

La ayuda psicológica bajo sospecha: de la necesidad de la filosofía en la práctica psicológica asistencial

The Psychological Practice Under Suspicion: On the Necessity of the Philosophy in the Psychological Care Practice

Jordi Cabòs Teixidó
Begoña Román Maestre

Facultad de Filosofía
Universidad de Barcelona

jordijosepteixido@gmail.com

broman@ub.edu

RESUMEN: El monopolio actual de la psicología en las diferentes facetas de la vida humana vuelve la práctica psicológica asistencial cada vez más sospechosa. Y aunque los objetivos que declara son legítimos, éstos son controvertidos. Este trabajo pone de manifiesto la inexistencia de un fin consensuado entre los diferentes profesionales de la práctica psicológica asistencial. En la primera parte se sostiene que la práctica psicológica asistencial no tiene claro ni consensuado el fin que proporciona. Este diseño profesional se debe a un problema disciplinar de la psicología y perjudica su imagen de profesión responsable. En la segunda parte, se propone un fin que unifica las diversas prácticas psicológicas asistenciales más allá de sus diferencias y a través del cual su acción profesional queda legitimada. La hipótesis que se presenta es que el fin que debe buscar toda práctica psicológica asistencial es aquello que la inicia, esto es, el alivio del sufrimiento. Sin embargo, para comprender la naturaleza del sufrimiento, la práctica psicológica asistencial debe recuperar su relación con la filosofía.

ABSTRACT: The current monopoly of psychology on various facets of human life is causing psychological care practice to become increasingly suspect. And while this kind of practice has legitimate aims, they are controversial. This paper highlights the lack of an agreed goal between the professionals of psychological care practice. The first part argues that psychological care practice does not provide a clear and agreed goal. This lack of consensus is due to a disciplinary problem of psychology and it damages its image as a responsible profession. In the second part, we propose a goal that unifies various psychological care practices beyond their differences and through which their professional action is legitimate. The hypothesis presented posits that the aim of psychological care practice should be to relieve patients' suffering, which is precisely where the need for such practice originates. However, to understand the nature of suffering, psychological care practice must regain its relationship with philosophy.

PALABRAS-CLAVE: práctica psicológica asistencial, psicología, responsabilidad profesional, sufrimiento

KEYWORDS: psychological care practice, psychology, professional responsibility, suffering

Man vergisst über der Reise gemeinhin deren Ziel. Fast jeder Beruf wird als Mittel zu einem Zwecke gewählt und begonnen, aber als letzter Zweck fortgeführt. Das Vergessen der Absichten ist die häufigste Dummheit, die gemacht wird.¹

F. Nietzsche

To offer treatments based on theoretical models that exclude the consideration of the patient's suffering as the critical outcome criteria seems the height of absurdity, perhaps even dishonesty.²

R. B. Miller

1. Introducción

«La psicología tiene un largo pasado, pero una breve historia» (Ebbinghaus, 1973, 3). Esta frase fue pronunciada lúcidamente por



Hermann Ebbinghaus en el año 1908. Un siglo después, a pesar de las transformaciones que la psicología ha sufrido, todavía sigue siendo, quizás más que nunca, un aforismo que revela la ambivalencia en la que se mueve la disciplina.

Desde su constitución como cuerpo de conocimientos,³ la psicología ha ido ganando poder en nuestra sociedad. Su monopolio se muestra en diversas esferas de la cotidianidad: en la literatura, alcanzando su máxima expresión en la autoayuda; en la selección de personal, en los diversos cuestionarios y pruebas que se llevan a cabo; en la clínica y la jurisprudencia, a través del peso que cada vez más se otorga a la opinión del psicólogo; en los medios de comunicación, en especial en los reality shows; en la educación, a través de las teorías del aprendizaje que determinan cómo se aprende, etc, etc. En definitiva, parece que estamos viviendo una psicologización de gran parte de nuestras vidas.

El enorme poder que hoy detenta la psicología, ya sea desde el punto de vista epistemológico, ya sea como práctica asistencial, la hace proclive a transformarse en ideología. Se entiende por ideología el conjunto de ideas clave que caracteriza el pensamiento de una colectividad y una época.

Aunque los objetivos que la disciplina defiende son legítimos y necesarios en nuestra sociedad, éstos son controvertidos. La mayoría de las veces, la psicología justifica sus acciones con nociones problemáticas; en el caso de la práctica psicológica asistencial,⁴ que es de la que nos ocuparemos aquí, lo hace con nociones ambiguas. Por ejemplo, con nociones como salud mental, bienestar, equilibrio, enfermedad y disfunción. Pero ninguna de estas nociones es diáfana; al contrario, a poco que uno las cuestione, se vuelven discutibles. En este sentido, la labor de la psicología se mueve en una ambivalencia; mientras que, por un lado, se erige como necesaria, por otro lado, parece ser cuestionable, pues fácilmente —debido a la ambigüedad de sus conceptos— puede servir a fines ajenos a las intenciones que declara; y más cuando está por todas partes.

Este problema se origina cuando la psicología olvida su relación con la filosofía. A nuestro entender, su dudosa credibilidad radica en la falta

de cuestionamiento de los fundamentos sobre los que descansan sus afirmaciones. Si la psicología quiere ganarse un lugar como profesión responsable, y evitar convertirse en ideología, no puede prescindir de la capacidad autocrítica y del cuestionamiento de las propias intenciones tan característica del ejercicio filosófico. Se hace necesaria pues una filosofía de la psicología, si ésta quiere avanzar de forma responsable en su labor asistencial.

Esta investigación intenta ser un diálogo entre la filosofía y la psicología, más en concreto, una reflexión filosófica sobre la finalidad de la PPA. Este trabajo analiza la posibilidad de hallar un bien específico de la PPA que legitime la dedicación asidua del colectivo, e incremente su responsabilidad y prestigio profesional (Hortal, 2002). No pretende, en cambio, resolver las dificultades que tiene la psicología como disciplina, sino solamente ofrecer una visión genérica de éstas y de sus implicaciones sobre la ayuda psicológica.

El punto de partida de esta reflexión es la teleología aristotélica, esto es, se asume que una determinada actividad siempre tiende a un fin por el que se inicia. Se parte de este esquema teleológico porque, aparte de su relevancia histórica, por un lado, posibilita la conceptualización de la mayoría de las prácticas humanas, permite introducir la intencionalidad; pero además, por otro lado, resulta útil para vislumbrar qué bienes persiguen determinadas actividades, pues los hace más claros y evita que durante su transcurso éstas se desvíen de su intención inicial. No es casual que este esquema teleológico haya predominado en el estudio de las prácticas profesionales (Williams, 1985, 34).

La hipótesis que se presenta en la primera parte es que la PPA no tiene claro ni consensuado el bien que proporciona. En la segunda parte, se intentará hallar un fin que caracterice y unifique este tipo de prácticas. Nuestra propuesta sugiere, tal y como se verá a continuación, que el fin que debe perseguir toda práctica asistencial es el alivio del sufrimiento de la persona a la que se atiende. El método a seguir es el método analítico-racional, esto es, el análisis y estudio de textos psicológicos y filosóficos.

2. El problema del fin de la PPA

2.1. Finalidad y práctica psicológica

«Todo arte y toda investigación e, igualmente, toda acción y libre elección parecen tender a algún bien; por esto se ha manifestado, con razón, que el bien es aquello hacia lo que todas las cosas tienden» (Aristóteles, 1985, 131). Toda actividad, en su inicio, persigue un fin, a través del cual se diferencia del resto. El fin, que al mismo tiempo es motivo de inicio, es aquello que propiamente caracteriza a una actividad; en este contexto, se entiende por bien el fin que se persigue a través de la ejecución de una actividad.

Sin embargo, a menudo sucede que de una misma actividad se derivan bienes diferentes y es difícil caracterizarla. En este caso, no todos los fines resultantes de una acción detentan la misma relevancia. Tras toda actividad subyace un fin primordial que la caracteriza y al cual quedan subordinados el resto de fines derivados de la misma.

Asimismo, en el despliegue de una actividad, no solamente es necesario discernir entre los fines prioritarios y los subordinados, también es conveniente distinguir entre la mera actividad y la práctica. Siguiendo a MacIntyre, una práctica es «cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma mientras se intenta lograr los modelos de excelencia que le son apropiados a esa forma de actividad y la definen parcialmente, con el resultado de que la capacidad humana de lograr la excelencia y los conceptos humanos de los fines y bienes que conlleva se extienden sistemáticamente» (MacIntyre, 1987, 240).

A diferencia de la actividad, la práctica busca unos bienes propios. La práctica es una actividad de naturaleza cooperativa, donde un conjunto de personas se disponen a prestar un bien a la sociedad. Éste se obtiene a través de una serie de procedimientos y métodos consensuados; a menudo, responde a una necesidad social y entonces la práctica se transforma en profesión (Abbott, 1988, 35).

Cabría distinguir entonces entre unos bienes intrínsecos a la práctica, y por los cuales ésta se inicia, y unos bienes extrínsecos. Los bienes intrínsecos son aquellos resultantes de una práctica y que únicamente se obtienen a través de su ejecución. Bien intrínseco es sinónimo de finalidad. En cambio, los bienes extrínsecos son aquellos cuya obtención no se limita exclusivamente a un tipo de actividad (MacIntyre, 1987, 235).

Existen ciertas prácticas profesionales donde no es para nada fácil determinar cuál es el bien interno que persiguen. Y a menudo no existe un consenso entre los profesionales acerca de su fin. Esto es lo que, al parecer de quien esto suscribe, sucede en la PPA.

2.2. El problema de la psicología como disciplina

La psicología como disciplina acoge tanto a la psicología entendida como ciencia como a la práctica psicológica (Pettifor, 1996, 1). Se entiende por ciencia psicológica la actividad cultural que pretende conocer la realidad psicológica de forma sistemática a través del método científico. En cambio, la práctica psicológica es la acción humana que utiliza los conocimientos psicológicos para conseguir un determinado bien, dependiendo del ámbito de actuación. En este caso, la PPA es la acción humana que utiliza los conocimientos psicológicos de la disciplina para ayudar a las personas que padecen problemas psicológicos.

Sin embargo, la mera práctica psicológica por sí misma no es profesional. Para que llegue a ser profesional debe acordarse entre los practicantes de esa práctica la dedicación asidua a una actividad especializada (Hortal, 2002, 36). Siguiendo a Hortal, podemos pensar que la práctica asistencial profesional en psicología es aquella acción que utiliza los conocimientos derivados del corpus teórico para conseguir un fin (el bien interno) que, en principio, la caracteriza como profesión y al que los miembros de ese colectivo deben dedicarse asiduamente. Este bien, la actividad especializada que desempeña el colectivo, requiere de cierto consenso. Sin un acuerdo, sin un fin consensuado, sin una actividad especializada propia, es difícil que se pueda llegar a hablar de profesión (Camenisch, 1983, 48).

Cada profesión se centra en un trabajo sobre el cual detenta un completo control establecido legalmente (Abbott, 1988, 71). Los miembros de una profesión se unen todos por unas aspiraciones, unos valores y un buen hacer. Lo propio de la profesión es que forje una comunidad donde se despliegan una serie de vínculos sociales y morales entre sus miembros con tal de conseguir un propósito común (Abbott, 1988, 9; Frankel, 1989, 109).

Al parecer, la PPA no tiene claro ni consensuado el bien interno que la debería caracterizar. No existe una finalidad consensuada sobre el cual se construyan los fundamentos de la PPA (Bray et alia, 2009, 12) y alrededor de la cual se estructuren sus demás elementos.

Las razones por las cuales la práctica asistencial no ha logrado establecer un bien específico de forma consensuada son de naturaleza disciplinar, esto es, derivan tanto de su génesis y organización como cuerpo de conocimientos organizado, como de la posibilidad de ser práctica asistencial. En lo referente a su organización como ciencia, algunos de los problemas radican en la dificultad de su objeto de estudio, su múltiple constitución como ciencia y el predominio de una idea determinada de objetividad. Respecto a sus posibilidades como práctica asistencial, la diversidad con la que ha sido teorizada y abordada, unida a la escasa reflexión profesional, ha dificultado que se llegue a algún tipo de acuerdo acerca de cuál es el fin que ésta debería perseguir.

2.2.1. Génesis y organización de la psicología como ciencia

2.2.1.1. La naturaleza del objeto de estudio

La complicada determinación de la naturaleza de su objeto de estudio obstaculiza el establecimiento de un bien compartido. La primera dificultad es la de determinar la realidad a la que remite la palabra 'psicología'. Etimológicamente, la palabra 'psicología' está compuesta por dos partículas: '*psico-*' y '*-logia*'. La partícula '*psico-*' proviene del griego '*psikhé*' y significa aliento, alma, mente (Corominas, 1989, 666). La partícula '*-logia*' deriva también del griego y designa a '*logos*', que significa palabra, argumento, discusión, razón (Corominas, 1989, 688).

En la intención que las une, en la formación de la 'psicología', emergen dos dificultades que —a pesar de que tal palabra es una de las más utilizadas (Smedslund, 2011, 134)— conviene no perder de vista.

Por una parte, la dificultad que entraña el prefijo 'psico-' como partícula que define a una ciencia. Independientemente de todos los usos y significados que ésta haya cobrado a lo largo de las diferentes épocas, yace en ella el problema de definir a qué se refiere lo 'psico-', cómo se aborda en términos científicos lo que la palabra remite. Con la noción de 'psico-' se alude a la parte mental, subjetiva, pero no se dictamina ni delimita tampoco qué es lo psicológico (Filho y Martin, 2007, 15).

Por otra parte, no son menos las dificultades que entraña la partícula '-logia'. La palabra 'logos' declina del verbo griego 'legein' y se refiere al acto de decir, de dar razón de algo. La dificultad reside en la diversidad de posibilidades que existen de dar razón de la realidad mental. No existe nada que obligue a dar razón de la misma de forma unívoca. El objeto de estudio de la psicología parece no detentar la fuerza refutatoria de los objetos de las ciencias naturales y por ello es posible teorizar una misma realidad psicológica de formas distintas.

Finalmente, conviene no olvidar tampoco que la creación de una supuesta psicología científica conlleva dos presupuestos. Por un lado, el dualismo mente-cuerpo y, por otro, el racionalismo. En efecto, la declaración de una ciencia de la realidad psicológica implica que, para siempre o por momentos, cuerpo y mente se separen. Y además, hablar de un *logos* capaz de conocer y dar razón de lo psicológico parece anteponer el conocer racional a otras formas de conocer.

2.2.1.2. Su constitución como cuerpo de conocimientos

De la gran variedad de propuestas en su constitución como cuerpo de conocimientos organizado resultaron maneras distintas de concebir la psicología y su misión, lo que posteriormente influyó en la finalidad que debe perseguir la práctica asistencial. A continuación se realizará un breve recorrido por los padres fundadores de la psicología; se han seleccionado diez propuestas que los manuales de historia de la psicología

consideran más determinantes en la aparición de la psicología (Gondra, 1997a). Lo que parecen apuntar estas propuestas es la existencia de una disparidad de criterios respecto a lo que debía de ser la psicología en el momento de su constitución. Veámoslo con más detenimiento:

Para Sechenov (1829-1905) la psicología debe ser una ciencia objetiva sin conciencia ni introspección. Su objeto debe ser la totalidad del estímulo-conciencia y su respuesta. Únicamente una psicología abierta a la fisiología experimental formará un cuerpo de conocimientos fiable y podrá aspirar a ser ciencia (Gondra, 1997a, 299).

Para Wundt (1832-1920) la psicología debe diferenciarse de la metafísica y de las ciencias naturales. La psicología estudia la experiencia desde el punto de vista del sujeto, sus relaciones con él y las cualidades que éste atribuye a sus contenidos; de manera que el sujeto accede a los datos que le aparecen de manera inmediata (Wundt, 1896, 7). La psicología debe establecer, basándose en la experiencia, unas leyes o principios generales que permitan enunciar las peculiaridades de los fenómenos mentales.

Para Dilthey (1833-1911) como ciencia social que es, la psicología debe comprender la experiencia como totalidad significativa a partir de la vivencia, pues ésta es la estructura más significativa en tanto que transmitida directamente por la mente. La vivencia es el producto primigenio de la mente. De forma que la psicología es una ciencia descriptiva, analítica, orientada a comprender el individuo como entidad histórica (Dilthey, 1956).

Brentano (1838-1917) diferencia entre la psicología y la fisiología: mientras que la psicología proporciona verdades de razón, la fisiología contiene verdades fácticas. «Habremos de considerar como objeto propio de la psicología sólo los fenómenos psíquicos, en el sentido de estados reales. Y refiriéndonos exclusivamente a ellos, decimos que la psicología es la ciencia de los fenómenos psíquicos» (Brentano, 1951, 33). La psicología estudia los fenómenos psíquicos entendidos como actos psíquicos. Aquello que mejor define los actos psíquicos es la intencionalidad, entendida como un contener representaciones mentales

y no en un sentido motivacional de albergar propósitos. Todo fenómeno psíquico está caracterizado por la referencia a un contenido y contiene algo como objeto, si bien no todos los fenómenos psíquicos lo contienen del mismo modo. Los fenómenos psíquicos, a diferencia de los físicos que se encierran en sí mismos, se refieren a algo distinto a ellos. Los procesos mentales son más importantes no tanto por lo que son, sino por lo que significan: «en la representación hay algo representado; en el juicio hay algo admitido o rechazado; en el amor, amado; en el odio, odiado» (Brentano, 1951, 21).

Para Ribot (1839-1916) la psicología debe emanciparse de la metafísica y constituirse como disciplina científica independiente mediante la observación de los hechos externos, aunque sin obviar la introspección. La psicología pertenece a las ciencias de la vida y no se desvincula del enfoque experimental, proporcionando correlaciones entre los fenómenos mentales y sus condiciones biológicas desde una base genética. La ciencia psicológica debe reconocer los fenómenos psíquicos de la normalidad, partiendo de sus manifestaciones patológicas (Gondra, 1997a, 265).

