección de los datos fue de carácter no invasivo y se desarrolló con base en los criterios éticos de la investigación en psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Instrumentos: Eating Attitudes Test (EAT-26) (Garner & Garfinkel, 1979; adaptado por Vázquez-Arévalo, et al., 2018). 26 ítems que miden conductas y síntomas asociados a anorexia y bulimia en 4 factores. Alpha de Cronbach $=.87$.

Body modification scale (BMS) (McCabe & Vincent, 2012; adaptado para hombres mexicanos por Cervantes-Luna et al., 2013), escala Likert de 1 a 6 opciones de respuesta. Alpha de Cronbach de $.88$. Body shape questionnaire (Cooper et al., 1987; adaptado por Vázquez-Arévalo et al., 2011). Consta de 20 ítems que evalúan la preocupación e insatisfacción con la imagen corporal en una escala Likert de 1 a 6 opciones de respuesta. Alpha de Cronbach $.98$

Acceptance and action questionnaire II (Bond et al., 2011; Hayes, 2005; adaptado por Patrón, 2010). Consta de 10 ítems en una escala Likert que evalúan la evitación experiencial. Alfa de Cronbach de $.89$.



Resultados

Se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple para predecir conductas alimentarias de riesgo, con hombres (Tabla 1) y con mujeres, planteando en un primer modelo la evitación experiencial como variable predictora y, en un segundo modelo, añadiendo a la ecuación la insatisfacción corporal: en el primer modelo de los hombres la varianza explicada fue de 20%, evitación experiencial (beta=.46); en el segundo modelo la varianza incrementó a 46%, evitación experiencial (beta=.28) e insatisfacción corporal (beta=.54).

Tabla 1
Regresión lineal múltiple de Conducta alimentaria de riesgo - HOMBRES

		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	Modelo	B	Error típ	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	23.93	4.76		5.02	.001
	Evitación experiencial	1.07	.205	.46	5.26	.001
2	(Constante)	9.14	4.43		2.06	.042
	Evitación experiencial	.65	.17	.28	3.65	.001
	Insatisfacción corporal	.44	.06	.54	7.11	.001

En el primer modelo de las mujeres la varianza explicada fue de 44%, evitación experiencial (beta=.67); en el segundo modelo la varianza aumentó a 75% con la adición de la insatisfacción corporal (beta=.72); no obstante, la evitación experiencial no tuvo un efecto significativo.

Discusión

La evitación experiencial por sí sola logró predecir en cierta proporción las CAR, efecto que se vio disminuido al incluirse la insatisfacción corporal en el modelo de regresión de los hombres, mientras que, en las mujeres, su efecto incluso dejó de ser significativo. Lo anterior podría sugerir que la relación de la evitación experiencial con CAR no es directa específicamente en el caso de las mujeres, de forma similar al efecto moderador de la ansiedad entre insatisfacción y CAR (Castro-López et al., 2021). Corresponderá a futuros estudios determinar dicha relación.

Se puede concluir que la presencia de CAR en los adolescentes varones, aunque se asocie a la insatisfacción corporal, también es resultado de la evitación de ciertas experiencias por lo que las estrategias de afrontamiento y la aceptación podrían considerarse como aspectos clave en la prevención de factores de riesgo de TCA.

Referencias

Anderson, N. L., Smith, K. E., Mason, T. B., & Crowther, J. H. (2018). Testing an Integrative Model of Affect Regulation and Avoidance in Non-Suicidal Self-Injury and Disordered Eating. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(2), 295–310.

Askew, A. J., Peterson, C. B., Crow, S. J., Mitchell, J. E., Halmi, K. A., Agras, W. S., & Haynos, A. F. (2020). Not all body image constructs are created equal: Predicting eating disorder outcomes from preoccupation, dissatisfaction, and overvaluation. *The International journal of eating disorders*, 53(6), 954–963.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42, 676–688.

Campuzano R., J.C., Hernández Á., A., Sanchez E., M., Chávez A., R., Morales C., E., Cabrales A., J. y Hernández G., C. (2023). Tendencia de la mortalidad por suicidios en México: panorama epidemiológico 1980-2015. *Psicología y Salud*, 33(1), 97-107.

Castro Lopez, V. R., Franco Paredes, K. ., & Peláez Fernández, M. Ángeles. (2021). Influencia de la ansiedad e insatisfacción corporal sobre conductas alimentarias de riesgo en una muestra de mujeres adolescentes de México. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 9(2), 1–12.

Cervantes-Luna, B. S., Álvarez-Rayón, G., Gómez-Peresmitré, G. L., & Mancilla-Díaz, J. M. (2013). Confiabilidad y validez de constructo de la Escala de Modificación Corporal en varones adolescentes. *Salud mental*, 36, 487–492.

Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–495.

Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa deAlda, Í., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4),532-538

Fahrenkamp, A. J., Darling, K. E., Ruzicka, E. B., & Sato, A. F. (2019). Food Cravings and Eating: The Role of Experiential Avoidance. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1181.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273–279

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

Hayes, S.C. (2005). *The ACT packet*.

Hu, Z., Yu, H., Zou, J., Zhang, Y., Lu, Z., & Hu, M. (2021). Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety, and depression in Chinese adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Brain and behavior*, 11(12), e2419. <https://doi.org/10.1002/brb3.2419>

Luciano, C., Páez-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1),141-165.

