

Notas acerca de la locura en Foucault, Laing y Cooper

Anotações sobre a locura em Foucault, Laing e Cooper

Notes on madness in Foucault, Laing and Cooper

Gonzalo Patricio Montenegro VARGAS¹

Resumen: Este estudio expone algunas notas acerca de salud mental, desde el punto de vista de las nociones de locura subyacentes. Para ello proponemos una distinción entre los modelos médico, fenomenológico existencial y sociocrítico. Estos dos últimos reciben un tratamiento privilegiado a efectos de construir una aproximación crítica del asunto, dominado por la perspectiva médica. El artículo comienza evaluando criterios de normalidad desde el punto de vista de la génesis histórica del concepto de locura, de acuerdo con los trabajos iniciales de Foucault. Luego, describimos el modelo médico a partir de la distinción entre enfermedad y síntoma. Más adelante, nos concentramos en el modelo fenomenológico existencial para abordar lo que Laing describe como fragilidad ontológica, núcleo originario de la construcción de sí y del mundo vivenciada por la persona esquizofrénica. Por último, agregamos algunas consideraciones relativas al origen social de la esquizofrenia, derivadas de las posturas de Cooper y Foucault.

Palabras clave: Locura. Esquizofrenia. Foucault. Laing. Cooper.

Resumo: Este estudo apresenta algumas anotações acerca de saúde mental, do ponto de vista das noções de loucura subjacentes. Para tanto, propomos a distinção entre os modelos médico, fenomenológico existencial e sociocrítico. Os dois últimos recebem um tratamento especial com o intuito de construir uma aproximação crítica ao assunto, dominado pela perspectiva médica. O artigo começa avaliando critérios de normalidade do ponto de vista da gênese histórica do conceito de loucura, de acordo com os trabalhos iniciais de Foucault. A seguir, descrevemos o modelo médico a partir da distinção entre doença e sintoma. Mais para frente, focamos no modelo fenomenológico existencial para abordar o que Laing descreve como fragilidade ontológica, cerne originário da construção de si e do mundo vivenciada pela pessoa esquizofrênica. Enfim, acrescentamos considerações relativas à origem social da esquizofrenia, decorrentes das posturas de Cooper e Foucault.

Palavras-chave: Loucura. Esquizofrenia. Foucault. Laing. Cooper.

Abstract: This paper presents some annotations on mental health, from the point of view of implicit notions of madness. To this end, we propose a distinction between the medical, phenomenological existential and socio-critical models. We focus in the latter two in order to achieve a critical approach about the subject, dominated by the medical perspective. According to Foucault's earliest works, this article begins by evaluating criteria of normality in terms of the historical genesis of madness concept. Then, we describe the medical model based on the distinction between illness and symptom. Later, we focus on the phenomenological-existential model to describe the ontological fragility in Laing, i.e. the original core of the self and the world experienced by the schizophrenic person. Finally, we add some considerations related to the social origin of schizophrenia, as stated in the Cooper's and Foucault's perspectives.

Keywords: Madness. Schizophrenia. Foucault. Laing. Cooper.

¹ Pós-doutor pela UNESP de Assis-SP com bolsa FAPESP. Doutor em Filosofia na Universidade do Chile. Professor Adjunto da UNILA, com atuação na Licenciatura em Filosofia e no Ciclo Comum. gozznl@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0291-6341>

Introducción

La tendencia predominante a abordar las cuestiones de salud mental a partir de las determinaciones de la política sanitaria, ofrece un estrecho margen para la reflexión profunda acerca de tales cuestiones. Con ello, además, se limita el campo psicopatológico en cuyo seno es posible comprender los asuntos relativos a la salud mental. El problema debería incluso permitirnos cuestionar esta suerte de identidad presupuesta entre psicopatología, salud mental y política sanitaria. Esto remite, en efecto, al dominio del modelo normativo en salud mental que tiende a marginar las posibilidades de cuestionamiento y reflexión acerca de la diversidad de modelos de mentalidad saludable, los presupuestos de normalidad o locura que lo rigen y la forma en que ello define la política sanitaria correspondiente en una sociedad determinada.

Algunos fenómenos evidentes para la política sanitaria ayudan a comprender la necesidad de aproximarnos al ámbito de tensión en que queda en evidencia que esta no necesariamente converge con la noción de salud mental, ni con el campo teórico de la psicopatología. Por ejemplo, las condiciones peculiares que impone la vida urbana moderna para las relaciones amorosas, que requerirían, por lo menos, aproximaciones relevantes acerca de la historia de estas condiciones y la manera en que impactan en la vida psíquica de los individuos que en ella habitan (CHILE, 2000, p. 137-139). Llama la atención, asimismo, la constatación de una mayor propensión al desarrollo de trastornos alimenticios en mujeres jóvenes (CHILE, 2000, p. 151-154). Ello debería llamar la atención no sólo desde el punto de vista de la política requerida para el efecto, sino también acerca de si las consideraciones teóricas que sirven de base no están atravesadas por un desconocimiento, voluntario o involuntario, de las problemáticas de género que atraviesan dicha constatación. No menos relevante es el hecho de que la política en cuestión y la fundamentación de áreas de conocimiento y nociones correlativas a la idea de salud mental dependen de determinaciones históricas recientes que permean la forma en que se han construido los ámbitos que colocamos en tensión.

Para montar esta apreciación, nos servimos del *Programa de Estudio de Filosofía y Psicología*, vigente en Chile entre los años 2000 y 2020, aplicado a estudiantes de tercer año de Educación Media correspondiente al penúltimo año de formación escolar (CHILE, 2000). A pesar de ser un documento con validez restringida a dos décadas, se trata probablemente del último documento con validez legal para el sistema educacional chileno, que refrenda una larga tradición de maridaje entre aquellas dos áreas disciplinares de estudio (NERVI, 2004, p. 77-89). Tradición que desaparece, tal vez definitivamente, tras la última reforma curricular chilena

llevada a cabo entre los años 2009 y 2019 (CHILE, 2019). Dicho programa representa, en rigor, una propuesta relativa al área de Psicología que, dadas las fragilidades curriculares y gremiales de esta área dentro del sistema escolar, debía ser impartido por profesores formados en Filosofía. Esta adaptación, sin embargo, no es sólo resultado de una contingencia particular derivada de tales fragilidades. Representa, por el contrario, la herencia de una tradición decimonónica que supone una unidad epistémica y disciplinar de Filosofía y Psicología, previa a la constitución de esta última como área de estudio independiente a lo largo del siglo XX. Esta situación dio a luz un documento fragmentario en el que se mezclan tentativas diversas, tales como: a) alcanzar un conocimiento psicológico acerca de procesos cognitivos, sexualidad o psicopatología; b) realizar una reflexión filosófica acerca de la dimensión antropológica que atraviesa tales cuestiones; y c) también, de último minuto, aunar todo ello en vistas a promover políticas sanitarias destinadas a los jóvenes del sistema escolar (NERVI, 2004, p. 80-81; MOLINA, 2005).