Para James (1842-1910) el psicólogo debe examinar las correlaciones empíricas entre los estados mentales y los procesos nerviosos y dejar para la filosofía la realidad de la mente y del mundo circundante (Gondra, 1997a, 363). La psicología es «la ciencia de la vida mental, tanto en sus fenómenos como en sus condiciones» (James, 1989, 5). Entendiendo por fenómenos de la vida mental «el perseguir fines futuros y el elegir medios para su consecución son, pues la marca y el criterio que indican la presencia de mentalidad en un fenómeno» (James, 1989, 10). El fenómeno mental se distingue del mecánico por el hecho de que la acción del individuo en el fenómeno comporta una elección de medios que buscan un fin. «Sólo las acciones que se hacen por un fin, y que muestran una elección de medios, pueden ser llamadas indubitablemente expresiones de la Mente» (James, 1989, 12) y ser objeto de estudio de la psicología. Por otro lado, James habla de condiciones, refiriéndose a la parte del sistema nervioso vinculada con los procesos mentales. El psicólogo indagará en esas condiciones: «las experiencias corporales, y muy particularmente las

experiencias del cerebro, deben tener un sitio entre aquellas condiciones de la vida mental que debe estudiar la Psicología [...] el psicólogo está obligado a ser en parte neurofisiólogo» (James, 1989, 7). La psicología debe investigar cómo las modificaciones mentales correlacionan con los cambios corporales, estudiar tanto las condiciones previas de los estados mentales como también sus consecuencias. Años más tarde, influido por las críticas recibidas (Gondra, 1997a, 363) James define la psicología como «la descripción y explicación de los estados de conciencia en cuanto tales» (James, 1984, 9).

Para Ward (1843-1925) la psicología debe ser la ciencia de la experiencia individual, procedente de un yo unitario que no puede descomponerse en partes (Gondra, 1997, 224).

Ebbinghaus (1850-1909) afirma que la psicología debe ser la ciencia de los contenidos y procesos de la vida mental; debe tratar los objetos del mundo interno, es decir, los estados, procesos, las formaciones psíquicas que sólo son percibidos por el sentido interno. El psicólogo investigará lo que las personas experimentan en las sensaciones, sentimientos y pensamientos. La psicología debe ser una ciencia experimental que se ocupa de los órganos fisiológicos y cómo éstos se relacionan funcionalmente con los procesos mentales (Gondra, 1997a, 181). Así que, a pesar de su rango de ciencia, no puede olvidar su relación con la filosofía (Ebbinghaus, 1973, 24).

Külpe (1862-195) define la psicología como «la ciencia de los hechos de la experiencia en su dependencia de los individuos experienciantes» (Kulpe, 1975, 3). La psicología es la ciencia que debe estudiar la experiencia; no la experiencia inmediata, sino como parte dependiente del sujeto que la experimenta; y no sólo como parte del individuo en su vertiente psíquica, sino también en su vertiente corpórea (Gondra, 1997a, 166).

Para McDougall (1871-1938) la psicología debe estudiar los impulsos y propósitos básicos de la conducta humana, esto es, los instintos que orientan la conducta hacia metas y propósitos (McDougall, 1905). La

psicología es la ciencia de la conducta de los seres vivos y debe examinar las fuerzas internas de la mente en todos sus componentes, aunque siempre constriñendo la mente a conductas objetivas (McDougall, 1928).

Desde un punto de vista histórico, estas desavenencias de criterios respecto a qué se entendía por psicología,⁵ no se materializan ostensiblemente hasta que, en 1898, en Norteamérica, Titchener publica el artículo *Postulados de la psicología estructuralista* (Titchener, 1996). En él se distingue la propuesta estructuralista de Wundt de la funcionalista de Brentano, James y Scout. El artículo sostiene que la psicología estructuralista, derivada de la propuesta de Wundt, posee mayor validez explicativa que la psicología funcionalista. Contrariamente a las intenciones de Titchener, el artículo provocó una reacción a favor del funcionalismo de Dewey, que se empieza a concebir como una alternativa a la tradición experimental alemana. Algunos consideran que con este artículo empieza lo que se ha denominado la era de las escuelas (Gondra, 1997b, 13).

A principios del siglo XX, surgen las principales escuelas de psicología. La Psicología de la Gestalt de Wertheimer y el conductismo. Durante la Primera Guerra Mundial, gracias al uso aplicado de Yerkes de los test de inteligencia en la selección de reclutados, se inicia la posibilidad de una psicología aplicada en beneficio de las personas (Camfield, 1992). De manera progresiva los psicólogos inician su labor profesional en los diversos ámbitos: en la selección de personal, en la clínica y en la educación.

Pero este movimiento tampoco está libre de discordias. Allá por los años veinte, la psicología parece estar fraccionada por ámbitos, y también por desacuerdos dentro de un mismo ámbito. El Conductismo, el Psicoanálisis y la Gestalt están enfrentados. Adquiere especial relevancia la reflexología. Esta pluralidad de enfoques contribuye a la diferenciación y a que no se hable tanto de psicología como de psicologías (Murchison, 1930). Este desacuerdo aumenta en los años posteriores. No es hasta pasada la Segunda Guerra Mundial que suceden cambios que marcarán su futuro como ciencia y profesión.

A partir de los cincuenta, una serie de circunstancias provocan un cambio en el grado de responsabilidad que el colectivo debe asumir. Anteriormente los psicólogos clínicos se habían dedicado a validar tareas de psicodiagnóstico y orientación vocacional; sin embargo, las nefastas consecuencias de la guerra demandan profesionales que atiendan a las víctimas (Wyatt, 1954). Hasta esas fechas el psiquiatra era quien se encargaba íntegramente de efectuar tratamientos psicológicos; sin embargo, la exigencia de atender a un gran número de víctimas fomenta que los psicólogos propongan, coetáneamente con los médicos, tratamientos psicológicos (Gondra, 1997b, 17).

Esta demanda social de profesionales asistenciales, junto a la gran cantidad de psicologías aplicadas emergentes, provoca una escisión vital para el desarrollo de la disciplina: por un lado, los psicólogos partidarios de continuar con una psicología experimental, de corte más académico; y por otro lado, los psicólogos que abogan por una psicología aplicada, de corte profesional, que contribuya al bienestar de las personas (Glaudin, 1966).

Tal y como muestra este sucinto recorrido histórico, el origen de la psicología ya fue controvertido. La disparidad de criterios desencadenó una plétora de psicologías aplicadas, cada una de ellas con una idea distinta de psicología. Este disenso respecto a qué debía ser la ciencia psicológica pudo dificultar el establecimiento de cierto consenso profesional.

2.2.1.3. El cientificismo en psicología

El predominio del cientificismo en psicología ha vuelto también más opacos los bienes de la PPA. Se entiende por cientificismo una ideología que guía la práctica científica y que impone la verdad matemática derivada del método científico. En psicología, este cientificismo se refleja en una actitud que sólo considera válido aquel conocimiento producto de la exactitud numérica.

Igual que sucede con otras disciplinas, a la psicología se le exige, si quiere ser respetada, que equipare sus métodos al de otras ciencias. Desde algunos sectores se ha propuesto que la psicología debe ser una STEM (*science, technology, engineering and mathematics*)⁶ (Bray,

2010, 365). Al declararse una ciencia psicológica, se ha asumido que el método adecuado para la obtención de un conocimiento fiable es el de las ciencias naturales que son el referente de la auténtica autoridad epistémica (Pérez Chico y Rodríguez Suárez, 2011, 11).

Esta idealización de la objetivación matemática forma parte de una larga tradición que culmina con la ciencia positivista y que adquiere vital importancia en el origen de la psicología científica. La característica más notable de este cientificismo es una determinada idea de objetividad, una objetividad que excluye al sujeto.

Uno de los primeros en desplegar esta idea fue Platón. La naturaleza responde a formas geométricas y numéricas que, impuestas por un dios demiurgo, coordinan y garantizan el buen funcionamiento de todo (Platón, 1992, 206).

Siglos más tarde, Galileo parece recuperar esta idea. Si la tradición aristotélica había estudiado la *physis* en relación a sus cualidades (Aristóteles, 1998, 96), este autor redirige su estudio hacia una vertiente matemático-geométrica (Galileo, 1984, 61). Galileo distingue entre líneas regulares de los cuerpos y las líneas irregulares. Las regulares son aquellas que, conocida su única, firme y determinada descripción, se puede matemáticamente definir y demostrar sus accidentes y propiedades. En cambio, las líneas irregulares son aquellas que, no teniendo determinación alguna, son infinitas y casuales, y por ello indefinibles; en consecuencia, ninguna propiedad se demuestra de ellas, ni tampoco se puede saber nada de ellas. Decir que tal accidente sucede a causa de una determinada línea irregular es lo mismo que decir que uno no sabe por qué sucede; su introducción en el estudio de los fenómenos es equiparable a introducir simpatías, antipatías, o propiedades ocultas que en el fondo enmascaran un desconocimiento de lo real (Galileo, 1984, 84). Conocer la naturaleza de las cosas es conocer su exactitud numérica. El mundo mismo es un libro escrito en lenguaje matemático.

Quien parece fundamentar filosóficamente esta visión, y que parte de la psicología hereda, es Descartes (Descartes, 1984, 70). Todo aquello

de la realidad que no se ajuste al lenguaje matemático, no despierta el más mínimo interés. Conocer aspectos de la subjetividad personal es perder el tiempo, pues la experiencia subjetiva no responde a la exactitud matemática. En cambio, si uno reduce todo conocer al procedimiento matemático, guarda la confianza de que lo que conoce es cierto y de que sus resultados poseen una validez universal. Esta manera de conocer busca volver a la realidad «lo más simple y lo más fácil, a fin de que nos sirvamos de ella en la resolución de las cuestiones» (Descartes, 1984, 96). Pues si en las cosas que uno debe investigar se presenta algo que el entendimiento no logra intuir suficientemente, allí es preciso detenerse.

Esta idea será cuestionada por Husserl que pone en tela de juicio que la subjetividad sea matematizable (Husserl, 2008, 77). Lo que plantea este autor es que hay ámbitos de la experiencia que no se pueden reducir a las categorías matemático-geométricas. Por ejemplo, la facultad de preguntar, o la capacidad de otorgar sentido (Hollway, 1989, 122). Y a pesar de lo problemático de realizar esta distinción (Bech, 2011, 111), una cosa es explicar numéricamente un fenómeno y otra comprenderlo (Dilthey, 1951, 197). Como mucho, los resultados de la matemática describen, nunca comprenden. La comprensión alberga unas implicaciones que no alberga la descripción. La comprensión se conecta con la intencionalidad, con la posibilidad de comprender los fines y los propósitos de un agente (Von Wright, 1971, 6).

El peligro de esta idea de objetividad es prescindir de la comprensión y creer que solamente es conocimiento el derivado de la aplicación científico-matemática. Convencerse de esto es la antesala a expulsar del ámbito del conocimiento al sujeto. Esta idea de objetividad reduce la experiencia individual del sujeto a una serie de categorías psicométricas. Y aunque bajo esta idea de objetividad subyace una intención de predecir y controlar la realidad, en este caso el sujeto, éste quizás no es susceptible de control numérico, tal y como ya intuyó el mismo Galileo (Galileo, 1984, 181). Husserl remarca que el modelo matemático abstrae la vida individual y espiritual de las personas, ignora los matices y las peculiaridades (Husserl, 2008, 103). No hay idea de objetividad que no

pase por el sujeto; y aunque el cientificismo busca expulsarlo a su vez parece percatarse de su imposibilidad.

Se ha presentado a la psicología como una ciencia que se cruza con la biología, la economía, la genética, las matemáticas, las ciencias de la comunicación, la sociología, la antropología y la ciencia política (Bray, 2010, 363). Además, se equiparan las teorías psicológicas con las teorías de las ciencias naturales. Pero de hecho, las teorías psicológicas son muy distintas a las teorías de las ciencias naturales. En primer lugar, varían en la manera como se verifican o se falsan. En segundo lugar, las teorías psicológicas no muestran en su continuidad, como ocurre con las ciencias naturales, ninguna construcción estructurada, en la que cada vez el conocimiento se ajuste más a la realidad. En tercer lugar, en psicología existen muchas teorías dispares que funcionan por igual (Jaspers, 1993, 610).

El cientificismo, imitando la exactitud de las ciencias naturales, presenta el conocimiento derivado de la matemática como un conocimiento revelador. Se le atribuye el papel de ser un conocimiento salvador que libera al ser humano de su ignorancia. El científico cientificista, aunque se declara ateo y anti-metafísico, se nutre de la fuerza de esa fe milenaria de las antiguas religiones. Desde el momento en que el contexto contemporáneo niega la fe en Dios, emerge el problema del valor de la verdad. Y aunque la verdad ascética se pone en entredicho vía experimental, este cuestionamiento no implica que no se pueda reemplazar por un valor de verdad científica (Nietzsche, 2005, 193). Y con ello, el viejo ideal ascético más que suprimirse se reinstaura en otro lenguaje.

Entre la ciencia y el ascetismo religioso no existe un antagonismo, pues ambos comparten su rasgo esencial, la posibilidad de verdad. Ambos se erigen sobre la posibilidad de una verdad absoluta postergada. El cientificismo encarna la fuerza propulsora de aquel ascetismo primigenio, aquella voluntad de verdad ideal, desapegada de la vida. En ambos coexiste una voluntad de eliminar aquella parte del sujeto que impide el camino hacia el ideal. En el ascetismo, se condena lo que aleja al asceta de su embriaguez ascético-espiritual, en el cientificismo

se descarta todo aquello que no es susceptible de traducir en términos científico-matemáticos. A ambos les repulsa todo lo que, curiosamente, formando parte de sí, no favorece la consecución de ese ideal. Ambos se desprecian, el asceta en sus apetitos y el científicista en su subjetividad.

Esta voluntad científicista en psicología parece provocar dos consecuencias que contribuyen a desdibujar el bien de la práctica asistencial. En primer lugar, la psicología ha olvidado su relación con la filosofía (Symons y Calvo, 2009). A menudo la psicología se presenta desmemoriada, olvida la relación con su pasado como filosofía (Ebbinghaus, 1973, 3). Cuando, de hecho, las escuelas y teorías de personalidad y psicoterapia son una transformación de las filosofías morales del siglo XVIII y XIX (Miller, 2005, 321). Lo que hoy se considera una disciplina independiente, la psicología empírico-experimental, es en realidad una prolongación de un intento por demostrar una verdad desde una teoría del conocimiento empirista (Miller, 2005, 303).

Crear suprimir el saber filosófico en el conocimiento de lo psicológico, después de más de veinte siglos yuxtapuestos, conlleva que se excluyan elementos fundamentales de la realidad psicológica (Unamuno, 1997, 27); comporta que muchos de los conceptos, y realidades a las que remetan y que en su génesis nacieron de la filosofía, ahora queden huérfanos con una psicología que debe acogerlos, si quiere estudiar la realidad psicológica, pero no sabe cómo ni qué hacer de ellos (Nietzsche, 2006, 120). Si no es desde una abertura a la comprensión, si no es desde una mirada filosófica que aborde la realidad subjetiva primigenia (el sujeto que subyace tras la objetividad) no se puede atender satisfactoriamente a determinadas dimensiones psicológicas, y con ello, el bien que persigue la acción asistencial, por esta idea de objetividad, queda difuminado.

En segundo lugar, el predominio de esta idea de objetividad en psicología provoca dos males que afectan directamente a la práctica psicológica. Por un lado, el mal por exceso, el reduccionismo de todo lo psicológico a una dimensión cuantitativamente demostrable y medible. Y, por otro lado, su déficit, lo que en este trabajo se denomina abdicación

metodológica. La abdicación metodológica es la actitud del profesional que se rebela contra todo indicio de cientificidad; esta abdicación es una contra reacción al cientificismo, por la cual la práctica se vuelve un capricho intelectual a merced exclusivamente de lo que al profesional le parezca o de lo que el ídolo que le cae más a mano teorice. Precisamente, desde algunos sectores se lleva años resaltando la urgente necesidad de consensuar el fin de este tipo de prácticas para evitar su perversión, debido al sectarismo de algunos grupos dentro del mismo colectivo (Borowitz, 1988, 562).

Ambas actitudes, su exceso y su defecto, parecen ser consecuencias del protagonismo que en psicología ha detentado el cientificismo. Y esta persecución desaforada de una *Mathesis Universalis* psicológica, esta exclusión del sujeto, ignorando facetas fundamentales del acto asistencial, parece haber oscurecido la finalidad que persigue la PPA.

2.2.2. La psicología como práctica asistencial

2.2.2.1. Su consolidación

Los practicantes de la PPA han propuesto diversos modelos teóricos para comprenderla. Cada modelo teórico parece proponer una idea distinta de qué debería ser la PPA y que dota de sentido a los diversos elementos involucrados. Todo modelo teórico lleva tras de sí una determinada cosmovisión, es decir, una forma de percibir el orden del mundo y de dar razón de los fenómenos que en él ocurren (Cano, 2006). En este contexto, la cosmovisión es la manera de responder racionalmente a la conducta humana y de otorgar sentido a los elementos involucrados en la práctica asistencial.

A pesar del riesgo de perder en matices, de formular un discurso parcial debido a la falta de elementos de conjunto, se analizarán algunos de los conceptos claves implicados en las cosmovisiones de los modelos psicológicos asistenciales tradicionales. No se aspira a dar una explicación completa de cada una de las principales escuelas psicológicas, sino clarificar cómo las distintas escuelas, y los múltiples autores, explican estos elementos en relación a una idea implícita de ser humano y, por consiguiente, de práctica asistencial.

