



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Gordo Sánchez, Jaime

La psicología clínica y la universidad.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 31, núm. 111, 2011, pp. 491-502

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265020921007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La psicología clínica y la universidad.

Clinical psychology and university.

Jaime Gordo Sánchez ^a.

^aDoctor en Psicología-Psicoanalista, Profesor Departamento Psicología Clínica, Experimental y Social de la Universidad de Huelva.

Correspondencia: Jaime Gordo Sánchez (gordo@uhu.es)

Recibido: 26/10/2010; aceptado con modificaciones: 22/02/2011

RESUMEN: Se analiza en este artículo el modo en el que la Psicología académica, a partir de los nuevos planes de grado, concibe su método y su objeto de estudio. Se estudian los fundamentos ideológicos de estos planes donde las líneas fundamentales son: un planteamiento explicativo profundamente ateorico sostenido en la simplificación de la cuestión de la causa; la exclusión de la dimensión subjetiva; la priorización del análisis estadístico y la omnipresencia del término salud. En definitiva, se trata paradójicamente de una dirección que elude cada vez más el campo de lo psíquico. Se vincula esta concepción con algunos rasgos del discurso social imperante donde el ideal evaluativo y de transparencia acompañan a la negación del sujeto. Por último se consideran las consecuencias clínicas de esta tendencia, y se proponen una serie de apreciaciones sobre como no puede dejar de ser un saber psicológico abierto a la clínica del sujeto.

PALABRAS CLAVE: Psicología clínica, Universidad, Discurso social, Evaluación, Control.

ABSTRACT: This article analyzes the way in which academic Psychology conceives its method and object of study in the new plans of degree. The ideological fundamentals of these plans are studied. Their basic lines are: an explanatory non theoretical approach supported by the simplification of the matters of the cause; the exclusion of subjective dimension; the priority of statistical analysis and the omnipresence of the term health. In short, it is paradoxical that a direction that avoids more and more the field of the psychic. This conception is linked with some features of the prevailing social speech, where the ideal of evaluation and transparency are accompanied by a negation of the individual. Finally the serious clinical consequences of this trend are considered. Some assessments about how it cannot stop being a psychological learning opened to the clinic of the subject are suggested.

KEY WORDS: Clinical psychology, University, social Speech, Evaluation, Control.

Introducción

Hace unos años se preguntaba Martín Garzo (1) en un artículo en el diario *El País* por las razones que habían llevado a la Psicología como ciencia al nivel actual de banalidad y superficialidad, acusaba a la investigación en Psicología de renunciar a pensar, de desconfiar del poder de la palabra, de ser conformista y carente de vida, de producir obviedades sostenidas en despliegues estadísticos. Me acordaba de este artículo pensando en la dirección que la Psicología académica toma en el nuevo Grado de Psicología que se está implantando en España, dirección que no hace más que acrecentar una vieja tendencia.

El diseño de los nuevos grados adaptados al Espacio Europeo de Educación Superior se inicia con la elaboración del *“Libro blanco del título de grado en Psicología”* (2) que es el *“Informe presentado por las Universidades españolas que imparten la titulación de Psicología en el marco de la Segunda Convocatoria de Ayudas para el Diseño de Planes de Estudio y Títulos de Grado de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación de 2003”*. Según consta en la convocatoria, aun no siendo vinculante, será remitido a la Dirección General de Universidades y al consejo de coordinación universitaria para su consideración. De hecho hay una gran coincidencia con los planteamientos que aparecen en la *“Ficha Técnica de Propuesta de título de Grado según Real Decreto 55/2005 de 21 de enero de 2005”*.

En este Libro Blanco se hace, antes de abordar los objetivos y contenidos que darán forma al Plan de Estudio de la Titulación, un detenido análisis de los estudios de Psicología en España, la inserción laboral, los perfiles profesionales y las competencias y conocimientos más importantes para cada ámbito de trabajo. En relación a los perfiles profesionales se decantan por concretarlos en: Psicología Clínica y de la Salud, Psicología de la Educación, Psicología del Trabajo, las Organizaciones y los Recursos Humanos y Psicología de la Intervención y Comunitaria. De este modo, el perfil del Psicólogo Clínico aparece ya asociado al de Psicólogo de la Salud.

