

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 Practice Care

Jordi Josep 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 in the different facets of human life becomes psychological practice care increasingly suspect. And while it states legitimate targets, they are controversial. This paper highlights the lack of an agreed target between the professionals of psychological practice care. The first part argues that psychological practice care does not provide a clear and agreed target. This dissent is due to a disciplinary problem of psychology and it damages its image of responsible profession. In the second part, we propose a goal that unifies various psychological practices care beyond their differences and through which its professional action is legitimate. The hypothesis presented is that the aim of psychological practice care is what begins it, that is, relief of suffering. However, to understand the nature of suffering, psychological practice care must regain its relationship with philosophy.

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

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

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 después³, a pesar de las transformaciones que la psicología ha sufrido, todavía sigue siendo,

* Esta es una versión corregida y aumentada del trabajo con el que el Prof. Cabòs Teixidó obtuvo el Premio Arnau de Vilanova 2012, que otorga el Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias de Catalunya.



Received: 29-07-2012
Accepted: 18-08-2012

quizás más que nunca, un aforismo que revela la ambivalencia en la que se mueve la disciplina.

Desde su constitución en 1879 como cuerpo organizado de conocimientos, 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 *realities show*; en la educación, a través de las teorías del aprendizaje que determinan cómo se aprende, 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 asistencial⁴, que es de la que nos ocuparemos aquí, lo hace con nociones ambiguas. Por ejemplo, con nociones como salud mental, bienestar, equilibrio, felicidad, 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, es cuestionable, pues fácilmente sirve 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 sin más, 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, a parte 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 primordial que caracterice y unifique las diversas PPA. 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. 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 (Aristóteles, 1985, 132). Tras toda actividad subyace un fin primordial que la caracteriza y al cual quedan subordinados el resto de fines derivados de esa actividad (Aristóteles, 1985, 19).

Asimismo en el despliegue de una actividad no solamente es necesario discernir entre los fines prioritarios y los fines 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, este bien responde a una escasez, a una necesidad y entonces la práctica se transforma en una profesión (Abbott, 1988, 35; Frankel, 1989, 109).

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 donde no es para nada fácil determinar cuál es el bien interno que persiguen. Y a menudo no existe un consenso entre los practicantes acerca de su finalidad. 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). Por tanto, 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 deben dedicarse asiduamente. Este bien, la actividad especializada que desempeña el colectivo, requiere de cierto consenso. Sin ese acuerdo, sin un fin primordial consensuado, sin una actividad especializada propia, es difícil que se pueda llegar a hablar de profesión (Catmenisch, 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 (Frankel, 1989, 109; Abbott, 1988, 9).

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, Goodheart, 2009, 12) y alrededor de la cual se estructuren todos los 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 'lógos', 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-' en su formulación 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 menciona. Con la noción de 'psico-' se nombra a la parte mental, subjetiva, pero no dictamina ni delimita tampoco qué es lo psicológico (Filho, Martin, 2007, 15).

Por otra parte, no son menos las dificultades que entraña la partícula '-logía'. 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 lo 'psico-'. No existe nada que obligue a dar razón de la realidad psicológica de forma unívoca. La indefinición de su objeto de estudio no detenta la fuerza refutatoria de los objetos de las ciencias naturales y por ello es posible teorizar una misma realidad de formas muy 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 antepone el conocer racional a otras formas de conocer.

2.2.1.2. La constitución como cuerpo organizado 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 como más determinantes en la aparición de la psicología (Gondra, 1997a). Lo que muestran estas propuestas, ordenadas por la fecha de nacimiento de su autor, es la existencia de una disparidad de criterios respecto a lo que debía de ser la psicología en el momento de su constitución.

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. 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; en el apetito, apetecido, etc.» (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: « [...] 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 mental 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 (James, 1989, 6): «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 (James, 1989, 8). Años más tarde, influido por las críticas que recibió (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 (1862-1915) 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, distribuidos por los diferentes lugares de Occidente,⁵ no se materializan ostensiblemente hasta que, en 1898, en Norteamérica, Titchener (1867-1927) 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 en Occidente. La Psicología de la Gestalt de Wertheimer (1912) y el conductismo de Watson (1913). Durante la Primera Guerra Mundial, gracias al uso aplicado de Yerkes (1876-1956) de los tests 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 empiezan 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 está fraccionada por ámbitos, y también por los desacuerdos dentro de un mismo ámbito. El Conductismo, el Psicoanálisis y la Gestalt están enfrentados. Adquiere especial relevancia la reflexología de Pavlov. 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.

En efecto, a partir de los cincuenta, una serie de circunstancias provocan un cambio en el grado de responsabilidad que el colectivo de los psicólogos debe asumir. Anteriormente los psicólogos clínicos se habían dedicado a validar tareas de psicodiagnóstico y orientación vocacional, pero las consecuencias de la guerra demandan profesionales que atiendan a las víctimas (Wyat, 1954). Hasta esas fechas el psiquiatra era quien se encargaba íntegramente de efectuar tratamientos psicológicos, pero la apremiante exigencia de atender a un gran número de víctimas de la guerra (neurosis de guerra y trastornos psicógenos) 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 psicología como 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 (Gondra, 1997b, 17; 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 y cuál era la función del psicólogo 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 como única 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 ciencias, a la psicología se le exige, aún hoy, si quiere ser respetada, que equipare sus métodos al de otras ciencias (Bray, 2010, 356). Desde algunos sectores se ha propuesto que la psicología debe ser una STEM⁶ (*science, technology, engineering and mathematics*) (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, Rodríguez Suárez, 2011, 11).

Esta divinización de la objetivación matemática forma parte de una larga tradición que culmina con la ciencia positivista del XIX y que da origen a la psicología científica. La característica más notable de este cientificismo es una determinada idea de objetividad, una objetividad que sin influencias ni distorsiones, impertérrita esperando ser descubierta, 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 recupera esta idea. Si la tradición aristotélica había estudiado la *phýsis* en relación a sus cualidades (Aristóteles, 1998, 96), Galileo redirige el estudio de ésta a una vertiente matemático-geométrica (Galileo, 1984, 61). Galileo distingue entre líneas regulares de los cuerpos y 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 claro 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 (Galileo, 1984, 61)

Quien fundamenta 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 debe despertar 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 (Descartes, 1984, 107).

Esta idea será cuestionada por Husserl, quien pone en tela de juicio que la subjetividad pueda ser matematizable (Husserl, 2008, 77). Lo que plantea Husserl es que subsisten ámbitos de la experiencia subjetiva 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 psicológicas 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 (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 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 también se percata de su imposibilidad (Bray, 2010, 363).

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). 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 sobre lo que en verdad son las cosas. Se le atribuye el papel de ser un conocimiento salvador que libera al ser humano de su ignorancia (Nietzsche, 2005, 189). El científico científicista, aunque se declara ateo y antimetafísico, 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 de la verdad ascética 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 principal propulsora de aquel ascetismo primigenio, aquella voluntad de verdad ideal, desapegada de la vida cotidiana. En ambos coexiste una voluntad de eliminar aquella parte del sujeto, perjudicial, y que impide el camino hacia el ideal. En el ascetismo, se lucha contra aquello 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 aquello que, curiosamente, formando parte de sí, no favorece la consecución de su ideal. Ambos se desprecian, el asceta en sus apetitos y el cientificismo en su subjetividad.