Martín Sánchez, D., Sancho Cantus, D., Cuerda Ballester, M., de la Rubia Ortí, J. E. de la R. O., & Solera Gómez, S. (2021). Relevancia de la Evitación Experiencial en la Esclerosis Múltiple y rol de enfermería. *Index De Enfermería*, 30(4), 313-317.

McCabe, M. P., & Vincent, M. A. (2002). Development of Body Modification and Excessive Exercise Scale for adolescents. *Assessment*, 9(2), 131 141. _

Patrón Espinosa, F., (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.

Sánchez-Cabada, M.E., Elizalde-Monjardin, M. y Salcido-Cibrián, L.J. (2022). Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud*, 32(1), 49-56.

Vazquez-Arevalo R, Medina-Tepal KA, López C, et al. *Validation in Mexican Women of Eating Attitudes Test (EAT-26)*. En: 2018 International Conference on Eating Disorders, Chicago, IL USA. 2018.

Vázquez, R., Galán, J., Aguilar, X., Alvarez, G., Mancilla, J. M., Caballero, A. et al. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 42-52.

Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Wooldridge, J. S., Herbert, M. S., Dochat, C., & Afari, N. (2021). Understanding relationships between posttraumatic stress disorder symptoms, binge-eating symptoms, and obesity-related quality of life: the role of experiential avoidance. *Eating disorders*, 29(3), 260–275.

Yesenia Reyna.
Miembro del grupo de Análisis del
Comportamiento, ACUDEM.
Estudiante de Licenciatura en Psicología Clínica
en la Universidad de Monterrey.
Contacto: yesenia.reyna@udem.edu

Desarrollo de habilidades para la elección de servicios psicológicos clínicos de calidad

Development of skills for the choice of quality clinical psychological services



Resumen

El interés de la población en buscar explicación y solución a sus problemáticas, ha aumentado el interés por la salud mental y, en consecuencia, la demanda de servicios psicológicos. Surge la pregunta sobre qué tantos de esos servicios son de calidad, y si la población cuenta con habilidades necesarias para elegir en base a ética profesional, moral, profesionalidad, evidencia científica y funciones de la psicología clínica. La psicología clínica posee diversidad teórica y práctica que produce confusión conceptual entre prácticas y falta de regulación a los requerimientos de los profesionales que ejercen. Esto le obstaculiza a la población el desarrollo de habilidades para la elección de un servicio psicológico de calidad, además de saber comprender e identificar cada práctica. No existen programas ni intervenciones psicológicas destinadas a entrenar a las personas con este objetivo, haciendo necesario la creación de un programa de intervención para la elección de servicios de calidad.

Palabras clave: Salud mental – calidad – servicios psicológicos – evidencia – formación psicológica

Abstract

The interest of the population in seeking explanations and solutions to their problems has increased the interest in mental health and consequently the demand for psychological services. The question arises as to how many of these services are of quality, and if the population has the necessary skills to choose based on professional ethics, morality, professionalism, scientific evidence and functions of clinical psychology. Clinical psychology has theoretical and practical diversity that produces conceptual confusion between practices, and lack of regulation to the requirements of the professionals who practice it. This hinders the population from developing skills for choosing a quality psychological service, as well as knowing how to understand and identify each practice. There are no psychological programs or interventions aimed at training people for this purpose, making it necessary to create an intervention program for the choice of quality services.

Keywords: Mental health – quality – psychological services – evidence – psychological training

10 habitantes buscan ayuda psicológica (Secretaría de Salud, 2021), lo que en realidad conlleva más de 3 millones de personas que buscan una atención psicológica clínica; es a esta población a la que se le debe brindar un servicio de calidad.

Por tal motivo y por la demanda en aumento de los servicios psicológicos, existirán diversos medios de aplicación o información referente a la salud mental, y más si es referente al tema de un buen servicio psicológico clínico. Sin embargo, ¿qué tanto de esos datos son brindados por profesionales que muestran evidencia científica? ¿Qué tanto son brindados por población general?, ¿quienes solo solo brindan opiniones con base en su propia experiencia? ¿Estos individuos con poca experiencia consideraron los elementos para llevar un proceso terapéutico de calidad? ¿Realmente asistieron con un profesional que cumple con los requisitos para ejercer la práctica clínica?

Es importante resaltar que existe confusión conceptual en la psicología al abordar el tema de salud mental. También, existen diversos modelos teóricos que fundamentan, delimitan y guían el trabajo de las y los psicólogos de la salud. Se espera que dicha diversidad sea comprendida entre la población, sin embargo, debido a que no se desarrollan programas para cumplir con ese objetivo, es poco probable que las personas puedan identificar las diversas corrientes psicológicas existentes, el grado de formación necesario en un psicólogo para poder prestar sus servicios en el ámbito de la salud y la necesidad de que sus actividades estén basadas en evidencia científica.