La fragmentariedad presente en el Programa descrito da como resultado una situación como la que aquí describimos. En razón de esta situación, creemos, se configura un tratamiento superficial de cuestiones relevantes para la psicopatología. Considerando que la convergencia natural entre Psicología y Filosofía podría permitir subsanar algunas de las limitaciones en el tratamiento de tales cuestiones, juzgamos relevante servirnos del Programa para rescatar la propuesta concerniente a la reflexión acerca del concepto de locura y normalidad. Gracias a la perspectiva problematizadora que, al principio, aborda este concepto – que lamentablemente se pierde a lo largo del Programa – ensayamos algunas notas iniciales de estudio concernientes a la historia de la psicopatología, de acuerdo al tratamiento que recibe en Michel Foucault. Ello dio lugar a la primera sección de este trabajo (1). Aprovechando las convergencias teóricas de este autor con otras perspectivas de psicología crítica de mediados del siglo XX, aventuramos, en la segunda sección, una configuración posible para la conceptualización psicopatológica, proponiendo la existencia de los modelos médico, fenomenológico existencial y sociocrítico (2). Tras esta distinción, nos abocamos a la descripción más detallada del segundo modelo a la luz de la revisión de Otto Dörr y de los trabajos acerca de esquizofrenia de Ronald Laing (3-4). Por último, en la quinta sección, nuestro trabajo explora las líneas de continuidad posibles entre la postura de Laing y su colega, David Cooper, acerca de las complejidades teóricas que surgen en el horizonte de un abordaje sociocrítico del fenómeno de la enfermedad mental (5).

1 Breve historia de la locura

La historia de la psicopatología bien podría ser entendida desde los criterios y modelos que han definido su práctica y su conceptualización a lo largo del tiempo. En efecto, la diversidad de criterios para delimitar el campo psicopatológico y, de forma correlativa, delimitar nociones como las de normalidad o locura, se confunden en cierta medida con períodos determinados de su historia. Comencemos analizando las diversas formas que permiten abordar la noción de normalidad, de acuerdo con el *Programa de Estudio* arriba descrito:

- La valorativa: Supone la existencia de un ideal y considera anormal todo aquel o aquello que se desvíe de la norma o modelo.
- La empírico-estadístico: Considera normal todo aquello que se acerca a la tendencia central, o mayoritaria y anormal lo que se distancia.
- La homeostática: Lo normal es aquello que está relacionado con el equilibrio u homeostasis y lo anormal es lo que lo perturba. El equilibrio estaría dado por la relación armónica entre los distintos elementos del sistema psíquico.
- La sociocultural: Se basa en definiciones sociales, dadas por el consenso, de lo que es normal y/o esperado en un determinado grupo o cultura (CHILE, 2000, p. 112).

La escueta enunciación no deja en evidencia el marco o modelo de concepción psicológica o psiquiátrica al que podrían corresponder cada uno de los criterios. Será necesario, por tanto, realizar una lectura entre líneas y proyectarnos hacia el fondo histórico que da origen a cada uno de ellos, para tener una noción acerca de los modelos que los originan. En este sentido, diríamos que el criterio valorativo puede hallarse asociado a una concepción de tipo religioso que concibe ideales de comportamiento y que juzga duramente la desviación, asociándola a un sentimiento de culpa responsable por el surgimiento de trastornos psíquicos. El criterio empírico-estadístico se asocia al desarrollo de los métodos cuantitativos que sirven de base a la constitución independiente de las ciencias sociales a principios del siglo XX. En este caso, la locura es estudiada a partir de nociones estadísticas tales como las de desvío, norma o media. El criterio homeostático, por su parte, se acerca a la concepción médica de salud mental en tanto comprende la normalidad como un comportamiento estable y equilibrado dentro del sistema corporal y conductual de un individuo. Cualquier alteración representa la presencia de una entidad nosológica que debe ser diagnosticada para evitar peligros a la salud mental. Por último, el criterio sociocultural relaciona la normalidad psíquica con lo culturalmente aceptado. Ello quiere decir que la enfermedad no implica ninguna entidad determinada, sino una suposición y una práctica forjada dentro del contexto social e histórico al que pertenece el individuo marcado por el rótulo de la locura. El fondo histórico desde el que surgen los criterios hace necesario cuestionarse acerca del origen de nuestra percepción de lo anormal en la cultura contemporánea, puesto que tales criterios corresponden a la diversidad actual de perspectivas y no muestran muy claramente los orígenes de los que han podido derivar.

Foucault, en su obra *Enfermedad mental y personalidad* de 1954, muestra que lo que hoy denominamos como anormal coincide con lo que era identificado por la cultura cristiano-medieval como brujería o posesión corporal de una persona, por parte de un ente extraño y maligno. Así, el problema de la normalidad surge desde el medioevo como un problema eminentemente moral (1991, p. 88-90). La actitud de la Iglesia de la época fue la denigración social de los poseídos, transformados en figuras representativas de la encarnación del mal en el mundo. Ahora bien, ya que éstas estaban poseídas sólo corporalmente, aún tenían un alma que era posible salvar. De ahí la práctica común de quemar a quienes se ponía supuestamente a salvo de la perdición eterna, por medio de la expiación de sus culpas en la hoguera.

Al contrario, la Modernidad renacentista asume que es el espíritu el que se haya poseído, por lo que hay que cuidar que el cuerpo no sea objeto de acciones nocivas por parte del propio individuo, que en momentos de ira podría atentar contra su propio bienestar físico. Es ahí cuando se asumen las primeras iniciativas de aplicación de fuerza sobre el cuerpo del enfermo, a través del uso de camisas de fuerza y formas de control que desembocan en el encierro, característico de la Ilustración. De esta manera, la interpretación de la locura a través de la figura del poseído comienza su largo camino de transformación hacia la idea del desvalido mental. Este cambio representa la transición entre la perspectiva religiosa medieval, a la que preocupa hacer visible la presencia del mal en el mundo, y la perspectiva ilustrada, a la que le interesa esconder el escándalo: la existencia de un ser humano desprovisto de sus facultades, o sea, desprovisto de su humanidad. En el fondo, un desposeído. Foucault sintetiza: “El siglo XVIII aporta una idea capital: que la locura no es una superposición de un mundo sobrenatural al orden de lo natural, un añadido demoníaco a la obra de Dios, sino sólo la desaparición de las facultades más altas del hombre” (1991, p. 90).