Así pues, esta voluntad científicista en psicología provocados consecuencias que contribuyen a desdibujar el bien interno de la práctica asistencial. En primer lugar, la psicología como ciencia ha olvidado intencionadamente (Bray, 2010, 363) su relación con la filosofía (Symons, Calvo, 2009; Richards, 2010). A menudo, la psicología se presenta desmemoriada por completo, a causa de dos contrarios divorciados, su juventud y su vejez; senil e ilusa de lo que le revistió sentido en su largo pasado, y no en su breve historia (Ebbinghaus, 1973, 3). Cuando, de hecho, las escuelas y teorías de personalidad y psicoterapia del siglo XX 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). Creer 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 las realidades a las que remetían y que en su génesis nacieron de la filosofía, ahora están huérfanos con una psicología que debe acogerlos, si quiere estudiar la realidad psicológica, pero no sabe cómo ni qué hacer de ellos, pues no entallan en su costura positivista

(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 (*Lebenswelt*), el sujeto que subyace tras esta idea de objetividad, no se puede atender satisfactoriamente a determinados aspectos de la dimensión psicológica, 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 practicante que se rebela contra todo indicio de científicidad. Esta abdicación es una contra reacción al cientificismo, por la cual la práctica psicológica y su comprensión se vuelven un capricho intelectual a merced de lo que al practicante le apetezca, 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 la PPA para evitar su perversión a causa del sectarismo, de la herejía y de la ortodoxia de algunos grupos profesionales (Borowitz, 1988, 562).

Ambas actitudes, su exceso y su defecto, son consecuencias del protagonismo que en psicología ha detentado el cientificismo. Y esta persecución desafortunada de una *Mathesis Universalis* psicológica, esta exclusión del sujeto, al ignorar facetas fundamentales del acto asistencial, ha oscurecido la finalidad que persigue la misma PPA.

2.2.2. La psicología como práctica asistencial

2.2.2.1. Su consolidación: las escuelas psicológicas

Los practicantes de la PPA han propuesto diversos modelos teóricos para comprenderla. Cada modelo teórico propone una idea distinta de qué debería ser la PPA y dota de sentido a los diversos elementos involucrados. Todo modelo teórico lleva tras de sí una determinada cosmovisión (*Weltanschauung*), 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 reestablecer el equilibrio, y el fin que afirma perseguir. Trastorno es lo que se considera nocivo, descrito como patológico y sobre lo que conviene incidir. El reestablecimiento del equilibrio alude al modo como dilucidan e interpretan sus intervenciones, cómo justifican los cambios que, en principio, disminuirán el estado de deficiencia del paciente. Y, en tercer lugar, la noción de 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 (Freud, 2003a). 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 (Martorell, 1996, 20).

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 (Freud, 2004, 307). 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 (Freud, 2002). Las raíces de la enfermedad germinan en el conflicto entre la conciencia y ciertas experiencias contrarias a ésta (Gondra, 1997b, 161).

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 las fantasías infantiles en relación con sus padres. El paciente vivencia tales fantasías en la figura del terapeuta; se consigue el equilibrio cuando el individuo toma conciencia de lo inconsciente reprimido, a partir de la interpretación del complejo de Edipo. El punto de vista freudiano finaliza el tratamiento en el momento que se interpreta el complejo y el paciente asume y comprende 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 él 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 para Adler 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 y la reciprocidad afectiva con los miembros de su familia. Los elementos básicos que influyen en la configuración de su personalidad son la atmósfera familiar, 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 entidades: 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 provoca 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 (Martorell, 1996). 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 reeducabilidad, 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 (Gondra, 1997b, 27).

Un segundo ejemplo es el desplegado por Jung (1875-1961). Para Jung la *psiqué* es un espacio no físico por donde circula la libido; ésta no es exclusivamente sexual y se manifiesta en todo tipo de instintos (Gondra, 1997b, 191). 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, poder) a lo largo de la historia de la humanidad y se examinan a partir de mitos, sueños, visiones, rituales y síntomas de la enfermedad mental. Existen algunos arquetipos que, 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 de la psique, fruto de los instintos reprimidos (Martorell, 1996); y el sí mismo que representa la unidad de la personalidad. 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 hombre por sí mismo, ensanchando la consciencia y desarrollando su individualidad, asumiendo conscientemente los contenidos personales asequibles.

Otro ejemplo de reinterpretación dentro del propio psicoanálisis se halla en los 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; se presta una mayor 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 la madre en una sociedad y en como 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 pedagógicas y culturales.

b. Escuela Conductual

La intervención conductual considera que la mayor parte de conducta, sea adaptada o inadaptada, es aprendida; 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 se ha acudido al tratamiento; no supone que la conducta contenga un proceso dinámico intrapsíquico; tanto la conducta normal como la anormal se mantienen y se restituyen por los principios de aprendizaje; somete los datos de la psicología experimental a la clínica con la intención de proporcionar técnicas terapéuticas eficientes; pretende ser experimental en cuanto a su evaluación y tratamiento (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. Brevemente, se elucidarán algunas propuestas clásicas del modelo conductual en la práctica asistencial.

Según la propuesta de 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 y sintetizada, debe descomponerse en elementos más simples y vislumbrar como éstos se combinan en comportamientos más complejos. 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 ser humano depende de los estímulos ambientales y responde a tres tipos de hábitos: los hábitos emocionales, los motores o manuales y los lingüísticos o verbales (Watson, 1955). Para comprender la patología no es imprescindible recurrir a conceptos mentales, pues la neurosis es causada por desajustes en los hábitos. El individuo a lo largo de su desarrollo debe aprender a prescindir de los hábitos perjudiciales que pueden mantenerse a causa de una mala educación. Como consecuencia, su desarrollo se detiene y con él la adquisición de hábitos adultos (Watson, 1916). El síntoma se concibe como una respuesta inadecuada, errónea o ausente a los objetos y 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 reestablecimiento se logra a través de la substitución de éstos por otros más eficaces. El fin último de la intervención es el desaprendizaje de los hábitos inútiles y el aprendizaje de otros más adaptados (Gondra, 1997b, 135).

Otra propuesta de tratamiento de conducta 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 de la excitación y la 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 reestablecimiento se alcanza a partir del condicionamiento reflejo. El fin que persigue la intervención asistencial es la restitución a través de la compensación del sistema nervioso en los procesos de excitación e inhibición.

Otra propuesta en la intervención conductual es la de los neoconductistas, que comparten una serie de rasgos: 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; enfatizan el papel del organismo en la explicación de la conducta, convirtiendo las variables internas del organismo en instigadoras de la conducta (Gondra, 1997b, 248).

Uno de los ejemplos más conocidos es la propuesta de Skinner (1904-1990). Para éste, 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 a clarificar las variables en juego. En el sistema de Skinner, la libertad y la autonomía, entendidas en sentido clásico, son 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, hecho que permite que el organismo sobreviva. Se entiende por reforzadores el aumento de las probabilidades de una respuesta cuando ésta se sigue de unas consecuencias. Su práctica asistencial se basa en el método de 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 conducta 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 asistente 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 más destacada es la escuela cognitiva. A pesar de la divergencia de planteamientos dentro del modelo cognitivo, 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 (Gondra, 1997b, 362) señala una serie de características que la distinguen de otros movimientos psicológicos. La psicología cognitiva pretende conocer la mente en su naturaleza y en su 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 la lógica, las matemáticas, la formación de conceptos y al razonamiento; y se defiende el pluralismo metodológico. Todos los planteamientos del enfoque cognitivo erigen como fin último modificar las cogniciones o 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 (1913-2007). Para Kelly, el hombre 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). Según él, « [...] hasta las ocurrencias más obvias de la vida cotidiana pueden transformarse profundamente si tenemos la inventativa de construirlas de forma distinta» (Nelly, 2001, 254). Equipara al hombre con el científico que controla y predice los eventos de su vida, pero basándose en su teoría personal del mundo. Enuncia un postulado fundamental y once corolarios