La Asociación Estadounidense de Psicología (APA, 2012) menciona la evidencia científica como un elemento indispensable dentro del servicio psicológico para brindar técnicas y habilidades a los usuarios que se rijan de lo ya estudiado y comprobado científicamente. El propósito del servicio psicológico es que en un momento dado el paciente se sienta listo para dejar la terapia psicológica, podría ser ya al haber aprendido técnicas y habilidades que lo apoyarán en un futuro. Dichas técnicas, como el procedimiento para adquirir las habilidades necesarias y el tratamiento psicológico, siempre deben de estar basadas en evidencia científica. Así mismo, la excepción de una metodología basada en

Conforme avanzan los años, se ha aumentado progresivamente el interés de la población en temas de salud mental y el uso de servicios psicológicos clínicos, principalmente por la búsqueda de la explicación de la problemática que tienen y cómo darle una solución. En el mundo, los trastornos psicológicos afectan a 450 millones de personas, y tan solo en México afecta a 15 millones de habitantes. A pesar de ello, solo 2 de cada



El propósito del servicio psicológico es que en un momento dado el paciente se sienta listo para dejar la terapia psicológica, podría ser ya al haber aprendido técnicas y habilidades que lo apoyarán en un futuro.



evidencia conlleva una penalización previamente establecida, pero, aún así, no todos los pacientes tienen el conocimiento de que es algo que se debería de corroborar con el profesional (Secretaría de Salud, 2018).

Referente en la identificación para elegir un servicio psicológico de calidad abordado desde la psicología, se deben considerar aspectos como la ética profesional, la moral y la profesionalidad, sumado a definir qué funciones tiene la psicología clínica. Al delimitar la función de la psicología clínica, esta se debe encargar de promover la salud mental con el fin de intervenir y rehabilitar a las personas que presentan algún tipo de problema en su dimensión psicológica. Para poder brindar servicios clínicos se debe de estar en constante formación y desarrollo ético para los futuros usuarios que se atenderán (Sánchez, 2008).

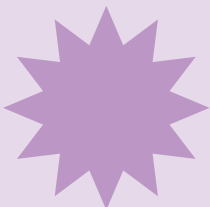
Existen ciertos criterios, refiriéndose a los niveles de estudio, que requiere un profesional de la salud mental para poder dar algún tipo de consulta o apoyo psicológico. Por lo que se debe de tener concluido el estudio de la licenciatura, posterior a eso, cursar la maestría o posgrado que sea del agrado para el futuro profesionista, y contar con los años o horas necesarias de experiencia clínica supervisada por alguien ya profesional (aproximadamente de 500 a 1,000 horas son las adecuadas que cumpla un practicante). De igual manera, mantenerse en constante formación por medio de la lectura, la investigación, conferencias o coloquios es la forma en la que el profesional podrá complementar sus estudios y su experiencia propia para poder enriquecerse como psicólogo y así brindar un buen servicio psicológico que se rija por la ética. (American Psychological Association, 2019; Sanchez, 2012).

Cumpliendo con los requisitos previamente mencionados, la SEP (Secretaría de Educación Pública), el RVOE (Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios) y el COPAES (Consejo para la Acreditación de la Educación Superior), le brindarán a la persona que concluyó los respectivos estudios, una cédula profesional con la cual se da por hecho que

está preparado para recibir personas y tratarlos por medio de una terapia psicológica (Sanchez, 2012).

Desafortunadamente, los criterios para la regulación de los profesionales y para brindar un servicio que se sostenga de la moral, no parecen estar del todo claros para aquellos que requieren de dicho servicio. Es cuestionable que si no existe una institución que regule la calidad de los servicios psicológicos, al mismo tiempo se espere que la misma población identifique y obtenga servicios de calidad. Como lo reafirma Caballo y Salazar (2019), aun teniendo estas especificaciones y criterios que son del ámbito legal, hay personas que no se rigen de ellas y brindan un servicio que es basado en un par de diplomados o cursos que no provienen de la evidencia científica, sino más bien de juicios, opiniones o experiencias propias.

Esta situación resulta en prácticas no éticas, por no apegarse a los lineamientos establecidos y comenzar a ofrecer servicios sin el entrenamiento necesario para llevar a cabo. Esta falta de información por parte de las personas que solicitan los servicios y la falta de rigurosidad para validar las credenciales en la formación de algunos profesionales resultan problemáticos para la profesión psicológica y en detrimento para la población (Botella, 2016).



Por otra parte, actualmente no existen programas ni intervenciones psicológicas destinadas a entrenar a las personas a elegir un servicio psicológico de calidad. Por ende, no hay claridad respecto a las diferencias entre coaching, psicólogo clínico y otras opciones (Mejía, 2019). Por lo tanto, es necesario un programa de intervención psicológica para la elección de servicios psicológicos clínicos de calidad para que la población general logre identificar elementos de un buen proceso terapéutico e información relacionada con el tema.

Referencias

- American Psychological Association (2012). *Entendiendo la psicoterapia*.
- American Psychiatric Association. (2019). *What is Psychotherapy?*
- Caballo, V. y Salazar, I. (2019). *Ingenuos. El engaño de las terapias alternativas. Siglo XXI. España*.
- Botella, L. (2016). *¿Por qué me has elegido?: Motivo para la elección de terapeutas desde la perspectiva de los clientes*. II Jornadas Nacionales de Psicoterapia. Barcelona, España. DOI:10.13140/RG.2.1.1236.7765
- Mejía, D. (2019). *Diferencias entre psicoterapia breve y coaching*.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica. Manual Moderno*.
- Sánchez, J. (2012). *Aspectos Contemporáneos de la Regulación de la Psicoterapia y el Consejo Psicológico en México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaría de Salud. (2018). *Trastornos mentales afectan a 15 millones de mexicanos*. Gobierno de México.
- Secretaría de Salud. (2021). *Coordina Salud servicios de atención psicológica ante pandemia por COVID-19*. Gobierno de México.