Para la Ilustración, se disipan las referencias sobrenaturales a la hora de definir la locura. La cuestión se define en el horizonte de la naturaleza humana, más detalladamente, en el ámbito de las facultades y derechos esenciales que el desvalido no logra ejercer de manera legítima. La enajenación jurídica y médica, que se impone por medio del encierro, no viene más que a completar la enajenación de un derecho que, *de facto*, es incapaz de practicar. Ello desemboca en la privación de libertad y en la serie de mecanismos de internación y encierro que conoceremos a lo largo de los siglos XIX y XX.

Nuestra discusión de criterios contemporánea está, por lo tanto, determinada por el marco histórico de la Ilustración. Así, los anormales o enfermos mentales, los locos, son sujetos afectados por una serie de fenómenos naturales que remiten a una incapacidad de fondo: asumir

el ejercicio libre y autónomo de sus facultades. En este sentido, se trata de un personaje deficiente y desposeído. Pero no sólo la concepción de locura, sino también la práctica social que se diseña en torno de ésta, surge con la Ilustración. Primero, para ocultar la vergüenza y evitar la impostura que representa la locura. Luego, para promover el orden y disciplinamiento social².

Los criterios arriba puestos en discusión representan formas diversas de plantearse dentro del marco de las concepciones y prácticas, prescrito por la Ilustración. Sea para generar modelos de normalidad, para definirlos científicamente desde un cálculo estadístico, para reconocer los equilibrios y alteraciones orgánicas constitutivas o para comprenderlos en su contexto cultural, los diversos criterios se hayan abocado a la identificación del personaje desvalido. Ahora bien, ello no extingue las discusiones, puesto que al interior del concepto contemporáneo de locura persisten variados conflictos y diferencias importantes a la hora de definir lo que es una patología mental.

La discusión más importante de fines del siglo XIX y principios del XX se refirió a la definición del estatuto de la locura en términos médicos, o sea, como enfermedad mental. Gracias a un traslado bien o mal fundado de los conceptos de la medicina al ámbito de la psiquiatría se llegó a concebir que la enfermedad correspondía a la existencia de una entidad nosológica más o menos delimitada en la que radicaría toda la amplia serie de afecciones mentales. Tiene lugar aquí el intento por generar lo que Foucault denomina “metapatología”. Es decir, una serie de conceptos y supuestos aparentemente aplicables a cualquier perturbación de salud, fuera orgánica o psíquica (FOUCAULT, 1991, p. 15-16).

La mente, así como el cuerpo, estaría afectada por la presencia de entidades que producirían cierta cantidad de síntomas indeseables para el comportamiento. La práctica clínica, desde este punto de vista, se comienza a perfilar como la identificación de signos que evidencian la presencia de una entidad morbosa, no visible como tal, pero que estaría tras estos signos o síntomas. En esta noción se sustentan toda la amplia serie de prácticas médicas que van tras la identificación del sustrato orgánico que originaría la enfermedad: cuerpo extraño, perturbación química u hormonal, etc. También es posible reconocer esta noción cuando se sitúa la enfermedad mental en alteraciones químicas del funcionamiento cerebral. Desde esta perspectiva, todo comportamiento es o puede ser síntoma de una enfermedad subyacente que,

² El encierro constituye un fenómeno relevante para la argumentación de Foucault acerca de la locura, sin embargo, la relación entre encierro y control social, que fundamenta la comprensión de las instituciones disciplinares, forma parte de una tesis posterior en el desarrollo de su pensamiento, más exactamente de *Vigilar y castigar* (1975). Aquí nos hemos tomado la libertad de contar con ese nexo a pesar de que no realizaremos un trabajo estricto acerca de la obra de 1975. Más detalles ver en FOUCAULT, 2002, p. 22-25, 298-305.

por su parte, puede tener un sustrato orgánico. Inclusive, ya que la enfermedad puede evidenciar síntomas sólo en estados avanzados de desarrollo, es posible sostener exabruptos tales como los de atribuir una patología mental a quien no manifieste ningún tipo de síntomas³.

El giro respecto a esta concepción de enfermedad mental viene dado por la irrupción del planteamiento psicoanalítico. El psicoanálisis rompe con parte de las disociaciones en las que se basaba la concepción metapatológica – entre *soma y psique*, por ejemplo – y sitúa a la enfermedad mental en el centro del desarrollo de los procesos de constitución de la personalidad. La enfermedad deja de ser pensada como una entidad independiente de la totalidad psíquica y pasa a constituir el todo a partir del cual se entiende la personalidad problemática. La personalidad constituye el sustrato de todos los procesos psíquicos de un individuo, incluyendo los procesos de tipo patológico. Nace, así, una unión indisoluble entre enfermedad mental y personalidad, que traza una nueva delimitación: ya no entre la entidad patológica y sus manifestaciones (enfermedad y síntoma), sino entre un estado de desarrollo de la personalidad normal (neurosis) y una eventual desorganización general de la constitución psíquica (psicosis). El desarrollo de la personalidad supone la existencia de complicaciones a las que el individuo normal se adapta con éxito. En contraste, la desintegración de la personalidad, característica de la psicosis, pone en grave riesgo la totalidad de la organización psíquica de un individuo (FOUCAULT, 1991, p. 15-22).

Más allá de las precisiones del planteamiento psicoanalítico, la distinción entre psicosis y neurosis es asumida ampliamente como una separación fundamental para la psicopatología. Ello no amenaza la hegemonía del modelo metapatológico, sino que lo perfecciona en vistas a una comprensión más detallada de la correlación entre enfermedad, síntoma y personalidad. La psicopatología vive, en efecto, una suerte de euforia conceptual cuando traslada las consideraciones orgánicas al territorio de una comprensión global, como la que supone la categoría de personalidad (FOUCAULT, 1991, p. 19-20).

En dicho contexto, son variadas las disputas que enfrenta la psicopatología para definir el estatuto y alcance de las diversas enfermedades mentales a lo largo del siglo XX. Respecto de la psicosis y de la enfermedad mental que le sirve de sustrato, la esquizofrenia, tienen lugar las más arduas discusiones teóricas. Se ha llegado incluso a sostener, desde una revisión crítica, que la esquizofrenia constituye un verdadero invento de la psiquiatría tradicional, dado el inmenso conjunto de prácticas sociales asociadas a su determinación y diagnóstico (COOPER, 1985). En

³ Asunto que discuten Foucault y Cooper respecto a la invención de una esquizofrenia sin síntomas en la Unión Soviética; creada principalmente para encerrar a disidentes políticos (FOUCAULT, 1998, p. 102).

otra vereda, apreciamos que la conceptualización que delimita el fenómeno de la esquizofrenia, representa sino el eje fundamental de articulación de la psiquiatría moderna, por lo menos uno de los núcleos epistemológicos esenciales para su desarrollo (VÉLIZ, UGALDE, PASTÉN; 2017). Así, en la medida que es un asunto que permite llevar el análisis de la psicopatología hasta sus implicancias sociales más sensibles, hemos estimado necesario centrar acá nuestros esfuerzos. Ello requiere ir más allá de los criterios. En efecto, la reflexión acerca del estatuto de la enfermedad ya introducida, permite proyectar un análisis que dé cuenta de la diversidad de modelos de interpretación psicopatológica que es posible reconocer hoy en día.

