

SOCIEDAD DE RENDIMIENTO Y PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA: LA PSICOTERAPIA INDIVIDUALIZADORA

PERFORMANCE SOCIETY AND PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE: INDIVIDUALIZING PSYCHOTHERAPY

Diego Sánchez Ruiz

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1748-4967>

Lorena Velayos Jiménez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3238-7620>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez Ruiz, D. y Velayos Jiménez, L. (2020). Sociedad de Rendimiento y Práctica Psicoterapéutica: La Psicoterapia Individualizadora. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 283-296. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.392>

Resumen

La situación de la psicología no puede entenderse separada de la realidad sociopolítica en que se desarrolla. El objetivo del siguiente artículo es analizar la influencia en la práctica terapéutica de la preponderancia del sistema capitalista, la emergencia de la psicología positiva y la especialización técnico-médica de la profesión. Inicialmente, se realiza una revisión del desarrollo sociopolítico del postmodernismo y de su influencia sobre la concepción de la salud mental de las personas; y se desarrolla la evolución de la psicología positiva y de la especialización técnico-médica de la disciplina. Posteriormente, se reflexiona acerca de cómo los factores descritos previamente podrían ser responsables de iatrogenia en la terapia por el riesgo que tienen de aislar al individuo, culpabilizarle y fomentar la estructura de opresión postmoderna. Finalmente, se describen algunas alternativas para tener en cuenta durante la práctica terapéutica con el objetivo de realizar una atención holística y humana durante la terapia: fomentar el capital social, empoderar al paciente y despatologizar el sufrimiento.

Palabras Clave: Sociología, Psicología Clínica, Psicoterapia, Postmodernismo, Psicología Positiva, Iatrogenia.

Abstract

The situation of psychology cannot be understood apart from the sociopolitical reality in which it develops. The objective of the following article is to analyze the influence in the therapeutic practice of the preponderance of the capitalist system, the emergence of positive psychology and the technical-medical specialization of the profession. Initially, a review of the sociopolitical development of postmodernism and its influence on the conception of people's mental health is made; and the evolution of positive psychology and the technical-medical specialization of the discipline is developed. Subsequently, it reflects on how the previously described factors could be responsible for iatrogenesis in therapy due to the risk they have of isolating the individual, blaming him and promoting the structure of postmodern oppression. Finally, some alternatives are described to take into account during therapeutic practice with the aim of providing holistic and human care during therapy: promoting social capital, empowering the patient and depathologizing suffering.

Keywords: Sociology, Clinical Psychology, Psychotherapy, Postmodernism, Positive Psychology, Iatrogenesis.

Fecha de recepción v1: 10-5-2020. Fecha de recepción v2: 8-6-2020. Fecha de aceptación: 13-9-2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: diego.sanchezruiz.27@gmail.com

Dirección postal: Diego Sánchez Ruiz. C/ Carabaña, 17, 1ªA. Alcalá de Henares, Madrid. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



La situación de la psicología no puede entenderse separada de la realidad sociopolítica en que se desarrolla. El predominio de la cultura capitalista de los países occidentales ha facilitado que impere una concepción del ser humano extremadamente individualista. Se teoriza que las fuerzas sociales predominantes someten al individuo a una nueva forma de explotación basada en el rendimiento y la autorrealización; a la vez que disminuyen el capital social y pueden llegar a culpabilizar a los individuos si estos experimentan emociones catalogadas como “negativas”. Este contexto atraviesa los problemas con los que acuden los pacientes a consulta.

La modernización y desarrollo tecnológico-laboral en los siglos XIX y XX en los países ahora denominados “desarrollados”, trajo como consecuencia una disolución de las instituciones sociales, un desglose de los roles y valores tradicionales, cambios en los patrones de crianza de los hijos, urbanización y especialización laboral. El individuo se tornó cada vez más importante, en contraposición a la familia, la comunidad o el grupo ocupacional.

El capital social se ha definido como una característica de los vínculos entre las personas en una comunidad, entendible como la influencia saludable de las redes sociales en el funcionamiento psicológico. En general, niveles más altos de capital social se asocian con mejor salud mental y más probabilidades de recuperación de enfermedades mentales (Tew, 2011). Algunos sociólogos han defendido cómo actualmente existe una disminución de capital social asociada a la época postmoderna, la urbanización y la globalización (Mckenzie, 2008). La sociedad del siglo XXI exige una mayor autonomía individual y permite una menor dependencia o apego a los demás. El dominio de una conciencia individualista causa la disminución del sentimiento de unidad y pertenencia con los miembros de la comunidad, debilitando progresivamente los lazos sociales que envolvían las actividades de la vida (Bauman, 2012).

La pérdida de poder que han sufrido las comunidades también se ha visto reflejada en la disminución de su influencia para regular con normas la vida de sus miembros. Hay consenso en cuanto a que en la actualidad existe un colapso de las normas sociales, lo que Durkheim (1996) denominó anomia social, asociado a una época de cambio de valores sin precedentes.