derivados de éste. Su postulado dictamina que los procesos mentales de una persona se canalizan psicológicamente conforme a la dirección en que anticipe los acontecimientos. Según él, la construcción de la experiencia es el determinante primordial de la conducta; la neurosis o el desequilibrio psíquico surgen cuando los constructos de la personas son ineficaces. El equilibrio se reestablece a partir de la modificación de sus constructos. El fin principal de la intervención 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 de los seres humanos a evaluar la realidad de manera absoluta o dogmática. Estas valoraciones de la realidad configuran conjuntos de creencias irracionales (Ellis, 2003). El síntoma es una expresión, interrelacionada cognitiva y emocionalmente, de una creencia irracional. El equilibrio se reestablece 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 de la realidad. El fin prioritario del tratamiento es la manipulación de los procesos cognitivos disfuncionales, representados en forma de 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, bajo su cosmovisión, establece sus propios fines y reinterpreta de forma distinta los elementos involucrados. Por consiguiente, esta variedad de interpretaciones vuelve opaca la posibilidad de hallar un bien consensuado entre los diferentes modelos más allá de su cosmovisión teórica. Las teorías y sus respectivas cosmovisiones deben facilitar la comprensión y la acción profesional, pero no pueden delimitar los bienes internos, el fin que toda práctica asistencial psicológica debe seguir.

Escrutando la gran variedad de cosmovisiones, de las que acabamos de exponer sólo una pequeña muestra, se concluye, siguiendo a Santander et alia (Santander et al., 2000, 122), que urge una necesidad de redefinir y unificar los límites, los medios y los fines de la PPA. El hecho de que cada teoría delimite sus propios fines, dentro de cada práctica asistencial, de que marque unas metas y unos objetivos tan amplios, repercute en la posibilidad de llegar a algún tipo de consenso respecto a los bienes que proporciona la profesión (França, 2005, 202).

2.2.2.2. La escasa reflexión profesional derivada de su juventud

Otro aspecto que ha dificultado el establecimiento de un bien consensuado ha sido la escasa reflexión profesional del colectivo. En los últimos años, la consideración sobre la misión de la práctica asistencial en psicología 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.

Los distintos códigos éticos en psicología han sido la más visible y explícita muestra de esta demarcación. En ellos se plasma la conciencia colectiva de la profesión y se reconoce su dimensión moral (Frankel, 1989, 110). 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). La mayoría decretan amplios horizontes insuficientes para consolidar e instaurar un bien interno específico en una disciplina que solicita soporte público y credibilidad (Pettifor, 1996).

En el preámbulo del código ético del APA (*American Psychology Association*)⁸, se declara que «los psicólogos están comprometidos en aumentar el conocimiento científico y profesional del comportamiento y de la comprensión de la gente, de ellos mismos y de otros, y del uso de tales conocimientos para mejorar las condiciones individuales, las organizaciones y la sociedad». Más adelante, se aclara que: «[...] se esfuerzan en ayudar a la gente a desarrollar juicios bien fundados y elecciones relativas al comportamiento humano». Asimismo, en el

principio A del código del APA, se reconoce que « [...] los psicólogos se esforzarán para beneficiar a aquellos con los cuales trabajan y tendrán cuidado de no dañarlos. En sus acciones profesionales, los psicólogos parece que velarán por el bienestar y los derechos de aquellos con los cuales interactúan profesionalmente [...]».⁹ En la parte de competencias, 2. 01., el código del APA promulga límites de competencia para el psicólogo. Incluso, en su último apartado, en el número 10, dedicado exclusivamente a la terapia, no dice nada acerca del fin último de la PPA y de qué medios disponer, y omite la explicitación de qué aspectos se consideran esenciales dentro de la práctica profesional.

Asimismo en la parte 1.2 del Código de la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas)¹⁰ se afirma que «se espera que todo psicoterapeuta aborde y ejecute su trabajo con el objetivo de promover la integración personal y el bienestar de sus pacientes. Los psicoterapeutas se esforzarán en usar 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». Además, la FEAP define 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».

La FEAP advierte que los motivos por los cuales se inicia una práctica psicoterapéutica son los siguientes: «Cuando sea indicado por un profesional de la salud, del ámbito educativo, social u otros. Ejemplos de motivos de consulta: 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. Se reconoce que cualquier motivo que desencadene sufrimiento es suficiente para justificar una psicoterapia.¹¹ Sin embargo, tampoco se despliega ni 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 y sufrimiento.

El código del COPC¹² (*Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*) señala en su artículo 5 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». Asimismo, en la parte "De la intervención" (del artículo 20 al 28), no dice nada tampoco acerca de cuáles deben ser los parámetros sobre los que estructurar tal intervención. En el artículo 6, se comenta que «la profesión de Psicólogo/a se rige por principios comunes a toda deontología profesional: 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, no se enuncia de forma explícita el bien que debe perseguir la práctica psicológica, únicamente se señala que su actuación debe estar fundamentada objetiva y científicamente.

En la parte de principios éticos, el metacódigo europeo de la EFPA¹³ (*European Federation of Psychologists' Associations*) insiste en que «los psicólogos acuerdan tener el respecto oportuno con y para promover el desarrollo de los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de toda la gente.» A pesar de esta señalización, tampoco menciona en ningún

momento directriz alguna respecto a la labor asistencial de la práctica psicológica, ni tampoco se explicita ningún criterio con el que gestionar las categorías psicológicas. Como mucho, se habla de "evitar el daño" (Apartado: Principios éticos) y que algunos autores han interpretado como una sentencia que ordena que los psicólogos no deben contribuir a la génesis ni al mantenimiento del sufrimiento (Lang, 2009).

El problema de los códigos éticos se relaciona con su naturaleza prescriptiva. Los códigos éticos decretan directrices, describen a grandes rasgos las obligaciones derivadas del ejercicio de la práctica psicológica, pero, en los casos analizados, no dicen nada sobre el bien específico al que se debe dedicar asiduamente la PPA (Hortal, 2002). Las directrices que proporcionan son demasiado genéricas y resultan insuficientes para la asunción de un bien interprofesional consensuado.

En los últimos años, el colectivo de psicólogos se ha presentado como experto en la conducta humana (Bray, 2010), arguyendo que ésta es uno de los factores más determinantes en la adquisición de la salud. Sin embargo, ¿qué significa decir que el psicólogo es el especialista de la conducta? Afirmar, sin explicitar, que el psicólogo se encarga de algo tan ambiguo como la conducta es promover que el discurso terapéutico se convierta en una forma cultural (Illouz, 2010, 80), en cultura psicológica (Parker, 2010), y, con ello, se resiente su imagen de profesión responsable.

El hecho de que coexistan tantas subdivisiones y ámbitos de trabajo dentro del ejercicio profesional del psicólogo —que van desde la PPA hasta la prevención del cambio climático (Swim, 2009)— imposibilita que un mismo código explicita los fines de cada práctica (Bray, 2010). No obstante, si la PPA quiere ganar credibilidad y prestigio entre las profesiones, debe especificar un bien propio consensuado que fundamente la ayuda psicológica.

De esta falta de explicitación tampoco se puede responsabilizar completamente al colectivo de psicólogos. La dominante voluntad de laicidad contemporánea ha contribuido a que las pautas que rigen los tratamientos pierdan los valores y las directrices por las cuales el acto

asistencial cobra sentido (Reich, 1995, 332). Valores como la compasión o la filantropía, el cuidado del enfermo, la solidaridad quedan fuera de los códigos éticos por su supuesta naturaleza moral. Estos valores son eliminados por el concepto secular vigente de cuidado que rechaza todo aquello que suena a caridad cristiana (Mahoney, 2005). Parece que los códigos éticos contemporáneos están menos comprometidos moralmente con la práctica, siendo su carácter marcadamente legalista (Pellegrino, Thomasma, 1981, 193). En efecto, muchos responden a la presión socio-legal sobre el colectivo profesional y señalan más que a una determinada idea de excelencia a aquello que legalmente se le permite o no al profesional. Tal y como indica Pettifor (1996, 5) viendo el poco interés que despiertan las reglas, quizás sea interesante no descartar la posibilidad de una ética profesional de las virtudes que guíe la PPA.