En un modo de análisis y acercamiento a la cuestión que, cómo más adelante comentaré, resulta paradigmático de esta época, se hace un estudio de las competencias en las que tendría que formar la titulación. A partir de distintos modelos se elabora una encuesta con tres partes: un conjunto de conocimientos básicos y específicos, un grupo de competencias específicas y un conjunto de competencias genéricas o transversales. La encuesta se pasa a profesores de Psicología, profesionales de la Psicología, empleadores de psicólogos y egresados recientes. En el Capítulo 10, en la valoración de las competencias por parte de las asociaciones profesionales, se hace un resumen del documento elaborado en 1998 por el Colegio Oficial de Psicólogos, que definía los principales ámbitos de desempeño profesional, las tareas y un listado de competencias básicas. Nos parece interesante comentar este documento, en relación al tema que nos ocupa, dado que como los autores del libro blanco manifiestan: *“El presente proyecto parte de ese modelo”* (p. 115), pues *“para el estudio de las competencias requeridas para el desempeño profesional de los psicólogos se ha seguido muy de cerca el trabajo previo de la principal asociación profesional española (COP), en la consideración y definición de los perfiles profesionales”* (p. 115).

Al definir las competencias del Psicólogo Clínico y de la Salud, se estipula, en un verdadero alarde totalizador, que estas suponen *“La integración de dos campos de especialización separados previamente existentes: la Psicología Clínica y*

la Psicología de la Salud, dedicadas específicamente a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y a los fenómenos y problemas psicológicos en su relación con los problemas médicos o de la salud en general. Todo ello, de acuerdo con la visión holística e integradora actualmente mantenida tanto sobre la salud como sobre la enfermedad como un todo integrado biológico, psicológico y social” (p. 116).

En cuanto a los fenómenos a los que se aplica o que constituyen el centro de atención resultan ser objeto también de una mirada asombrosamente totalizadora¹ pues incluye “*En primer lugar, las denominadas anomalías o trastornos mentales o del comportamiento, entendidos estos en un sentido amplio del término y no sólo en el estrictamente psicopatológico y más restringido habitualmente concedido en los manuales estandarizados de clasificación de trastornos psicopatológicos del tipo de la CIE-10 (OMS,1992) o del DSM-IV (APA, 1994). Además de los comportamientos anómalos o alterados, la Psicología Clínica y de la Salud estudia y toma en consideración, igualmente, cualquier otro tipo de comportamiento que sea relevante para los procesos de salud y enfermedad, sea este normal o patológico y referido a un individuo como a un grupo*” (p. 116). Por eso se llama allí la atención sobre el hecho de que “*La Psicología Clínica y de la Salud no sólo se aplica o toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos, sino que estudia y se aplica igualmente y cada vez con mayor dedicación, a los procesos y estado de salud y bienestar, tanto de los individuos como de los grupos humanos, tratando de asegurar los mismos o de restaurarlos en caso de que se hubieran perdido, de acuerdo con las importantes funciones complementarias de prevención y educación para la salud desarrolladas igualmente por la Psicología Clínica y de la Salud*”² (p. 117).

Finalmente hemos de señalar que el libro blanco considerará que el objetivo general del Título de Grado en Psicología es “*formar profesionales con los conocimientos científicos necesarios para comprender, interpretar, analizar y explicar el comportamiento humano y con las destrezas y habilidades básicas para evaluar e intervenir en el ámbito individual y social a lo largo del ciclo vital, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida*” (p. 150).

Este objetivo general será recogido, punto por punto, en la “*Ficha Técnica de Propuesta de Título de Grado según RD 55/2005, de 21 de enero*” como la especi-

¹ Esta ambición totalizadora a la que es proclive cierto discurso actual tiene diversas presentaciones que confluyen y a las que nos iremos refiriendo: todo puede ser sacado a la luz, todo puede ser explicado. Y desde otro ángulo: todo es susceptible de convertirse en mercancía.

² Habría que señalar de entrada que se trata aquí de un proyecto que viene a convertir en patológico cualquier índice de malestar humano, ¿se pretenderá quizás que el malestar no es humano? Al mismo tiempo, en este sueño integrador y totalizador se intuye, en mi opinión, la pretensión de sostener una versión del pensamiento único que no es sino la aniquilación del pensamiento mismo.

ficación de las competencias profesionales/ cualificación profesional que confiere el título (3). En este Real Decreto se regula el número de créditos, la distribución de los mismos, etc. En total, el Grado de Psicología tendrá 240 créditos ECTS. De ellos, 180 serán de formación académica básica y 60 de formación adicional de orientación académica o profesional (el RD regulará el 70% de contenidos comunes obligatorios y en el 30% restante serán las Universidades quienes apliquen sus propios criterios a través de bloques de contenidos formativos obligatorios y optativos).