En la actualidad predomina un marco social basado en la prioridad de que se respeten los derechos humanos, en contraposición al modelo imperante siglos atrás en el que el constructo bajo el que la sociedad funcionaba era el de la sociedad justa, que se atiene a unas normas basadas en la moralidad. El discurso se enfoca en el derecho de los individuos a ser diferentes y a elegir y tomar a voluntad sus propios modelos de felicidad y de estilo de vida más convenientes. La consecución de la felicidad dependerá de cómo cada uno use sus propios recursos para satisfacer sus propios deseos. Se ha producido una sustitución de la impotencia que las circunstancias vitales podrían provocar, por la sensación de omnipotencia de creer poder cambiar “a dedo” las partes de su vida que a uno no le gusten. Una tarea de la que

deja de hacerse responsable a la sociedad a la vez que se hace cargo al individuo, el cual al no encontrar soluciones, busca en terapias, *coaches* personales (aquellos que prometen sacar el máximo desarrollo de las personas) y libros de autoayuda cómo crear su propia realidad, como si fuera independiente de la de los demás, y en la que está sujeto a vivir (Bauman, 2018).

La sociedad del rendimiento a la que se hace referencia en este texto es un término desarrollado por el filósofo surcoreano Byung Chul Han (2014, 2017), para describir cómo la influencia del neoliberalismo en los países desarrollados ha generado una nueva forma de explotación basada en el rendimiento personal y la búsqueda de la autorrealización. Así, la sociedad del siglo XXI ya no es disciplinaria, como diría Foucault (1976/2005), sino de rendimiento. Sus habitantes ya no son sujetos de obediencia, sino sujetos que se autoexplotan. Los proyectos, las iniciativas y la motivación reemplazan a la prohibición, el mandato y la ley. El sujeto contemporáneo está sometido por el mensaje positivista de que si quiere algo puede conseguirlo. A la sociedad disciplinaria la rige la prohibición y las normas. La sociedad del rendimiento está regida por la motivación, por el hacer cada vez más. El inconsciente social pasa del deber al poder, sin embargo, el poder no anula al deber, de hecho, habría una continuidad entre ellos, ya que se trata de una nueva norma que induce al individuo a la iniciativa personal, es el mandato de poder más. Un sujeto que no está sometido a nadie más que a sí mismo, ha abandonado las imposiciones para tener la libre obligación de maximizar el rendimiento (Han, 2017).

Una de las consecuencias más importantes de la influencia del discurso neoliberal sobre la subjetividad del hombre es el hecho de las contradicciones y riesgos que siguen siendo producidos socialmente, ahora recaen únicamente sobre el individuo, incluyendo la responsabilidad y necesidad de enfrentarlos (Beck et al., 2006). Derechos sociales como la educación, la salud o la vivienda se reducen al camino que elija tomar cada individuo, al tiempo y trabajo que decida invertir en su propio futuro (Žižek, 2016). El mensaje es que, si uno enferma es por no haber seguido la dieta o el ejercicio adecuados, por no haber llevado más controlados los hábitos de sueño o las kilocalorías consumidas, no haber sido lo suficientemente responsable con su salud. Si no consigue trabajo, es porque no haber aprendido las técnicas para pasar las entrevistas con éxito, o ser un vago.

La sociedad del rendimiento puede generar que las personas que no hayan conseguido por sus propios medios alcanzar el modelo de felicidad, tengan la sensación de haber fracasado, pudiendo llegar a deprimirse. Esa depresión, provocada por el ritmo de vida contemporáneo, deviene del cansancio y agotamiento del individuo que se ha explotado a sí mismo como a un animal de trabajo, hasta que se ha derrumbado (Han, 2017). La sociedad postmoderna está dominada por la autorreferencialidad, una mirada dirigida constantemente a uno mismo para solucionar cualquier vicisitud en la vida. Esta dinámica genera una libertad paradójica, pues se trata a la vez de una prisión en la que es uno mismo quien se subyuga, sin un tercero a quien culpar de su falta de libertad, y contra quien rebelarse (Žižek y

Rodríguez, 2010).

Para Han (2017) las enfermedades psíquicas de la sociedad de rendimiento constituyen precisamente las manifestaciones enfermizas de esta libertad patológica. El *burnout* o el Trastorno por Déficit de Atención serían causadas por un exceso de positividad, por la incapacidad para negarse a mantener el ritmo y la autoexigencia. Al no haber normas y ser uno mismo quien se autoexplota, no hay contra quien enfadarse y exigir parar.

Dentro del positivismo que predomina en el discurso postmoderno, los sentimientos como el miedo, la rabia o la tristeza, son considerados sentimientos “negativos”, a eliminar en pos de una mayor capacidad de rendimiento. La supuesta libertad de elección incluye las partes de la vida que a uno no le gustan, por lo que el individuo también comienza a sentirse responsable de eliminar los sentimientos negativos que experimente.

El objetivo de este artículo es reflexionar acerca de cómo se relacionan las nuevas formas de explotación social, el paradigma científico-médico y la emergencia de la psicología positiva y de autoayuda; así como su posible afectación en la práctica de la psicoterapia. Por lo que pensar sobre ello permitiría a los profesionales de la salud mental contemplar alternativas que no reproduzcan o agraven la misma problemática que pretenden subsanar.