Tres son los elementos que se elucidarán. La idea de trastorno de cada escuela, la forma como declara restablecer el equilibrio, y el fin que afirma perseguir. Trastorno es lo que se considera "nocivo" y sobre lo que conviene incidir. El restablecimiento del equilibrio alude al modo como dilucidan sus intervenciones, cómo justifican los cambios que, en principio, disminuirán el estado de deficiencia del paciente. Y, en tercer lugar, fin determina el discurso de lo que conviene realizar, esto es, hacia dónde se debe orientar su actividad, cuál es el bien que persigue dicha práctica.⁷

a. Escuela psicoanalítica

Para Freud (1856-1939) la vida consciente es una parte insignificante de la vida mental; la verdadera realidad psíquica se oculta en el inconsciente y tan sólo se manifiesta en las enfermedades mentales, los sueños, los chistes y los actos fallidos (Gondra, 1997b, 143). El aparato psíquico se divide en yo, ello y superyó. El yo representa la parte consciente sometida al principio de realidad; el ello es la parte inconsciente sometida al principio de placer y el superyó es la instancia que simboliza a los progenitores (Freud, 2003a).

El aparato mental se constituye como un circuito de libido, entendiendo por libido: «una fuerza susceptible de variaciones cuantitativas, que podría medir procesos y trasposiciones en el ámbito de la excitación sexual» (Freud, 2003b, 198). Freud conjetura la existencia de una serie de etapas de desarrollo psicosexual que corresponden con las diversas organizaciones de la vida psíquica. El detonante de las neurosis es el complejo de Edipo. El complejo de Edipo es el conjunto de ideas y sentimientos, la mayoría inconscientes, que giran alrededor del deseo de poseer al progenitor del sexo opuesto y eliminarlo.

Para el psicoanálisis freudiano, el síntoma se refiere a la sustitución de impresiones e impulsos anímicos que han sufrido una represión por la influencia de otras fuerzas anímicas, habiendo sido apartados de la conciencia y de la memoria (Martorell, 1996, 22). Los síntomas hunden sus raíces en la represión de la sexualidad infantil. Las raíces

de la enfermedad germinan en el conflicto entre la conciencia y ciertas experiencias contrarias a ésta.

El momento crucial en el tratamiento es la neurosis de transferencia. La neurosis de transferencia, «reino intermedio entre la enfermedad y la vida» (Freud, 2001, 156), se desata cuando el paciente revive y proyecta sobre el terapeuta sus fantasías infantiles. El paciente vivencia tales fantasías en la figura del terapeuta; se consigue el equilibrio cuando el individuo toma consciencia de lo inconsciente reprimido, a partir de la interpretación del complejo de Edipo. El tratamiento freudiano finaliza en el momento que se interpreta tal complejo y el paciente asume el material reprimido (Gondra, 1997b, 161).

Dentro del mismo psicoanálisis sobresalen, posteriormente, otras propuestas que apuntan hacia nuevas maneras de comprender la PPA.

Un primer ejemplo es el modelo de Adler (1870-1937). Para este autor, el individuo es teleológico, es decir, está orientado hacia un objetivo futuro. Adler resalta el papel de las actitudes psicológicas, de un yo fuerte, frente a los instintos biológicos. Su concepción se articula en torno al concepto de carácter. El carácter es el estilo de vida peculiar de cada individuo y que lo constituye como un ser único (Adler, 1985). Éste se conforma en los años de infancia y emerge como resultado del intercambio afectivo con los miembros de su familia. Los elementos básicos que influyen en la configuración de su personalidad son los valores del grupo y la constelación familiar. Estos elementos, producto de la interacción con el entorno, son los que el individuo aplicará para desarrollar su plan de vida; éste se determina a partir de tres realidades: profesión, relaciones de amistad y sexualidad. La capacidad para enfrentar estas tres áreas es un índice de salud y una alteración en cualquiera de ellas puede provocar la neurosis (Martorell, 1996, 26).

El carácter del individuo se define alrededor de un objetivo futuro. Cada individuo es un organismo unificado que avanza hacia una meta organizada por medio de patrones significativos. Un concepto clave en Adler es el complejo de inferioridad, entendido como el conjunto de

ideas y sensaciones que surgen alrededor de la percepción del niño de su inferioridad orgánica. Este sentimiento de inferioridad es un estímulo continuo a lo largo de su desarrollo; la persona constantemente persigue compensarlo con sus decisiones. El afán de poder, opuesto al sentimiento de inferioridad, promueve que la persona compense su inferioridad a través de un determinado plan de vida. La neurosis aparece cuando el individuo neutraliza este sentimiento de inferioridad con directrices ficticias y construye un mundo totalmente adaptado a él (Gondra, 1997b, 188). El objetivo terapéutico en Adler se alcanza a través de la re-educación, esto es, cambiando el estilo de vida y desarrollando un sentimiento comunitario que obligue a la persona a descentrarse. El fin de la terapia es la comprensión del estilo de vida del paciente y la facilitación y el apoyo del terapeuta para el cambio hacia otro estilo de vida más saludable.

Un segundo ejemplo es el desplegado por Jung (1875-1961). Para Jung la psique es un espacio no físico por donde circula la libido; ésta no es exclusivamente sexual y se manifiesta en todo tipo de instintos. Dentro de la psique se distinguen varios sistemas (Jung, 1984): el ego, encargado de la conciencia lógica y racional; el inconsciente personal, depositario de las experiencias reprimidas y sede de los complejos, entendiendo por complejos grupos de sentimientos, pensamientos, percepciones y recuerdos que estaban unidos; y el inconsciente colectivo que son los contenidos procedentes de la herencia psíquica, caracterizada por imágenes y motivos mitológicos (Martorell, 1996, 26).

En el inconsciente colectivo se encuentran los arquetipos que son las imágenes o formas universales de pensamiento acompañadas de fuertes componentes emocionales; éstos son el resultado de la repetición de diversas experiencias básicas (nacimiento, muerte) a lo largo de la historia de la humanidad, y que son examinados a partir de mitos, sueños y síntomas. Algunos de estos arquetipos, al ser tan poderosos, han pasado a formar parte autónomamente de la personalidad. La persona, que apunta a la personalidad pública; el *anima* y el *animus*, refiriéndose a las partes femenina del hombre y la masculina de la mujer respectivamente; la sombra, que alude

a la parte inadaptada; y el sí mismo que representa la unidad de la personalidad (Martorell, 1996, 26).

Para Jung, la génesis de la neurosis subyace en la constricción cultural, en la pérdida de su individuación a causa de un papel externo o una significación imaginaria de sí mismo. El fin que persigue la intervención jungiana es la consecución del proceso de individuación. La individuación consiste en la autoposesión del individuo por sí mismo, ensanchando su consciencia y desarrollando su individualidad, asumiendo conscientemente los contenidos personales asequibles.

Otro ejemplo se halla en los llamados autores neofreudianos. Su planteamiento muestra diferencias esenciales con los planteamientos clásicos. Se reduce la importancia de las experiencias infantiles y el origen de la neurosis en la sexualidad; se enfatizan los factores culturales y sociales en la génesis del trastorno psicológico; disminuye el interés por lo inconsciente; adquiere más protagonismo el área interpersonal y se presta más atención a las experiencias presentes y a los procesos del yo (Martorell, 1996, 38).

Dos autores neofreudianos serían Fromm (1900-1980) y Horney (1885-1952). Para Fromm, el concepto de neurosis se vincula a una incapacidad para cumplir una serie de necesidades existenciales (Fromm, 2007). El fin del tratamiento consiste en volver a sí mismo tras liberarse de los vínculos inconscientes de la tradición constituidos en su superyó como resultado de su pasado. El equilibrio que la práctica asistencial persigue es la búsqueda de la capacidad de amar y de crear, la liberación de los vínculos incestuosos; el sentido de identidad basado en un sentimiento de yo como sujeto, la liberación de las ideas de grandiosidad infantil y la capacidad de desarrollar la objetividad y la razón.

Para Horney, en cambio, la neurosis se relaciona con el papel del padre y de la madre en la sociedad y en cómo éstos responden a la angustia básica del niño (Horney, 1951). El equilibrio del paciente se logra a través de una revisión de su vida y de sus relaciones actuales, desentrañando sus deseos, sentimientos, valores y conductas habituales. El fin del

tratamiento es conseguir el proceso de individuación que consiste en la libertad interior, a menudo impedida por las normas culturales.

b. Escuela conductual

La intervención conductual considera que la mayor parte de conducta, sea adaptada o inadaptada, es aprendida, esto es, se trata de una adecuación de los principios derivados de las teorías del aprendizaje aplicados a la práctica asistencial. Se centra en la conducta por la cual el paciente ha acudido al tratamiento; tanto la conducta normal como la anormal se mantienen y restituyen por los principios de aprendizaje; esta escuela somete los datos de la clínica a la psicología experimental con la intención de proporcionar técnicas terapéuticas eficientes (Martorell, 1996). Este enfoque no se presenta como un todo integrado debido a la inexistencia de una única idea del aprendizaje y, por tanto, coexisten dentro de un mismo modelo una mezcla de teorías y técnicas.

Según Watson (1878-1958), la psicología debe examinar cómo el individuo se ajusta al medio, a través de la predicción y el control de la conducta (Watson, 1996). Para ello, la conducta debe ser analizada, debe descomponerse en elementos más simples y vislumbrar como éstos se combinan en comportamientos más complejos. Este autor clasifica, por un lado, los estímulos y las situaciones y, por otro lado, las respuestas y los actos. El estímulo es aquel elemento simple del medio que promueve una respuesta del organismo; las situaciones son las pautas u organizaciones de estímulos que controlan la conducta. El individuo depende de los estímulos ambientales y responde a tres tipos de hábitos: los hábitos emocionales, los motores y los lingüísticos (Watson, 1955). Para comprender la patología no es imprescindible recurrir a conceptos mentales, pues la neurosis es causada por un desajuste en los hábitos. Como consecuencia, su desarrollo se detiene y con él la adquisición de hábitos adultos.

El síntoma se concibe como una respuesta inadecuada, errónea o ausente a los objetos o a las situaciones de la cotidianidad, consolidada por condicionamientos. El equilibrio se consigue a través de la eliminación

de los hábitos infantiles, con técnicas de condicionamiento, y su sustitución por otros de más eficaces. El fin último de la intervención es el des-aprendizaje de hábitos ineficaces y el aprendizaje de otros más adaptados (Gondra, 1997b, 135).

Otra propuesta es la de Pavlov (1849-1936). Éste considera que el córtex es el conjunto de puntos de excitación e inhibición generados y mantenidos por estímulos y sus relaciones. Cuando los estímulos externos se estereotipan repitiéndose, se forma un sistema organizado que brinda consistencia y regularidad a la conducta. Los cambios bruscos o prolongados en la relación excitación-inhibición conllevan una descompensación del sistema nervioso (Pavlov, 1927). La neurosis se dibuja como un producto resultante del desequilibrio nervioso, impulsado por una excesiva e intensa variabilidad entre la excitación y la inhibición. El restablecimiento se alcanza a partir del condicionamiento reflejo. El fin que persigue el tratamiento es la restitución del sistema nervioso a través de una compensación de los procesos de excitación e inhibición.

Otra propuesta en la intervención conductual es la de los llamados neoconductistas. Estos autores enfatizan el aprendizaje como tema central de la psicología; a la que definen como ciencia objetiva de la conducta molar, es decir, no molecular o fisiologista; insisten en el papel del organismo en la explicación de la conducta, convirtiendo las variables internas del organismo en instigadoras de la conducta (Gondra, 1997b, 248).

Un ejemplo de ello es la propuesta de Skinner (1904-1990). Para este autor, el conductismo no es una mera teoría de la conducta, sino que se constituye como una filosofía de la ciencia: la filosofía de la ciencia de la conducta (Skinner, 1975). El psicólogo se debe limitar a observar conductas, a establecer sus relaciones y clarificar las variables en juego. En el sistema de Skinner, la libertad y la autonomía parecen ser cuestionadas, ya que la mayor parte de la conducta humana se subordina al ambiente (Skinner, 1972).

En desacuerdo con una concepción mentalista de los procesos mentales, los describe como procesos corpóreos del individuo, producto del refuerzo

ambiental. Los reforzadores inciden en los mecanismos biológicos. Se entiende por reforzadores el aumento de las probabilidades de una respuesta cuando ésta se sigue de unas consecuencias. Este tratamiento se basa en el condicionamiento operante. El condicionamiento operante es un método que suscita en el medio ambiente unos cambios que influyen —positivamente o negativamente— sobre la aparición de la conducta.

La conducta patológica funciona mediante los mismos procedimientos que la normal. Los síntomas son respuestas operantes mantenidas por reforzadores muy potentes (Gondra, 1997b, 311); el equilibrio se recupera a través de un trabajo a favor del poder del profesional asistente, mediante la demostración de que ciertas conductas del paciente sobre el terapeuta desencadenan ciertas consecuencias. Una vez el terapeuta adquiere cierto grado de control, sugiere hábitos o programas que eliminan situaciones estimulantes con consecuencias nocivas (Martorell, 1996). El fin de la terapia de conducta de Skinner es la supresión de las contingencias del refuerzo que mantienen las conductas anormales, así como el reforzamiento de otras más adaptativas.

c. Escuela cognitiva

Otra de las escuelas dentro de la PPA es la escuela cognitiva. A pesar de la divergencia de planteamientos dentro de este modelo, coexisten vectores comunes en el examen del fenómeno psicológico. En primer lugar, se asume que la actividad cognitiva influye en la conducta; en segundo lugar, la actividad cognitiva puede ser controlada y alterada; y, en tercer lugar, se sostiene que el cambio conductual deviene mediante el cambio cognitivo.

Gondra señala una serie de características que la distinguen de otros movimientos psicológicos. La psicología cognitiva pretende conocer la mente en su naturaleza y funcionamiento; parte del supuesto de que el ser humano es un sujeto activo, más que un mero receptor pasivo de estímulos; los procesos mentales son procesos de procesamiento simbólico, sin imitar el funcionamiento de un ordenador; se adopta una perspectiva funcionalista, en la medida que se insiste en su funcionamiento

sin recurrir a la neuropsicología; concede una gran relevancia a las matemáticas, a la formación de conceptos y al razonamiento; y se defiende el pluralismo metodológico (Gondra, 1997b, 362). Todos los planteamientos del enfoque cognitivo erigen como fin modificar las estructuras cognitivas que impiden un funcionamiento psicológico correcto (Martorell, 1996, 92).

A modo de ejemplo, se expondrán sucintamente las propuestas de Kelly (1905-1967) y de Ellis (1923-2007).

Para Kelly, el individuo organiza su entorno a través de su percepción, basándose en constructos personales; entendiendo por constructos personales las dimensiones o categorías descriptivas de la realidad (Kelly, 1966). «Hasta las ocurrencias más obvias de la vida cotidiana pueden transformarse profundamente si tenemos la inventiva de construirlas de forma distinta» (Nelly, 2001, 254). Este autor equipara el ser humano con el científico que controla y predice los eventos de su vida, pero basándose en una teoría personal del mundo. Enuncia un postulado fundamental y once corolarios derivados de éste. Su postulado dictamina que los procesos mentales se canalizan psicológicamente conforme a la dirección en que un individuo anticipe los acontecimientos. Según este autor, la construcción de la experiencia es el determinante primordial de la conducta; la neurosis surge cuando los constructos de la personas resultan ineficaces. El equilibrio se restablece a partir de la modificación de sus constructos; el fin de la intervención profesional es dotar al paciente de las capacidades necesarias para desarrollar nuevas alternativas de realidad con constructos más eficaces.

Para Ellis, las alteraciones psicológicas se explican por la tendencia humana a evaluar la realidad de manera absoluta. Estas valoraciones originan creencias irracionales (Ellis, 2003). El síntoma es una expresión, interrelacionada cognitiva y emocionalmente, de una creencia irracional. El equilibrio se restablece a partir del diálogo con la persona acerca de las ideas y creencias erróneas; examinando su filosofía de vida en base a la cual éste rige sus comportamientos. Estas cogniciones desacertadas contribuyen a que el individuo infiera conclusiones inexactas acerca

de la realidad. El fin prioritario del tratamiento es la modificación de los procesos cognitivos disfuncionales, representados en actitudes irracionales y sistemas de creencias ineficaces (Martorell, 1996, 92).

Independientemente del acuerdo o desacuerdo del lector con la selección de los autores, de la mejor o peor exactitud a la hora de exponer esta breve aproximación, no se puede negar el hecho de que no existe un consenso en la descripción de los fines de la práctica asistencial en psicología. Cada modelo, establece sus propios fines y reinterpreta de forma distinta los elementos involucrados.

Por consiguiente, esta variedad de interpretaciones parece volver opaca la posibilidad de hallar un bien consensuado entre los diferentes modelos, más allá de su cosmovisión. Las teorías deben facilitar la comprensión y la acción profesional, pero no pueden delimitar los bienes internos, el fin que toda práctica —en tanto que profesión— debe seguir.

Viendo la divergencia a la hora de entender categorías fundamentales del acto asistencial, de las que acabamos de exponer sólo una muestra, tal y como han señalado otros autores (França, 2005, 202; Santander et al., 2000, 122), parece necesario redefinir y unificar los límites, los medios y fines de este tipo de prácticas. El hecho de que cada teoría delimite sus propios fines, que marque unas metas y unos objetivos, repercute en la posibilidad de llegar a algún tipo de consenso respecto a los bienes que proporciona la profesión.

2.2.2.2. La escasa reflexión profesional

Otro aspecto que ha podido dificultar un bien consensuado ha sido la escasa reflexión profesional del colectivo. La consideración de la función social, de las implicaciones éticas y políticas de este tipo de prácticas ha sido parva. De hecho, si se piensa con detenimiento, la psicología científica apenas detenta un siglo y medio y, por tanto, es posible que su traducción profesional todavía se halle en un estado de demarcación.