Sobre esta opacidad de la finalidad vigente en los códigos también ha influenciado la demarcación de la psicología respecto a otras profesiones asistenciales. 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 por 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 para la PPA

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 asistencial y la escasa reflexión profesional, muestran que la PPA no tiene claro ni consensuado el fin por el que ésta se inicia. Si ésta quiere incrementar su credibilidad profesional debe hallar y explicitar el bien al que se dedica (Hortal, 2002). Por tanto, se requiere una redefinición de los límites y las finalidades de la PPA (Santander et. al, 2000). Este bien no debe ser excluyente de otros que puede proporcionar la práctica, pero como fin primordial debe ser el que guíe al practicante. Este fin primordial debe ser aquello por lo cual se inicia toda PPA. A nuestro parecer, es en tanto que asistencial, es por la intención de ayudar, consolar, disminuir, o ayudar a soportar su sufrimiento por lo que dicha práctica cobra sentido. De este modo, el alivio del sufrimiento es el bien que toda PPA debería perseguir.

2. El alivio del sufrimiento como fin de la PPA

2.1. El sentido de la PPA

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.

Anteriormente, ya ha habido algunos intentos de unificar las diferentes prácticas psicológicas asistenciales: centrándolas en la psicopatología (Bergner, 2004), en unas estrategias clínicas compartidas basadas en la eficacia (Goldfried, 1980, 994) o en una integración teórica o técnica (Wachtel, 1997). Sin embargo, una PPA no debería comenzar buscando el crecimiento, el cambio basado en la evidencia, el bienestar, la autorrealización u otras nociones ajenas al inicio de la misma, como por ejemplo la salud mental, pues estas nociones son demasiado vagas y 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 profesionales utilizan 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 psiquiátricas, psiquiatras y psicoanalistas se ha usado de modo distinto (Macklin, 1972, 343). Esta diversidad de usos a su vez se refleja en la diversidad de concepciones a la hora de promover la salud (Svedberg, 2011). 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 noción de recuperación (Davidson, 2005, 484).

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

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 este modo, mantenidas por el alivio del sufrimiento son discutiblemente asistenciales, en la medida que no se inician porque alguien sufre, sino por un supuesto ideal que impone el idiolecto profesional; y aunque tras estas nociones se sobreentiende que la persona padece, esto no es suficiente, pues esta suposición relega el sufrimiento (Bloom, 1978, 472).

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 la PPA de otras prácticas profesionales, reorganizando explícitamente lo que se ha considerado un problema psicológico. Un problema psicológico es una situación que genera en una persona tal grado de sufrimiento que merma su autonomía, esto es, afecta su capacidad para determinarse libremente a través de actos de juicio específicos (Reich, 1989, 87). La finalidad de la PPA es la comprensión y el alivio del sufrimiento que limita la autonomía, independientemente de cuales sean los motivos que lo han producido.

Así, por ejemplo, Sachs acepta que el objetivo principal de la práctica asistencial debe ser el alivio del sufrimiento y el dolor, pero parece que lo equiparará a la búsqueda de la felicidad (Sachs, 1989, 145). Desde esta investigación, se considera que una cosa es disminuir un sufrimiento, que en tanto que limitante debe ser atendido por el profesional, y otra es la búsqueda autónoma de la felicidad. A pesar de que a veces la labor del profesional es la condición de posibilidad de esta búsqueda autónoma de felicidad, no significa que su labor sea alcanzarla. Lo que afirma este trabajo es que el profesional debe encargarse únicamente de aquel sufrimiento que obstaculiza la búsqueda autónoma de la dicha.

2.2. El olvido del sentido de la PPA

Aunque decir que el fin primordial que persigue la PPA es el alivio del sufrimiento puede parecer una afirmación obvia, no lo es entre sus practicantes. Ni en los planes de estudios de las distintas universidades, ni en los procedimientos que han acreditado a sus practicantes se subraya el alivio del sufrimiento como eje central de su proceder (Urraca, 1995, 57; Gregory y Longman, 1992).

Desde la medicina, Cassell arguye que el avance técnico ha ido en detrimento de la obligación profesional de disminuir el sufrimiento (Cassell, 1982). La etiología 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. Pero 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 como totalidad y en toda su complejidad. Estos modelos pretendidamente asistenciales, paradójicamente, en lugar de ayudar y contribuir 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 señala que la noción de persona ha pasado a ser considerada categoría de la mente y su estudio compete a la ciencia de la mente (Cassell, 1982, 640). Si se considera a la psicología como la ciencia de la mente, la psicología también se ha desmarcado de la noción de persona y la ha transformado en un fenómeno empírico (Barresi, 1999, 96). Y aunque desde la terapia centrada en el cliente se ha introducido el concepto de persona, éste ha corrido el mismo destino que otros conceptos y se ha rebautizado como categoría psicológica (Barresi, 1999, 79). La óptica rogeriana se sirve de la noción de persona y repite, igual que la mayor parte de las teorías psicológicas, un supuesto ideal teórico que omite a la persona de carne y huesos que sufre (Rogers, 1963, 18).

En efecto, lo que plantea este enfoque centrado en la persona es la manera como uno puede llegar a serlo; tal como se propone, parece que llegar o no a ser una persona completa depende del éxito del tratamiento (Barresi, 1999, 79). Si los enfoques tradicionales se centraban en un supuesto ideal de salud mental que el mismo Rogers critica (Rogers, 1963, 17), la tradición humanista aspira a unas nociones que, aunque bien intencionadas, también oscurecen el motivo por el cual se inicia el acto asistencial.

Ni las ciencias clínicas ni las ciencias del comportamiento poseen una categoría para describir a la persona que sufre (Kleinman, 1988, 28). Gran parte de las teorías psicológicas descriptivas utilizadas en psicología asistencial han emulado las explicaciones científico-médicas. Tales doctrinas han esbozado una descripción en términos explicativos del funcionamiento de la mente, del síntoma o la génesis del trastorno, pero se han alejado de cualquier vestigio que pudiera ser científicamente reprochable y confundido con palabrería (Bray, 2010). 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 asistencial, pero que excluye a 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 la PPA? En primer lugar, descartar a la persona que sufre en el análisis y el abordaje de los problemas psicológicos comporta la pérdida del respecto de la dignidad humana. Se concibe el ser humano como 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); y no como una mera oportunidad para teorizar sin más acerca de su problema. En segundo lugar, reduce al ser humano a la manifestación empírica de su problema psicológico y cada ser humano, por muy grave que sea su problema, es mucho más que eso. En tercer lugar, se niega a conocer y comprender la experiencia singular que otorga sentido y dirige la conciencia individual.

La expulsión en psicología asistencial de la noción de persona que sufre corta con el propósito moral con el que emergió en el siglo XIX (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, es inadmisibile en la PPA (Miller, 2004, 43).

De ese modo, la PPA ha tratado la noción de persona que sufre como un sobreentendido, en ningún momento ha buscado una definición consensuada y explícita, y el sufrimiento de la persona ha sido proscrito

(Miller, 2005, 323). De esta manera, el sufrimiento en psicología 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; Urraca, 1995, 57); diversas razones explican su omisión en la PPA.