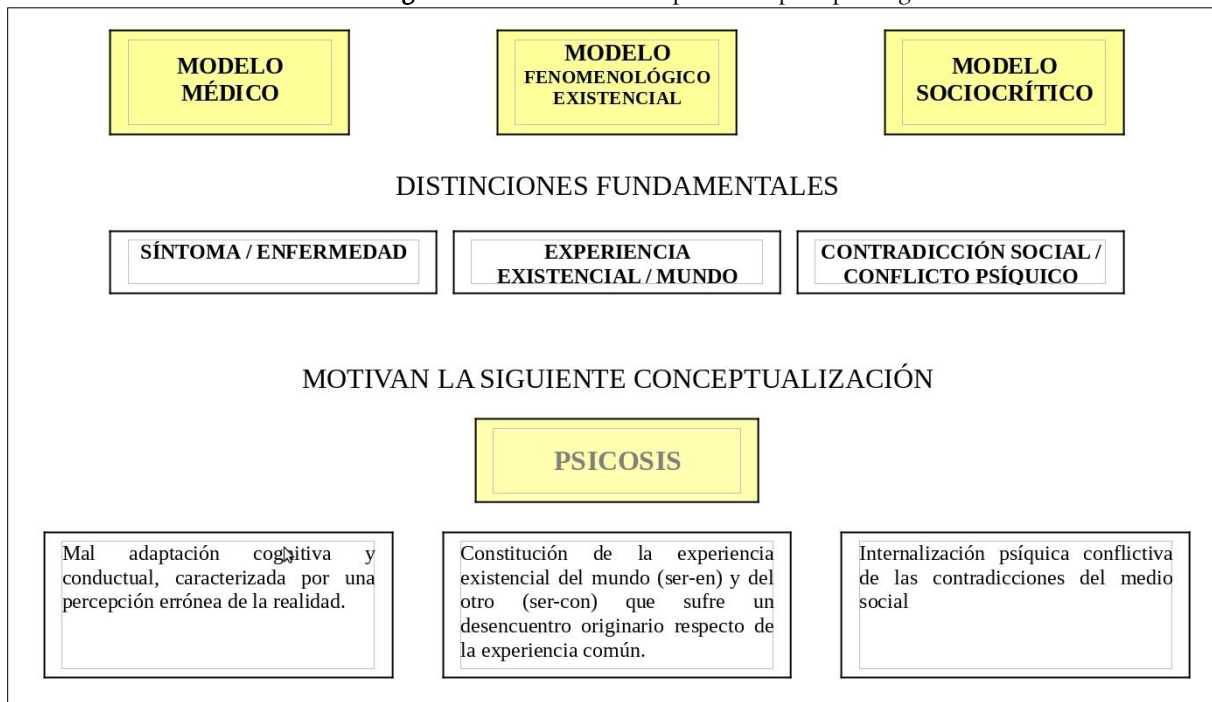
2 Modelos psicopatológicos

Grosso modo podemos plantear la existencia de, al menos, tres modelos de interpretación, cada uno de los cuales tiene visiones muy diferentes acerca de la esquizofrenia. En los extremos de esta diferenciación podemos reconocer al modelo médico, basado en la lectura de los síntomas conductuales que harían evidente una enfermedad subyacente, y al modelo sociocrítico, que se basa en la búsqueda de las condiciones sociales que llevan al desarrollo de patologías mentales individuales. Al alero de este modelo, sabemos, se ha desarrollado el movimiento antipsiquiátrico que gana una viva expresión durante la década de 1960. Mediando esta oposición se encuentra el modelo fenomenológico existencial, que intenta interpretar el mundo propio de la experiencia psicótica y comprender la situación existencial que, en dicho mundo, tiene el sujeto con problemas mentales.

Tanto para la antipsiquiatría como para la fenomenología existencial, la psicosis representa un fenómeno propio de una cultura en que el sujeto afectado queda marginado de la comprensión de mundo socialmente aceptada. La situación psicótica es, en este sentido, un quiebre de mundo que plantea incompatibilidades a menudo insalvables respecto de la experiencia común adoptada por el resto de la sociedad. Por el contrario, para el modelo médico la psicosis representa un fracaso en el proceso de adaptación cognitiva y conductual a la realidad, evidente a través de diversos de síntomas de desajuste.

Ciertamente, los modelos psicopatológicos no se agotan en estas tres perspectivas, sin embargo, es posible a través de sus pugnas y articulaciones seguir de modo más detallado la problemática conceptual subyacente al planteamiento de las concepciones que rodean a la enfermedad mental.

Figura 1 – Modelos de interpretación psicopatológica



Fuente: Autor (2021)

Cabe señalar que la descripción que sigue tiene por propósito fundamental exponer algunas notas introductorias acerca de las pugnas propias de la psicopatología, desde el punto de vista del potencial conceptual que los diversos modelos representan. Además, es necesario advertir que la presentación que sigue se centra fundamentalmente en la descripción del fenómeno de la esquizofrenia conforme el análisis de Laing, realizado en su reconocida obra *El yo dividido* de 1960. Por esta razón, los modelos médico y sociocrítico serán abordados desde sus posibles relaciones o discordancias con el fenomenológico existencial, presente en este autor.

3 Modelo fenomenológico existencial

La fenomenología existencial es una perspectiva de diagnóstico y tratamiento que surge de la incorporación de la perspectiva filosófica homónima a la psiquiatría. Como nota Otto Dörr (2009), una de las virtudes de la descripción fenomenológica es que el diagnóstico es, al mismo tiempo, terapéutico. Poder ingresar en el universo incomprendido del esquizofrénico tiene efectos no sólo en cuanto a la capacidad de diagnosticar, sino que, gracias a que el diagnóstico hace posible la comprensión del mundo psicótico, ello colabora también con la terapia. La descripción fenomenológica opta por abordar de modo integral la realidad del fenómeno sin producir una segregación de sus elementos componentes. El modelo médico, por el contrario, opta por separar a la enfermedad de sus síntomas, generando una substancialización de lo

patológico que considera los síntomas como manifestaciones periféricas, en sí prescindibles, de la realidad de la enfermedad.