Parece que los distintos códigos éticos en psicología han sido la más visible muestra de este estado de demarcación. En ellos se plasma la conciencia colectiva de la profesión y se reconoce su dimensión moral. Una de sus funciones es explicitar los valores dominantes que definen su rol social y determinar aquello hacia lo que tiende la práctica profesional (Frankel, 1989, 112). Sin embargo, como se verá, los códigos decretan amplios horizontes que parecen insuficientes para instaurar un fin consensuado en una disciplina que solicita soporte público y credibilidad (Pettifor, 1996).

En el preámbulo del código ético del APA (*American Psychological Association*),⁸ se declara que la tarea de los psicólogos es aumentar el conocimiento científico relativo a la conducta, así como su uso, buscando una mejora de la situación de los individuos, de las organizaciones y de la sociedad en general. Más adelante, se aclara que el colectivo busca ayudar a las personas a desarrollar juicios bien fundados. Se reconoce que los profesionales se esforzarán en beneficiar a los pacientes y evitarán dañarlos; el colectivo debe velar por el bienestar y los derechos de aquellos con los cuales interactúan profesionalmente. Sin embargo, este código parece no decir nada explícitamente acerca del fin específico de este tipo de prácticas ni de sus medios.

Asimismo en el código de la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas)⁹ se afirma que se espera de todo profesional que «aborde y ejecute su trabajo con el objetivo de promover la integración personal y el bienestar de sus pacientes». Los profesionales usarán sus «capacidades y habilidades profesionales para el mejor beneficio de sus pacientes y con el debido reconocimiento del valor, la dignidad y la autonomía de todo ser humano».

Se define a la psicoterapia como «un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia».

Este código advierte que los motivos por los cuales se inicia una práctica psicoterapéutica pueden ser: «problemas de comportamiento o adaptación, fatiga crónica, problemas con el sueño, con la alimentación, con el rendimiento escolar o profesional, consumo de drogas, tristeza prolongada, sentimientos de soledad, depresión, ansiedad generalizada, insatisfacción sexual, miedo inmotivado, problemas en la pareja, en la familia, en el trabajo, conflictos en situaciones propias del ciclo vital, situaciones de crisis, duelos y pérdidas afectivas, situaciones de violencia y agresividad, trastornos de la personalidad, cambios en el estado de ánimo, así como cualquier otra situación que provoque malestar, angustia, miedo o sufrimiento. También cuando percibimos una sensación de malestar o de insatisfacción inmotivada, de forma persistente, aunque muchas veces, la causa que los motive no sea evidente».

En estas líneas parecería que se insinúe un criterio: todas estas situaciones aludidas desencadenan sufrimiento. Se reconoce que cualquier motivo que produzca padecimiento es suficiente para justificar un tratamiento. Sin embargo, no se plantea una explicitación acerca de los problemas derivados de centrar la práctica en «cualquier otra situación que provoque malestar, angustia, miedo o sufrimiento», ni tampoco qué se entiende por «malestar, angustia, miedo o sufrimiento».

El código del COPC (*Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*)¹⁰ señala que el ejercicio de la psicología «se ordena hacia una finalidad humana y social que puede expresarse en objetivos como el bienestar, la salud, la calidad de vida y la plenitud del desarrollo de las personas y grupos en los diferentes ámbitos de la vida individual y social». Sin embargo, parece no explicitar cuáles deben ser los parámetros sobre los que estructurar la intervención.

Se señala que la labor del psicólogo se rige por el «respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales». Ahora bien, parece no definirse claramente el bien que deberían perseguir este tipo de prácticas.

El código de la EFPA (*European Federation of Psychologists' Associations*)¹¹ insiste en que los profesionales promoverán el desarrollo de los derechos humanos fundamentales, la dignidad y el valor de las personas. No obstante, en ningún momento parece ofrecerse directriz alguna respecto al bien que debe buscar toda práctica psicológica, su fin, ni tampoco se explicita ningún criterio con el que gestionar sus categorías. Como mucho, se habla de "evitar el daño" y que algunos autores han interpretado como un imperativo que obliga a los profesionales a evitar causar sufrimiento (Lang, 2009).

Parece que el problema de los códigos se relaciona con su naturaleza prescriptiva. Los códigos éticos decretan directrices, describen a "grandes rasgos" las obligaciones derivadas del ejercicio profesional, pero, parecen no decir nada acerca del bien específico al que se deben dedicar este tipo de prácticas. Sus directrices son demasiado genéricas y resultan insuficientes para la asunción de un bien interprofesional consensuado.

Unido a ello, conviene mencionar la imagen que ha dado públicamente el colectivo profesional. Parece que en los últimos años, en diversas apariciones públicas este colectivo se ha presentado como experto en la conducta humana (Bray, 2010). Sin embargo, ¿qué significa decir que el psicólogo es un experto en conducta humana? Afirmar, sin explicitar, que el psicólogo se encarga de algo tan ambiguo y problemático como la conducta humana es promover que el discurso terapéutico se convierta en una forma cultural (Illouz, 2010, 80) por la que se resiente su imagen de profesión responsable.

El hecho de que coexistan tantas subdivisiones y ámbitos de trabajo dentro del mismo ejercicio profesional del psicólogo —que van desde la clínica hasta la prevención del cambio climático (Swim, 2009)— quizás dificulte que un mismo código ético explicita los fines de cada práctica. No obstante, si este tipo de prácticas asistenciales quieren ganar credibilidad deben especificar un bien propio consensuado que fundamente su labor.

De esta falta de explicitación no se puede responsabilizar al colectivo. La imperante laicidad ha contribuido a que las pautas que rigen los tratamientos pierdan algunos valores, asociados tradicionalmente al

acto de cuidar (Mahoney, 2005, 338; Reich, 1995, 332). Valores como la compasión o la filantropía, el cuidado del enfermo o la solidaridad parecen quedar fuera de estos códigos por su supuesta naturaleza moral.

Parece que los códigos éticos contemporáneos están menos comprometidos moralmente con la práctica, siendo su carácter marcadamente legalista (Pellegrino y Thomasma, 1981, 193). En efecto, muchos responden a la presión socio-legal sobre un colectivo profesional y señalan — más que una idea de excelencia— aquello que está o no permitido. Tal y como indica Pettifor (1996, 5) quizás sea interesante no descartar la posibilidad de una ética profesional basada en virtudes como guía de este tipo de prácticas.

Sobre esta opacidad de la finalidad vigente en los códigos también ha influenciado la demarcación de la psicología respecto a otras profesiones. La urgencia de la psicología por ganarse un sitio entre las profesiones médico-sanitarias la ha obligado a adoptar métodos científicamente operativos si quería equipararse a la medicina. La psiquiatría era quien hasta el momento se encargaba de recetar psicofármacos y atender psicológicamente a los pacientes. La psicología, en este afán de igualarse a la psiquiatría y demostrarle que también detenta unos objetivos específicos, un saber material, unas técnicas propias que la dignifican como ciencia y práctica, se ha dedicado a crecer sin atender lo suficientemente al bien que puede ofrecer como profesión.

También la nueva concepción de salud mental ha obligado al trabajo interdisciplinar y la ha confrontado con otras profesiones. La psicología se ha encargado de reivindicar su superioridad respecto a los trabajadores sociales, asesores y otros profesionales, porque supuestamente sus prácticas detentan una base científica (Bray, 2010). Su fundamento científico y su confianza en la evidencia empírica le ha dotado de cierta exclusividad entre los profesionales asistenciales (Elliot, 2002). En este sentido, la psicología se ha encargado más de custodiar su imagen como profesión que de reflexionar sobre qué tipo de profesión puede ser y cuál debe ser el bien al que debe dedicarse asiduamente.

2.3. Propuesta de un fin

La difícil naturaleza de su objeto de estudio, la diversidad de puntos de partida sobre su constitución como ciencia y su idea de objetividad, unido a las diversas maneras de interpretar la práctica y la escasa reflexión profesional, muestran que este tipo de prácticas no han logrado consensuar el fin que buscan. Si este tipo de prácticas quieren incrementar su credibilidad profesional deben hallar y explicitar el bien al que se dedican (Hortal, 2002).

Por tanto, parece que se requiere una redefinición de sus límites y finalidades. Este bien no debe ser excluyente de otros que puede proporcionar, pero en tanto que fin debe ser su guía. Este fin debe ser aquello por lo cual se inicia tal práctica. A nuestro parecer, en tanto que asistencial, es por la intención de ayudar, consolar, disminuir, o ayudar a soportar el sufrimiento que una persona experimenta por lo que dicha práctica cobra sentido.

3. El alivio del sufrimiento como fin

3.1. Sentido y práctica asistencial

Toda actividad busca un fin primordial. La consecución de este fin principal es lo que la dota de sentido (Aristóteles, 1985, 131). Se entiende por sentido la coherencia entre el inicio de la actividad y su fin, esto es, el mantenimiento hasta el final del movimiento que la inició.

Parece ser que anteriormente, ya ha habido algunos intentos de unificar las diferentes prácticas psicológicas asistenciales: centrándolas en la psicopatología (Bergner, 2004, 127), en estrategias clínicas compartidas basadas en la eficacia (Goldfried, 1980, 994) o en una integración teórica o técnica (Wachtel, 1997). Sin embargo, este tipo de prácticas no debería comenzar buscando nociones ajenas al inicio de la misma: el crecimiento, el cambio basado en la evidencia, el bienestar,

la autorrealización u otras nociones, como por ejemplo, la salud mental parecen ser demasiado ambiguas para servir como fin.

Estas nociones, y en especial la de salud mental, trascienden la práctica y son vulnerables a fines ajenos a la misma. Además, los diversos profesionales parecen utilizar de forma distinta cada una de estas nociones.

Por ejemplo, no solamente dentro del colectivo de psicólogos difieren los usos de 'salud mental', también entre los trabajadores sociales, enfermeras, psiquiatras y psicoanalistas se ha usado de modo distinto. Esta diversidad de usos a su vez se refleja en la multiplicidad de concepciones a la hora de promover la salud (Svedberg, 2011, 7118). Bajo cualquier idea de salud mental subyace una idea de rehabilitación, pero tampoco existe un consenso acerca de que debería ser la rehabilitación (Davidson, 2005, 480); como mucho, se pueden plantear algunos rasgos genéricos comunes a la misma.

Si se mira a aquello que inicia este tipo de prácticas, ellas se inician porque existe una persona que sufre y que necesita ayuda (Jackson, 1999, 37). El movimiento que la origina es el movimiento que asiste al que sufre. Si este movimiento inicial busca ayudar a esa persona que sufre, tal práctica solo tendrá sentido en la medida que su fin sea el alivio, la comprensión y el manejo del sufrimiento. Miller afirma que plantear como fin nociones ajenas al alivio del sufrimiento sólo consiguen relegarlo (Miller, 2005, 305). Parece que la pregunta que debe guiar este tipo de prácticas es la que interroga acerca de qué puede hacer el profesional para aliviar el sufrimiento del paciente (Reich, 1989, 93). Es a partir de este interrogante desde donde se propone un criterio con el que guiar la acción profesional.

Lo que proponemos redirige las posibilidades de llegar a un consenso profesional. Ya no se trata de las teorías, procedimientos o de la idea de patología y conceptos vinculados a ella, sino de unificar la profesión por el fin que ésta busca. Las prácticas que no sean iniciadas y, de ese modo, mantenidas por el alivio del sufrimiento son discutiblemente asistenciales.

Este giro en la óptica del acto asistencial tampoco significa que se rechace la validez de las otras categorías asistenciales. Lo que se

pretende es cambiar los criterios a partir de los cuales ésta se organiza (Kuhn, 1971, 210). Este criterio diferencia este tipo de prácticas de otras, reformulando lo que se ha considerado tradicionalmente como un problema psicológico. Bajo esta perspectiva, un problema psicológico se convierte en una situación que genera tal grado de sufrimiento que merma la autonomía del afectado, esto es, afecta su capacidad para determinarse libremente a través de juicios (Reich, 1989, 87). La finalidad de este tipo de prácticas es la comprensión y el alivio del sufrimiento que limita la autonomía, independientemente de cuales sean sus motivos.

Así, por ejemplo, Sachs acepta que el fin de este tipo de prácticas debe ser el alivio del sufrimiento, pero parece que lo equipara a la búsqueda de la felicidad (Sachs, 1941, 145). Desde esta investigación, se considera que una cosa es disminuir un sufrimiento, que —en tanto que limitante— debe ser atendido, y otra es la búsqueda autónoma de la felicidad. A pesar de que a veces la labor asistencial es la condición de posibilidad de esta búsqueda, no significa que se las pueda equiparar. En otras palabras, el profesional debe encargarse únicamente de aquel sufrimiento que obstaculiza esta búsqueda autónoma de dicha.

3.2. El olvido de su sentido

Aunque decir que el fin que persigue toda PPA es el alivio del sufrimiento parezca una afirmación obvia, no lo es entre sus profesionales. Ni en los planes de estudios de las distintas universidades, ni en los procedimientos que han acreditado a sus profesionales se subraya el alivio del sufrimiento como eje central de su proceder (Urraca, 1995, 57).

Desde la medicina, Cassell arguye que el avance técnico ha ido en detrimento de la obligación profesional de disminuir el sufrimiento (Cassell, 1982, 639). La causa de tal abandono se halla en la pérdida de protagonismo de la noción de persona. A partir de los progresos en el conocimiento médico, fruto de la especialización, el paradigma médico ha abandonado toda noción que, por su carácter subjetivo, se desligase conceptualmente del cuerpo. La asunción de este ideal ha comportado

que la noción de persona quede vetada para la medicina y se la excluya por demasiado abstracta. Sin embargo, dicha exclusión comporta ignorar el sufrimiento que la persona experimenta. La medicina centrada en la disfunción corporal ha obviado el sufrimiento por ser algo subjetivo, y si se le presta atención, siempre es asociado al dolor corporal controlable con analgésicos.

En la misma línea, desde la enfermería, Ferrell y Coyle critican que el avance de los cuidados sanitarios, su tecnificación, ha promovido unos modelos asistenciales que excluyen a la persona en toda su complejidad. Estos modelos pretendidamente asistenciales, paradójicamente, en lugar de ayudar a paliar el sufrimiento, producen todavía más, a causa de su desatención e incapacidad para acoger facetas fundamentales de la subjetividad personal (Ferrell y Coyle, 2008, 6).

Cassell ha señalado que la noción de persona ha pasado a ser considerada una categoría mental, cuyo estudio compete a la ciencia de la mente (Cassell, 1982, 640). Si se considera a la psicología como la ciencia de la mente, ésta también parece que se ha desmarcado de esta noción y la ha transformado en un fenómeno mental.

Y aunque desde la terapia centrada en el cliente se ha introducido la noción de persona, esta noción parece que ha corrido el mismo destino que otros conceptos: ha sido rebautizada como categoría psicológica (Barresi, 1999, 79). La óptica rogeriana se sirve de la noción de persona y repite, igual que otras teorías, un supuesto ideal que omite a la persona que sufre.

Lo que plantea este enfoque es la manera como uno puede llegar a ser persona; llegar o no a ser una persona completa depende del éxito del tratamiento (Barresi, 1999, 80). Si los enfoques tradicionales se centraban en un supuesto ideal de salud mental —que el mismo Rogers condena (Rogers, 1963, 17)— el enfoque centrado en la persona aspira a unas nociones que, aunque bien intencionadas, no logran captar la persona en toda su complejidad.

Ni las ciencias clínicas ni las ciencias del comportamiento poseen una categoría para describir al sufriente (Kleinman, 1988, 28). Gran

parte de las teorías utilizadas en psicología asistencial han emulado las explicaciones científico-médicas. Tales teorías han esbozado una explicación del funcionamiento de la mente, del síntoma o de la génesis del trastorno, pero se han alejado de cualquier vestigio que pudiera ser científicamente reprochable. Si se ha aludido al sufrimiento ha sido de forma indirecta. De manera que la psicología ha construido un corpus científico que acredita su labor, pero que parece excluir la persona que sufre, a causa de su naturaleza filosófica, subjetiva y acientífica.

¿Qué sucede cuando se pierde de vista la persona que sufre? En primer lugar, parece que descartar a la persona que sufre en el abordaje de los problemas psicológicos comporta una desconsideración de la individualidad inherente a cada persona: tanto en el vivir como en el sufrir. En algunas de estas teorías, el individuo parece devenir un medio a partir del cual se teoriza, sin reparar que, desde el punto de vista ético, cada ser humano debe ser tratado como un fin en sí mismo (Kant, 2002, 114). En segundo lugar, se reduce al ser humano a la manifestación empírica de su problema; pero por muy grave que sea su problema, cada ser humano es mucho más que eso. En tercer lugar, se niega a comprender la experiencia singular que otorga sentido y dirige la conciencia sufriente.

La exclusión de la noción de persona que sufre corta con el propósito moral con el que el acto asistencial mismo emergió (Miller, 2004, X). Esta evasión de la persona, aunque éticamente inaceptable, podría ser algo más comprensible en medicina, si toda su acción girase alrededor de lo corporal, cosa que ya es bastante cuestionable. Sin embargo, parece ser inadmisibile en la práctica psicológica. Parece que este tipo de prácticas han tratado la noción de persona que sufre como un sobreentendido; en ningún momento se ha buscado una definición consensuada y explícita de la misma, y el sufrimiento parece haber sido proscrito (Miller, 2005, 323).

De manera que el sufrimiento en este tipo de prácticas permanece como un supuesto del cual todos creen saber lo que es, pero nadie lo define ni cuestiona. El sufrimiento no ha sido ni es un tema de discusión prioritario en la práctica psicológica; pocos psicólogos se han atrevido a penetrar

en su etiología y significación (Goldberg, 1986, 98; Urraca, 1995, 57); diversas razones podrían explicar esta omisión.