Algunos desarrollos en Salud Mental

Expansión de la disciplina y “Psicopatologización de la vida cotidiana”

El modelo económico dominado por el liberalismo comienza a imponerse a finales de los 70 y los 80 del siglo XX. Se fomenta la libre empresa y la iniciativa individual; afectando también al mercado sanitario, beneficiando a la industria farmacéutica y las empresas sanitarias. La rentabilidad de cualquier negocio depende de tener un buen número de clientes. En el caso de la medicina como empresa, ésta consiguió aumentar sus beneficios mediante un cambio en la oferta, convirtiendo a la salud en un bien que se puede conseguir mediante mayor consumo de servicios médicos (Ortiz, 2016). Moynihan (2002), describe la “invención de enfermedades” o *disease mongering*, explicando que la medicina entendida como empresa, es capaz de hacer sentir a la gente enferma, creando así una necesidad de consumo de recursos médicos. En el ámbito de la salud mental, la lucha contra el malestar y búsqueda de felicidad se convierten en un excelente marco para generar potenciales clientes consumidores de psicofármacos y terapias psicológicas.

La psicología y la psiquiatría se han expandido enormemente los últimos años, con presencia en ámbitos de otras profesiones como el jurídico, laboral o el académico. Se ha tratado de sensibilizar a los gobiernos e instituciones hacia la salud mental desde una perspectiva que sirve a un conjunto de intereses (Summerfield, 2012). A través de los medios de comunicación, los profesionales promocionan con éxito la importancia de la disciplina, no solo en el tratamiento de los trastor-

nos mentales, sino también en el afrontamiento de la vida cotidiana de cualquier persona, concibiéndolas como remedios para eliminar el malestar de enfrentar la vida (Thomas y Bracken, 2004). Este fenómeno se ha descrito como “medicalización y psicopatologización de la vida cotidiana”: expansión de las intervenciones sanitarias a categorías y procesos sociales, problemas de la vida y dilemas morales, temas que antes no eran de ámbito médico.

La extensión de las competencias de los profesionales de la salud mental incluye la creación de nuevas etiquetas diagnósticas. De los 106 diagnósticos en la primera edición del DSM, ahora se cuenta con 216 en el actual DSM-5 (Sandín, 2013). Esto contribuye al sobrediagnóstico y sobretratamiento que permite las ganancias económicas de aquellos que comercian con los productos derivados de la asistencia sanitaria: empresas sanitarias, profesionales e industria farmacéutica (Frey, 2005).

La medicalización es un proceso que afecta principalmente a países desarrollados donde se ha producido un desenclave de las tradiciones y pérdida de referentes culturales, familiares, instituciones y actividades rituales que dotaban de significado a los sucesos vitales de las personas. Se han perdido significantes creados socialmente que dotaban de contexto sostenedor y permitían comprender problemas cotidianos como dilemas morales, tareas esperables de cada uno o desgracias personales, dejando al individuo más solo en la tarea de darle un significado al sufrimiento y enfrentarlo.

El origen del término *salus* alude a “estar en condiciones de superar un obstáculo”. Sin embargo, “la psicopatologización de la vida” ha implicado también la colonización de la normalidad, fomentado la pérdida de los límites entre la salud y la enfermedad. La salud se convierte en algo extremadamente frágil y complicado de alcanzar; el significado de un “estilo de vida sano” no queda inmóvil, puesto que “siempre se puede hacer algo para estar más saludable”: nuevas dietas, ejercicios, mejorar la calidad del sueño..., exigiendo al individuo una vigilancia constante (Bauman, 2018).

Ante la situación descrita, los propios individuos y poblaciones han desarrollado un patológico rechazo al riesgo de enfermar y a la muerte. Se ha dejado de considerar el sufrimiento y la muerte como inherentes al ser humano, para empezar a verse como como problemas sanitarios que resolver. Según Illich (2015), nace la concepción de que es posible una vida sin sufrimiento en vez de una vida en que se es capaz de manejarlo. Existe un miedo basado en la idea de que las personas están en peligro de quedar dañadas psicológicamente por cualquier pérdida o fracaso vital. Los sentimientos desagradables dejan de verse como la respuesta sana y adaptativa, e imprescindible para afrontar un acontecimiento adverso; y pasan a adquirir el significado de que son una señal anticipatoria del fracaso de la salud mental del individuo. Estos sentimientos se descontextualizan, se olvida la causa que los provocó y se toman como síntomas que precisan de una intervención terapéutica.

Para calmar los miedos descritos y hacerse cargo de lo peligroso que se concibe una vida con dolor, tristeza, rabia y rencor, se empieza a transmitir la idea de

la que los profesionales de la salud mental son necesarios por estar capacitados para ayudar a resolver los duelos, disminuir las frustraciones, incertidumbres y armonizar las relaciones. De esta manera, la explicación social del sufrimiento se sustituye por la explicación que dan al malestar de la persona los “expertos en lo psicológico y las emociones”. Proliferan las etiquetas diagnósticas como nuevos significantes, dando una calidad de enfermedad a los mismos procesos. En palabras de Ortiz (2016): “La salud es el paraíso prometido y la psicología y medicina las teologías que lo amparan”.

Posicionamiento de la Psicología y Surgimiento de la Psicología Positiva

La psicología, desde hace más de 50 años, ha estado tratando de enmarcarse en el dominante modelo biomédico, no porque este modelo haya desplegado un conjunto de tratamientos psiquiátricos radicalmente más efectivos, sino por ser el hegemónico gracias a factores económicos, históricos y sociales (Álvarez y Colina, 2012).