No es de extrañar que en la Ficha Técnica la distribución de los 120 créditos impuestos en el RD de un importante peso a las Bases Biológicas de la Conducta (13 créditos) y a los Métodos, Diseños y Técnicas de Investigación en Psicología (13 créditos). Tampoco lo es, por otra parte, que el bloque llamado Intervención y Tratamiento Psicológico -donde se incluye la intervención en el contexto educativo, clínico y de la salud, comunitario, organizacional, etc-, así como el denominado Personalidad y Psicopatología, aparezcan decantadas del lado de la ideología de la salud.

Bastará ver los Planes de Estudio definitivos elaborados por cada universidad (con la aplicación del 30% de créditos correspondientes) para confirmar que la tendencia señalada se agudiza.

En definitiva, las líneas que resumen el ideario de estos planes son, por un lado, un planteamiento explicativo profundamente ateórico que sostiene la existencia última de una causa, o bien, biológica y genética por dilucidar en un horizonte siempre pospuesto, o bien, puramente sociológica. En ambos casos queda excluida la dimensión subjetiva. Por otro lado, la priorización del análisis estadístico y evaluador, y la fetichización del término salud. En definitiva, se trata de una dirección que claramente elude, cada vez más, el campo de lo psíquico y me atrevería a decir el campo del pensamiento. Que duda cabe, que el perfil del clínico que de este marco se desprende, se dirige al control, la intervención estereotipada, la falta de pensamiento y el conformismo. En este contexto, el clínico se perfila como un aséptico y ateórico aplicador de técnicas.

Desde ámbitos académicos se sostiene que esta perspectiva es la única forma rigurosa de investigación e intervención en Psicología. Se produce, de este modo, cada vez más, una verdadera dificultad para pensar un espacio fuera de esta versión oficial, pero es necesario considerar que dicha perspectiva está atravesada por evidentes parámetros ideológicos.

A partir de la pregunta de Martín Garzo surge, entonces, otra pregunta de más amplio alcance: ¿A qué discurso social obedece la dirección que toman estos cambios?, ¿Qué ideales lo sostienen?

Salud, evaluación y control

Como anteriormente señalábamos, llama la atención en la organización de los nuevos planes de Psicología el lugar que viene a ocupar el significante salud. Es necesario preguntarse qué de ideológico tiene este término, a qué apunta este ideal de prevención de la salud que impregna cada vez más el campo de la Psicología. Todo parece indicar, que se trata de una forma nueva de lo que Michel Foucault denominó el biopoder.

Ciertamente, siguiendo a Foucault, es posible considerar que el proceso que lleva a esta omnipresencia del término salud sea una forma actual de presentación del poder. Pero, en todo caso, lo que es seguro, es que se trata de un término que vehicula gran parte de los ideales del discurso que, en la actualidad, organiza las formas paradigmáticas del malestar en la cultura.

Si nos preguntamos entonces qué significa la presentación actual del término salud, hemos de señalar, en primer lugar, que nuestra representación de la salud se ha construido a partir de tres normas dominantes: equilibrio, eficacia e integración y en tres momentos históricos (4): la medicina hipocrática en la antigüedad, donde se priorizaba el equilibrio; el siglo XVIII, donde el manejo de la energía sería la base de la salud siguiendo el modelo de las leyes de la termodinámica, y el siglo XX. Efectivamente, en la segunda mitad del siglo pasado comenzaría un tercer momento, cuando la salud del individuo ha de estar integrada en la salud de todos, y el sistema dispone de imperativos colectivos y de un control generalizado, de este modo se producen, gracias a la estadística, normas de comportamiento. Esta visión de la salud se convierte en un ideario, que sosteniéndose en la estadística señala un permanente estado ideal a alcanzar. Coincidiría este último momento con la emergencia del término “Salud mental”, que surge en Estados Unidos, en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, como un modo de prevenir las locuras colectivas que habían asolado al mundo. Rápidamente el término “salud mental” reconfigura el campo de la Psiquiatría, donde se amplió a la esfera pública, lo que hasta ese momento era la herencia de algunos profesionales (5). Últimamente, cada vez más, este ideal de salud viene acompañado de la presencia masiva de la evaluación y el análisis estadístico