360° UDEM, LA → REVISTA DONDE HABLAMOS DE TODO LO QUE NOS INSPIRA

DESCÁRGALA



@360udem



360°
UDEM

TIENDA UDEM

ESTOA / PISO 2

VISITA
TIENDA UDEM
EN LÍNEA:



udem.edu.mx/tiendaudem



María Álvarez.
Especialista en Clínica Psicoanalítica.
Maestra en Psicología Clínica.
Contacto: maria.alvareza@udem.edu

Melancolía ordinaria como perturbación narcisista y el lugar de los fenómenos elementales

Resumen

El artículo explora la idea del narcisismo más allá de la patología del DSM, y presenta la conceptualización del narcisismo de Freud como libido depositada en el yo y el mito de Narciso como un joven que se enamora de su propia imagen. Se hace una distinción entre neurosis, psicosis y neurosis narcisistas de Freud, y se enfatiza en la melancolía como una neurosis narcisista donde el sujeto se convierte en el origen de todos los males. Finalmente, se destaca la diferencia entre la depresión y la melancolía, ya que la melancolía es una estructura mientras que la depresión puede ser neurótica, psicótica o perversa.

Palabras clave: Psicoanálisis – Melancolía – Narcisismo – Depresión

Abstract

The article explores the idea of narcissism beyond the pathology of the DSM, and presents Freud's conceptualization of narcissism as libido deposited in the ego and the myth of Narcissus as a young man who falls in love with his own image. A distinction is made between neurosis, psychosis and Freud's narcissistic neurosis, and emphasis is placed on melancholy as a narcissistic neurosis where the subject becomes the origin of all ills. Finally, the difference between depression and melancholy is highlighted, since melancholy is a structure while depression can be neurotic, psychotic or perverse.

Keywords: Psychoanalysis – Melancholy – Narcissism – Depression

Hablar de narcisismo nos remonta a la patología del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Sin embargo, al reducir el narcisismo a la creación de una imagen grandiosa y un exceso de amor depositado en el yo, hacemos a un lado otras conceptualizaciones clásicas importantes.

Primero, la que Freud propone en Introducción (1914), entendiéndolo como libido depositado en el yo. Segundo, el mito de Narciso, en el cual se menciona a un joven que deja de hacerse cargo de sus necesidades básicas para contemplar su imagen. Si la imagen de uno mismo es tan precaria como para creer que si se le deja de ver desaparece, parece que la solución va más allá de una admiración por sí mismo (Gómez, 2019). Ampliar nuestros horizontes respecto a lo que entendemos por narcisismo nos permite entender que existen muchos pacientes con patologías narcisistas a pesar de que no posean una imagen inflada de sí mismos, o lo que entendemos cuando pensamos en soluciones de este orden.

En un primer esbozo para clasificar patologías, Freud hizo la distinción entre neurosis, psicosis y neurosis narcisistas. Para él, la neurosis implicaba un conflicto entre el yo y el ello, las psicosis referían a un conflicto entre el yo y la realidad, mientras que las neurosis narcisistas respondían a un conflicto entre el yo y el superyó (1923).

La melancolía corresponde a lo que Freud (1917) denominaba neurosis narcisistas. A pesar de que han surgido modelos nuevos clasificatorios o estructurales en el psicoanálisis, en los cuales se toma a la melancolía como una psicosis, su carácter narcisista sigue siendo evidente: el sujeto melancólico sustituye al objeto perdido por su propio yo, depositando su libido en él, y el superyó le dirige los reproches dirigidos hacia aquello que perdió. Lo destacable es que el melancólico, en medio de su devaluación y desmoralización, se convierte en el origen de todos los males.

He encontrado que la cuestión del narcisismo y los fenómenos elementales son clave para entender formas más discretas de melancolía. Tomando en cuenta que este tipo de subjetividades, vinculadas a la psicosis, no son tan notorias cuando se les relaciona con una manifestación extraordinaria y clásica, además de las asociaciones que nos evoca el término “narcisismo”, se puede confundir o pasar de alto. En pacientes melancólicos no encontramos la expresión manifiesta de superioridad yoica ni la devaluación hacia los demás, propias de las soluciones narcisistas sobre las cuales parece existir un consenso en común. Lo que sí podemos encontrar es el retiro como renuncia a la vida y el mundo exterior; no de la manera en que sucede en el trabajo de duelo, sino como un intento de desaparecer, una manera de morir.