2.2.1. Una PPA 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 los físicos nucleares con la fisión, la psicología puede ser usada tanto para bien como para mal. Con el objetivo de evitar daños derivados de juicios morales profesionales, se ha censurado cualquier tipo de juicio moral. Miller incluso afirma que la estricta prohibición de que los psicólogos efectúen juicios morales ha sido uno de los pocos puntos de acuerdo entre investigadores y profesionales asistenciales (Miller, 2004, 49). Ahora bien, eliminar todo juicio moral de la práctica asistencial, si es que esto es posible, comporta eludir que determinados fenómenos del acto asistencial.

En general, en cualquier práctica asistencial coexiste un gran componente moral. El protagonismo de lo moral incrementa cuando se trata de una PPA. El sufrimiento, sin el cual la asistencia no tiene sentido, no se detecta si no es desde un criterio moral que lo valore, pues va vinculado forzosamente a una dimensión moral de la que emerge su significado (Rawlinson, 1986, 49).

En primer lugar, a causa de la inherente naturaleza moral implícita en la teorización de los problemas psicológicos. Puesto que las afirmaciones de lo psicológico no son demostrables objetivamente, no son tangibles, al describir la naturaleza de los problemas psicológicos, el profesional asume una serie de premisas difíciles de justificar positivamente. Hasta tal punto esto es así que al finalizar sus estudios de psicología todo estudiante debe acogerse a un modelo teórico, si quiere formar parte del

colectivo de practicantes. Y se elige un determinado modelo u otro no desde algún criterio profesional, sino desde un criterio estético, esto es, por sentirse más cómodo con una determinada orientación que con otra.

En segundo lugar, a causa de la antropología subyacente a la explicación del sufrimiento. Por el hecho de teorizar desde unas premisas y no otras, el practicante implícitamente asume una determinada idea de hombre: en toda explicación del sufrimiento coexiste una idea moral de fondo de cómo y de por qué se sufre.

En tercer lugar, a causa de las implicaciones éticas derivadas de la cosmovisión del practicante. Éste, como ser humano que es, alberga también una cosmovisión propia desde la que guía la ayuda. Su cosmovisión es el resultado de múltiples precedentes, tanto personales, profesionales como sociales.

En cuarto lugar, la naturaleza asimétrica de la relación practicante-paciente obliga al paciente a aceptar necesariamente, si quiere ser ayudado, la idea de realidad (de sus problemas) tal y como el practicante se la ofrece. Cuando el juicio propio no está en condiciones para sustentar un criterio sobre las cosas, debe confiar en la interpretación que le brinda el practicante. Si quiere recuperar su anterior estado o adquirir uno de nuevo, el paciente debe acogerse ineludiblemente a la visión de la realidad que éste le proporciona.

En quinto lugar, a causa del juicio tácito inherente a cualquier interpretación del sufrimiento. Cuando se habla del sufrimiento siempre se hace desde una determinada idea de bien y de mal. Se presupone que existen una serie de circunstancias o estados que provocan sufrimiento y que perjudican. La creencia de que el sufrimiento es negativo y que debe ser paliado, gestionado, inevitable para crecer, deriva de una determinada noción de bien y de mal. Siguiendo a Miller (Miller, 2004), concluimos que el no reconocimiento de las diferentes polémicas morales implícitas en los diferentes modelos teóricos asistenciales amenaza la PPA profesional.

Sin embargo, paradójicamente, a pesar de este afán por separarse de lo moral, el vocabulario de los psicólogos estructura parte de las

discusiones sobre lo moral (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 presunciones, conceptos y paradigmas han determinado enormemente cómo hoy se piensa la moral. Y es que los psicólogos ocupan un lugar que les permite especificar qué condiciones son las que permiten u obstaculizan la vida personal, la creatividad, la productividad y el bienestar. El estudio de la vida moral alude directa o indirectamente a una presunta vida buena (Tallis, 1998, 147).

Parece que, a diferencia de lo que sucedía con la religión, la aproximación de la psicología a la educación moral es mucho más inclusiva y menos problemática. Ante la pérdida de credibilidad del lenguaje teológico, la psicología ha ofrecido un lenguaje que pretende ser un modo neutral de entender y cultivar las mejores cualidades de la personalidad humana. Y en tanto que ciencia, se presenta como saber objetivo 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, por ejemplo, el concepto de 'desarrollo' se puede interpretar y justificar de múltiples formas (Hunter, 2000, 7).¹⁴

En este sentido, su poder es tal que a menudo se habla de un régimen psicológico, entendido como 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 PPA. Igual que sucedió con las grandes religiones, ahora es este régimen psicológico el que predomina en las instituciones (Hunter, 2000, 9).

Las irresolubles preguntas de la teodicea que antes ocupaba a filósofos y teólogos han sido reducidas ahora a la categoría de problema psicológico técnico, y con ello se ha desbancado el sufrimiento a la categoría de trastorno mental. La pregunta por el mal ha sido transmutada a psicopatología, sociopatía o trastorno de la personalidad. Este lenguaje de especialista 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 nuestro entender, a pesar de que existe cierta relación entre la PPA y la religión, ésta no es tan evidente como la presenta Illouz. Por un lado, porque aunque colectivamente se asume que la PPA se encarga del sufrimiento de los miembros de la comunidad, ésta no lo explicita ni se centra en él. Por otro lado, a diferencia de la religión, que promueve cierta responsabilidad social, por ejemplo hacia la viuda, el extranjero o el huérfano, la PPA se interesa únicamente por que su cliente adquiera la suficiente fuerza para cambiar su vida, eximiéndole de responsabilidad social (Borowitz, 1988, 568). A menudo la visión técnica desvinculada de cualquier juicio moral reduce el problema social o económico a problema personal, a una incapacidad o disfunción para gestionar la vida individual (Bloom, 1978, 472). De esta forma, la práctica asistencial se convierte en parte del problema estructural del sistema ideológico donde se inserta.

Aunque con un tono más marxista, Parker afirma: «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). De este modo, el sufrimiento desencadenado por las condiciones socio-económicas es ignorado por la PPA. Por un lado, porque la mayor parte de las teorías psicológicas, en tanto que se han originado en la misma cultura individualista y secular moderna, son incapaces de responder al

sufrimiento que ésta provoca (Garrison, 1997, 114). Por otro lado, porque parte de los practicantes, a nivel individual o profesional, se benefician de esas condiciones socioeconómicas que provocan el sufrimiento en determinados colectivos, que son sus pacientes. Algunos autores han sido muy críticos y han afirmado incluso que su silencio todavía promueve más sufrimiento (Miller, 2005, 311; Norris, 2009, 22).

La inevitabilidad de lo moral en la PPA 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 con lo leído, entre otros, son valores y virtudes que rigen la práctica psicológica. Como resultado, esta PPA, empeñada en la ausencia de juicios morales, desemboca en una gran variedad de prácticas que, a pesar de sobreentender que su fin primordial debería ser aliviar el sufrimiento, no lo acogen como elemento central. De ese modo, modelos que se presentan ajenos a los juicios morales esconden, tanto al practicante como al paciente, su naturaleza moral.

Más aún que en medicina, en psicología, el sufrimiento del paciente está vinculado a su contexto social y moral (Rodgers y Cowles, 1997, 1049). Abordar el sufrimiento implica tratar con el sentido que el mundo ha cobrado para la persona. El mundo y la realidad interna deben ser reinterpretados de manera que la persona pueda volver a sentirse como parte de éstos. Lo que espera la persona que sufre es la reconstrucción de su historia, busca una nueva historia que tenga en cuenta y justifique el nuevo *self* que emerge del problema que le afecta (Reich, 1989, 89). Por tanto, no existe manera de tratar con el sufrimiento que no sea desde cierta perspectiva moral que debería explicitarse (Miller, 2005, 301).