Otra necesidad de la disciplina, acorde con el desarrollo socioeconómico, ha sido la de acercarse al paradigma tecnológico, asociado a la necesidad de ser productivos y eficaces (Ortiz, 2016). Esta huida de la psicología hacia un cientifismo racional-tecnológico también se explica como un intento de alejarse de las pseudociencias proclives a conquistar el campo de los problemas mentales. Su posicionamiento y marketing, dentro de la concepción de salud descrita previamente, provoca que parte de la psicología empiece a concebirse como un bien de consumo. Así, por ejemplo, dentro del paradigma cognitivo conductual, el psicólogo se convierte en una figura concedora de determinadas técnicas o ejercicios que uno debe adquirir y practicar para resolver su problema de salud mental. En ocasiones, algunas corrientes psicoterapéuticas ofertan estas técnicas (de regulación emocional, de resolución de problemas...) ante casos que no suponen un problema de salud mental, sino una dificultad cotidiana. Desde esta perspectiva de la psicología se da el mensaje de que esas técnicas permitirían conseguir mayor salud mental, para poder estar “más en forma” psicológicamente, y así afrontar mejor las dificultades de la vida. Por tanto, en tales casos, la figura del psicólogo se asemeja a la de un médico que receta, en vez de fármacos, consejos y ejercicios para aliviar las emociones desagradables, descontextualizando el sufrimiento. Esta popularización de la psicología como un objeto de consumo, en cierto modo la desvirtúa, aunque la haga más rentable (Márquez y Meneu, 2003).

En la línea del pensamiento de los países desarrollados, se desarrolla la Psicología de Autoayuda: libros, seminarios, *coaching* personal, mensajes motivadores y propaganda al estilo *Mr. Wonderful*. Se trata de una industria que ya en 2006 generaba más de 2500 millones de dólares al año con productos basados en propuestas, ideas e hipótesis, de las que el 95% se publican sin investigación que documente su efectividad (Norcross et al., 2000, citado en Held, 2002). Este fenómeno parece retroalimentarse a sí mismo, puesto que cada año va en aumento su expansión y

convierte a las personas en verdaderos adictos a sus productos e ideología.

Pese a que se ha tratado de distinguir esta pseudociencia de la psicología más académica, la Psicología de Autoayuda tiene una clara similitud con la Psicología Positiva (un campo ya académico de la disciplina). Así, la Psicología Positiva y la literatura de Autoayuda persiguen el mismo horizonte de bienestar, utilizan conceptos y caracterizaciones psicológicas muy parecidas para hablar, describir y explicar al individuo, y desarrollan técnicas y prácticas similares con el fin de que los sujetos actúen sobre sí mismos en busca de su propia felicidad (Cabanas y Huertas, 2014).

Ambas corrientes también comparten la ideología contemporánea de una visión extremadamente individualista de la felicidad, como un logro personal (Held, 2002), conseguible y manejable mediante el fomento del autocontrol, autoconocimiento, autodeterminación y autocultivo (Cabanas y Sánchez, 2012). Introducen la idea de una consecución de la felicidad, concibiéndola como salud mental, generando confusión entre ambos términos. Prometen que, a través de sus ejercicios, basados en la autenticidad, el florecimiento personal, el tratar de sentirse bien con uno mismo y el alejarse de la dependencia de otras personas, se podrá conseguir salud y aumentar el rendimiento escolar y profesional (Csikszentmihalyi y Hunter, 2003).

Al tiempo que se empoderan las emociones “positivas”, se empiezan a evitar las designadas como “negativas”, desarrollando intolerancia a todo lo que suponga bajo humor y tristeza, como si la condición natural fuera la euforia perpetua (Bruckner y Castejón, 2008). Se olvida que la tristeza, la rabia y la decepción son afectos negativos con efectos positivos: experiencias humanas naturales, en principio, con más funciones positivas adaptativas que negativas nocivas (González y Pérez, 2007).

Discusión sobre la Práctica Clínica actual

La postura que adoptan los profesionales de la salud mental está inmersa en una ideología y un modo de entender al individuo y la sociedad. Por un lado, el fenómeno de la “psicopatologización de la vida cotidiana” implica un desplazamiento de los problemas que antes se entendían como sociales hacia el individuo particular como protagonista. Es por ello por lo que en las consultas de los servicios especializados un gran número de demandas tienen un origen social (Ortiz et al., 2006): personas que acuden al psicólogo por problemas laborales, dificultades económicas, exclusión social, violencia o inmigración.

En la medida en que los problemas colectivos de malestar se convierten en un problema de salud individual, se retroalimenta una de las principales dinámicas de los tiempos actuales: la ruptura entre las políticas de vida individuales y las acciones políticas colectivas (Bauman, 2018).