La ineludible evaluación se ha convertido en un término presente en todos los ámbitos de nuestra actividad profesional. De forma natural hemos aprendido a convivir con agencias de Evaluación y Acreditación. Cada día observamos el efecto mortífero de esta compulsión evaluadora en multitud de ámbitos. Ya sea en los servicios de salud sometidos a uso de protocolos, que inundan y matan la acción terapéutica, en la Universidad donde su presencia es masiva, al nivel, no sólo de evaluación curricular del profesorado, sino de la elaboración de cualquier actividad docente. Es interesante ver, por ejemplo, como ha evolucionado la elaboración

de los programas de las asignaturas con los nuevos planes: en la planificación ha de estar especificado y catalogado hasta el más mínimo matiz del las actividades a realizar, incluyendo todo tipo de cuantificaciones³ de manera obsesiva, como si permanentemente hubiese algo que controlar o tal vez eliminar. Se trata, en mi opinión, de controlar el acto propio del enseñante, lo espontáneo que apunta al deseo, a lo nuevo, lo que puede producir un efecto sorpresa. Parece querer sostenerse la idea de la existencia de un saber tecnológico y acéfalo, no sustentado en ningún tipo de autoridad sino en la eficacia, que elimina toda forma de pensamiento y reflexión, y que pretende transmitir transparentes y exactos conocimientos. En el horizonte estaría la visión de Jean-Claude Milner, para quién la evaluación ceba la transformación de las personas en cosas y tiene como objetivo la domesticación, el control y la rutina (6).

En el campo de la Psicología la presencia de esta tendencia es total. Sin duda, se pretende equiparar rigor y evaluación, y sustituir la elaboración teórica⁴ por la evaluación. Este tipo de análisis lleva muchas veces las cosas a callejones sin salida, por ejemplo, cuando se pretende la evaluación de la eficacia de los distintos tratamientos psicoterapéuticos. Ya ha señalado Eric Laurent (8), que la evaluación es una vía sin salida para analizar la eficacia de las Psicoterapias, por la dificultad de obtener grupos de población estrictamente homogéneos, por la asignación arbitraria, aleatoria, de tal o cual tipo de psicoterapia, sin tener en cuenta las expectativas del paciente y su transferencia previa, por la imposibilidad de obtener una estandarización estricta del tratamiento psicoterapéutico, reducido a partir de ese momento a la aplicación de un manual. La evaluación aquí perturba por sus falsas pretensiones científicas, y porque no puede aliviar al psicoterapeuta de la singularidad de su acto.

Partiendo de estas observaciones, hay que señalar, que este ideario evaluador pone en primer plano criterios de productividad extraídos del orden empresarial. Para ello se sostiene en el ideal de la transparencia absoluta: todo puede ser visto, y todo es cuantificable e intercambiable. Para llevar hasta sus últimas consecuencias este ideal se pretende la eliminación del acto subjetivo que, por definición, no es transparente, su ideal es el control del mismo. Su presencia es totalizadora, en el sentido de que una vez constituido este discurso se hace difícil pensar un exterior al mismo y pretende ser el único y “científico” estado de las cosas.

³ En este tipo de evaluación se pretenden cuantificar y catalogar todo tipo de variables que en última instancia son significantes ajenos a lo exacto, que no son cosas. Este acercamiento olvida en última instancia el valor polisémico del lenguaje.

⁴ Aunque en menor medida, esta sustitución de la elaboración teórica por la pura estadística está presente en otros ámbitos de investigación como el de la farmacología. En este sentido afirma Pignarre “Lo que funda de manera irrefutable y constituye actualmente el máximo horizonte de la puesta a punto de los medicamentos no es un descubrimiento biológico cualquiera, un progreso en las ciencias de lo viviente, sino la importación del poder de los estadísticos”(7)