La descripción fenomenológica, en términos filosóficos y psiquiátricos, consiste en el seguimiento detallado e integral de la mutua relación que sostienen conciencia y mundo en un sujeto. Se supera, de esta forma, la no muy feliz separación entre sujeto y objeto que nos lleva, por ejemplo, a sostener la existencia de una realidad objetiva, trascendente e innegable, a la que no logra acceder el psicótico producto de trastornos subjetivos. Es a eso a lo que se refiere el modelo médico cuando entiende que la psicosis representa un problema de adaptación: se trata de un sujeto incapaz de reconocerse en un mundo de relaciones objetivas innegables. La situación es distinta cuando suponemos que la conciencia se forja simultáneamente al fenómeno que refiere. Ello implica reconocer la intencionalidad como constitutiva de la conciencia, es decir, como una apertura al mundo en que se construye una relación mutua entre la conciencia, el mundo y los otros sujetos. Al respecto señala Dörr:

La pregunta [terapéutica] fundamental sería ‘¿cómo se constituye algo en cuanto algo para alguien?’ o ‘¿cómo se constituye alguien en cuanto tal para alguien?’. En el marco de esta pregunta por un constituirse recíproco de sí-mismo y mundo se produce una separación de ambos, de modo que la pregunta por la realidad experimentada por el paciente nos lleva de vuelta a la pregunta por los procesos intersubjetivos de constitución de la realidad. Con esto y en palabras de Blankenburg, se logra una suerte de ‘arqueología’ de la constitución de la realidad para el paciente en cuestión. La gran dificultad para el terapeuta consistirá, entonces, en tener que hacer esta reconstrucción (de la constitución de la realidad del paciente en la cual fue posible el delirio) en la misma situación terapéutica y no *a posteriori*. (DÖRR, 2002)

La intencionalidad, es decir, el estar volcado hacia el mundo y hacia los otros como constitutivo de la conciencia y de la configuración subjetiva de una persona, es a lo que Laing llama ser-en y ser-con, respectivamente. La conciencia se hace precisamente en su ser-en el mundo y gracias a su ser-con otros. Dentro de esta relación la intencionalidad implica que también el paciente es entendido como una persona, en el fondo, libre de elegir el modo en que esas relaciones se constituyen. Concebir de esta manera al paciente implica apoyar su libertad constitutiva como Otro legítimo, con derecho a forjar un mundo (ser-en) y a relacionarse con los demás (ser-con) de manera singular. Esto hace de la relación terapéutica un momento crucial de la relación con otros, en la que se decide el ser de la persona esquizofrénica puesta en tratamiento. Su ser-con se haya puesto en juego al momento de la entrevista psiquiátrica y, por ello, no se trata de una simple conversación. De esta forma, todo fenómeno de identificación, rotulación y tratamiento no son prácticas periféricas respecto al ser de la persona en cuestión, sino actividades constitutivas del desarrollo que el paciente puede alcanzar en su relación con el mundo y, consecuentemente, en la constitución de sí. Establecer una relación genuina con el

paciente, repercute directamente en su ser-con constitutivo. La capacidad para describir y diagnosticar comprensivamente este hacerse en el mundo y junto a los otros, ostenta ella misma una potencialidad terapéutica, en tanto incide directamente en la capacidad de relacionarse con otros a las que la persona en tratamiento puede acceder. Es más, esta potencialidad repercute, inclusive, en la configuración de su ser.

4 Laing y *El yo dividido*

Laing interpreta la psicosis a partir del marco de comprensión fenomenológica, que implica ver al paciente como una persona con una particular forma de ser-en el mundo y de relacionarse con los otros (ser-con) (LAING, 1964, p. 18-21, 30-32). Sus análisis se inscriben dentro de un marco existencial mayor, fundado por un tipo de persona que él va a caracterizar como especialmente frágil ontológicamente, relacionada de modo especial con su cuerpo y su conducta en el mundo. Se trata aquí de la persona esquizoide, aquella que experimenta su ser como esencialmente dividido entre un “yo idealizado”, con una mínima posibilidad de realización, y un sistema de “falso-yo” que caracteriza su modo de ser concreto y corporal. El esquizoide presenta una visión de sí en que percibe que lo que su cuerpo realiza no pertenece a su persona. La persona en sentido auténtico para el esquizoide está restringida a un núcleo ideal no-encarnado, sin expresión corporal: un yo que se haya oculto a la mirada de los demás (LAING, 1964, p. 35 y ss).

El paciente esquizoide esconde su verdadero yo, pues se siente inseguro en su ser. Una exposición auténtica frente al mundo implica no sólo hacer visible su persona, sino poner en grave riesgo su ser. Esta inseguridad y fragilidad ontológicas, en las que se asienta la existencia del esquizoide, lo obliga a construir una máscara rígida de protección que le permita relacionarse con el mundo. Tal va a ser la forma en que observa y elabora todo su comportamiento concreto, que entiende como radicalmente distinto de su yo. Este yo, por su parte, nunca se materializa en su conducta o corporalidad y, como tal, yace aislado – por tanto, protegido – en una esfera ideal inaccesible. El propio cuerpo y la conducta desarrolladas pasan a formar parte del mundo. Se transforman en objetos ajenos a la persona del esquizoide.

En base a lo anterior, el autor propone la existencia de dos tipos ontológicos de persona, cada uno de los cuales presenta posibilidades existenciales radicalmente diferentes: 1) el yo encarnado, aquel que parte de una seguridad ontológica que le permite relacionarse con otros y con el mundo de manera espontánea y sin temor; y 2) el yo no-encarnado, que es aquél cuya inseguridad ontológica fundante lo obliga a tomar resguardo de su ser, escondiéndose tras un

sistema de falso-yo. Este sistema comienza con la elaboración de una actuación deliberada, complicada y multifacética. Las posibilidades de uno y otro sujeto son igualmente legítimas, pero Laing reconoce que en el individuo no-encarnado encontramos formas de acceder a la realidad de sí mucho más radicales, haya vista el punto de partida inseguro desde el que se configura este tipo de persona (LAING, 1964, p. 61-64).

Luego, nuestro autor se aboca a describir el surgimiento del mundo propio de una persona esquizoide, cuyo elemento fundamental es la escisión entre yo ideal y sistema de falso-yo, que la atraviesa desde el interior de su ser. Esto la lleva a quebrar su relación con el mundo común habitado por otros, los “normales”, quienes no se deparan con esta cesura existencial. Laing establece, además, una sutil distinción entre el esquizoide y la figura del genio. En este caso, también, nos enfrentamos a un sujeto no-encarnado, pero donde el camino de su existencia y su capacidad imaginativa sigue posibilidades que los llevan por creaciones destacables. Inclusive dignas de la admiración del entorno. En tanto que, en el esquizoide, el miedo lo lleva al fraccionamiento trágico de su persona, llegando al desarrollo del cuadro propiamente esquizofrénico.