2.2.2. La incompatibilidad del sufrimiento 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 definir y 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 es testimonial, irrelevante y de extraordinaria complejidad (Urraca, 1995, 57; Modestin, 1986) Esta dificultad epistemológica del sufrimiento dificulta incorporarlo como centro del discurso.

Podríamos decir de ésta lo que Kuhn mantiene acerca de los paradigmas en general: « [...] 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 se encuentra en la teoría freudiana. La noción que propone Freud de estructura mental no permitía integrar el sufrimiento (Szasz, 1988, 66);¹⁵ como mucho, el sufrimiento es el resultado del proceso de transformar la miseria histérica 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 histérica en infortunio ordinario. Con una vida anímica restablecida usted podrá defenderse mejor de este último."»

(Freud, 1978, 309)

Si bien la concepción freudiana ha sido una de la que más cerca ha estado de la cuestión del sufrimiento, tampoco ha entrado explícitamente. Como vemos, por un lado, distingue entre una miseria histérica (neurótica) y un infortunio ordinario y, por otro, 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 y experimentado de la misma forma y por las mismas causas, cuando de hecho el sufrimiento es una noción enormemente opaca.

En general, los modelos asistenciales en psicología no han integrado el sufrimiento en su discurso asistencial,¹⁶ 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 elección, una decisión (Tallis, 1998, 149).¹⁷

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

2.2.2.1. 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, entre los profesionales, la metáfora de que la mente, en parte, funciona igual que los dispositivos técnicos. La cosmovisión mecanicista concibe el fenómeno mental como producto de una emisión de fuerzas.

Trabajando bajo este paradigma, la descripción causal eficiente es el principal objetivo de los profesionales. Esta metáfora mecanicista ha revertido en psicología en un enorme léxico con nociones que representan estas fuerzas: dinamismo, instinto, libido, cogniciones, refuerzos, estados mentales, constructos, etcétera (Sarbin, 1986, 10). 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 prioritariamente a estas supuestas fuerzas que causan el trastorno, 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. Algunos practicantes se centran en el síntoma, o en otro aspecto específico, con la intención tácita de que tal intervención incida sobre el sufrimiento. Es cierto que los síntomas producen sufrimiento y que con la remisión de los síntomas éste se alivia. Sin embargo, las diferentes teorías psicológicas han enfatizado en exceso la explicación y justificación de los mecanismos y la génesis de las patologías y han obviado la pregunta por el sufrimiento.

2.2.2.2. La dificultad conceptual del sufrimiento

El sufrimiento no se ajusta a los modelos psicológicos por su dificultad conceptual (Loeser, 2000, 5). Esta dificultad se refiere a su dimensión interna, vivida subjetivamente. Si se quiere evitar el reduccionismo, es complicado proponer una definición sistemática del sufrimiento, y compatible con el lenguaje científico al que aspira la PPA.

Un ejemplo de la restricción de este lenguaje es la manera como el DSM IV¹⁸ ha tratado el sufrimiento. Lo más cerca que está el DSM IV TR 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 distrés, de perturbación, de trastorno, de ideas suicidas y de todo un catálogo de síntomas que indican que una persona, obviamente, sufre, pero no se entra en él.

El DSM IV fue creado por la tradición psiquiátrica con el objetivo de obtener una clasificación sistemática de los distintos trastornos y enfermedades

mentales. Sin embargo, ¿Cuáles fueron los criterios a partir del cual se elaboró tal clasificación? ¿Por qué el criterio para clasificar a los trastornos y las enfermedades mentales no fue el tipo o la intensidad de sufrimiento que provocan? ¿Qué sentido tiene clasificar trastornos excluyendo el sufrimiento que causan, cuando lo que realmente es definitivo y motivo de consulta es el sufrimiento de la persona que lo padece? 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 (*grief*) (Granek, 2010), con el malestar o la infelicidad (Horwitz y Wakefield, 2007) y con la timidez (Lane, 2007), el sufrimiento ha sido redefinido en forma de síntomas y de diagnósticos del DSM IV, pero no como guía de la PPA.¹⁹ El sufrimiento ha sido rebautizado como 'enfermedad mental' (Tallis, 1998, 4).

2.2.2.3. La influencia de la visión hedonista de la sociedad

El sufrimiento tampoco se ajusta a los modelos psicológicos por la manera cómo se ha interpretado en Occidente. 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 en el futuro el sufrimiento será evitado con los medios técnicos y científicos. El espíritu objetivo 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 desaparezca este idesgraciado de mí!, desaparecerá también el dolor» (Nietzsche, 2003, 253). El sufrimiento es la mitología que el relato del artículo científico escamoteará de la vida humana. Desde la sociedad del bienestar, la técnica es vista como la mejor manera de redimirse

del sufrimiento y así también lo ha creído la PPA en términos de lo que ha dictaminado como centro de su discurso (Bray, 2010, 357; Urraca, 1995, 59).

Parte del colectivo asistencial ha forjado modelos asistenciales que niegan la naturaleza misma del sufrimiento y, aceptando algunas ideas snob, ha cedido al hedonismo y a la liquidez de la sociedad. Bajo la influencia de esta cosmovisión, ausente de sufrimiento y muerte, la PPA es reticente a aceptar públicamente que mientras haya personas, habrá sufrimiento. Y precisamente por eso, para aliviarlo, su labor profesional es fundamental.

2.2.2.4. Un determinado modelo de rehabilitación

Otro de los motivos por los cuales el sufrimiento ha sido desterrado del centro de los modelos psicológicos es por el predominio de una determinada idea de rehabilitación. En psicología clínica y también en psiquiatría e incluso en otras profesiones relacionadas con la salud mental, el abordaje de la experiencia del sufrimiento de los pacientes ha sido reemplazado tácitamente por la preocupación por eliminar el síntoma o manifestación patológica y que permitirá la adaptación del individuo a su entorno. Siguiendo a Garrison, la mayor parte de los enfoques en psicoterapia (psicoanalítica, cognitivo-conductual, humanista, constructivista) y en salud mental, de uno u otro modo, resaltan que la mejora de la adaptación del ego es el fin predominante que debe seguir la terapia (Garrison, 1997, 108). Este fin deriva del individualismo y de las bases seculares propias de la cultura moderna occidental y entra en conflicto con el supuesto fin asistencial de aliviar el sufrimiento a través de la comprensión y el reestablecimiento del significado de la vida personal.

Tal y como afirma Urraca, la investigación psicológica, en general, 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, dolor traumático, dolor crónico), olvidando la incidencia, la globalidad y la prevalencia del sufrimiento. Y si

lo ha abordado ha sido desde la patogénesis del dolor, de la esquizofrenia o de los distintos desórdenes psicofisiológicos (Urraca, 1995, 58). La angustia del paciente, su miseria y su pena, su sufrimiento se conciben como meros epifenómenos y son remplazados por la descripción del síndrome clínico, más fácil de definir y de medir en base a una serie de procesos mentales, al sistema nervioso, o a su entorno.

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 remplazadas, a través de la neurofisiología, la sociobiología o la genética comportamental, por males expresados 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, serotoninérgicos, pulsionales o cognitivos ha sido una consecuencia de la alta especialización técnica (Kleinman, 1988, 28) por la cual la PPA ha forjado una idea de rehabilitación que excluye el sufrimiento (Miller, 2004, 40).

2.2.3 La dificultad de profesionalizar el alivio del sufrimiento

2.2.3.1. Los mecanismos de defensa

El sufrimiento no se ajusta a los modelos psicológicos predominantes por la dificultad que supone asistir profesionalmente cada día a personas que sufren. Esto ha obligado a trabajar con teorías que lo sobreentienden, pero que no lo abordan explícitamente. El contacto continuo con el sufrimiento facilita la aparición de mecanismos de defensa que contribuyen a negarlo (Miller, 2004, 44).