Voces críticas dentro de la disciplina como Ian Parker (2010), denuncian que la psicología estaría evitando que se piense en el origen del problema social, retirando el foco de los verdaderos responsables de tal problema. Por ejemplo, si alguien con síntomas de depresión, debido a unas condiciones laborales asfixiantes, es derivado por su médico al servicio de psicología clínica, y el psicólogo se “hace cargo” de

la situación, aceptándolo como un asunto en el que puede ayudar, ese psicólogo, evita, hasta cierto punto, que se dedique tiempo a trabajar en otra vía de resolución del problema, como podría ser mediante asociaciones sindicales. Se corre el riesgo, de que, por centrar la mirada en la forma de pensar y sentir del individuo, no se repare en los asuntos políticos y económicos que rodean ese sufrimiento psíquico. Por ello, se acusa a la psicología de tener un carácter disciplinario en la medida en que vigila y regula la individualidad, ayudando a que las personas sean capaces de adaptarse mejor a las injusticias sociales (Ortiz, 2016).

Por su parte, los esfuerzos de algunas ramas de la psicología por encajar en el modelo biomédico pueden limitar la comprensión de los pacientes acerca de las vivencias con las que llegan a consulta. El modelo biomédico fomenta una visión individualista sobre el sufrimiento humano, donde los síntomas y signos pasan a un primer plano (y así encajan en una categoría del DSM 5 o la CIE 11) y pierden relevancia el contexto social y cultural, los estilos de relación interpersonal y la dinámica familiar. Las categorías diagnósticas de los manuales médicos se anteponen y desplazan a las formas tradicionales que cada cultura tenía para experimentar, evaluar y dar un significado al sufrimiento psíquico (Timimi, 2013).

La descripción expuesta permite reflexionar sobre posibles dinámicas que se podrían establecer durante la práctica de la psicoterapia actual:

Complicidad con la explotación laboral

En ocasiones, se puede reproducir en los espacios de psicoterapia la misma dinámica presente en la sociedad de rendimiento que impone a las personas que maximicen sus resultados. Esto ocurre si se crea un espacio psicoterapéutico cuyo principio es que un experto conocedor de determinadas técnicas pide a los pacientes que realicen ejercicios, exposiciones, autorregistros..., con la finalidad de ayudarles a solucionar el problema por el que vienen. Lo cual dificultaría que el paciente se pare a pensar en qué está detrás de su malestar, priorizando el cese de su sufrimiento debido a los síntomas, que no son más que la punta del iceberg.

Si el camino propuesto por el psicólogo está lleno de más exigencias, de más acción, de más ejercicios y de un “no parar”, la persona se mantiene en la acción y enfocada a “conseguir sus metas” hasta que olvida lo que le provocaba la insatisfacción.

En el momento en que un sujeto empieza a sufrir síntomas (e.g. de depresión, de déficit de atención o de burnout), se le deriva a un engranaje más de la maquinaria capitalista: los “expertos” en lo mental. Parker (2010), sostiene que en ocasiones los psicólogos contribuyen a retener a las personas en sus puestos de producción, pasando por alto las problemáticas de explotación y opresión. Esto convierte a los psicólogos en un instrumento más al servicio del sistema capitalista, capaces de maximizar el rendimiento de las personas, pues poseen el conocimiento médico y las técnicas para eliminar la negatividad de la vida, y así salvaguardar el proceso de aceleración postmoderno (Han, 2017).

Culpabilización de los individuos

La concepción contemporánea de salud transmitiría la idea de que se le debe también a la salud mental un cuidado y atención constantes, y que el hecho de que uno no se sienta bien es quizás por no haber seguido las pautas y rutinas que los “expertos psicólogos” asesoran y promocionan (Castiel et al., 2010).

La psicología positiva y de autoayuda, tan extendidas en la actualidad, transmiten en sus mensajes una presión para acercarse a la actitud positiva y olvidar lo saludable de la negativa; y su intento por rechazar las emociones desagradables, puede estar contribuyendo a cierta forma de infelicidad: las personas pueden sentirse culpables o defectuosas por no conseguir sentirse bien (Held, 2002). A medida que crece la presión para estar alegre en todas las ocasiones entendemos que sentirse mal no sólo es patológico, sino socialmente inaceptable.

Cuando se utiliza la psicoterapia en casos en que el paciente está ante situaciones sociales difíciles (desempleo, pobreza, exclusión social...), esta puede resultar ineficaz, puesto que en ningún caso va a poder cambiar la situación social, pero además, se corre el riesgo de atribuir únicamente al individuo la responsabilidad de su malestar si se le transmite un locus de control interno de sus síntomas, pudiendo hacerle sentir incapaz y culpable (Castiel et al., 2010).

La sensación de ser libre para convertirse en lo que uno quiera, o sentirse como uno desee, en caso de no conseguirse, puede conducir a un destructivo reproche de sí mismo y a la autoagresión. La sociedad del rendimiento genera que las personas que no hayan conseguido por sus propios medios alcanzar el modelo de felicidad tengan la sensación de haber fracasado. El individuo autoexplotado y quemado es a la vez verdugo y víctima. Se deprime cuando ya no puede seguir el mandato de poder más. Esta depresión, en un primer momento consistiría en cansancio, pero la sensación de incompetencia terminaría por llevar a la autoagresión, pues la persona no puede aceptar tal golpe a su dignidad personal, ni reprochar a nadie más que a sí mismo el fracaso.