Laing describe la experiencia esquizoide desde al menos cuatro nodos básicos: 1) uno que podríamos llamar ontológico estructural donde, partiendo de la inseguridad básica del esquizoide, surgen los subsistemas de la persona no-encarnada: “yo idealizado” y sistema de “falso-yo”; 2) otro en que detalla el desarrollo afectivo del individuo esquizoide; 3) aquél en que intenta establecer el desarrollo de una constitución genética, resultante de un complicado entramado de relaciones interpersonales iniciales que tiene el niño con sus familiares, dando especial hincapié a la relación visual del bebé con la madre (LAING, 1964, p. 111-115); y, por último, 4) un nodo en que Laing intenta describir el devenir de la conciencia psicótica.

Una persona esquizoide, como se señalaba, tiene una postura de entrada frente al mundo regida por el miedo a perder su ser. Esto lo lleva a tomar una estrategia defensiva en la cual tiende al consentimiento respecto a la realidad que lo amenaza. Simula deliberadamente, por medio de la constitución de un complejo de falsos-yo, una adecuación a los peligros del mundo que mantienen su ser íntimo a resguardo de cualquier riesgo. Ahora bien, las dificultades derivadas de la simulación van convirtiendo, cada vez más, al miedo en odio. La amenaza que percibe en el mundo ya no es sólo peligrosa, sino que ahora es la causante de una vida compleja, en constante actuación; que impide, por miedo, una vivencia auténtica del verdadero yo idealizado.

El odio, en que se transforma el miedo inicial, conduce al sistema de falso-yo a imitar de modo burlesco aquello con lo cual se está en conflicto. La parodia se apodera de modo más

grosero y compulsivo del sistema de falso-yo, dificultando una actuación deliberada. Ante la imposibilidad de ser y también de actuar para poner a resguardo dicho ser, el esquizoide va cayendo en estados de encierro angustiante y de complejidad creciente. El yo no-encarnado se ve acorralado, ahora, por el sistema de falsificación que, por su parte, se encuentra en descomposición. La persona busca el modo de deshacerse de una vida que no soporta; proyectando, así, la muerte del sistema de falso-yo. Ya en el estado de angustia es posible detectar que el sujeto ha constituido una relación interna con el mundo. El sistema de falso-yo le es absolutamente ajeno y, como tal, se muestra como perteneciente al mundo. Los personajes de falsificación, inicialmente producidos por la actuación deliberada, pasan a formar parte del entorno, de los otros con los que el esquizofrénico se relaciona. De esta forma, se desarrolla otro de los rasgos fundamentales de la esquizofrenia, cual es el quiebre radical respecto al mundo que habitamos comúnmente.

La escisión esquizofrénica respecto al mundo “real” deriva, entonces, de un fenómeno originario por el cual el esquizoide se haya, ya desde antes, dividido interiormente. Las complicadas estrategias para esconder y proteger su ser de la mirada del mundo y de los otros, generan una serie de personajes internos (sistema de falso-yo) que pasan a constituir su mundo y ante quienes, ya en el estado propiamente esquizofrénico, también va a tener que defenderse. Aquí surge propiamente la figura del fantasma, como representativa de la pérdida de la capacidad de actuación consciente. Los personajes internos que forman parte del sistema de falso-yo son ahora parte amenazante del mundo. El yo interno, ahora acorralado, cae en una angustia y desesperación inevitables que le plantean como única salida la muerte. Y no sólo la del suicidio, sino también aquella por la cual el esquizofrénico desgarrar su falso-yo y evita cualquier forma de manifestación vital. Se niega, en consecuencia, a cualquier tipo de expresión, pues entiende que con ello logra anular la presencia de los fantasmas. El mundo que lo amenaza y lo persigue íntimamente desaparece junto con toda y cualquier expresión de vida. Cae en la hebefrenia y en la catatonía, estados terminales de la esquizofrenia⁴. El surgimiento cada vez más incontrolable de falsos-yo que acosan la realidad cada vez más difusa del yo interior, lleva al esquizofrénico la mayoría de las veces a tomar la decisión de matar a su yo, logrando evitar el surgimiento compulsivo de los fantasmas que lo acosan.

⁴ Cabe señalar que el cuadro nosográfico al que se asocia hoy la esquizofrenia, antes de Kraepelin era atribuido a enfermedades mentales diversas, aunque más o menos relacionadas. El mérito de Kraepelin consistió en agrupar bajo una misma denominación y enfermedad las antes concebidas como “psicosis alucinatoria crónica” (delirio mal sistematizado e incoherente), la “hebefrenia” (excitación intelectual y motriz asociada a un delirio desordenado y poliforme) y la “catatonía” (negativismo generalizado) (FOUCAULT, 1991, p. 13-15).

El estado propiamente esquizofrénico lo caracteriza Laing como sigue:

El yo en estados esquizofrénicos crónicos parece fragmentarse en varios focos, cada uno de los cuales tiene un determinado sentido-de-yo, y cada uno de los cuales experimenta a los otros fragmentos como si fuesen parcialmente un no-yo. Un 'pensamiento' perteneciente al 'otro yo', tiende a poseer algo de la cualidad de una percepción, puesto que no es recibido por el yo experimentador, ni como producto de su imaginación ni como perteneciente a él. Es decir, el otro yo es la base de una alucinación. Una alucinación es una como-si percepción de un fragmento del 'otro' yo desintegrado por un vestigio (yo-foco) que conserva un sentido-de-yo residual; esto es más manifiesto en pacientes declaradamente psicóticos. Además, la relación yo-yo proporciona el campo interno para violentos ataques entre belicosos fantasmas internos, experimentados como si tuviesen una suerte de concreción fantasmal (1964, p. 154).

El mundo tras el que queda encerrado el esquizofrénico plantea una serie de problemas concernientes no sólo a la terapia, sino también al complejo desencuentro que tiene lugar cuando se ha quebrado el ser en común, ser-con, de la persona esquizofrénica. El mundo que habitan los otros ya no corresponde más a su mundo interior, poblado por complejos fragmentos de personalidad. Laing reconoce que el contexto cultural que nos caracteriza dificulta especialmente la integración de las personas esquizofrénicas a un mundo compartido (LAING, 1964, p. 157-163).

Foucault (1991), por su parte, explica la génesis histórica del tratamiento social que hoy recibe el esquizofrénico, pero tales dificultades se proyectan más allá de la historia medieval y moderna, y admiten situar este quiebre en los comienzos de la cultura occidental. Cuando el esquizofrénico deja de ser considerado como aquél ente cuasi sobrenatural que permitía la conexión con el mundo divino y que le proporcionaba un lugar social privilegiado entre los sacerdotes y magos de una tribu, es cuando comienza la deriva de su marginación social. Como indicamos arriba, en el medioevo el carácter sobrenatural no desaparece, pero es objeto de condenación por representar la presencia encarnada de espíritus malignos. Con la llegada de la modernidad y de la Ilustración se consuma el proceso de marginación a través de un tratamiento naturalizado de la alteridad esquizofrénica, similar al del resto de las desviaciones sociales: junto con el criminal, el loco ha de ser encerrado.