Negación de lo psíquico

Lo más sorprendente y a la vez inquietante de toda esta línea de configuración del campo de saber de la Psicología es ver cómo, poco a poco, se renuncia a abordar y pensar el campo de lo psíquico. Efectivamente, el modo en que la Psicología concibe el saber, y el modo cómo concibe su objeto de estudio, nos da una idea de su deriva, y de su atrapamiento en algunos presupuestos claramente ideológicos. Paradigmática resulta aquí la evolución de la Psicopatología. La eliminación del concepto de psiquismo es un proceso que, en parte, tiene su origen en el cambio que ha transformado la Psicopatología. De este modo, esta se ha vuelto ateorica, ha renunciado a preguntarse por la cuestión de la causalidad psíquica, y se ha desinteresado por la historia del sujeto. Su único campo de acción es ya el de diagnosticar en base a un listado de síntomas, una serie de trastornos a cuya lista se agregan trastornos nuevos de continuo, por consenso, sin recurrir al pensamiento y sin elaboraciones teóricas de ningún tipo. En esta tendencia se considera enfermedad cualquier signo de malestar. Por descontado que aquí ha jugado un papel fundamental la industria farmacéutica como promotora de nuevos trastornos para buscar un mercado a ciertos fármacos: se trata de la psicopatología que conviene a la industria farmacéutica. Como señala Pignarre (9) parece increíble que alguien haya podido ponerse a pensar, y a tratar las perturbaciones psiquiátricas, al principio las más graves, con los neurolépticos y con los primeros antidepresivos, luego las cada vez más benignas con los ansiolíticos y los nuevos antidepresivos sin tener necesidad ni del psiquismo, ni del aparato psíquico, ni del inconsciente. Esto muestra el poder de las redefiniciones posibilitadas por la llegada de los medicamentos. Y es que la teoría del psicofármaco se aferra a la hipótesis neuroquímica asociada a la idea de déficits o de desequilibrio bioquímico.

Pero como señala este mismo autor, la edad dorada de los fármacos nació con la localización de las terapias antibacterianas. Todas ellas descubiertas de forma fortuita y con gran evidencia sobre su eficacia. Este ideal se mantiene en un doble sentido: encontrar la única causa de cada una de las enfermedades, para poder encontrar el medicamento específico. Pero, las enfermedades infecciosas son un caso muy particular dentro de la medicina. No todas las enfermedades se ajustan a este modelo: sin embargo, al generalizarse, los estudios clínicos transformaron la comprensión y el abordaje de todas las enfermedades, y las unificaron en torno a la referencia constituida por las enfermedades infecciosas. Evidentemente hay una diferencia: en las enfermedades infecciosas se puede alcanzar un equilibrio de la prueba, gracias a herramientas de diagnóstico particularmente fiables, lo cual da un sentido especial a la creación de grupos de pacientes. La situación es particularmente distinta cuando ese tipo de referente no existe, sobre todo en el caso extremo de aquellas perturbaciones en las que el medicamento pasa a ser, por la

fuerza de las cosas, su propia referencia: la enfermedad es lo que el medicamento cura (p. 65). Lo asombroso es como la Psiquiatría y la Psicología han entrado en esta lógica. Hay un camino que partiendo de los ensayos clínicos en farmacología, ha transformado la Psiquiatría y ha eliminado de ella el concepto de psiquismo, sustituyéndolo por una pragmática constituida por un conjunto de elementos presuntamente mensurables, caracterizados todos por permitir formar grupos de pacientes para los ensayos clínicos, con independencia del contenido de su experiencia subjetiva y de su pasado individual. Se ha ido construyendo, así, un estado de opinión que, de algún modo, certifica el final de la Psiquiatría y la Psicopatología, desde el momento en el que se ha simplificado hasta el extremo la cuestión de la causa. Este estado de opinión, que se presenta como un eco del final de la historia de Fukuyama, sostiene el final de la reflexión Psicopatológica en nombre de un saber depositado como causa última en el cuerpo, escrito en el cerebro y en los genes o causado por lo que genéricamente se denomina lo social. Nace, de este modo, el ortopédico individuo bio-psico-social. En lo que respecta a lo “bio” hay dos lugares donde se situaría el saber absoluto, aun cuando se nos diga que su desciframiento se ve irremediabilmente pospuesto de continuo. En esta ensoñación se piensa que es posible la explicación última del sujeto.

De este modo, ya no se ve al sujeto deprimido sino al cerebro deprimido o en déficits. En esta mirada, es el cerebro más que el sujeto lo que se convierte en foco de observación. El cerebro lo explica todo, no existiría límite a la explicación última y definitiva del sujeto y de la enfermedad mental. Se pretende, por ejemplo, ver desde la Tomografía por Emisión de Positrones la causa última de la esquizofrenia. Pero esas observaciones, realizadas sobre muy pocos pacientes, no han alcanzado el grado de fiabilidad que permitiría utilizarlas como herramientas de diagnóstico: si así fuera, se podría entonces localizar a ciegas a los esquizofrénicos pasando a toda la población por la cámara de positrones.