Para Bauman y Dessel (2014), la sociedad postmoderna, dominada por la confianza en la ciencia y la técnica para resolver los dilemas de cada sujeto, más allá de ser una dinámica al servicio de intereses capitalistas, se trataría del reverso de la pulsión de muerte freudiana. Así, la anomia social y el abandono de las restricciones socialmente impuestas, lejos de redundar en un aumento de la libertad individual, lo que habría conseguido es mayor sentimiento de vulnerabilidad, indefensión y la esclavización a los instintos en cada individuo. Estos autores comentan: “junto con una mayor entrega a su deseo de gratificación instantánea y a los fugaces placeres de los sentidos, gana terreno su propensión a autodestruirse”.

Se ha argumentado que este tipo de depresiones generadas por la autoexplotación a la que se somete el individuo postmoderno, unida a la presión y el miedo al fracaso por no poder rendir lo suficiente, podría ser la causa de los altos índices de suicidio en las sociedades más desarrolladas y con mejores índices de calidad de vida (González, 2019). Así, los individuos autoesclavizados tras el mensaje

“nada es imposible” serían conducidos a través de la depresión hasta el mensaje “nada es posible”.

Disminución del capital social

En la medida en que se transmite la idea de que la persona tiene opciones para sentirse bien, que en teoría sería libre de “adquirir/comprar” (libros, cursos, técnicas, charlas), se le hace responsable de sus emociones a la vez de que se corre el riesgo de dejarle solo con su sufrimiento. Si ser feliz es una oportunidad que depende de lo que la persona haga, de que no necesita a los demás para conseguirlo, o de que “la verdadera felicidad está en el interior de uno mismo”, el sujeto puede alejarse de otros. Al descontextualizar la problemática que le ha llevado a sufrir y centrando la atención en si se siente “bien o mal”, puede minimizarse la importancia de las redes de apoyo familiares y comunitarias. Tratar de buscar la independencia emocional puede dañar los lazos sociales y dificultar el establecimiento natural de relaciones y comunidades salutógenas (Szapocznik y Prado, 2007).

La psicología contemporánea puede pecar de someterse a las fuerzas sociales que imbrican la cultura postmoderna y proseguir fomentando la soledad del individuo. En el exceso de actuación, de técnicas, de mandatos y consejos, los terapeutas pueden perder el don de la escucha; el de ellos mismos como terapeutas, pero también el de la comunidad del individuo, contribuyendo así a su desaparición (Han, 2017). En ocasiones se establece una relación de dependencia con el terapeuta, que debilita aspectos naturales salutógenos del individuo (Crown, 1983). Cuanto más tiempo pase la persona en terapia, más se contribuye al debilitamiento de las redes tradicionales de contención: el paciente ya no tiene que compartir y pensar con los suyos su malestar porque ya le escucha “un experto” (Boisvert y Faust, 2002).

No hay que perder de vista la importancia de examinar si el propio proceso terapéutico está siendo salutógeno o iatrogénico, en tanto en cuanto esté interrumpiendo procesos naturales de la persona. Por ello es tan importante que el terapeuta revise el propio proceso de terapia mediante supervisión y análisis del terapeuta o analista.

Conclusiones y Alternativas

Es importante reconocer las fuerzas sociopolíticas a las que está sometida la disciplina de la Psicología y guían su devenir. Se ha examinado cómo el pensamiento postmoderno está fundamentado en valores neoliberales y capitalistas que fomentan el individualismo, a la vez que de forma insidiosa afectan a principios básicos de la psicología: no dañar al paciente, aislarle o culpabilizarle. Reflexionar acerca del propósito verdadero del trabajo psicoterapéutico permite no perder la capacidad de autocrítica y autogestión, lo cual sería la peor situación para colocarse delante del paciente (Safran y Muran, 2003).

En este texto se hace hincapié en un modelo psicoterapéutico que integre las esferas psicológica, filosófica, social y biológica, como influyentes en el individuo

y su desarrollo. Como comentan Holmes y Slade (2019), el concepto de neuroplasticidad puede abrir una puerta a la reversibilidad de los procesos de desarrollo neuronal alterados desde la infancia en relación a procesos adversos, asociados al entorno psicológico y social. Estos autores describen que existen periodos sensibles durante el proceso de desarrollo que implican mayor nivel de neuroplasticidad, algo que ocurre durante la psicoterapia. Utilizan el concepto de “sincronía bioconductual” para referirse al acompañamiento que se genera entre dos personas (entre progenitor e hijo, y también entre paciente y terapeuta), y que da lugar a un apego seguro. Así, la psicoterapia basada en la Teoría del Apego entrañaría la reactivación de un periodo sensible para restablecer la sincronía bioconductual, algo que incluiría las cuatro esferas comentadas a lo largo del artículo.

Otros autores también han planteado un modelo integrativo para poder comprender la mente humana atendiendo a una perspectiva biopsicosocial, como es el caso de Siegel (2016), que hace referencia al concepto de “la neurobiología del nosotros”. Comenta el autor que tanto los genes como la experiencia conforman la estructura del cerebro y que las relaciones con los otros en nuestro contexto social pueden modular esta.

Estas perspectivas apoyan la idea de tener en cuenta el contexto interpersonal en el espacio terapéutico, más allá de una psicoterapia basada únicamente en técnicas que individualicen el malestar del paciente.