Al indagar sobre este retiro, encontraremos más referencias al narcisismo como un estilo de economía libidinal. Afirmaciones, que parecen ser más del orden de una confesión de pecados, sobre las cuales se justifica el maltrato que ha recibido y se afirma merecerlo. A pesar de los rodeos en

el discurso, la queja se ubica en el ser. Es notoria, también, la precariedad del valor que se dan a sí mismos, sin una piel que les proteja ante el odio, hacia el objeto que han desplazado hacia sí mismos. Es así como encontramos a sujetos especialmente sensibles ante los fracasos e insultos, para quienes se encuentra en juego el valor del yo, identificado con el objeto a o el desecho. Entonces, es común que estos pacientes dependan de un objeto externo que los valide, se encuentren hambrientos de validación y admiración, las cuales, si logran conseguirse, no se sostienen ni perduran. Es de esta manera en que la libidinización del yo adquiere un carácter negativo, invirtiéndose y convirtiéndose en un odio hacia su persona, lo cual puede conducir hacia la experiencia subjetiva de inexistencia (Hornstein, 2008; Green 1986).

Por otro lado, diagnosticar la melancolía es una labor complicada. Es importante hacer la distinción entre depresión y melancolía: la depresión puede ser neurótica, psicótica o perversa, implica la asunción de una pérdida. Los modelos kleinianos afirman la depresión como indicador de desarrollo, resaltando que da paso a la gratitud. La sintomatología depresiva se encuentra en muchos cuadros clínicos que difieren entre sí de manera radical. Sin embargo, la melancolía es una estructura, lo cual implica que se diferencia de las neurosis, las perversiones y las psicosis no-melancólicas. Para los post-kleinianos, la melancolía tiene raíz en la envidia como oposición a la gratitud depresiva. Independientemente de la escuela de pensamiento psicoanalítico sobre la cual nos conduzcamos, existe algo característico en esta subjetividad: para los sujetos melancólicos, ya sea que o no presenten delirios manifiestos, la pérdida equivale a la pérdida de sí mismos, y el objeto perdido es reemplazado con el yo (Koolhaas, 1962).

Una vez que hemos establecido la distinción entre depresión y melancolía, queda pensar en otras cuestiones referentes al diagnóstico diferencial.



Se le puede confundir con el famoso trastorno límite, sobre todo cuando hablamos de melancolías más ordinarias. Además, es fácil confundirla con una neurosis obsesiva: tal como lo mencionaba Tellenbach, el *typus melancholicus* incluye una inclinación hacia el orden, el trabajo ferviente, la importancia del deber y el altruismo. Entonces recordamos cuando Lacan menciona que nada se parece a una neurosis tanto como una psicosis sin desencadenarse (Fernández-Zoila, 1983).

Frente a la dificultad diagnóstica que determina nuestra manera de intervenir, es importante detectar fenómenos elementales. Partiendo de que una estructura psicótica no es, por sí misma, incompatible con lo que se entiende como normalidad, prestar atención a las particularidades que la delatan nos permite diagnosticar desde un lugar que no le dé un peso excesivo a la distinción entre lo que es florido y lo que encontramos todos los días. En pacientes melancólicos ordinarios, podemos llegar a encontrar una falsedad yoica resentida, especialmente si lo que lo sostiene son identificaciones imaginarias precarias, o si presentan una personalidad “como si”. De igual manera, nos es útil buscar o descartar deficiencias en los efectos fálicos, muchas veces asociadas a la significación, lo que les brinda a los pacientes una falta de coherencia o cohesión entre los sucesos de su vida, entre sus palabras, lo cual puede alternar con un “exceso de significación”, o encontrar significado en todo. De igual manera, podemos escuchar expresiones que delatan una invasión de goce o exceso de libido: “sensaciones luminosas”, “vibraciones oscuras”, o cualquier fenómeno corporal. Sin embargo, el fenómeno a destacar es el de autorreproche, que da cuenta sobre la manera en que estos pacientes organizan su mundo y lidian con el exceso de libido: localizándolo alrededor del yo.

La naturaleza de los fenómenos elementales melancólicos permite distinguirla de otras estructuras psicóticas. Estos son reiterativos y contrastan con la variedad de los fenómenos paranoicos, por ejemplo. Se encuentra repetición de la pereza, la pérdida de voluntad del pensamiento y la insistencia en el dolor moral. Sin embargo, ocasionalmente pueden presentarse algunos delirios característicos de una melancolía extraordinaria o florida, asumidos por el paciente y sin que estos llamen la atención de los demás, por la discreción con la que se manejan: autoacusación, sensación de estar arruinado o haber arruinado a los demás, temores de persecución (merecida, afirman) y la certeza de que son o serán condenados. Entonces, lo que nos permite diagnosticar una melancolía ambulatoria, fuera de un hospital, son los fenómenos que apuntan hacia la psicosis y hacia una muerte subjetiva (Álvarez & Peña, 2006; Mazzuca, 2003).

Referencias

- Álvarez, J. M., & Peña Esbrí, J. J. (2006). Sombras y luces de la melancolía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(2), 137-142.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 14. Amorrortu.
- Freud, S. (1924). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. *Obras completas*, 19. Amorrortu.
- Gomez, K. (2019). *Mythological Bridge Between Intergenerational Transmission of Unmourned Loss and Addiction* [Tesis de maestría en psicología clínica]. Universidad de Monterrey.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu.
- Hornstein, L. (2008). Hacia una clínica del narcisismo. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (21), 87-97.
- Koolhaas, G. (1962). Melancolía no es depresión. *Revista de psicoanálisis*, 19(1-2), 92-98.
- Mazzuca, R. (2003). Clínica psicoanalítica de la melancolía. *Revista Alcmeon*.