Sin embargo, es necesario reconocer que con la esquizofrenia presenciamos un desencuentro existencial originario, y no simplemente un producto histórico. No sólo no comprendemos el lenguaje del esquizofrénico, que es una incompatibilidad fundamental a la hora del tratamiento y de intentar restablecer una relación con su ser-con, sino que, además, nos encontramos situados en otra dimensión respecto de su mundo. Su existencia pareciera proyectarse sobre un ámbito totalmente divergente, que evidencia su alteridad a la hora de articular palabras. Inclusive, en el silencio en que se funda su relación con el mundo y antes de

cualquier palabra, ya aparece el desencuentro que caracteriza la relación del esquizofrénico con el resto de las personas. Reconocer esta incompatibilidad constituye el inicio de una relación terapéutica auténtica, sostiene Laing, puesto que en ello se juega el reconocimiento de la emergencia mutua de persona y mundo (1964, p. 154, 164).

5 Modelo sociocrítico

Profundizando en los problemas culturales y sociohistóricos implicados, Cooper desarrolla una visión que pone el acento en la crítica a las prácticas sociales de marginación que se efectúan sobre la persona del esquizofrénico. Esta visión da origen a la perspectiva conocida como antipsiquiatría, que acá hemos remitido al modelo sociocrítico dentro del horizonte de la psicopatología. En consonancia con ello, Cooper afirma:

La esquizofrenia es una situación de crisis microsocia en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como 'enfermo mental', y su identidad de 'paciente esquizofrénico' es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos y cuasimédicos (1985, p. 14)

Cooper reconoce en la esquizofrenia la configuración del fenómeno más crítico en el que se basa la constitución de la psiquiatría moderna. Es más, en la realidad del tratamiento psiquiátrico confluyen una gama amplia de prácticas que son, más que representativas de una preocupación médica por el paciente, características de una sociedad temerosa que marca, identifica y rotula en la personalidad del esquizofrénico modalidades atenuadas de violencia. De ahí la importancia de identificar al enfermo mental como un personaje peligroso socialmente. De hecho, cuando es imposible probar la peligrosidad social de un individuo, se acude a la constatación de una peligrosidad respecto de sí. En una conversación sostenida con Foucault, Cooper señala:

- Cooper: la fórmula sigue siendo: Peligroso para sí mismo o para los demás...
- Foucault: Es decir, que es peligroso "para sí mismo" cuando no se consigue demostrar que es peligroso 'para los demás'...

Más adelante:

- Cooper: El 'peligro' funciona de manera muy simple para los psiquiatras. Hay unas cuantas formas, unas fórmulas: peligroso para los demás, peligroso para sí mismo... Se puede tachar uno de los términos y dejar el otro. Es más sencillo todavía dejar los dos... Las formas de detención corta pueden ser renovadas, 'si es necesario'. Para que tenga lugar una renovación de un año basta con escribir un parágrafo — eso es todo. (FOUCAULT; COOPER, 1998, p. 100).

Como señala Foucault en *Enfermedad mental y personalidad*, la Ilustración enajena de sus derechos de libertad al enfermo mental por hallarse, él mismo, privado o inhabilitado para ejercerlos. Es así que se llega al encierro. Ahora bien, el discurso ilustrado relativo a la invalidez o inhabilidad, tiene lugar en los inicios del encierro psiquiátrico. Es ahí donde viene a cruzarse con el propósito social de cuidar a la sociedad del peligro, que en este caso podría estar representada en la persona del criminal o en la del psicótico. El temor invalida socialmente al esquizofrénico. Se lo considera no como una persona con libertad individual, capaz de asumir lo que hace, sino como un personaje desvalido cuya incapacidad puede tener expresiones impredecibles y, por lo tanto, peligrosas. Por ello, el miedo al esquizofrénico representa más bien el miedo ante lo impredecible que hay en él, que a su grado de peligrosidad social real o al hecho de que pueda dañar a los otros. En este sentido, Cooper afirma: “Hay efectivamente un peligro en la ‘locura’. Pero es el peligro de lo inesperado, de lo espontáneo” (1998, p. 103).

Consecuentemente, las contradicciones o conflictos sociales están en la raíz de los planteamientos acerca del fenómeno de la esquizofrenia y de la enfermedad mental, en general. Como es evidente, la enfermedad excede los marcos de la individualidad y pasa a formar parte de las prácticas sociales en cuyo seno se la comprende y origina. Es decir, la esquizofrenia no es tanto un problema individual de una persona que no puede reconocer conductual y cognitivamente la realidad del mundo, sino antes bien un fenómeno inserto en el centro de las relaciones sociales. Estas, en efecto, permiten invalidar socialmente la acción de algunos porque se la identifica como peligrosa, en virtud de sus altos grados de impredecibilidad. De esta manera, la esquizofrenia viene a ser el largo proceso por el cual una ruptura y conflicto, sociales en principio, invalidan y lesionan a una persona determinada. Luego, esta se encuadra efectivamente dentro de los marcos conductuales con los que se la ha rotulado socialmente. La enfermedad mental, por lo tanto, es el resultado del proceso por el cual una persona llega a identificarse o ser identificada como enferma, en la medida que interioriza los conflictos sociales y las prácticas de rotulación que se le imponen (COOPER, 1985, p. 7-9).

Foucault denomina a este proceso de interiorización de las prácticas sociales como psicología del conflicto. Esta determina las condiciones bajo las cuales las contradicciones sociales se materializan en unos como enfermedad mental y no en otros. El autor describe este fenómeno como sigue:

La enfermedad es por lo tanto una de las formas de la defensa [del medio]. Pero, ¿en qué condiciones se produce y qué mecanismos especifican esta defensa como una enfermedad? En efecto, no toda situación de conflicto suscita la defensa patológica. [...] Hay, por lo tanto, una respuesta adaptada al conflicto cuando una diferenciación funcional permite una reacción

individualizada a cada fase de la situación conflictual; o en otros términos, cuando la dialéctica del organismo puede constituirse en función de la dialéctica de sus condiciones de existencia, y reconocerse en ella.

Cuando, por el contrario, el conflicto se presenta con un carácter de contradicción tan absoluta, o cuando las posibilidades del individuo están tan restringidas que la diferenciación no se puede efectuar, el individuo no puede defenderse más que colocándose fuera del circuito, respondiendo con una inhibición generalizada.

Hay enfermedad cuando el conflicto, en vez de llevar a una diferenciación en la respuesta provoca una reacción difusa de defensa; en otros términos cuando el individuo no puede gobernar, a nivel de sus reacciones, las contradicciones de su medio; cuando la dialéctica psicológica del individuo no puede encontrarse en la dialéctica de sus condiciones de existencia. (1991, p. 114 – 115).