Los genes, por su parte, vienen a ser en esta visión los depositarios del destino final de los actos del sujeto. Lo más sorprendente, aquí también, es como, en el campo de la enfermedad mental se pretende descubrir las causas genéticas de la enfermedad sin disponer de criterios exactos para identificar, con certeza, a las personas que merecen esa etiqueta. La idea de que todo está en los genes termina siendo una visión creacionista que piensa la relación genotipo-fenotipo en términos lineales, siendo cada vez más los biólogos que consideran que ni la totalidad del genoma secuenciado bastan para explicar la organización biológica.

Así pues, en el modo en el que la Psicología concibe su campo de saber, queda eliminada la cuestión de la causalidad psíquica, y por lo tanto el abordaje de su campo de acción, se sostiene, ilusoriamente, la existencia de un reservorio explicativo, absoluto y completo, consistente en la idea de déficits o de predisposición a esclarecer en el horizonte, de mano del cerebro, los genes o lo social. Mientras

tanto, una vez excluida la necesidad de pensar, se deposita en el análisis estadístico el campo de investigación, que funciona al margen de la elaboración teórica.

En definitiva, esta supuesta explicación total del hecho subjetivo no es más que la negación de la existencia del sujeto, que no es apresable ni en el estudio de la neurona, ni con la neuroimagen ni con desenmascaramiento del material genético. Mientras tanto esto tiene consecuencias calamitosas en la forma de tratar a un paciente, se pasa de una relación con un paciente a una evaluación de un individuo, portador de anomalías bioquímicas y de lesiones cerebrales.

Hay que señalar, por otra parte, lo estructuralmente dificultoso del intento de hacer ciencia del sujeto humano. Desde una perspectiva psicoanalítica, no es erróneo considerar que el proyecto que configura el saber científico del sujeto nace muerto o está inevitablemente destinado al fracaso. En efecto, sí la ciencia tiene por condición la exclusión del sujeto, si esta exclusión del sujeto define la objetividad y la universalidad del saber de la ciencia: ¿se puede hacer ciencia del sujeto? En definitiva, el sujeto no se puede apresar, habría una antinomia entre la ciencia y lo humano. El error de la Psicología sería pensar que se puede atrapar el ser del sujeto. Si el sujeto está excluido del saber de la ciencia, es porque él es un agujero en el saber. En esta coyuntura, el Psicoanálisis abre una puerta a este callejón sin salida al centrar su objeto en el análisis del discurso.

Discurso social

Lo más sorprendente es como este discurso encuentra eco en los medios de comunicación. Sin duda, esta negación del sujeto concuerda con particularidades del discurso social cultural actual, y las nuevas formas del malestar en la cultura. Siempre es bienvenido un discurso que niegue lo imposible y que excluya lo subjetivo, y no faltan en este contexto los oportunistas convertidos en gurús, que encuentran su oportunidad vendiendo banalidades entre las neuronas del optimismo y los genes de la felicidad

Pero, no sólo se trata de la exclusión del sujeto. En lo que hemos venido señalando se trata, también, de negar la imposibilidad de existencia de un saber absoluto, de negar la existencia de un límite para ese ideal de transparencia, según el cual todo es evaluable, cuantificable e intercambiable. Hay que considerar si este discurso no es una presentación particular de algo, que en el momento actual adquiere otras dimensiones.

Este ideal de transparencia, que se presenta en forma de omnipresente evaluación, concuerda con la idea, hoy aparentemente aceptada, de que es posible sacar todo a la luz, idea que coincide con la presencia masiva de lo escópico en nuestra

cotidianidad, que afecta al manejo de la intimidad y que propone la posibilidad de ver el interior y el interior del interior, pretendiendo subvertir las condiciones del hecho de mirar mismo, porque por mucho que se vea, no va a dejar de existir espacio imposible de ser visto: no es posible sacar todo a la luz.

Por otra parte, esta negación de lo imposible adquiere su máxima expresión en la idea base del discurso capitalista de que es posible un encuentro pleno con el objeto del deseo. El discurso social actual promete el encuentro inmediato y definitivo con todos los objetos de deseo, y sostiene la obligación de gozar interminablemente. Sabemos hasta que punto esta propuesta produce desorientación y abulia, ya que algo de la singularidad del deseo queda desdibujado e incluso paralizado en este proceso. Es, por otra parte, lo que encontramos en la queja del depresivo.