Entrevista

MM: María Miron (entrevistadora).

Especialista en Clínica Psicoanalítica. Maestra en Psicología Clínica por la Universidad de Monterrey. Docente de la Escuela de Psicología de la UDEM.

Contacto: maria.miron@udem.edu

MC: Marilyn Charles (entrevistada).

PhD, ABPP. Psicóloga y psicoanalista en el Centro Austen Riggs. Copresidenta de la Asociación para el Psicoanálisis de la Cultura y la Sociedad (APCS). Las afiliaciones incluyen el Centro de Psicoanálisis de Chicago; Escuela de Graduados en Psicoanálisis de Boston; Escuela de Medicina de Harvard. Actualmente desempeña el rol de Coordinadora Internacional de la Especialidad de Clínica Psicoanalítica de la Escuela de Psicología de la UDEM.

Contacto: marilyn.charles@udem.edu

Entrevista a la Dra. Marilyn Charles: “La enseñanza y práctica clínica del psicoanálisis: debates y desafíos”

Uno de los puntos importantes y que generan más desafíos en la actualidad tiene que ver con lo que el campo clínico en la salud mental nos confronta. Para ello, hemos recurrido a una de las Coordinadoras Internacionales de los Programas de Posgrado de Psicología de la Universidad de Monterrey para que nos cuente sus proyectos y reflexiones en torno a la actualidad de los debates y desafíos de la enseñanza y la práctica clínica del psicoanálisis en la actualidad.

MM: Estimada Dra. Charles, me gustaría empezar esta conversación escuchando sobre los proyectos en los que está trabajando actualmente.

MC: Estoy trabajando en varios proyectos de verano, entre los cuales está el proyecto de metacognición en trastornos de la conducta alimentaria, donde, junto con exalumnos y alumnos de posgrado, estamos investigando lo que estos pacientes aprenden o no de un proceso de psicoterapia psicoanalítica. También estoy trabajando en un libro sobre el trauma, donde intento esclarecer los problemas con los que esta población contiene desde una perspectiva del desarrollo, en contraposición con el modelo médico-patológico de la enfermedad mental. Claro que este último es un marco de referencia útil para muchos, pero creo que para la mayoría de las personas es más *user friendly* pensar el trauma como aquello respecto de lo cual una persona no logra aprender o adaptarse en su ambiente inmediato, ya sea familiar o cultural, que los mantiene atorados en el presente, tratando de encontrar su camino y la mejor manera de encontrar el camino, el propio yo, y superar una dificultad, es tener la capacidad para pensar sobre el problema.

Al mismo tiempo, trabajo en un artículo sobre sueños, como tributo a un querido amigo que falleció recientemente cuyo trabajo analítico estaba consagrado a ellos. Casualmente, los sueños y la teoría de campo es el tema del próximo seminario del posgrado y elegí este



tema justamente porque creo que los sueños son como un campo del inconsciente. Si logramos desarrollar una relación de familiaridad y trabajo con nuestros propios sueños, entonces obtendremos una ventana que nos muestra aquellos proyectos personales en los que estamos trabajando, bajo cubierta y a oscuras. Los sueños siempre son parte de nuestro proyecto personal permanente, muestran una manera de manejar los problemas de la vida diaria y movernos más allá de los lugares donde estamos atorados generalmente.

MM: Mencionaste dos términos que creo que tus alumnos reconocerán como muy destacados en tus seminarios. Por un lado, *field theory*, y por el otro, el colocar una perspectiva del desarrollo en el centro de nuestras formulaciones sobre el psicoanálisis contemporáneo. ¿Puedes elaborar más sobre esta última, por favor?

MC: Mi interés proviene de un par de lugares diferentes. Me parece, por un lado, que cuando empezamos a trabajar con alguien tenemos una idea de sobre qué están trabajando en términos de retos en el desarrollo, por ejemplo, estás trabajando con un adulto, pero hay algo que aparece como perteneciente a alguien de 13 o quizá 2 años. Todos tenemos estas partes en nosotros mismos y me parece que de manera importante estos momentos marcan algo sobre los lugares donde alguien está batallando. Estas ideas no son nuevas, estaban en Freud cuando él reconocía que había experiencias que dificultaban u obstruían el desarrollo, pero estos desarrollos en su obra quedaron eclipsados en muchos sentidos por sus teorizaciones sobre la pulsión. Tengo una alumna que está ayudándome a entender a mayor profundidad lo que las teorías más complejas, como la teoría del caos, pueden aportar al psicoanálisis. Si pensamos en relaciones de objeto, por ejemplo, vemos que no solamente nos movemos hacia algo, sino que somos empujados y atraídos por algo que vemos como exterior a nosotros y con lo que interactuamos. Existen actualmente formulaciones cada vez más complejas en términos del modelo en sí mismo, que nos permiten pensar no solo en la fantasía que mueve a un paciente, sino en la fantasía de una expectativa que se evidencia en la relación que alguien tiene con sus significantes enigmáticos. Estos encuentros de la



Estas ideas no son nuevas, estaban en Freud cuando él reconocía que había experiencias que dificultaban u obstruían el desarrollo, pero estos desarrollos en su obra quedaron eclipsados en muchos sentidos por sus teorizaciones sobre la pulsión.

clínica resaltan la necesidad por modelos más complejos que la hidráulica, ya que aún si los modelos hidráulicos contienen todas las piezas del rompecabezas. No creo que nos ofrezcan suficientes dimensiones, y justamente por esto, encuentro la teoría del campo (*field theory*) interesante.