3.2.1. Una práctica desmoralizada

Con la evolución del conocimiento científico (su vinculación con el positivismo) y la emergencia de una sociedad plural, la mayor parte de las prácticas asistenciales han evitado incluir juicios morales. Algunos psicólogos creen que, como ocurre con el proceso de fisión nuclear, la psicología puede ser usada tanto para bien como para mal. Con el objetivo de evitar daños, se ha censurado cualquier tipo de juicio moral en este tipo de prácticas. Miller incluso afirma que esta prohibición ha sido uno de los pocos acuerdos entre los profesionales (Miller, 2004, 49). Ahora bien, eliminar todo juicio moral de este tipo de prácticas —si es que esto es posible— comporta eludir determinados fenómenos del acto asistencial.

En general, en cualquier práctica asistencial coexiste un gran componente moral. El protagonismo de lo moral incrementa en una práctica psicológica. El sufrimiento del paciente no se detecta si no es desde un criterio moral que lo valore, pues se vincula con un significado (Rawlinson, 1986, 49). El componente moral parece inevitable en este tipo de labor:

En primer lugar, a causa de la dimensión moral que implica teorizar acerca de la realidad mental. Puesto que las afirmaciones acerca de la realidad psicológica no son demostrables, al describir los problemas psicológicos, el profesional debe asumir una serie de premisas.

Esta asunción encuentra su máxima expresión en la elección que todo estudiante de psicología debe realizar al finalizar sus estudios: debe aceptar un modelo teórico, si quiere formar parte del colectivo. La mayoría de las veces si se elige un determinado modelo no es por un criterio profesional, sino por un criterio estético, esto es, por sentirse más cómodo con una determinada orientación que con otra. Sin embargo, la realidad mental podría ser teorizada de otra forma.

En segundo lugar, debido a la antropología subyacente a toda explicación psicológica. Por el hecho de teorizar desde unas premisas y no desde otras, el profesional implícitamente asume una determinada idea de ser humano: toda explicación que aspire a elucidar los problemas psicológicos no puede deshacerse de una idea de fondo acerca de cómo y de por qué se sufre.

En tercer lugar, a causa de las implicaciones éticas derivadas de la cosmovisión del practicante. El profesional, como ser humano que es, alberga también una cosmovisión propia desde la que guía la ayuda que proporciona al paciente. Su cosmovisión es el resultado no solamente de las influencias del modelo desde el que teoriza, sino también de múltiples precedentes, tanto personales, profesionales como sociales.

En cuarto lugar, la naturaleza asimétrica de la relación profesional-paciente. El paciente se ve obligado a aceptar la idea de realidad (de sus problemas) —por así decirlo— tal y como el profesional se la ofrece. Cuando su juicio no está en condiciones de valorar la “realidad” de forma adecuada, el paciente debe adoptar la interpretación de la misma que el profesional le brinda. Si quiere recuperarse, el paciente debe acogerse a la idea de mundo que el profesional le prescribe.

En quinto lugar, a causa del juicio moral inherente a toda idea de sufrimiento. Cuando se habla del sufrimiento siempre se hace desde una determinada idea de bien y de mal. Existen una serie de circunstancias o estados que se conciben como una amenaza y provocan sufrimiento. La creencia de que el sufrimiento es perjudicial y que debe ser paliado deriva de una idea de bien.

Siguiendo a Miller (Miller, 2004), concluimos que el no reconocimiento de la dimensión moral implícita en este tipo de prácticas parece amenazar su credibilidad.

Sin embargo, paradójicamente, a pesar de este afán por separarse de lo moral, el vocabulario de los psicólogos estructura parte de las discusiones morales (Hunter, 2000, 6). Las contribuciones a lo moral de filósofos y teólogos han sido silenciadas a favor de las aportaciones de

psicólogos: Erikson, Skinner, Spock, Piaget, Maslow, Rogers, Kohlberg, etc. Sus conceptos han determinado enormemente cómo hoy se piensa la moral; parece que tras estas aportaciones todavía yace un mandato que define qué condiciones son las que permiten u obstaculizan la vida personal, la creatividad, la productividad y el bienestar, apuntando con ello a una presunta vida buena (Tallis, 1998, 147).

A diferencia de la religión, la aproximación de la psicología a la moral se presenta menos impositiva. Ante la pérdida de credibilidad del lenguaje teológico, la psicología ha ofrecido un lenguaje que pretende ser un modo neutral de cultivar las cualidades humanas. Y, en tanto que ciencia, ha fundado sus afirmaciones en un saber que aspira a ser universal. No obstante, este saber no se puede desvincular de la sociedad en la que surge, y parte de sus conceptos son proclives a matices ideológicos, tal y como Hunter ha mostrado con la noción de desarrollo (Hunter, 2000, 6).

El poder que ha adquirido este lenguaje psicológico es tal que algunos autores hablan de un régimen psicológico: una compleja red de instituciones, ideas, ideales e intereses cuyo propósito colectivo es propagar una estrategia general para entender la moral y el aprendizaje (Hunter, 2000, 7). A lo que se podría añadir, y una manera de entender la práctica asistencial. Igual que las grandes religiones, ahora es este régimen el que determina el sujeto contemporáneo.¹²

Las preguntas de la teodicea que antes ocupaba a filósofos y teólogos han sido reducidas a categoría psicológica, y con ello parece que el sufrimiento se ha convertido en un síntoma. La pregunta por el mal se ha reformulado en otro lenguaje: psicopatología, sociopatía o trastorno de personalidad. Este lenguaje elimina la dimensión moral y problemática del ser humano (Spinelli, 2000, 562). En palabras de Illouz:

En la visión del mundo terapéutica contemporánea el sufrimiento se ha convertido en un problema que debe ser manejado por expertos de la psiquis. La perturbadora pregunta en relación con la distribución del sufrimiento (o teodicea) (¿Por qué los inocentes sufren y los malos prosperan?), que ha obsesionado a las religiones y a las utopías sociales modernas, ha sido reducida a una banalidad sin precedentes por un discurso que entiende el sufrimiento como el efecto de las emociones mal manejadas o de una psiquis disfuncional

[...] La psicología clínica es el primer sistema cultural que se deshace totalmente del problema, haciendo que la mala fortuna sea el resultado de una psiquis herida o mal manejada. Cumple así a la perfección con uno de los objetivos de la religión: explicar, racionalizar y, en última instancia, siempre, justificar el sufrimiento.

(Illouz, 2010, 308)

A pesar de que existe cierta relación entre la psicología clínica y la religión, ésta no es tan evidente como la presenta esta autora. Por un lado, porque aunque colectivamente se asume que este tipo de prácticas se encargan del sufrimiento, como hemos visto, no lo explicitan ni se centran en él, no lo problematizan. Por otro lado, a diferencia de la religión, que promueve cierta responsabilidad social, por ejemplo hacia la viuda, el extranjero o el huérfano, este tipo de prácticas se interesan únicamente por que su cliente adquiriera la suficiente fuerza para cambiar, eximiéndole de responsabilidad social (Borowitz, 1988, 568).

Como han apuntado algunos autores, puede suceder que este afán por omitir cualquier juicio moral reduzca un problema social, político o económico a un problema personal, a una incapacidad o disfunción a la hora de gestionar la propia vida (Bloom, 1978, 472). Desde una perspectiva más marxista, Parker sigue esta línea y afirma que «la ideología —una representación del mundo y de nuestro lugar en el mismo que permite que la exploración y la opresión en la sociedad capitalista se contemplen como algo normal y natural— es reducida por parte de la psicología a una idea que tú, como individuo, tienes acerca del mundo» (Parker, 2010, 65). Entonces la práctica misma se convierte en parte del problema.

De este modo, el sufrimiento desencadenado por las condiciones socioeconómicas parece ser ignorado por este tipo de prácticas. Por un lado, porque la mayor parte de las teorías psicológicas, en tanto que se han originado en la cultura moderna, son incapaces de responder al sufrimiento que ésta provoca (Garrison, 1997, 114). Por otro lado, porque parte de los profesionales se “benefician” —por así decirlo— de esas condiciones socioeconómicas que causan problemas. Algunos autores han sido muy críticos y han afirmado incluso que el silencio profesional

en esta cuestión incrementa considerablemente el padecimiento de determinados colectivos (Miller, 2005, 311; Norris, 2009, 22).

La inevitabilidad de lo moral en este tipo de prácticas es tal que, aunque se busque una práctica regida por la efectividad y la contrastación empírica, ésta no consigue deshacerse del elemento moral. Una determinada idea de verdad, objetividad, validez epistemológica, honestidad, entre otros valores, implican ya una dimensión moral. Como resultado, empeñada en la ausencia de juicios morales, la PPA parece desembocar en una gran variedad de prácticas que, a pesar de sobreentender que su fin es aliviar el sufrimiento, no lo acogen como elemento central. Modelos que se presentan ajenos a lo moral parecen esconder, tanto para el profesional como para el paciente, su dimensión moral.

Más aún que en medicina, en psicología el sufrimiento del paciente está vinculado a su contexto social (Rodgers y Cowles, 1997, 1049). Abordar el sufrimiento implica tratar con el sentido que el mundo ha cobrado para esa persona; el mundo y la realidad interna deben ser reinterpretados de manera que el paciente pueda volver a sentirse como parte de éstos (Reich, 1989, 89). Lo que espera la persona que sufre es la reconstrucción de su biografía, busca una nueva historia que tenga en cuenta y justifique el yo que emerge ante el problema que le afecta. De ahí, que no existe manera de tratar con el sufrimiento que no sea desde una perspectiva moral.

3.2.2. La incompatibilidad con los modelos psicológicos

Parte de las teorías psicológicas propuestas han pretendido ser útiles a la práctica asistencial y han topado con la dificultad de acoger el sufrimiento en sus esquemas conceptuales. El sufrimiento como fenómeno subjetivo e individual es tremendamente difícil de conceptualizar (Battenfield, 1984, 36). Por ello, la presencia del sufrimiento en las teorías psicológicas parece ser testimonial, irrelevante y de extraordinaria complejidad (Urraca, 1995, 57). Su dificultad epistemológica dificulta incorporarlo como centro del discurso.

El sufrimiento parece ser un problema para el paradigma predominante en psicología: «un paradigma puede incluso aislar a la comunidad de

aquellos problemas socialmente importantes que no son reductibles a la forma de rompecabezas, debido a que no se pueden plantear en términos de las herramientas conceptuales e instrumentales que suministra el paradigma» (Kuhn, 1971, 108).

Un ejemplo de ello es la teoría freudiana. Siguiendo a Szasz, la noción que propone Freud de estructura mental no permite integrar la categoría de sufrimiento (Szasz, 1988, 66);¹³ el sufrimiento parece ser el resultado del proceso de transformar la miseria histórica en infortunio ordinario:

Repetidas veces he tenido que escuchar de mis enfermos, tras prometerles yo curación o alivio mediante una cura catártica, esta objeción: "Usted mismo lo dice; es probable que mi sufrimiento se entrame con las condiciones y pericias de mi vida; usted nada puede cambiar en ellas, y entonces, ¿de qué modo pretende socorrerme?". A ello he podido responder: "No dudo de que al destino le resultaría por fuerza más fácil que a mí librarlo de su padecer. Pero usted se convencerá de que es grande la ganancia si conseguimos mudar su miseria histórica en infortunio ordinario. Con una vida anímica restablecida usted podrá defenderse mejor de este último".

(Freud, 1978, 309)

Si bien esta concepción ha sido una de la que más cerca ha estado de la cuestión del sufrimiento, tampoco ha entrado explícitamente en este fenómeno. Como vemos, por un lado, en este fragmento Freud distingue entre una miseria histórica y un infortunio ordinario y, por otro, en otros también habla de una infelicidad provocada por la vulnerabilidad del cuerpo, las catástrofes naturales y las relaciones personales (Thompson, 2004, 140). No obstante, en todo momento se presupone qué es el sufrimiento, cual si fuese algo conocido por todos, cuando de hecho es una noción enormemente opaca.

En general, los modelos asistenciales en psicología no han integrado el sufrimiento en su discurso asistencial,¹⁴ ni tampoco su literatura ha dado razón de él (Grant, 2011, 37). Los distintos modelos arguyen posibles causas, y el grado en que una experiencia será dolorosa, siempre determinada por lo que el modelo evalúa como experiencia "perjudicial" (Tallis, 1998, 148).

Para el psicoanálisis, la fuente del sufrimiento está en el ello y es causado por una fuerza interior incontrolada. Para el conductismo, el sufrimiento es un reflejo, una respuesta aprendida ante una fuerza incontrolable externa. Para los enfoques humanistas, el sufrimiento se relaciona con lo intelectual; y dentro del contexto de las terapias cognitivas, el sufrimiento es una decisión personal.¹⁵

Asimismo, a menudo se ha asociado el sufrimiento con la psicología del dolor o de la muerte (Bayés, 2001), como si éste hubiera de ser exclusivo de este tipo de psicología: una cosa es una psicología destinada a situaciones relacionadas con procesos terminales, y otra, una práctica psicológica centrada en el alivio del sufrimiento. Más que una psicología que se apropie del sufrimiento derivado de procesos terminales, lo que propone este trabajo es que el alivio del sufrimiento sea el fin de este tipo de prácticas.

3.2.2.1. La metáfora mecanicista

El sufrimiento no se ajusta a los modelos psicológicos a causa de la idea del funcionamiento de la mente proveniente del paradigma tecnológico. Se ha asumido la metáfora de que la mente en parte funciona igual que los dispositivos técnicos. La visión mecanicista concibe el fenómeno mental como producto de una emisión de fuerzas.

Bajo este paradigma, la descripción causal es el principal objetivo de los profesionales. Esta metáfora ha revertido en psicología en un enorme léxico que re-conceptualiza la realidad psíquica en nociones asociadas a la mecánica: dinamismo, instinto, libido, cogniciones, refuerzos, constructos, etcétera. Parece como si el imperativo asistencial, en lugar de atender a la persona que sufre, se reduce a convertir el sufrimiento personal en un juego de fuerzas impersonales. Según Sarbin, esta visión que atiende únicamente a estas supuestas fuerzas, en el fondo, personifica lo impersonal y con ello incurre en animismo (Sarbin, 1986, 10). Tras este animismo se halla el convencimiento de que actuar sobre una parte del dispositivo repercute sobre las demás, de forma que si se incide sobre una de las partes del sistema, sus efectos se traducen sobre el todo.

Siguiendo esta metáfora, algunos profesionales se centran en el síntoma, o en otro aspecto específico, con la intención tácita de que tal intervención incida sobre el sufrimiento del paciente. Parece ser cierto que los síntomas producen sufrimiento y que con su remisión el padecimiento disminuye. Sin embargo, se ha tendido a enfatizar este tipo de explicaciones mecanicistas por delante de la pregunta por el sufrimiento del paciente.

3.2.2.2. La dificultad conceptual del sufrimiento

El sufrimiento no se ajusta a los modelos psicológicos por su dificultad conceptual. Esta dificultad se refiere a su dimensión subjetiva. Si se quiere evitar el reduccionismo, es complicado proponer una definición sistemática del sufrimiento, y compatible con el lenguaje científico al que aspiran este tipo de prácticas (Loeser, 2000, 5).

Un ejemplo de la restricción de este lenguaje es la manera como el DSM IV ha tratado el sufrimiento. Lo más cerca que éste ha estado del sufrimiento es cuando afirma que las personas padecen trastornos mentales: «cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej. dolor), a una discapacidad (p. ej. Deterioro en una o más áreas funcionales) o un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad» (APA, 2001, XXIX). Se habla de perturbación, de trastorno, de ideas suicidas y de todo un catálogo de fenómenos que indican que una persona obviamente sufre, pero no se entra en él.¹⁶

El DSM IV fue creado por la tradición psiquiátrica con el objetivo de obtener una clasificación sistemática de los distintos trastornos y enfermedades mentales; ello no se puede negar. Sin embargo, ¿cuáles fueron los criterios a partir del cual se elaboró tal clasificación? ¿Por qué el criterio para clasificar a los trastornos mentales no fue el tipo o la intensidad de sufrimiento que éstos provocan? ¿Qué sentido tiene clasificar trastornos excluyendo el sufrimiento que causan, cuando lo que realmente es definitivo y motivo de consulta es el sufrimiento del paciente?

A nuestro parecer, si en el origen de toda labor asistencial está la intención de aliviar el sufrimiento, ¿por qué en la constitución de este tipo de clasificaciones esa intención no es manifiesta? Igual que ha sucedido con la tristeza (Granek, 2010), con el malestar (Horwitz y Wakefield, 2007) y con la timidez (Lane, 2007), parece que ocurre con el padecimiento: se lo ha redefinido en términos de síntomas y diagnósticos.

3.2.2.3. La visión hedonista contemporánea

El sufrimiento tampoco se ajusta a los modelos psicológicos por la manera cómo se ha interpretado en la cultura occidental. La interpretación del sufrimiento se relaciona con una serie de sistemas formales o informales de pensamiento que le otorgan un significado ligado a su tiempo —sea teológico, económico, científico o psicológico— (Morris, 1991, 51).

En las llamadas sociedades desarrolladas ha proliferado la creencia de que el sufrimiento será erradicado del mundo por el progreso. El espíritu bajo el que se erige esta creencia espera eliminar la desdicha; en palabras de Nietzsche: «¿No os emociona mediante todos vuestros sentidos ese tono de dulce fascinación con el que la ciencia anuncia su jovial mensaje en cien palabras, y en las más bellas de todas, esa ciento y una reza así: "haz desaparecer la opinión, y así desaparecerá también el idesgraciado de mí!, y cuando desparezca este idesgraciado de mí!, desaparecerá también el dolor» (Nietzsche, 2003, 253).

El sufrimiento es la mitología que el artículo científico erradicará de la vida humana. El sufrimiento representa siempre una anomalía que debe ser eliminada; parece impensable cuestionar esta idea. La técnica es vista como la alternativa al dolor del mundo, una de las mejores formas de deshacerse de él, y así también parece que lo ha creído la PPA (Bray, 2010, 357; Urraca, 1995, 59).