La particularidad de eludir lo imposible es considerada por Lacan como propia del discurso capitalista⁵, no está limitado por ninguna imposibilidad porque, como afirma Alemán, su propósito es que *“todo lo que “es” en el mundo se presente como mercancía”* (p. 344) Sin duda, esto tiene consecuencia en la reglamentación del deseo, y en la construcción del sujeto. Hay otra particularidad del discurso capitalista, que ha sido analizada por este mismo autor, y es su carácter totalizador, el hecho de que resulte casi imposible poder pensar una exterioridad a él, lo hace aparentemente invulnerable. Según Alemán: *“Tanto la técnica como el discurso capitalista, se presentan como un saber absoluto, como el fin de la historia consumado. Como si el carácter inevitablemente contingente del capitalismo en su realidad histórica hubiese podido ser naturalizado y “esencializado” de tal modo que ya no fuese posible concebir su exterior”* (p. 351).

⁵ Este discurso, considerado en algunos momentos por Lacan como un quinto discurso añadido al del amo, el psicoanálisis, la histórica y la universidad, introduce cambios radicales en el modo en el que se producen los lazos sociales y por ende la reglamentación del deseo. Recordemos la aseveración de Lacan: *“El inconsciente es lo social”*. En este discurso el medio decir de la verdad, al mostrarse se anula, ya no es enmascarado por la división subjetiva (10). Se trata de un discurso en el que contrariamente a los otros, ningún término resulta aislado y cada uno alimenta al otro en una especie de reacción en cadena (11). Hay incluso, según algunos autores, en este discurso un cambio en la relación del sujeto con el Otro, según Chemama (12) *“Hay, seguramente, numerosas formas en Lacan de mostrar la dependencia en la que estamos con relación al Otro. El inconsciente es el discurso del Otro, en el sentido de que en el Otro se encuentran, en primer lugar, los significantes que determinan al sujeto. Su deseo es el deseo del Otro. E incluso, él no puede dejar de hacerse la pregunta de qué es lo que quiere el Otro de él: ¿Qué es lo que hace gozar al Otro? El problema es que con el capitalismo, estamos más en el nivel de la respuesta. Una respuesta sin escapatoria y no una pregunta. Sea lo que sea lo que el sujeto haga, está apresado en el orden anónimo de la economía, que hace de su propia fuerza un objeto calculable. Incluso se puede decir que su deseo también deviene calculable. La industria lo calcula de modo de vender lo que produce, y eventualmente, actúa sobre este deseo. Eso se llama publicidad”* Según Jorge Alemán (13) *“las autoridades simbólicas, instancias que exigen tanto el lugar vacío como el significante amo que articula ese vacío a distintas representaciones, se licuan en el circuito de movimiento permanente y circular del discurso capitalista. El discurso capitalista, realiza un circuito que al destruir la “determinación de la verdad” elimina la distancia entre el sujeto, la verdad, el saber y la producción, inaugurando una metamorfosis en red de carácter rizomático, que impide y obstaculiza la estabilidad y el reconocimiento de las categorías modernas”*(p. 345).

En este contexto hay que preguntarse, hasta qué punto el modo en que se configura el saber en la Psicología, no es cómplice de algunas de las derivas del discurso actual. De este modo, si el capitalismo logra, gracias a la movilización de la ciencia a su servicio, hacer creer que un nuevo objeto vendrá a colmar a los individuos, relanzando el deseo con cada innovación, la Psicología suministra el estatuto de individuo, del cual la ciencia y el mercado tienen necesidad. Se trata de una versión de la Psicología que cosifica al sujeto humano y, de este modo, en tanto en cuanto la Psicología pretende hacer objetiva la experiencia subjetiva, propone enunciados que dan cuenta del ser del sujeto, pero al hacerlo tornan más difícil una palabra a través de la cual el sujeto podría subjetivar el sentido de su existencia. Se evita de este modo la posibilidad de pensar, de producir un acto de enunciación propio. Con mucha frecuencia el discurso de la Psicología produce este efecto a nivel social, y, es probable, que la difusión de la Psicología a través de los medios, los libros de autoayuda, etc, tenga como causa su perfecta adecuación al discurso imperante, que en términos mercantilistas cosifica al sujeto.