Siguiendo con tu pregunta, creo que la vergüenza (*shame*) es un factor que limita el desarrollo, y esto es relevante sobre la situación analítica en sí misma, donde alguien llega al consultorio esperando que sepas algo que le sea de ayuda, pero para muchas personas el simple hecho de que sepas algo que ellos no, resulta un problema inmediato y causa una vergüenza profunda. Es importante prestar atención a cómo podemos hacer que alguien se sienta mejor en nuestro esfuerzo por tratar de ayudarlos, y claro, Winnicott hablaba de esto en términos de reconocer que es necesario proveer el espacio donde alguien puede aprender o regresar al camino del desarrollo sin interferir demasiado. Hay que ser respetuosos del aprendizaje como un proceso activo de poder confiar en los recursos propios y encontrar el propio deseo. Estas son ideas que están en todas partes en la literatura analítica, solo que se formulan de maneras muy diferentes. Para mí es importante sostener el espacio para aprender, ya sea con mis pacientes o con mis alumnos, y motivar el interés en vez de fomentar la vergüenza sobre el no haber solucionado algo antes. La vida es quizá más sobre el proceso de aprender que sobre el contenido del aprendizaje. Pensando en Bion y en la disyuntiva que marca entre el crecimiento y la evasión, crecer es un reto que puede ser doloroso y difícil, y hay una parte en todos nosotros que se resiste. Creo que la curiosidad es parte natural de la composición humana como algo que nos motiva si el ambiente lo permite. En algunos casos, esta curiosidad, así como nuestra capacidad creativa, se ven impedida por la vida, las circunstancias o el trauma.

Personalmente, intento sostener espacios donde las personas puedan encontrarse con los bordes donde el aprendizaje ocurre, disfrutar el proceso y confiar en que seguir sus propias preguntas los va a conducir al lugar adecuado, que podría no ser el mismo camino que yo tomaría personalmente, existen muchos caminos y es importante que cada quien tome el suyo. En parte por esto me gusta notar lo que hay de valioso en diferentes teorías en vez de casarme con una sola perspectiva como lente a través del cual ordenar el mundo.

MM: Me parece que para muchos estudiantes es un reto importante el reconocer el valor de diferentes perspectivas en vez de construir capillas para una teoría particular, los modos totalitarios de pensamiento pueden ser muy seductores ante la inseguridad de la duda. Creo que acabas de responder mi siguiente pregunta, pero la formularé de todos modos, ¿cómo definirías tu rol como analista?

MC: Pienso que el punto del psicoanálisis es desarrollar las capacidades propias, desarrollar la capacidad para pensar, en el sentido más complejo del término. Un paciente hoy me decía que no podía pensar, y yo le intentaba comunicar que veo evidencia de su pensamiento aquí y allá,

hasta que comprendí que él me estaba señalando la diferencia entre acumular experiencias (incluso cognitivas), y ser capaz de pensar sobre ellas. Hay una libertad particular en poder dar un paso atrás y pensar en la propia experiencia de algo con el sentimiento de que puedes confiar en tu propia mente, y muchas personas, como mi paciente, no tienen este recurso a su disposición cuando llegan a nuestro consultorio, ya sea porque no lo han alcanzado, o porque lo han perdido. Como analista sostengo el espacio para que los procesos primarios, o formas no-verbales del saber, puedan encontrarse con los aspectos más racionales y verbales. Por eso uso el instrumento de Lysaker para medir metacognición (el MAS-A), porque es sobre hacer uso de la propia experiencia de maneras cada vez más complejas, sutiles y reflexivas, justamente a lo que el grid de Bion apunta. Es lo que debería de ocurrir en psicoanálisis; ayudar a las personas a desarrollar la capacidad de pensar sus propios pensamientos, hacer uso de su experiencia y construir su propia perspectiva. Claro que fomentar esto sin que nuestra función en sí misma entorpezca el proceso es complicado. Una interpretación es una conjetura más que un edicto, y cuando formulo algo estoy prestándole a otra persona una experiencia de pensar al mostrarles mi proceso de pensamiento, y esta persona puede estar de acuerdo o no, pero la experiencia radica en tener un modelo para pensar con el cual jugar y rebotar en vez de sufrir la inserción de un conocimiento exterior. Aprender no es recibir conocimiento, es construir una experiencia y eso es lo que hacemos.

MM: Y ese es justamente el espacio donde reside la creatividad, ¿no? En la intersección entre lo que Freud llamaría los procesos primarios y los procesos secundarios, o más cercano a lo que André Green denominó procesos terciarios. A partir de aquí, voy a tocar otra pregunta común entre los estudiantes. En este momento estoy hablando contigo en línea y la imagen que la pantalla me ofrece es de ti es rodeada por cientos de libros que sé, pertenecen tanto a la literatura y el arte como al psicoanálisis. Así que, ya que estamos hablando de interseccionalidad, voy a arrojar la pregunta del millón: ¿El psicoanálisis es arte o ciencia?