Poder pensar en la posición de la psicología como una disciplina al servicio del capitalismo permite ser conscientes de ello para no reproducir conductas opresivas sobre el paciente en el espacio terapéutico. En este sentido, González y Pérez, (2007), citan en su libro a Young: “la patología psicológica de un individuo, el microcosmos, refleja la patología moral de la sociedad, el macrocosmos social”. Al fomentar que el espacio de terapia permita al paciente plantear y descubrir el yugo que aprieta su cuello se está atendiendo a las verdaderas necesidades de la persona bajo sus síntomas. De la misma manera, la terapia se alejaría de las necesidades corporativistas de una estructura capitalista.

En contra de fomentar el hiperindividualismo, el espacio terapéutico da la oportunidad de recordar a las personas que su salud mental no está reducida a la cantidad de felicidad que sean capaces de experimentar, que la misma también depende de aspectos sociales y colectivos. Asimismo, puede atender la falacia de la libertad postmoderna, como nueva forma de opresión que en muchas ocasiones está siendo generadora de su sufrimiento (Žižek y Rodríguez, 2010).

Cuando los psicólogos intentan que su trabajo también sea conceptualizado dentro del paradigma científico-tecnológico, se concibe, entre ellos y sus pacientes, un modelo de experto-consumidor. Los ciudadanos buscan comprar el alivio del sufrimiento inherente a la vida misma, mientras que el profesional se posiciona como un médico conocedor de la solución al problema de la persona; una solución que además se basa supuestamente en conocimientos científicos. Lo cual fomenta una relación tan desigual que puede dañar su carácter interpersonal (Radden,

2009), debilitando la alianza terapéutica, autoestima y locus de control interno del paciente, en detrimento de un contexto que promueva el empoderamiento de la persona que sufre (Bracken et al., 2012). En esta dinámica es más fácil que el terapeuta adquiera una posición paternalista que desconsidere al sujeto como capaz de su propio cuidado o se establezca una relación de dependencia. Para evitar las necesidades personales de los terapeutas como la omnipotencia, el apremio por dar una respuesta a los problemas de los pacientes o la vanidad propia que pueda hacer más frecuente que se establezca este tipo de relaciones, es necesario análisis y supervisión de los núcleos narcisistas.

En relación a la “psicopatologización de la vida”, existen modelos asistenciales desmedicalizadores para entender y afrontar el sufrimiento humano, como pueden ser las comunidades terapéuticas o los aportados desde una perspectiva humanista y social (citado en Ortiz, 2016). Muchas de las cuestiones supuestamente clínicas que se ven en la consulta tienen que ver más con problemas existenciales de libertad e indeterminación, que se tienen en tanto especie con pensamiento, y no con los niveles de serotonina (González y Pérez, 2007).

La psicoterapia, desde sus orígenes relacionados con la filosofía, ha sido un espacio dónde el paciente podía pararse a pensar y reflexionar. Sin embargo, el positivismo tecnológico actual lleva a la disciplina a fundamentar sus herramientas en técnicas de conducta, acción y movimiento. Se ha posicionado en el lado contrario, olvidándose de dar el sosiego contemplativo como corrección necesaria al carácter hiperactivo de la sociedad (Han, 2017). Es necesario apreciar la importancia del “no hacer”, de lo contrario, corre el riesgo de acercarse demasiado a la corriente de autoayuda y convertirse en una huida más hacia adelante.

Algunas corrientes que basan su terapia en fomentar la positividad ante las circunstancias adversas de la vida, no están teniendo en cuenta la congruencia del afecto con la realidad, es decir, es incongruente sentirse feliz ante una situación complicada en la vida. Esta concepción de la psicoterapia está relacionada, como se ha escrito previamente, con una práctica encubridora de la realidad y tapadera del malestar que, irónicamente, genera la sociedad del bienestar (Prieto-Ursúa, 2006). Estas corrientes crean el deber de ser feliz, patologizando los momentos de infelicidad, que son los que conducen a reflexionar sobre los problemas del mundo.

Evitar mirar y afrontar, no sólo la parte aversiva de la vida, sino la parte negativa de nosotros mismos, además de las implicaciones morales, puede suponer una disminución en nuestro nivel de conciencia (Held, 2002). Conocemos el mundo en tanto lo percibimos, y lo percibimos en tanto encontramos obstáculos. Uno no puede hablar de visión sin entender que lo que vemos es aquello que se opone y refleja la luz. No podemos hablar de vida sin hablar de obstáculos y problemas que nos mantienen activos para solucionarlos, que nos mantienen sufriendo para apreciar los momentos de calma. En este sentido, Han (2017), retoma la cita del filósofo Hegel: “la negatividad mantiene la existencia llena de vida”.

En definitiva, desde una perspectiva integradora que aúne conocimientos de

la psicología, la filosofía, la biología y la sociología, se considera que para que se cumpla el principio médico *primum non nocere*, se tornan importantes algunas actitudes en el psicoterapeuta. En primer lugar, guiarse por la ética de la ignorancia en el espacio terapéutico, esto es, admitir el desconocimiento acerca de si hay comportamientos, sentimientos o pensamientos “buenos o malos”, avisando, a la vez, de que tal valoración es reduccionista y peligrosa. En segundo lugar, reconocer las propias limitaciones y compartirlas con los pacientes. En tercer lugar, informar a las personas de los daños que puede tener el hecho de someterse a un tratamiento o seguimiento psicológico. Finalmente, tener en cuenta el principio de autonomía y ofrecer la posibilidad de decidir si se quiere participar en cada intervención propuesta. El objetivo final sería tratar de que, en todo momento, se construya una relación humana alejada de la mitificación médica (Gervás et al., 2012).