Aunque se la puede concebir como remedio al sufrimiento contemporáneo, la PPA no ha determinado el estatuto de este sufrimiento en la vida humana. Las diversas prácticas asistenciales parecen haber creído en el hedonismo imperante, y se muestran reticentes a aceptar pública que mientras haya personas, habrá sufrimiento en el mundo, y que quizás

no todo padecimiento es clínicamente tratable. Precisamente por eso su labor deviene fundamental.

3.2.2.4. Una idea de rehabilitación

Otro de los motivos por los cuales el sufrimiento puede haber sido desterrado de los modelos psicológicos es por el predominio de una determinada idea de rehabilitación. En psicología clínica, el abordaje del sufrimiento ha sido reemplazado por la preocupación por eliminar el síntoma que permite la adaptación del individuo a su entorno.

Siguiendo a Garrison, la mayor parte de los abordajes, de uno u otro modo, resaltan que la mejora de la adaptación del individuo es el fin predominante que debe seguir el tratamiento (Garrison, 1997, 108). Este fin parece coincidir con el individualismo y las bases seculares de la cultura moderna, y se aleja del alivio del sufrimiento del paciente a través del sentido.

La investigación psicológica se ha centrado en las cogniciones, percepciones, sensaciones y conductas de dolor, ya que el dolor es la causa más frecuente del sufrimiento. El marco clínico de la psicología se ha preocupado de los problemas concretos del dolor (cefaleas, migrañas, dolor pre-post parto, traumático y crónico), olvidando la incidencia, la globalidad y prevalencia del sufrimiento. Y si lo ha abordado ha sido desde la patogénesis del dolor, de la esquizofrenia o de desórdenes psicofisiológicos (Urraca, 1995, 58). El sufrimiento se concibe como mero epifenómeno y es reemplazado por una descripción del síndrome clínico, más fácil de definir y basado en nociones cuantificables.

Pero en esta traducción de lo subjetivo a lo científico se ha extraviado el significado individual de la lesión, del daño o de la pérdida, se ha desvanecido el rol de esas personas afectadas de dicha patología y también sus consecuencias morales. Tal y como el modelo biomédico ha demostrado reiteradamente, en psiquiatría y en psicología asistencial, las enfermedades expresadas en lenguaje de sufrimiento han sido reemplazadas, a través de la neurofisiología, la socio-biología o la genética

comportamental, por males definidos en términos de fuerzas causales, procesos y mecanismos bioquímicos.

Pero el sufrimiento no se puede reducir a otro fenómeno (Eriksson, 1992, 123); ni las células, ni los neurotransmisores sufren; únicamente sufren las personas. De ahí que tratar a los pacientes como una colección de mecanismos celulares, pulsionales o cognitivos parece haber sido una consecuencia de la alta especialización técnica (Kleinman, 1988, 28; Miller, 2004, 40) por la cual este tipo de prácticas ha forjado una idea de rehabilitación que desconsidera el sufrimiento.

3.2.3. La dificultad de profesionalizar el alivio del sufrimiento

3.2.3.1. Los mecanismos de defensa

El sufrimiento no se ajusta a los modelos psicológicos predominantes por la dificultad que supone diariamente asistir profesionalmente a personas que sufren. Ello podría explicar porque los profesionales se han visto obligados a trabajar con teorías que sobreentienden el sufrimiento, pero que no lo abordan explícitamente. El contacto continuo con el sufrimiento facilita la aparición de mecanismos de defensa (Miller, 2004, 44).

Puede suceder que se establezcan ciertos pactos implícitos entre paciente y practicante que eviten el sufrimiento. El paciente requiere de ayuda para que remita su sufrimiento pero, a partir de lo que encuentra en la consulta, acepta una ayuda determinada (Cassell, 2004, xiv). El sufrimiento del paciente es reelaborado en base a unos criterios y un lenguaje profesional, y con ello se establece un ritmo que parece beneficiar a ambas partes.

Emerge así una paradoja. Por un lado, el paciente necesita liberarse de su sufrimiento y la mejor manera de sobreponerse a él es expresándolo (Reich, 1989, 88); sin embargo, por otro lado, se resiste a tratarlo, pues teme confrontarlo. Por parte del profesional, éste evita verse afectado en exceso por el dolor ajeno. Es evidente, y en cierto sentido comprensible, que el profesional —en tanto que persona que durante toda su jornada laboral se confronta con el sufrimiento ajeno— active

ciertos mecanismos de defensa. Pero este uso de los mecanismos de defensa suscita dos cuestiones centrales: ¿qué grado de defensa es éticamente aceptable? Y, por consiguiente, ¿hasta qué punto todo el mundo está capacitado para una labor así?

En relación a los mecanismos de defensa, no cualquier mecanismo de defensa o cualquier manera de distanciarse del sufrimiento ajeno son éticamente aceptables. Es absolutamente reprochable separarse de la aflicción del paciente denigrándola. Un claro ejemplo de ello son los chistes sobre pacientes que algunos profesionales pueden hacer en sus descansos (Sobel, 2006, 1114).

Es inadmisibles que alguien —pero menos un profesional asistencial— bromee acerca de los sufrimientos que atormentan a una persona. Ni se puede justificar diciendo que sirve para tomar distancia, ni que la mejor manera de afrontarlo es con sentido del humor, ni ninguno otro argumento que pretenda dar razón de ello. Entre otros, el padre de los tratamientos psicológicos contemporáneos probablemente no estaría de acuerdo con esta actitud.¹⁷

En el caso de que ello suceda, ¿qué tipo de relación asistencial se forja cuando a espaldas del paciente se lo ridiculiza? Este menosprecio repercute claramente en la relación terapéutica (Dharamsi et. alia, 2010, 534), pues tras el tono jocoso se esconde cierto desdén que busca afirmar el ego del profesional por delante del paciente. Y con ello se vilipendia la confianza que le paciente ha depositado en el profesional, volviendo la relación asistencial una impostura.

3.2.3.2. Posibles motivos de una mala práctica

Igual que sucede con otras profesiones, también en este tipo de actividad existen unos mínimos. Aparte de los requisitos que tradicionalmente exige cada escuela o enfoque, que al igual que su finalidad tampoco son consensuados, convendría exigir a todo aquel que aspira a ser profesional cierta sensibilidad, fortaleza y recursos ante el sufrimiento del otro. No todo el mundo puede actuar profesionalmente ante la presencia del

sufrimiento ajeno; antes de negarlo o redirigir su actividad a categorías que la despersonalizan, es conveniente ser consciente de dónde y cómo una persona resulta más útil.

Uno de los aspectos cruciales a la hora de determinar si una persona está capacitada o no para ejercer es el motivo por el cual se inició y se mantiene dicha actividad, en otras palabras, qué mueve a una persona a ser profesional. Y aquí es crucial la honestidad con uno mismo: una persona debe saber si los motivos por los cuales busca ser profesional coinciden con el movimiento inicial de tal práctica.

Aun así, si la persona prefiere ignorar el asunto, el colectivo profesional debe elaborar una serie de procedimientos —y por ello vuelve hacerse necesario un bien consensuado— que permitan detectar y regular si lo que mueve a un profesional coincide con el fin de ese tipo de práctica.

Algunos de los motivos ilegítimos que pueden iniciar este tipo de prácticas pueden ser:

1. La necesidad de entender los propios problemas. Existen personas que se inician en la psicología creyendo que, si aprenden psicología, podrán solucionar sus problemas personales. En este caso, los individuos intentan resolver sus dificultades a partir del conocimiento teórico que les brinda la disciplina. Sin embargo, el mejor camino para resolver tales problemas es pedir ayuda profesional; y no querer serlo. Con una ayuda a tiempo, se evitará mucho mal propio y ajeno: dicho de otra forma, uno no puede pretender ser profesional cuando no está buscando ayuda para la persona que tiene delante, sino para sí mismo.
2. La necesidad de equilibrio personal. Algunas personas que deciden ser profesional asistencial en psicología poseen cierta tendencia a la problemática mental; este carácter problemático de los profesionales en psicología ha sido un tema recurrente en algunas novelas, que de forma distinta han expresado esta

peculiaridad: «el fallo de esta profesión es que atrae gente un poco tarada, más bien débil. Una vez dentro de la profesión tratan de suplir esas deficiencias concentrándose en el aspecto clínico, “práctico”, del trabajo y así consiguen ganar la batalla sin la menor lucha» (Fitzgerald, 2011, 215); la labor le ofrece una oportunidad al individuo para compensar sus deficiencias. Las instituciones sociales que acreditan al profesional le dan un poder que le autoriza para determinar qué es patológico y qué no.

3. La necesidad de conocer por encima del asistir. Algunas de las personas pueden decantarse y mantener esta actividad porque están interesadas en conocer la realidad mental. Si uno pretende ser profesional asistencial no puede priorizar el conocer por encima del consolar, aliviar y comprender. El predominio de esta motivación puede conllevar una práctica inerte que no se centra en las personas, sino en los conceptos que la articulan.
4. Una necesidad de prestigio social y económico. Algunas personas pueden iniciar este tipo de prácticas porque esperan que les reporte importantes beneficios económicos. Con ello lo que se consigue es la instrumentalización de los pacientes como medios de un sueño aristocrático. No es lícito que una persona que se declare profesional inflija a sus pacientes unas tarifas que todavía lo hundan más.

A pesar de que se considere un tema tabú, convendría que parte del colectivo abogara públicamente por denunciar la desigualdad en el acceso a los tratamientos. Aunque se han encontrado algunas posibles soluciones para que aquellas personas que no tienen acceso reciban sus servicios, y existen profesionales que guardan cierto sentido del altruismo, el colectivo debería responsabilizarse más: denunciar públicamente esta injusticia de la que ellos parecen formar parte (Treolar, 2010, 459).

5. La búsqueda de distinción a través de la imposición profesional. Algunas personas que deciden ejercer este tipo de prácticas pueden mantener tal actividad por cierta satisfacción inconsciente. Tales profesionales experimentan placer en la narración de los problemas ajenos, esto es, en el acto de interpretar la miseria ajena. Éste es uno de los motivos más patológicos. En este caso el profesional puede utilizar la situación del paciente para darse placer a sí mismo, para sentirse superior al precio que sea.

3.2.4. El rechazo de la actitud filosófica

Desde 1920, la psicología ha mantenido una serie de presunciones científicas sobre la naturaleza de los problemas psicológicos. Presuntamente fundada como una extensión de las ciencias físicas, la biología y la química, la psicología ha asumido que si con la ciencia el ser humano ha sido capaz de controlar la fuerza de la gravedad, con sus técnicas lo puede liberar de la desdicha. En cierto sentido, tras la psicología subyace una voluntad de dominar las fuerzas internas que ocasionan problemas psicológicos, una necesidad de contabilizar y ajustar la conducta de las personas (Mansell, 2009, 339; Miller, 2004, 7).

La psicología se ha convencido de que sus métodos, sus maneras de conocer e incluso sus temas, son independientes de la filosofía. Y aunque en los últimos años, ha habido un incremento de profesionales asistenciales que creen en una apertura hacia modelos filosóficos,¹⁸ en general, la psicología parece haber negado la posibilidad de diálogo con el ejercicio filosófico.

La psicología ha asumido que una de sus tareas centrales es resolver los problemas mentales, pero lo ha hecho desde una operatividad carente de conceptos que levantarán herejía científica. La actitud filosófica que tanto ha procurado a lo largo de la historia en el conocimiento de la experiencia interna (Laín Entralgo, 1987; Jackson, 1999) ha sido relegada por considerarse poco fundamentada.

Parte del colectivo se ha puesto de acuerdo en ignorar que lo que hoy son considerados tratamientos psicológicos tienen sus raíces en los trabajos de varios filósofos, en la sabiduría de los chamanes, en la medicina antigua y en las ordenes sacerdotales (Jackson, 1999, 10). En palabras de Erich Fromm:

la mayoría de los hombres piensan que la psicología es una ciencia relativamente moderna. Opinan eso porque la palabra 'psicología' se difundió en general los últimos 100 o 150 años. Olvidan, sin embargo, que hay una psicología anterior a ésta, que se extendió más o menos desde el año 500 a. c. hasta el siglo XVII, aunque no se la haya llamado psicología sino 'ética', y también, más frecuentemente, 'filosofía'; pero no era otra cosa que psicología.

(Fromm, 1985, 114)

Sin embargo, a pesar de negarse públicamente a entrar en contacto con la tradición filosófica por la supuesta pérdida de reputación (Richards, 2010), la insuficiencia de los modelos psicológicos ha impulsado a parte del colectivo a mirar hacia otras filosofías. En efecto, paradójicamente —aunque en general los profesionales se han distanciado de la filosofía occidental— parece que esto no sucede con la oriental; pues cada vez hay más estudios que relacionan la práctica asistencial con diversas nociones de las filosofías orientales.¹⁹ A nuestro entender, ello es una muestra de la necesidad de este tipo de prácticas de abrirse hacia marcos filosóficos.

3.3. El alivio del sufrimiento como fin

Como se viene repitiendo, desde esta investigación, se afirma que el alivio y el manejo del sufrimiento del paciente es el fin primordial de la PPA. Y lo es por varias razones:

3.3.1. La naturaleza asistencial de la práctica

El sufrimiento deviene fin primordial de la práctica asistencial porque así lo indica el sentido de toda práctica que se declare asistencial (Eriksson, 1992, 119). La etimología de asistencial relaciona tal práctica inevitablemente con el alivio o ayuda a otra persona que se encuentra en una dificultad. El diccionario define 'asistir' en una primera acepción

como: «acudir a cierto sitio y estar en él». La palabra deriva del verbo latín *'assistêre'*, que significa detenerse junto a algo, estar al lado de... En una segunda acepción, María Moliner define *'asistir'* como «contribuir con los propios medios o esfuerzos a que alguien salga de un apuro o mala situación. Particularmente, cuidar a alguien en una enfermedad, como médico, como enfermero, etcétera» (Moliner, 1998, 273).

De *'asistir'* deriva el sustantivo *'asistencia'*. La asistencia sería la «acción de asistir», el «auxilio o ayuda prestados a alguien» o también se puede hablar de asistencia cuando se habla de los «medios que se dan a alguien para que se mantenga» (Moliner, 1998, 273). En inglés el término *'care'* es usado indistintamente tanto para indicar cuidado (*care*) como para denominar la relación asistencial del profesional sanitario (*medical care*). Este término parece mostrar dos dimensiones de la asistencia: la asistencia entendida como ayuda y como cuidado.

Si seguimos la definición del diccionario, tenemos que *'ayuda'* es la «acción de ayudar»; palabra derivada del verbo *'ayudar'*, proveniente del latín *'adiutâre'* que significa «hacer algo para que alguien salga de un apuro o una necesidad». Moliner propone como sinónimo de ayuda: asistir, auxiliar y socorrer (Moliner, 1998, 314).

'Cuidar' parece derivar del latín *'cogitâre'* que significa pensar. En su primera acepción, Moliner define cuidar como «pensar o discurrir para algo». En su cuarta acepción lo caracteriza con el uso "de" (cuidar de); nos dice que cuidar es «dedicar atención e interés a una cosa. Atender a que una cosa esté bien y no sufra daño. Atender a que ocurra o se haga cierta cosa. Atender u ocuparse de algo» (Moliner, 1998, 839).

De manera que el acto de asistir se compone de dos dimensiones. Por un lado, el asistir en su dimensión de ayuda, entendida como actuar voluntariamente para paliar el problema del otro: conducirse en una acción por el bien del otro, limitado en recursos. Por otro lado, el asistir como cuidado se refiere a pensar o discurrir sobre algo, atenderlo para que no sufra daño. Toda práctica asistencial no puede olvidar estas dos

dimensiones y por ello el alivio del sufrimiento se erige como inicio de su acción (Lindholm y Eriksson, 1993, 1358).

Hay que reconocer que la afirmación de que el fin de este tipo de prácticas es aliviar el sufrimiento es ya un juicio cargado de valor (Carnevale, 2009, 180; Held, 2004, 59). El juicio de valor inherente a ello asume que los trastornos mentales, los problemas psicológicos del individuo y su estar en el mundo producen sufrimiento, que incapacita el desarrollo de su proyecto vital. Toda PPA, precisamente porque se presenta como asistencial, debe procurar disminuir el sufrimiento del paciente y promover su autonomía.

Ello no significa que todo sufrimiento haya de ser mitigado; existe un sufrimiento que, a nuestro entender, no debe ser objeto de este tipo de prácticas. El sufrimiento que inicia la práctica es el que limita la autonomía y, por ello, por mucho que la tradición antipsiquiátrica haya criticado este tipo de prácticas, en la sociedad contemporánea su tarea deviene imprescindible. En tanto que práctica asistencial, ésta adquiere sentido en la medida que se erige como «una relación fundamentalmente humana, que tiene como objetivo la ayuda a un ser humano que sufre y la comprensión y el alivio del sufrimiento» (Hernández, 2008, 170).

3.3.2. La vulnerabilidad del paciente

La condición de paciente también obliga a instaurar el sufrimiento como fin en este tipo de prácticas. Edmund Pellegrino y David Thomasma²⁰ arguyen que el estado de paciente denota dos condiciones vitales que son capitales a la hora de entender al acto asistencial.

Por un lado, el paciente es aquel que sufre; y, por otro lado, el paciente es alguien a quien se le debe hacer algo para que deje de sufrir. El paciente es la persona que sufre y que requiere la ayuda profesional; en este caso, necesitará del psicólogo para recobrar su estado anterior (Pellegrino y Thomasma, 1981, 123).

Esta dependencia temporal de aquel que sufre, y que requiere del otro establece la obligación profesional, y más en psicología, de que toda su intervención se dirija a atender el sufrimiento incapacitante. Cuando la persona no puede sobreponerse por sí misma a un problema que le limita su autonomía, requiere de un profesional con unos conocimientos específicos, con un saber, que le ayude a hallar una solución viable a su problema.