MC: Bion hablaba sobre 3 perspectivas que podríamos tener, la religiosa, que es la tradicional, luego la científica, que era la bandera de Freud, y luego la estética, que es para mí la que nos concierne. Freud habla de libido en términos muy sexuales, sensuales también, pero sobre todo sexuales. Mi experiencia se organiza de manera más sensual, en el sentido donde la forma y el patrón de la experiencia tienen peso, imagino que, si yo fuera compositora, esto sería música en su forma, música sin sonido, que es cómo podríamos describir el afecto, ¿no? Entonces para mí el mundo está construido de patrones de una manera hermosa y que se mueve hacia el sentido, así que la estética está en la base de lo que me moviliza, y no estoy sola en esta perspectiva. Bion llamó nuestra atención aquí, pero Freud hablaba de arte, aunque no exploró mucho esta vertiente por su compromiso con su proyecto científico. Podemos ver aquí el peligro de ser demasiado científico, o voy a decir “cientifista”, y la psicología en mi país (EUA) es un claro ejemplo del peligro de refinar conceptos solo para poder controlarlos, incluso al punto de volverlos irrelevantes en términos de trabajar con seres humanos. Prefiero por mucho preservar los significados humanos, y esto incluye un esfuerzo por escuchar al inconsciente, que es patrón y forma más que cualquier otra cosa.

MM: ¡Gracias por una respuesta así de rica! Me hace pensar en mi recorrido por la universidad y el posgrado, y en cómo cada uno está intentando trabajar una tesis a partir de ideas que nos atraviesan. Hablando con mis colegas resulta evidente cómo cada quien en nuestro recorrido encontramos diferentes maneras en las cuales nuestros intereses por el arte, la mitología, la literatura o la música, informan las metáforas y construye o expande los límites de lo que podemos pensar en la clínica...

MC: Eres muy clara en ese punto, pienso en el artículo que estoy escribiendo sobre los sueños, que habla sobre que existen significados en nuestra experiencia y nuestro intento de organizar y entender la experiencia, incluso en sus niveles no verbales, es donde el trabajo ocurre. Creo que en parte tienes que analizarte, sí o sí, para devenir analista, justo porque tienes que ser capaz de hacer sentido a los aspectos no verbales. El psicoanálisis nos invita a prestarle atención justamente a esto a lo que la vida cotidiana nos invita a cerrar los ojos, a menos, quizá de que seas una madre, una enfermera o una artista, los significados no verbales frecuentemente se ignoran. Los niños nos confrontan con esto, por ejemplo: un niño puede decirte “deja de gritarme” cuando estás hablando en volumen normal, para señalar el tono afectivo de la comunicación.

MM: Siguiendo esto, ¿cuál es tu recomendación para los clínicos jóvenes o en formación?

MC: Ve a análisis y asegúrate de que sea un lugar donde aprendes sobre ti mismo y no sobre tu analista. Creo que es importante respetar lo que te mueve y motiva más allá de la teoría, en vez de solo gravitar hacia aquello que otros señalan como valioso. Hay mucho que podemos aprender si nos permitimos confiar no solo en nuestras sensibilidades sino en las de otros, desde un espacio de encuentro. Por ejemplo, personalmente odio las películas de terror, y tuve una alumna que era muy insistente en que tenía que ver esta serie de televisión, y yo confié en ella lo suficiente como para verla y abrir una exploración maravillosa que evidentemente estaba entrelazada con mi trabajo sobre el trauma intergeneracional. Esta oportunidad hubiera estado cerrada para mi si me hubiera comprometido más con mis a priori arbitrarios que con el encuentro con la experiencia del otro. Así que esa fue mi lección que ahora comparto, la dialéctica entre mantenerse abiertos, pero también confiar en nuestro compás interior.



El psicoanálisis nos invita a prestarle atención justamente a esto a lo que la vida cotidiana nos invita a cerrar los ojos, a menos, quizá de que seas una madre, una enfermera o una artista, los significados no verbales frecuentemente se ignoran.

MM: Ya que estamos en esto, ¿cuál dirías que es tu perspectiva sobre cómo uno deviene en un analista?

MC: Freud intentó controlar las cosas, lo cual es una reacción natural dado su esfuerzo por inaugurar la profesión y puso muchas reglas. Siempre hay analistas muy talentosos, y otros muy limitados y peligrosos, así como toda clase de puntos medios, y dado que esto es verdad sobre las personas en general, resulta prácticamente imposible resolver esta diatriba a través de reglas, porque la manera en la que creamos reglas suele codificarse de manera que raramente las reglas hacen lo que están creadas para hacer. La idea lacaniana y francesa de auto-autorizarse como analista entonces hace mucho sentido, aún si se siente como una noción aventurada e incluso peligrosa. Creo que importa el tener un entrenamiento adecuado. Yo preferiría acudir a consulta con alguien que sé por reputación que es una buena persona y un buen analista, y lo digo en ese orden intencionalmente. Porque cuando refiero a un paciente, refiero al paciente a la persona porque confío en ella, y confió en que personifica el *ethos* y los principios del psicoanálisis, y esto es importante porque en esta profesión todo está en juego.



MM: Dra. Charles, siempre es un honor y un placer hablar contigo, muchas gracias por su tiempo y por darnos este espacio.