Para finalizar, a contracorriente de toda esta tendencia que vengo exponiendo, me gustaría señalar una serie de consideraciones que, en mi opinión, son necesarias para pensar una disciplina de la Psicología Clínica, que no renuncie estar abierta a la clínica del sujeto:

- Ésta ha de estar implicada en los lugares donde se produce pensamiento. No puede renunciar a eso ni pretender ser una disciplina tecnológica que desprecie la historia del pensamiento, ya se trate de la filosofía, la antropología, la lingüística, etc. En ese sentido, es absolutamente sintomático como la Psicopatología se ha convertido en atórica y ahistórica siendo que existe toda una tradición de la Psicopatología como campo de pensamiento vivo.
- Ineludiblemente ha de salir de cualquier espacio normativo, ya sea el del ideal del optimismo, el ideal de salud, etc, ya que su campo de intervención es el del sujeto en lo que este tiene de más específico. Es, sin duda, esa tendencia normativa la que ha convertido a nuestra disciplina en un campo carente de vida, en un vehículo de nuevas formas de control que va en la dirección de la muerte del deseo. En ese sentido es necesario poner en primer lugar la palabra del sujeto.
- Ha de poner, también, en primer término, todo lo que se deriva del lugar que el clínico ocupa en tanto en cuanto su papel no es el de un aséptico aplicador de técnicas, sino que los poderes de su función se derivan del manejo que haga de este lugar. En ese sentido, se trata de poner atención sobre la cuestión de la demanda y la transferencia. En una conferencia a los médicos decía Lacan que *“Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde se encuentra la posibilidad de supervivencia de la respuesta propiamente médica”* (14). Por mucho que se pretenda el psicólogo no es un distribuidor de mercancías, de como se posicione ante la demanda del paciente dependen las posibilidades de su función.

- Es necesario salir de las empobrecedoras simplificaciones de la cuestión de la causa e introducir la cuestión de la causalidad psíquica de un modo complejo.

No es esperable que con esta vorágine evaluadora y atórica, la conceptualización y la transmisión del saber clínico puedan pasar por la Universidad. Probablemente este saber circulará cada vez más por otros lugares. Por otra parte, es posible que las nuevas formas de transmisión de saber hagan que cambie el propio discurso universitario y el lugar de autoridad supuesta del saber que aún regenta se diluya aún más.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Martín Garzo G. Nuestra pequeña mano. El País. 16 Sep 2007; Secc. Opinión.
- (2) Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y Acreditación. Libro Blanco Estudios de Grado en Psicología. (monografía en internet). 2003 (citado 16 abril 2011). Disponible en: <http://www.Aneca>.
- (3) Ficha técnica de propuesta de título de grado según RD 55/2005, de 21 de enero, pp8. (citado 16 abril 2011). Disponible en: http://www.udc.es/export/sites/udc/_galeria_down/sobreUDC/vice_calidade_e_novas_tecnoloxias/documentos/psicologia.pdf
- (4) Razac O. La grande santé. Paris: Climats; 2006, pp1.
- (5) Bardón C y Puig M, compiladores. Suicidio, medicamentos y orden público. Madrid: Gredos; 2010, pp 75.
- (6) Milner J.C. La política de las cosas. Málaga: Miguel Gómez Ediciones; 2007, pp25.
- (7) Pignarre P. El gran secreto de la industria farmacéutica. Barcelona: Gedisa; 2003, pp 64.
- (8) Dessal G, compilador. Las ciencias inhumanas. Madrid: Gredos; 2009, pp 109.
- (9) Pignarre P. El gran secreto de la industria farmacéutica. Barcelona: Gedisa; 2003, pp 64.
- (10) Porge E. Jaques Lacan, un psicoanalista. Madrid: Síntesis; 2000, pp 323.
- (11) Darmon M. Ensayos acerca de la topología lacaniana. Buenos Aires: Letra viva; 2008, pp 273.
- (12) Safouan M, dirección. Lacaniana. Los Seminarios de Jaques Lacan 1964-1979. Buenos Aires: Paidós Psicología Profunda; 2008, pp 172.
- (13) Dessal G, compilador. Las ciencias inhumanas. Madrid: Gredos; 2009, pp 344.
- (14) Lacan J. Intervenciones y textos 1. Buenos Aires: Manantial; 1985, pp 97.