Referencias

- Álvarez, J. M. y Colina, F. (2012). Sustancia y fronteras de la enfermedad mental. En: M. Desviat y A. Moreno, (eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría* (pp. 137-149). AEN. <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenLaComunidad.pdf>
- Bauman, Z. (2012). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de cultura económica.
- Bauman, Z. (2018). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. y Dessal, G. (2014). *El retorno del péndulo. Sobre psicoanálisis y el futuro del mundo líquido*. Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U., Navarro, J., Jiménez, D. y Borrás, M. R. (2006). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Boisvert, C. M. y Faust, D. (2002). Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 244-259. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.2.244>
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M. R., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, R., Martindale, B., Middleton, H., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>
- Bruckner, P. y Castejón, E. (2008). *La euforia perpetua: Sobre el deber de ser feliz*. Tusquets Editores.
- Cabanas, E. y Huertas, J. A. (2014). Psicología positiva y psicología popular de la autoayuda: Un romance histórico, psicológico y cultural. *Anales de Psicología*, 30(3), 852-864. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.169241>
- Cabanas, E. y Sánchez, J. C. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del psicólogo*, 33(3), 172-182. Recuperado el 10 de marzo de 2020 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2136.pdf>
- Castiel, L. D., Álvarez-Dardet, C. y Martinovich, V. (2010). *La salud persecutoria: Los límites de la responsabilidad*. Lugar Ed.
- Crown, S. (1983). Contraindications and dangers of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 143(5), 436-441. <https://doi.org/10.1192/bjp.143.5.436>
- Csikszentmihalyi, M., Hunter, J. (2003). Happiness in Everyday Life: The Uses of Experience Sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4, 185-199. <https://doi.org/10.1023/A:1024409732742>
- Durkheim, E. y Simpson, G. (1996). *Suicide, a study in sociology*. Free Press.
- Foucault, M. (2005). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. Siglo XXI (Trabajo original publicado en 1976)
- Frey, D. H. (2005). Level of Care, Therapy mode and Iatrogenesis in mental health. En R. F. Morgan (ed.), *The iatrogenics handbook: A critical look at research and practice in the helping professions*. Morgan Foundation Publishers.
- Gervás, J., Gavián, E. y Jiménez, L. (2012). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*, 8(6), 312-7. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994

- González, J. A. (2019). El suicidio como resistencia política: el mundo del empresario del yo. *Revista Eleuthera*, 21, 51-65.
- González, P. y Álvarez, M. P. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza.
- Han, B. C. (2014). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder.
- Han, B. C. (2017). *La sociedad del cansancio: Segunda edición ampliada*. Herder.
- Held, B. S. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 965-991. <https://doi.org/10.1002/jclp.10093>
- Holmes, J. y Slade, A. (2019). *El apego en la práctica terapéutica*. Desclée de Brouwer
- Illich, I. (2015). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Facsimile Publisher.
- Márquez, S. y Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, 5(2), 47-53. <http://www.revistadefilosofia.org/4Lamedicalizacion.pdf>
- Mckenzie, K. (2008). Urbanization, social capital and mental health. *Global Social Policy: An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development*, 8(3), 359-377. <https://doi.org/10.1177/1468018108095633>
- Moynihan, R. (2002). Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering * Commentary: Medicalization of risk factors. *BMJ*, 324(7342), 886-891. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- Ortiz, A. (2016). *Hacia una psiquiatría crítica: Excesos y alternativas en salud mental*. Grupo 5.
- Ortiz, A., González, R. y Rodríguez, F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 38(10), 563-569. <https://doi.org/10.1157/13095928>
- Parker, I. (2010). *La psicología como ideología contra la disciplina*. Los Libros de la Catarata.
- Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología Positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, 17(3), 319-338. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742006000300007&lng=es&tlng=es
- Radden, J. (2009). Thinking about the repair manual: technique and technology in psychiatry. En J. Philips (ed.), *Philosophical perspectives on technology and psychiatry* (pp. 263-278). Oxford University Press.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- Siegel, D. (2016). *Neurobiología interpersonal: un manual integrativo de la mente*. Editorial Eleutheria.
- Summerfield, D. (2012). Afterword: Against “global mental health”. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 519-530. <https://doi.org/10.1177/1363461512454701>
- Szapocznik, J. y Prado, G. (2007). Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: A recommendation for expanded safety monitoring. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 468-478. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.468>
- Tew, J. (2011). *Social approaches to mental distress*. Red Globe
- Thomas, P. y Bracken, P. (2004). Critical psychiatry in practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(5), 361-370. <https://doi.org/10.1192/apt.10.5.361>
- Timimi, S. (2013). No more psychiatric labels: Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (Capsid). *Self & Society*, 40(4), 6-14. <https://doi.org/10.1080/03060497.2013.11084297>
- Žižek, S. (2016). *Problemas en el paraíso; del fin de la historia al fin del capitalismo*. Anagrama.
- Žižek, S. y Rodríguez, F. (2010). *Cómo leer a Lacan*. Paidós.