No debería perderse de vista que bajo la categoría de paciente subyace una persona. Quienes sufren son las personas. Y en tanto que persona, se asume que «el valor último o supremo es tomar a [ésta] siempre como fin y nunca como medio para otra cosa» (França, 2005, 23). Cuando aquí hablamos de persona nos referimos a la totalidad de los aspectos que intervienen en la vida subjetiva de todo individuo que pertenezca a la especie humana, y que ante un sufrimiento vea limitada su autonomía (Cassell, 1982, 642).

3.3.3. La naturaleza restrictiva del sufrimiento

Como se acaba de señalar, existe un sufrimiento que puede suponer una limitación para la autonomía de la persona. Cuando aquí se habla de autonomía se entiende como la capacidad para determinarse libremente a través de juicios específicos (Reich, 1989, 87).

Dos formas habituales de interpretar el sufrimiento han sido: desde una óptica positiva que considera que el sufrimiento endurece, ayuda a crecer y aumenta la profundidad de la vida; o desde una óptica negativa, donde es considerado como un elemento que debe ser eliminado. Sin embargo, que todo sufrimiento sea "negativo" no está tan claro. Si se define vida como la facultad de desear, existe un sufrimiento inherente al proceso vital y que —en mayor o menor medida— parece contribuir a que el sujeto sea más autónomo (Rawlinson, 1986, 59). La tensión que suscita la insatisfacción de los deseos siempre implica un elemento restrictivo y, por lo tanto, sufriente.

Lo que determina que un sufrimiento sea considerado objeto de atención de este tipo de prácticas, a nuestro parecer, es el grado en que priva a una persona de desplegar su proyecto de vida; tal obligación brota de la irrepitibilidad de su vida, de la oportunidad única que cada individuo tiene de desarrollarse.

Siguiendo a Rawlinson, todo profesional debería valorar si las condiciones para enjuiciar del sujeto están intactas, si la persona muestra una continua capacidad para evaluar y guiar su vida. Toda PPA debe buscar una mayor autonomía de la persona y su fin deberá ser siempre el restablecimiento en el sujeto de la capacidad de valorar, de tomar fines como propios y perseguirlos, esto es, de desplegarse de forma autónoma (Rawlinson, 1986, 60).

3.4. Hacia una definición filosófica

El criterio que unifica este tipo de prácticas, más allá de sus diferencias, es el grado de sufrimiento, y, por tanto, la vivencia subjetiva con la que una persona experimenta una situación. Lo que caracterizaría este tipo de prácticas es su capacidad para atender responsablemente el sufrimiento; las personas no se perturban por lo que les pasa, sino por la opinión que se forman de ellas (Epicteto, 1993), y es ahí donde las diversas prácticas deben profesar su labor.

De forma que una buena práctica asistencial en psicología será aquella capaz de determinar a partir del sufrimiento que un problema genera, si le es lícito o no entrometerse, aquella que acuerde cuál es el sufrimiento mínimo (que limita la autonomía de la persona) sobre el que el profesional interviene, diferente, a la vez, del sufrimiento inherente a la vida.

La declaración de que el alivio sufrimiento es el fin de este tipo de prácticas siempre requiere de una intención. *No es solamente decir lo que se va a hacer, sino quererlo hacerlo.* Si la filosofía de Schopenhauer fue y sigue siendo un modelo para las generaciones de filósofos, su análisis de la acción moral parece ofrecer una posibilidad

de interpretar la intención profesional. Esta intención es la que coincide con su movimiento inicial:

Hay un único caso en el que esto tiene lugar: cuando el móvil último de una acción y omisión se encuentra directa y exclusivamente en el placer y el dolor de algún otro interesado aquí pasivamente; o sea, cuando la parte activa solo tiene a la vista en su obrar y omitir el placer y el dolor de otro, y no persigue sino que el otro quede indemne u obtenga ayuda, auxilio y alivio. Solamente este fin imprime en una acción u omisión el sello de valor moral que, por lo tanto, se basa exclusivamente en que la acción se produzca u omita en utilidad o beneficio de otro.

(Schopenhauer, 2007, 250-251)

Aquello que debe motivar la vocación profesional es una intención de querer activamente el bien del paciente. Todo profesional debería detentar como móvil último de su acción la ausencia del sufrimiento en el otro; debería validar su acción profesional a partir de la explícita declaración de la persona atendida de que su acción profesional le ha ayudado. A nuestro entender, no hay mayor eficacia que la que la persona atendida revela; y ningún otro inicio guarda más sentido que aquel que busca disminuir su padecimiento.

Por tanto, se erige el sufrimiento de la persona como criterio diferencial para, indistintamente como se palie, decretar el inicio y el fin de este tipo de prácticas. Plantear el sufrimiento como criterio profesional implica que algunas de las prácticas que hasta ahora se han presentado como asistenciales se desmoronan cuando se las enfrenta con esta intención.

Una PPA será aquella práctica que tendrá como fin primordial—bien interno— proporcionar herramientas para disminuir, gestionar o paliar el sufrimiento de la persona, con el objetivo de mantener o aumentar su autonomía, mediante una serie de técnicas y acciones, independientemente de cuales hayan sido los motivos que lo hayan desencadenado. El alivio del sufrimiento, por tanto, es el que imprime inicio y fin a este tipo de prácticas. La sentencia de Antifonte recobra aquí una nueva luz, pues el fin por el que comienza aún hoy una PPA sigue siendo el mismo que iniciaba hace siglos su τέχνη ἀλυπίας.²¹

4. Conclusión

A pesar de que el alivio del sufrimiento debe ser el fin de toda PPA, no es para nada evidente qué es el sufrimiento; igual que otras nociones psicológicas, el estudio y la conceptualización del sufrimiento es una cuestión problemática. No obstante, es más fácil acordar lo que el ser humano no quiere, una restricción de su autonomía debida a un sufrimiento, que hacerlo sobre las distintas ideas de bienestar, salud, felicidad o crecimiento, al menos es menos comprometido; el alivio del sufrimiento además es más universalizable. Y por ello, puede ser fin de la PPA.

Si ésta quiere ejercer su labor de forma responsable debe centrarse en el alivio del sufrimiento. Y para aliviarlo debe estudiarlo. Pero desde una psicología contemporánea privada de capacidad de autocrítica el estudio del sufrimiento es una empresa estéril. A nuestro parecer, si la PPA quiere acoger el sufrimiento, debe recuperar los marcos filosóficos que constituyen su pasado.

La tradición filosófica avala una actitud que torna más soportable el sufrimiento (González García, 2006, 16): porque puede promover la sabiduría necesaria para conseguir la dicha, pero, sobre todo, porque ofrece consolación (Melley, 1998, 39). Antiguamente, la filosofía no tenía el problema actual de demarcación entre disciplinas, pues se justificaba por sí misma cuando a través de razonamientos proporcionaba sentido a las desdichas humanas. Gracias a ella, el sufrimiento se hacía soportable y nadie cuestionaba su valor (Nussbaum, 2003, 21). Conviene pues que la psicología preste atención a la historia de la filosofía. Sólo así, conociendo su pasado, recuperando la tradición filosófica y desarrollando una actitud de autocrítica, podrá atender de forma responsable a la persona que sufre.

Esta mirada a su pasado —como filosofía— le mostrará cómo el ser humano ha estudiado, comprendido y se ha sobrepuesto al sufrimiento a lo largo de los siglos. Si la psicología tiene un largo pasado, pero una breve historia (Ebbinghaus, 1973, 3), conviene que no olvide su pasado, pues

con ello olvida la capacidad que el ser humano ha detentado y detenta para sobreponerse a sus sufrimientos. Sólo una mirada sincera y constructiva a su pasado le prevendrá contra la opresión de su propia historia.

Bibliografía

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*; Chicago, University of Chicago Press, 1988.
- Adler, A. (1985): *El carácter neurótico*; Barcelona, Planeta.
- APA (2001): *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*; tr. J. López-Ibor, Barcelona, Masson.
- Aristóteles (1985): *Ética Nicomáquea*; tr. J. Pallí, Madrid, Gredos.
- Aristóteles (1998): *Metafísica*; tr. V. García Yebra, Madrid, Gredos.
- Barresi, J. (1999): On Becoming a Person; *Philosophical Psychology*, vol. 12(1), pp. 79-98.
- Battenfield, B. L. (1984): Suffering —A conceptual Description and Content Analysis of an Operational Schema; *The Journal of Nursing Scholarship*, vol. 16(2), pp. 36-41.
- Bayés, R. (2001): *Psicología del sufrimiento y de la muerte*; Barcelona, Martínez Roca.
- Bech, J. M. (2011): Un caso sorprendente de mutación conceptual: el avatar contemporáneo de la comprensión y la explicación; *Explicar y comprender*. ed. por D. Pérez Chico y L. P. Rodríguez Suárez. Madrid, Plaza y Valdés.
- Bergner, R. M. (2004): An Integrative Framework for Psychopathology and Psychotherapy; *New Ideas in Psychology*, vol. 22, pp. 127-141.
- Bloom, F. (1978): Escape from Suffering: The Sentimentalization of Psychotherapy; *Social Research*, vol. 45(3), pp. 467-477.
- Boecio, (1999): *La consolación de la filosofía*; tr. P. Rodríguez, Madrid, Alianza Editorial, 1999.
- Borowitz, E. B. (1988): Psychotherapy and Religion: Appropriate Expectations; *Religious Education*, 83(4), pp. 562-570.
- Biley, F. C. (2010): Nietzsche's Genealogy of Morality and the Changing Boundaries of Medicine, Psychiatry and Psychiatric and Mental Health Nursing Practice: A Slave Revolt? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 17(8), pp. 700-5.

- Bray, H., Goodheart, C., Heldring, M., Brannick, J., Gresen, R., Hawley, G., Hughes, T., Kelly, J., Martin, J., McDaniel, S., McNeese, T., Rodolfa, E., Shullman, S., Strickland, W. (2009): *Task Force on the Future of Psychology Practice*; Washington, American Psychological Association.
- Bray, J. (2010): The Future of Psychology Practice and Science; *American Psychologist*, vol. 65(5), pp. 355-369.
- Brentano, F. (1951): *Psicología*; tr. J. Gaos, Buenos Aires, Shapire.
- Briedis, M. E. (2011): Husserl's Phenomenological Project and the Problems Concerning Psychotherapy. *Problemas*, vol. 79, pp. 129-140.
- Camenisch, P. F. (1983): *Grounding Professional Ethics in a Pluralistic Society*; New York, Haven Publications.
- Camfield, T. M. (1992): The American Psychological Association and World War I: 1914 to 1919; en *100 Years: The American Psychological Association: A historical perspective*; ed. por R. B. Evans, V. Staudt Sexton y T. C. Cadwallader. Washington, American Psychology Association, pp. 91-118.
- Cano, M. (2006): *El paper de les biotecnologies en la construcció del consens social*; Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Carnevale, F. A. (2009): A Conceptual and Moral Analysis of Suffering; *Nursing Ethics*, vol. 16(2), pp. 173- 183.
- Cassell, E. J. (1982): The Nature of Suffering and the Goals of Medicine; *The New England Journal of Medicine*, vol. 306(11), pp. 639- 645.
- Cassell, E. J. (2004): *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*; New York, Oxford University Press.
- Christopher, J. C. (2011): Perceptions of the Long-Term Influence of Mindfulness Training on Counsellors and Psychotherapists: A Qualitative Inquiry. *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 51(3), pp. 318-349.
- Corominas, J. (1989): *Diccionario etimológico castellano e hispano. III*; Madrid, Gredos.
- Corominas, J. (1989): *Diccionario etimológico castellano e hispano. IV*; Madrid, Gredos.
- Dalen, J. (2010): Pilot Study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, Eating Behavior, and Psychological Outcomes Associated with a Mindfulness-Based Intervention for People with Obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 18(6), pp. 260-264.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., Evans, A. C. (2005): Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 36(5), pp. 480-487.
- De Unamuno, M. (1997): *El sentimiento trágico de la vida en los hombres y en los pueblos*; Madrid, Alianza.

- Descartes, R. (1984): *Reglas para la dirección del espíritu*; tr. J. M. Navarro, Madrid, Alianza.
- Dharamsi, S., Whiteman, M., Woollard, R. (2010): The Use of Cynical Humour by Medical Staff: Implications for Professionalism and the Development of Humanistic Qualities in Medicine; *Education for Health*, vol. 23(3), pp. 533-538.
- Dilthey, W. (1951): *Obras de Wilhelm Dilthey VI*; tr. E. Imaz, México, Fondo de Cultura Económica.
- Dilthey, W. (1956): *Introducción a las Ciencias del Espíritu*; tr. J. Marías, Madrid, Revista de Occidente.
- Ebbinghaus, H. (1973): *Psychology: an Elementary Text-Book*, New York, Arno.
- Elliot, T. R., (2002): Defining our Common Ground to Reach New Horizons; *Rehabilitation Psychology*, vol. 47(2), pp. 131-143.
- Ellis, A., Grieger, R. (2003): *Manual de terapia racional-emotiva*; tr. A. Marañón, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Engel, G. L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine; *Science*, vol. 196(4286), pp. 129-236.
- Epicteto (1993): *Disertaciones por Arriano*; tr. P. Ortíz, Madrid, Gredos.
- Eriksson, K. (1992): The Alleviation of Suffering —The Idea of Caring; *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 6(2), pp. 119-123.
- Ferrell, B., Coyle, N. (2008): *The Nature of Suffering and the Goals of Nursing*; New York, Oxford University Press.
- Filho, P., Martin, S. (2007): Subjectivity as the Object of Psychology(ies); *Psicologia & Sociedade*, 19(3), pp. 14-19.
- Fitzgerald, F. S. (2011): *Suave es la noche*; tr. R. Ruíz de la Cuesta, Madrid, Alfaguara.
- Foucault, M. (1999): *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*; tr. F. Perujo, México, Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005): *El poder psiquiátrico*; tr. H. Pons, Madrid, Akal.
- França, O. (2005): *Ética para psicólogos: Introducción a la Psicoética*; Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Frankel, M. S. (1989): Professional Codes: Why, How and with What Impact? *Journal Business Ethics*, vol. 8(2), pp. 109-115.
- Freud, S. (1978): *Sigmund Freud Obras Completas. II*; tr. J. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1986): *Sigmund Freud Obras Completas. VIII*; tr. J. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.

- Freud, S. (2001): *Sigmund Freud Obras Completas. XII*; tr. J. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (2003a): *Sigmund Freud Obras Completas. XIX*; tr. J. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (2003b): *Sigmund Freud Obras Completas. VII*; tr. J. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (2004): *Sigmund Freud Obras Completas. I*; tr. J. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Fromm, E. (1985): *El amor a la vida*; tr. E. Prieto, Barcelona, Paidós.
- Fromm, E. (2000): *La vida auténtica*; Barcelona, Paidós.
- Galileo, (1984): *El ensayador*; tr. J. M. Revuelta, Madrid, Sarpe.
- Garrison, A. (1997): Adaptationism, Mental Health, and Therapeutic Outcome; *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 34(2), pp. 107-114.
- Glaudin, V. (1966): What Models for the Professions of Psychology? *American Psychologist*, vol. 21(8), pp. 820-823.
- Goldberg, C. (1986): Concerning Human Suffering; *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, vol. 11(2), pp. 97-104.
- Goldfried, M. R. (1980): Toward a Delineation of Therapeutic Change Principles; *American Psychologist*, vol. 35(11), pp. 991-999.
- Gondra, J. M. (1997a): *Historia de la psicología: Introducción al pensamiento psicológico moderno. Volumen I: Nacimiento de la psicología científica*; Madrid, Síntesis.
- Gondra, J. M. (1997b): *Historia de la psicología: Introducción al pensamiento psicológico moderno. Volumen II: Escuelas, teorías y sistemas contemporáneos*; Madrid, Síntesis.
- González García, M. (2006): *Filosofía y Dolor*; Madrid, Tecnos.
- Granek, L. (2010): Grief as Pathology: The Evolution of Grief Theory in Psychology from Freud to the Present; *History of Psychology*, vol. 13(1), pp. 46-73.
- Grant, A. (2011): A Critique of the Representation of Human Suffering in the Cognitive Behavioural Therapy Literature with Implications for Mental Health Nursing Practice; *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 18, pp. 35-40.
- Guthrie, W. K. C. (1988): *Historia de la filosofía griega. Ilustración*; tr. J. Rodríguez, Madrid, Gredos.
- Held, V. (2004): Taking Care: Care as a Practice and Value; en *Setting the Moral Compass: Essay by Women Philosophers*. ed. por C. Calhoun. New York, Oxford University Press, pp. 59-71.

- Hernández, V. (2008): *Las psicosis: sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*; Barcelona, Paidós.
- Holdstock, T. L. (2000): *Re-Examining Psychology. Critical Perspectives and African Insights*. London, Routledge.
- Hollway, W. (1989): *Subjectivity and Method in Psychology: Gender, Meaning and Science*; Thousand Oaks, Sage.
- Horney, K. (1951): *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*; Buenos Aires, Paidós.
- Hortal, A. (2002): *Ética general de las profesiones*; Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C. (2007): *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*; New York, Oxford University Press.
- Howitt, D., Owusu-Bempah, J. (1994): *The Racism of Psychology*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Hunter, J. D. (2000): When Psychotherapy Replaces Religion; *Public Interest*, 139, pp. 5-21.
- Husserl, E. (2008): *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*; tr. J. V. Iribarne, Argentina, Prometeo.
- Illouz, E. (2010): *La salvación del alma moderna: terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*; tr. S. Llach, Madrid, Katz Editores.
- Jackson, S. (1999): *Care of the Psyche: A History of Psychological Healing*; New Haven, Yale University Press.
- James, W. (1984): *Psychology*, Cambridge, Harvard University Press.
- James, W. (1989): *Principios de Psicología*, tr. A. Bárcena, México, Fondo de Cultura Económica.
- Jaspers, K. (1993): *Psicopatología general*; tr. R. O. Saubidet, D. A. Santillán, México, Fondo de Cultura Económica.
- Jung, C. J. (1984): *Arquetipos e inconsciente colectivo*; Barcelona, Paidós.
- Kant, I. (2002): *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*; tr. R. R. Aramayo.
- Kelly, G. (1966): *Teoría de la personalidad. La psicología de los constructos personales*; tr. R. Gautier, Buenos Aires, Troquel.
- Kleinman, A. (1988): *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*; USA, Basic Books.
- Kuhn, T. S. (1971): *La estructura de las revoluciones científicas*; tr. C. Solís, México, Fondo de Cultura Económica.
- Külpe, O. (1975): *Outlines of Psychology*; New York, Arno Press.