Cooper describe, de forma similar, la interiorización del conflicto. Para ello, intenta desarrollar una racionalidad dialéctica y sintética, en oposición a la clásica racionalidad analítica que domina el campo de la psiquiatría. La racionalidad sintético-dialéctica se caracteriza por entender la realidad humana como un conjunto de momentos de totalización y destotalización sucesivos por los cuales, primero, un sujeto crea una síntesis comprensiva de su mundo (totalización) y, luego, es constituido como parte de él (destotalización). Ello implica que sea visto como objeto del mundo propio o del mundo de otro. Ahora bien, en la medida que una persona es una “unidad en movimiento, totalización que perpetuamente se retotaliza, sobre la base de la interiorización de su destotalización por otros” (COOPER, 1985, p. 23), la manera en que dicha destotalización acontece en el mundo clínico se vuelve crucial para comprender el devenir patológico de un individuo.

Interpretando de otro modo la definición de esquizofrenia que citamos más arriba, podemos comprender la enfermedad mental, y en particular la psicosis, como la repercusión en el sujeto de una destotalización alienadora efectuada por otro. En este caso, el psiquiatra representa un tipo de violencia social que consiste esencialmente en separar la intención de un sujeto respecto de su praxis o, lo que es lo mismo, invalidar el sentido de sus acciones. Éstas tienen un determinado sentido de acuerdo a la construcción de mundo (síntesis totalizadora) que efectúa un sujeto determinado. Ahora bien, en la medida en que esta construcción no recibe el debido reconocimiento, sus acciones son enajenadas del sentido inicial y les es conferida una interpretación invalidante que transforma su comportamiento en síntoma de una visión de mundo enferma; propia de un sujeto desvalido, supuestamente incapaz de conferirles sentido por sí mismo (COOPER, 1985, p. 19-26).

En tanto el sujeto es efectivamente invalidado por su entorno microsocioal (familia, amistades), no puede ya reconocer como propia su interpretación de mundo inicial, pues ha sido enajenado de ella. Al no contar con un horizonte propio para dar sentido a sus acciones, a su praxis, no tiene otra salida que interiorizar la nueva construcción que se ha diseñado para su

persona: la del enfermo mental. Por ello, la enfermedad mental aparece como una alternativa frente a las imposibilidades impuestas por el medio, que estima que el sujeto enfermo ya no cuenta con recursos propios para la comprensión del sentido de sus actos.

Enajenada de este sentido, la persona no tiene más alternativa que incorporar la interpretación sintomatológica. Ante la imposibilidad de dar sentido a su accionar, la psiquiatría presenta una opción que explica sus actos a partir de una enfermedad latente que se manifiesta de manera indirecta, interpretación con la que el individuo, a la larga, va a terminar identificándose y dando sentido a sus actos (COOPER, 1985, p. 48-54).

Consideraciones finales

Nuestro estudio nace de una apreciación acerca del tratamiento de la salud mental presente en el *Programa de Estudio de Filosofía y Psicología*, vigente a lo largo casi dos décadas en la Educación Media chilena. El tratamiento fragmentario de este tema y la ausencia de una fundamentación adecuada nos llevó a hurgar, primero, en la diversidad de criterios que el mismo *Programa* proponía – pero no desarrollaba – para, luego, elaborar una serie de notas capaces de fundamentar una aproximación a los modelos de análisis psicopatológica vigentes.

A pesar de la exposición panorámica de tres de estos modelos, nuestro estudio se basa principalmente en la dilucidación del modelo fenomenológico existencial, concediendo especial importancia a los aspectos históricos que están detrás del problema de la salud mental. Ello nos condujo hasta un tratamiento cuidadoso de las nociones de locura y normalidad en que dicho problema cuestión emerge. Por este motivo, fue también también relevante el análisis de los aportes del modelo sociocrítico. Dada la estrategia crítica que determina las intenciones de estos dos modelos, respecto al modelo médico, nuestro estudio transita a distancia de este último. Con todo, creemos que los elementos de juicio que este estudio coloca, nos permiten mirar con mayor profundidad las concepciones y prácticas que dominan el campo contemporáneo de la salud y de la enfermedad mental; dominados, como sabemos, por la perspectiva médica. En razón de ello, nuestras notas dependen de un recorte teórico que remite a autores de referencia para los modelos abordados, a saber: Foucault, Laing y Cooper.

Referencias

CHILE. MINEDUC. Ministerio de Educación. Unidad de Curriculum y Evaluación. **Filosofía y Psicología. Programa de Estudio, Tercer Año Medio, Formación General.** Santiago, 2000.

CHILE. MINEDUC. Ministerio de Educación. Unidad de Curriculum y Evaluación. **Bases Curriculares 3o y 4o medio (Decreto Supremo de Educación No 193 / 2019)**. Santiago, 2019.

COOPER, David Graham. **Psiquiatria y antipsiquiatria**. Barcelona: Paidós Ibérica, 1985.
DÖRR, OTTO. El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia. **Revista Chilena de Neuropsiquiatria**, Vol. 40, N° 4, Santiago, Oct. 2002.

FOUCAULT, Michel. **Enfermedad mental y personalidad**. Barcelona: Paidós Ibérica, 1991.

FOUCAULT, Michel. **Historia de la sexualidad**. Vol II: La inquietud de sí. México D.F.: Siglo XXI, 1999.

FOUCAULT, Michel; COOPER, David et alii. Encierro, psiquiatria y prisión. Diálogo entre Cooper, Faye, Foucault, Zecca. In: FOUCAULT, Michel. **Un diálogo sobre el poder**. Barcelona: Altaya, 1998, p. 87-127.

FOUCAULT, Michel. **Vigilar y Castigar**. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.

LAING, Ronald David. **El yo dividido**. Un estudio sobre la salud y la enfermedad. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1964.

MOLINA, Víctor. **Acerca del Programa de Psicología de 3o año medio**. In: Ciclo de Charlas del curso de Psicología para Profesores. DEP. Departamento de Estudios Pedagógicos – Universidad de Chile. Santiago: inédito, marzo de 2005.

NERVI, María Loreto. **Los saberes de la escuela**. Santiago: Editorial Universitaria, 2004.

VELIZ, Jonathan; UGALDE, Manuel; PASTÉN, Cristina. Three forms of intuition in Eugène Minkowski. 25th European Congress of Psychiatry, Florence, Italy, 2017 – **European Psychiatry Journal**, Elsevier, Volume 41, Issue S1, Issy-les-Moulineaux, France, April 2017, p. S720.

*Recebido em 18 de agosto de 2021
Aceito em 10 de novembro de 2021*



Este artigo está licenciado sob a licença: [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Ao submeter o manuscrito o autor está ciente de que os direitos de autor passam para a Revista Psicologia e Transdisciplinaridade.