En primer lugar, puede suceder que se establezcan ciertos pactos implícitos entre paciente y practicante que eviten la cuestión del 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 pacto implícito, un ritmo, unos temas que benefician 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. De lado del profesional, éste evita verse afectado en exceso por el sufrimiento del paciente. Es evidente, y en cierto sentido comprensible, que el profesional, como persona que durante toda su jornada laboral está confrontada con el sufrimiento, active ciertos mecanismos de defensa. Pero este uso de los mecanismos de defensa profesionales suscita dos cuestiones centrales: ¿Qué grado de defensa psicológica es éticamente aceptable?, ¿Hasta qué punto todo el mundo está capacitado para una labor como la de psicólogo asistencial?

En relación a los mecanismos de defensa, no cualquier mecanismo de defensa o cualquier manera de distanciarse del sufrimiento ajeno es éticamente aceptable. Es absolutamente reprochable separarse de la aflicción del paciente denigrándola. Un claro — y desgraciadamente común— ejemplo de esta repudia son los chistes sobre pacientes que los profesionales comentan en sus descansos (Sobel, 2006).

Es inaceptable 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 que otro argumento que haga teodicea del problema del paciente.²⁰ El padre de los tratamientos psicológicos contemporáneos, probablemente, no estaría de acuerdo con esta actitud profesional.²¹

Si esto es así, ¿qué tipo de relación asistencial se forja cuando a espaldas del paciente se lo ridiculiza? Este menosprecio de los problemas del paciente repercute en la relación terapéutica (Dharamsi et. alia, 2010, 534). Pues tras el presunto tono jocosos se esconde cierto desdén que

busca afirmar el ego del practicante por delante del paciente, ausente en esos momentos y más vulnerable. Y con ello se vilipendia la confianza que éste ha depositado en el profesional y vuelve una impostura la relación asistencial.

2.2.3.2. Los motivos de la mala práctica asistencial

Igual que sucede con otras profesiones, también en la PPA existen unos mínimos para ser psicólogo asistencial. A parte 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 practicante asistencial cierta sensibilidad, fortaleza y recursos para el sufrimiento ajeno.

No todo el mundo puede actuar profesionalmente ante la presencia del sufrimiento ajeno. Antes de negarlo o redirigir su actividad asistencial a categorías que la despersonalizan, es conveniente ser consciente de dónde y cómo una persona resulta más útil.

Asimismo, uno de los aspectos cruciales a la hora de determinar si una persona está capacitada o no para ejercer de profesional es el motivo por el cual se inició y se mantiene en su actividad profesional, en otras palabras, qué mueve a una persona para querer ser psicólogo asistencial. Y aquí se abre la necesidad de honestidad con uno mismo: una persona debe saber si los motivos por los cuales busca ser psicólogo asistencial coinciden, son coherentes, con el movimiento que inicia tal práctica. Aun así, si la persona no es lo suficientemente sincera consigo misma y prefiere ignorar el asunto, debe ser el colectivo profesional quien elabore una serie de procedimientos — y por ello vuelve hacerse necesario un bien consensuado— que permita detectar, comparar y regular si lo que mueve al practicante está de acuerdo con el fin primordial de tal práctica.

Algunos de los motivos ilegítimos que pueden iniciar la PPA son:

1. La necesidad de entender los problemas psicológicos de uno mismo. Existen muchas personas que se inician en la psicología creyendo que, si saben psicología, podrán solucionar sus problemas.

Estas personas intentan resolver sus dificultades a partir del conocimiento teórico de las principales escuelas psicológicas. 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. Uno no puede ser profesional cuando, en realidad, no está buscando ayuda para la persona que tiene delante, sino para sí mismo.

2. La actividad de algunos profesionales puede iniciarse y mantenerse por una necesidad de equilibrio personal. Muchas de las personas que deciden ser psicólogo asistencial posee cierta tendencia a la problemática psicológica; este carácter problemático de los profesionales en psicología ha sido un tema recurrente en algunas novelas, que de forma distinta han expresado esta peculiaridad del profesional de la psicología. «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 del psicólogo le ofrece una oportunidad para compensar sus deficiencias. Y es que con tal actividad es fácil proyectar su malestar en la figura del otro. Además, las instituciones sociales acreditan al profesional y le otorgan un estatus profesional que le autoriza para determinar qué es patológico y qué no. En estos casos, es más fácil creerse en una situación de privilegio profesional reconocido por la sociedad que aceptar la propia problemática personal.
3. La necesidad de conocer por encima del asistir. Algunas de las personas pueden decantarse y mantener la actividad asistencial porque están interesadas en conocer las teorías y sistemas psicológicos. Si uno pretende ser psicólogo asistencial no puede priorizar el conocer por encima del consolar, aliviar y comprender. Este predominio de la motivación epistemológica conlleva una práctica psicológica inerte que no se centra en las personas que forman tal práctica, sino en los conceptos que la explican.

4. Una necesidad de prestigio social y económico. Algunas personas inician su carrera como psicólogo asistencial porque esperan que la práctica les reporte los beneficios para desplegar su plan económico-vital. Con ello lo que se consigue es la instrumentalización de los pacientes como medios para conseguir un supuesto sueño aristocrático. No es lícito que una persona que se declare profesional asistencial inflija a aquellos que lo necesitan unas tarifas y una sobre actividad que todavía lo hundan más. A pesar de que se considere un tema tabú (Treolar, 2010, 455), convendría que parte del colectivo profesional se responsabilizase más y 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, denunciar públicamente y comprometerse más en la disminución de la injusticia (Treolar, 2010, 459).
5. La necesidad de distinción a través de la imposición de la opinión profesional. Algunas de las personas que deciden ejercer de psicólogo asistencial mantienen su actividad profesional por los beneficios que les proporciona satisfacer su ansia de distinción. Esta ansia de distinción responde a un impulso agresivo inconsciente del propio practicante. La ignorancia o negación de su propio mundo interno acarrea que tales personas busquen imponerse en la asimetría practicante-paciente y distinguirse a través de una narración dogmática de los problemas de los demás (Nietzsche, 2003, 128). Tales personas utilizan perversamente las interpretaciones y las teorías; la ampulosidad es su rito y de sus palabras rezuma la estrechez moral.

2.2.4. El rechazo de la actitud filosófica

Desde 1920, la psicología ha mantenido una serie de presunciones científicas sobre la naturaleza de los problemas psicológicos y sus soluciones. Fue presuntamente fundada en 1879, como una extensión

de las ciencias físicas, la biología y la química. La creencia implícita de esta visión científica es que si con la ciencia el ser humano ha sido capaz de superar, de controlar la fuerza de la gravedad y la dificultad de volar alrededor de la tierra, ¿por qué no también lo abastecerá de unos conocimientos que le proporcionen una dicha constante? En cierto sentido, la psicología científica se origina por la voluntad de dominar las fuerzas internas que ocasionan problemas psicológicos (Mansell, 2009, 339), de conocer los impedimentos más profundos, de contabilizar y ajustar la conducta de las personas (Miller, 2004, 7).

Esta voluntad de poder inicial sobre la desdicha la 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 que se nutren del ejercicio filosófico²², en general, la psicología ha negado la posibilidad de diálogo con la filosofía.