- Kutchins, S, H., Stuart, A. K. (1997): *Making us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*; New York, Free Press.
- Laín Entralgo, P. (1987): *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*; Barcelona, Anthropos.
- Lane, C. (2007): *Shyness: How Normal Behaviour Became a Sickness*; New Haven, CT: Yale University Press.
- Lang, F. (2009): The principle of Responsibility; *Papeles del Psicólogo*, vol. 30(3), pp. 220-234.
- Lindholm, L., Eriksson, K. (1993): To Understand and Alleviate Suffering in a Caring Culture; *Journal of Advance Nursing*, 18, pp. 1354-1361.
- Loeser, J. D. (2000): Pain and Suffering; *The Clinical Journal of Pain*, vol. 16, pp. 2-6.
- Louw, J. (2002): Psychology, History, and Society. *South African Journal of Psychology*, vol. 32(1), pp. 1-8.
- Macintyre, A. (1987): *Tras la virtud*; tr. A. Valcárcel, Barcelona, Crítica.
- Mahoney, M. J., (2005): Suffering, Philosophy, and Psychotherapy; *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 15(3), pp. 337-352.
- Mansell, W. (2009): A Century of Psychology and Psychotherapy: Is an Understanding of 'control' the Missing Link between Theory, Research, and Practice? *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, vol. 82(3), pp. 337-353.
- Marsella, A. J. (1998): Toward a "Global-Community Psychology"; *American Psychologist*, vol. 53, pp. 1282-1291.
- Martorell, J. L. (1996): *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*; Madrid, Pirámide.
- Maurer, J. (2010): Das Große Schwein--Die Philosophischen Lehren Des Epikur Im Lichte Moderner Verhaltenstherapie; *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, vol. 42(3), pp. 709-714.
- Mcdougall, W. (1905): *Physiological Psychology*; London, Dent.
- Mcdougall, W. (1928): *An Introduction to Social Psychology*; London, Methuen.
- Melley, C. (1998): Some Philosophies Can Console: An Old but Forgotten Message; *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19(1), pp. 35-45.
- Miller, R. B. (2004): *Facing Human Suffering: Psychology and Psychotherapy as Moral Engagement*; Washington, American Psychological Association.
- Miller, R. B. (2005): Suffering in Psychology: The Demoralization of Psychotherapeutic Practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 15(3), pp. 299-336.
- Modestin, J. (1986): Degree of Suffering--a Neglected Variable; *Psychopathology*, vol. 19(6), pp. 317-323.
- Moliner, M. (1998): *Diccionario de uso del español*; Madrid, Gredos.

- Morris, D. (1991): *La cultura del dolor*; Chile, Andrés Bello.
- Murchison, C. (1930): *Psychologies of 1930*; Worcester, Clark University Press.
- Nelly, G. (2001): *Psicología de los constructos personales*; tr. E. Laso y B. Maher, Barcelona, Paidós.
- Nietzsche, F. (2003): *Aurora*; tr. G. Cano, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Nietzsche, F. (2005): *La genealogía de la moral*; tr. A. Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, 1972.
- Nietzsche, F. (2006): *Schopenhauer como educador*; tr. L. F. Moreno Claros, Madrid, Valdemar.
- Nietzsche, F. (2009): *El caminante y su sombra*; tr. A. Brotons; en *Nietzsche I*, Madrid, Gredos.
- Norris, R. S. (2009): The Paradox of Healing Pain; *Religion*, vol. 39(1), pp. 22-33.
- Nussbaum, M. (2003): *La terapia del deseo: teoría y práctica en la ética helenística*; tr. M. Candel, Barcelona, Paidós.
- Parker, I. (2010): *La psicología como ideología: contra la disciplina*; tr. A. Gordo, Madrid, Catarata.
- Pavlov, I. P. (1927): *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of Cerebral Cortex*; Oxford, Oxford University Press.
- Pellegrino, E. D., Thomasma, D. C. (1981): *A Philosophical Basis of Medicine Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*; New York, Oxford University Press.
- Pérez Chico, D., Rodríguez Suárez, L. P. (2011): *Explicar y comprender*; Madrid, Plaza y Valdés.
- Pettifor, J. (1996): Ethics: Virtue and Politics in the Science and Practice of Psychology; *Canadian Psychology*, vol. 37(1), pp. 1-12.
- Platón (1992): *Timeo*; tr. M. Duran, F. Lisi, Madrid, Gredos.
- Rawlinson, M. C. (1986): The Sense of Suffering; *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 11(1), pp. 39-62.
- Reich, W. T. (1989): Speaking of Suffering: A Moral Account of Compassion; *Sounding*, vol. 72(1), pp. 83-108.
- Reich, W. T. (1995): *Encyclopedia of Bioethics*; New York, Simon & Schuster Macmillan.
- Richards, S. G. (2010): *Putting Psychology on its Place*; New York, Routledge.
- Rimes, K. (2011): Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Trainee Clinical Psychologists; *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 39(29), pp. 235-41.

- Roberts, M. (2008): Facilitating Recovery by Making Sense of Suffering: A Nietzschean Perspective; *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 15, pp. 743-748.
- Rodgers, B. L., Cowles, K. V. (1997): A Conceptual Foundation for Human Suffering in Nursing Care and Research. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 25 (5), pp. 1048-1053.
- Rogers, C. R. (1963): The Concept of the Fully Functioning Person; *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 1(1), pp. 17-26.
- Sachs, H. (1941): Psychotherapy and the Pursuit of Happiness; *American Imago*, 46(2), pp. 143-152.
- Santander, F. (2000): *Ética y Praxis Psiquiátrica*; Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Sarbin, T. R. (1986): The Narrative as a Root Metaphor for Psychology; en *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*, New York, Praeger, pp. 3-21.
- Schopenhauer, A. (2007): *Los dos problemas fundamentales de la ética*; tr. P. López de Santamaría, Madrid, Siglo XXI.
- Skinner, B. (1972): *Más allá de la libertad y la dignidad*; Barcelona, Fontanella.
- Skinner, B. (1975): *Sobre el conductismo*; Barcelona, Fontanella.
- Smedslund, J. (2011): Meaning of Words and the Use of Axiomatics in Psychological Theory; *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, vol. 31(2), pp. 126-135.
- Sobel, R. (2006): Does Laughter make Good Medicine? *New England Journal of Medicine*, vol. 354, pp. 1114-1115.
- Spinelli, E. (2000): Therapy and the Challenge of Evil; *British Journal of Guidance & Counselling*, vol. 28(4), pp. 561-567.
- Svedberg, P. (2011): In What Direction Should We Go to Promote Health in Mental Health Care? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol. 6(2), pp. 7118.
- Swim, J., Clayton, S., Doherty, T., Gifford, R., Howard, G., Reser, J., Stern, P., Weber, E. (2009): *Psychology and Global Climate Change: Addressing a Multi-faceted Phenomenon and Set of Challenges. A Report by the American Psychological Association's Task Force on the Interface between Psychology and Global Climate Change*; Washington, American Psychological Association.
- Symons, J., Calvo, P. (2009): *The Routledge Companion to Philosophy of Psychology*; London, Routledge.
- Szasz, T. (1988): *Pain and Pleasure. A Study of Bodily Feelings*; New York, Syracuse University Press.
- Tallis, F. (1998): *Changing Minds: The History of Psychotherapy as an Answer to Human Suffering*, London, Cassell.

- Thompson, M. G. (2004): Happiness and Chance: A Reappraisal of the Psychoanalytic Conception of Suffering; *Psychoanalytic Psychology*, vol. 21(4), pp. 134-153.
- Titchener, E. B. (1996): *Los postulados de una psicología Estructuralista*; en *La Psicología Moderna*, ed. por J. M. Gondra, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Treolar, H. R. (2010): Financial and Ethical Considerations for Professionals in Psychology; *Ethics and Behavior*, vol. 20(6), 454-465.
- Urraca, S. (1995): Actitudes y comportamientos ante el sufrimiento: psicología del sufrimiento; *Labor Hospitalaria*, 235, pp. 57-63.
- Von Wright, G. H. (1971): *Explanation and Understanding*; London, Routledge and Kegan Paul.
- Wachtel, P. L. (1997): *Psychoanalysis, Behaviour Therapy, and the Relational World*; Washington, American Psychological Association.
- Watson, J. B. (1955): *El conductismo*; Buenos Aires, Paidós.
- Watson, J. B. (1996): La psicología tal y como la ve el Conductista; en *La Psicología Moderna*. ed. por J. M. Gondra, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Williams, B. (1985): *Ethics and the Limits of Philosophy*; London, Fontana.
- Wundt, G. (1896): *Compendio de Psicología*; tr. J. González, Madrid, La España Moderna.
- Wyatt, F. (1954): On the Expansion of Professional Psychology; *American Psychologist*, vol. 9(9), pp. 522-528.

(Endnotes)

1. «Durante el viaje uno olvida por lo común su meta. Casi todas las profesiones son elegidas e iniciadas como medios para un fin, pero proseguidas como fin último. El olvido de las intenciones es la estupidez más frecuente que se comete». tr. A. Brotons en (Nietzsche, F., 2009). vid. Nietzsche, F. W. (1967): *Nietzsche Werke IV. Menschliches, Allzumenschliches II*; ed. por G. Colli y M. Montinari. Berlin, Walter de Gruyter, 280.
2. «Ofrecer tratamientos basados en modelos teóricos que excluyen la consideración del sufrimiento del paciente como criterios decisivos de sus resultados parece el colmo del absurdo, quizás incluso supone una falta de honestidad». tr. propia. Miller, R. B. (2004): *Facing Human Suffering: Psychology and Psychotherapy as Moral Engagement*; Washington, American Psychological Association, p. 43.

3. La mayor parte de los historiadores consideran el principio de la psicología científica con Wundt. vid. Gondra, J. M. (1997a): *Historia de la psicología I. Nacimiento de la psicología científica*, Madrid, Síntesis, p. 166.
4. Para facilitar la lectura, utilizaremos las siglas PPA en lugar de la expresión 'práctica psicológica asistencial'.
5. Algunos autores han resaltado que tanto el objeto de estudio de la psicología como sus categorías son un producto de Occidente. vid. Louw, J. (2002): *Psychology, History, and Society. South African Journal of Psychology*, vol. 32(1), pp. 1-8, p. 3. Otros autores la han acusado de eurocéntrica. vid. Howitt, D. Owusu-Bempah, J. (1994): *The Racism of Psychology*; Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf. Marsella, A. J. (1998): *Toward a "Global-Community Psychology"*. *American Psychologist*, vol. 53, pp. 1282-1291. Holdstock, T. (2000): *Re-Examining Psychology. Critical Perspectives and African Insights*; London: Routledge.
6. 'STEM' es un término utilizado para referirse a aquellas disciplinas científicas básicas; el plan estratégico del APA (*American Psychological Association*) del 2009 buscaba consolidar la psicología como STEM.
7. Para la selección de algunas de las propuestas teóricas se ha seguido un criterio eminentemente histórico. Se han seleccionado las tres escuelas que cronológicamente han sustentado mayor peso e influencia. No obstante, somos conscientes de la limitación de tal valoración, ya que existen muchos otros más modelos (por ejemplo, la psicología humanista) que quedan fuera de este análisis. Para nuestro propósito es suficiente con estos tres modelos.
8. Versión del 21 de Agosto, 2002.
9. Versión del 16 de Octubre de 1999.
10. Versión del 2 de Noviembre de 1989.
11. Versión revisada en Granada en Julio del 2005.
12. No podemos dejar de citar la relevancia que ha tenido y tiene la obra de Michel Foucault. Aunque su reflexión gira más entorno al poder psiquiátrico en su vertiente política, quizás fue el primero en advertirnos de la posible peligrosidad de este tipo de prácticas. vid. Foucault, M. (2005): *El poder psiquiátrico*. tr. H. Pons, Madrid, Akal. vid. Foucault, M. (1999): *El nacimiento de la clínica*, tr. F. Perujo, México, Siglo XXI.
13. Sin desestimar la grandeza y profundidad de Freud, es curioso que en toda su obra el concepto de sufrimiento no sea una noción central, como mucho se habla de displacer y de dolor, de pena, de melancolía, de duelo, de infelicidad, pero no de sufrimiento. Tampoco se encuentra como tema en los índices temáticos de la traducción española. vid. Freud, S. (1985): *Sigmund Freud Obras Completas. XXIV*; tr. J. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu, p. 257.
14. Miller (2005, 325) afirma que aunque no ha habido una psicología del sufrimiento que se denominase como tal, sí que desde la psicoterapia existencial, con Bakan, May y Yalom, se ha conceptualizado el sufrimiento. Sin embargo, en este trabajo se

- considera que las aproximaciones de estas psicologías son insuficientes como para servir de criterio interprofesional.
15. El libro de Tallis es un reflejo del trato que la psicología ha dado al sufrimiento. A pesar de utilizar 'sufrimiento' en el título de su obra, habla de él en muy pocas ocasiones; y cuando lo hace, se sirve de una noción genérica y difusa, sin definirlo ni entrar en él. vid. Tallis, F. (1998): *Changing Minds: The History of Psychotherapy as an Answer to Human Suffering*, London, Cassell.
 16. Para ver la manera como el DSM ha patologizado determinados comportamientos. vid. Kutchins, S, H. y Stuart, A. K. (1997): *Making us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*; New York, Free Press, 21.
 17. Aunque Freud habla del chiste y no de la ética profesional, sí que su reflexión acerca del chiste puede aportar luz a lo que sucede cuando un profesional se mofa de su paciente. «Hemos desarrollado, igual que en el caso de la agresión sexual, una nueva técnica de denostar, con la que intentamos granjearnos el favor de ese tercero contra nuestro enemigo. Nos procuramos a través de un rodeo el goce de vencerlo empequeñeciéndolo, denigrándolo, despreciándolo, volviéndolo cómico; y el tercero, que no ha hecho ningún gasto, atestigua ese goce mediante la risa [...] el chiste nos permitirá aprovechar costados risibles de nuestro enemigo, costados que a causa de los obstáculos que se interponen no podríamos exponer de manera expresa o consciente; por tanto, también aquí sorteará limitaciones y abrirá fuentes del placer que se han vuelto inasequibles» (Freud, 1986, 97). Y sigue: «tal vez uno reciba la impresión de que las condiciones subjetivas del trabajo del chiste no suelen distar mucho de las que presiden la contradicción de la neurosis [...] ese talento chistoso es una personalidad escindida y predispuesta a contraer neurosis [...] El resorte que pulsiona a la producción de chistes inocentes es, no rara vez, el esfuerzo ambicioso de hacer gala de espíritu, de ponerse en la escena, pulsión ésta que debe ser equiparada a la exhibición en el ámbito sexual. La presencia de numerosas nociones inhibidas cuya sofocación ha acreditado cierto grado de labilidad constituirá la predisposición más favorable para producir un chiste tendencioso [...] las personas que mejor hacen los chistes tendenciosos agresivos son aquellas en cuya sexualidad se registra un poderoso componente sádico, más o menos inhibido en su vida» (Freud, 1986, 136-137).
 18. vid. Roberts, M. (2008): *Facilitating Recovery by Making Sense of Suffering: A Nietzschean Perspective*; *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 15, pp. 743-748. vid. Biley, F. C. (2010): *Nietzsche's Genealogy of Morality and the Changing Boundaries of Medicine, Psychiatry and Psychiatric and Mental Health Nursing Practice: A Slave Revolt?* *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 17(8), pp. 700-5. vid. Maurer, J. (2010): *Das Große Schwein--Die Philosophischen Lehren Des Epikur Im Lichte Moderner Verhaltenstherapie*; *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, vol. 42(3), pp. 709-714. vid. Briedis, M. E. (2011): *Husserl's Phenomenological Project and the Problems Concerning Psychotherapy*. *Problemas*, vol. 79, pp. 129-140.
 19. vid. Dalen, J. (2010): *Pilot Study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, Eating Behavior, and Psychological Outcomes Associated with a Mindfulness-Based Intervention for People with Obesity*. *Complementary Therapies in Medicine*, vol.

18(6), pp. 260-264. vid. Christopher, J. C. (2011): Perceptions of the Long-Term Influence of Mindfulness Training on Counsellors and Psychotherapists: A Qualitative Inquiry. *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 51(3), pp. 318-349. vid. Rimes, K. A. (2011): Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Trainee Clinical Psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 39(29), pp. 235-41.

20. Conviene no olvidar el debate que abrió el artículo de Engel. Engel, G. L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine; *Science*, vol. 196(4286), pp. 129-236. Sin embargo, parece que esta propuesta no ha sido un tema de debate dentro de este tipo de prácticas.

21. Antifonte utiliza la expresión 'τέχνη αλπίας' para referirse a la filosofía. Para él, toda filosofía debe ser una herramienta que disminuya el sufrimiento. En Guthrie, W. K. C. (1988): *Historia de la filosofía griega. III Siglo V. Ilustración*; Tr. J. Rodríguez Feo, Madrid, Gredos, p. 283. vid. Gil, L. (2006): Sobre cómo imaginar la τέχνη αλπίας de Antifonte el Sofista; en *Koinòs Lógos I: Homenaje al profesor José García López*; ed. por E. Calderón, A. Morales, M. Valverde, Murcia, Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia, pp. 337-343.