La psicología ha asumido que una de sus tareas centrales es resolver los problemas psicológicos, pero lo ha hecho desde una operatividad carente de conceptos abstractos que levantarán sospecha de 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 del panorama asistencial por considerarse una actitud poco fundamentada. Parte del colectivo de practicantes 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 tradiciones de los sacerdotes (Jackson, 1999, 10-11). En palabras de Eric 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 occidental por la supuesta pérdida de reputación (Richards, 2010), la insuficiencia de los modelos psicológicos tradicionales ha impulsado a parte del colectivo a mirar hacia otras filosofías. En efecto, paradójicamente, aunque en general los profesionales se han distanciado públicamente de la filosofía occidental, parece que esto no sucede con la filosofía oriental. Cada vez existen más estudios que relacionan la práctica asistencial con las filosofías orientales.²³ Ello refleja una necesidad de abrirse hacia marcos filosóficos si de verdad se quiere acoger y pensar la PPA en toda su complejidad.

2.3. El alivio del sufrimiento como finalidad de la PPA

Desde esta investigación, se afirma que el alivio y el manejo del sufrimiento que un problema genera es el fin primordial de la PPA. Y lo es por varias razones.

2.3.1. 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 '*assistere*', que significa detenerse junto a algo, estar al lado de algo. En una segunda acepción, 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). Cabe señalar que en inglés el término para referirse a asistencia es '*care*', que es usado

indistintamente tanto para indicar cuidado (*care*) como para denominar la relación de ayuda del profesional sanitario (*medical care*). El término '*care*' nos muestra las dos dimensiones de la asistencia: la asistencia entendida como ayuda y como cuidado.

Si seguimos la definición que aporta el diccionario de 'ayuda', 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'. María Moliner propone como sinónimo de ayuda: asistir, auxiliar y socorrer (Moliner, 1998, 314).

La palabra 'cuidar' deriva 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 o el apuro del otro; conducirse en una acción por el bien del otro que se encuentra limitado de recursos para salir de esa situación. Por otro lado, el asistir como dimensión de cuidado se refiere a pensar o discurrir sobre algo, atenderlo para que no sufra daño. Toda práctica asistencial, sea médica, psiquiátrica o psicológica no puede olvidar estas dos dimensiones y por ello el alivio del sufrimiento se erige como inicio de su acción (Lindholm, 1993, 1358).

La afirmación de que la finalidad de la PPA, en tanto que asistencial, es aliviar el sufrimiento es al mismo tiempo un juicio cargado de valor (Carnevale, 2009, 180; Held, 2004). El juicio de valor de fondo que inherentemente arraiga en la noción de asistencia psicológica es el que asume que los trastornos mentales, los problemas psicológicos del individuo y su estar en el mundo producen sufrimiento, que incapacita el desarrollo del proyecto vital de la persona y le privan de su autonomía. Toda PPA, precisamente porque se presenta como asistencial, debe procurar disminuir el sufrimiento del paciente y promover su autonomía.

Con esto no se afirma que todo sufrimiento haya de ser mitigado; existe un sufrimiento que no debe ser objeto de la práctica. El sufrimiento que inicia el movimiento de la práctica es aquel que limita la autonomía personal y, por ello, por mucho que la tradición antipsiquiátrica haya criticado la tarea del psicólogo, 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).

2.3.2. La vulnerabilidad de la condición de paciente

La condición existencial de paciente también obliga a instaurar el sufrimiento como fin primordial de la PPA. Pellegrino²⁴ arguye 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 (*Patior, Pati*); 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 para que su sufrimiento cese, o se palie, establece la obligación profesional, y más en psicología asistencial, 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, que le ayude a hallar una solución viable al problema.

No debería perderse de vista que bajo la etiqueta de 'paciente' subyace una persona. Quienes sufren son las personas. Y en tanto que persona, igual que França, se asume que: « [...] el valor último o supremo es tomar a la persona humana siempre como fin y nunca como medio para otra cosa que no sea su propio perfeccionamiento como persona» (França, 2005, 23). El fin y el principio de la asistencia es por una persona que

sufre y requiere ayuda. Cuando hablamos de persona no se refiere a una entidad abstracta, que muestra una única faceta del ser humano. La noción de persona engloba la totalidad de los aspectos que intervienen en la vida subjetiva del ser humano, todo individuo que pertenezca a la especie humana (França, 2005, 23), y que ante el sufrimiento vea limitada su autonomía en alguna de sus facetas (Cassell, 1982).

2 3.3. El sufrimiento como privación de autonomía

El sufrimiento por su naturaleza limitante de la autonomía debe ser el fin primordial de la PPA. La autonomía es la capacidad para determinarse libremente a través de actos de juicio específicos (Reich, 1989, 87). El sufrimiento básicamente puede ser interpretado desde dos ópticas: 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 combatir.

Que todo sufrimiento sea negativo no está tan claro. Si se define vida como la facultad de desear, entonces existe un sufrimiento inherente al proceso vital; en mayor o menor medida, éste sufrimiento inherente también contribuye 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 la PPA es el grado en que priva a la persona de desplegar su propio proyecto de vida (Rawlinson, 1986, 60). Tal obligación brota de la irrepitibilidad de la vida, de la oportunidad única de cada cual de desarrollarse.

Siguiendo a Rawlinson, el practicante debería valorar si las condiciones para enjuiciar del sujeto están intactas. Si el sufriente muestra una continúa capacidad para evaluar su vida en relación a esos horizontes de valor implícitos a todo sufrimiento y que conforman su identidad, entonces no hay fundamento para justificar su acción profesional. Cualquier PPA debe buscar una mayor autonomía de la persona sufriente y su objetivo y guía deberá ser siempre el reestablecimiento 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).

2.4. Hacia una definición filosófica de la PPA

El criterio que marca el fin de la PPA, que unifica las psicologías, más allá de sus diferencias, es el grado de sufrimiento, y, por tanto, la vivencia subjetiva con la que una persona experimenta determinada situación. Lo que caracteriza una PPA es su capacidad para atender responsablemente el sufrimiento; los hombres no se perturban por las cosas sin más, sino por la opinión que se forman de ellas (Epicteto, 1993), y es ahí donde las diversas prácticas psicológicas asistenciales deben profesar su labor competentemente.

Por tanto, la 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 sobre el que el profesional interviene, diferente, a la vez, del sufrimiento inherente a la vida y exento de profesionalización.

Al mismo tiempo, la declaración de que el sufrimiento es el fin primordial que ésta debe perseguir, debe ir siempre acompañado de una intención. Si la filosofía de A. Schopenhauer fue y sigue siendo un modelo para las generaciones de filósofos, ahora su análisis de la acción moral ofrece la posibilidad de reinterpretar la intención que debe mover al practicante de la PPA. Esta intención es la que coincide con el movimiento que la inicia.

«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 (Wohl) y el dolor (Wehe) de algún otro interesado aquí pasivamente; o sea, cuando la parte activa solo tiene a la vista en su obrar y omitir el placer (Wohl) y el dolor (Wehe) 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, Schopenhauer, 1988, 207).

Aquello que debe motivar la vocación del psicólogo asistencial es una clara voluntad por querer activamente el bien de la persona atendida. Todo profesional debería detentar como móvil último de su acción, no su propio placer, sino la ausencia del sufrimiento del otro. Debería validar

su acción profesional a partir de la explícita declaración de la persona atendida de que 'eso' —su acción profesional—le ha ayudado a paliar su sufrimiento. No hay mayor eficacia en el tratamiento que la que la persona atendida revela. Y ningún otro inicio guarda más sentido en la PPA que aquel que busca disminuir su sufrimiento.

Por tanto, se erige el sufrimiento de la persona como criterio diferencial para, indistintamente como se palie, decretar el inicio y el fin de la PPA. El alivio del sufrimiento debe de ser el centro, el fin primordial que toda PPA debe perseguir (Hernández, 2008, 180).

Plantear el sufrimiento como criterio profesional implica que algunas de las PPA que hasta ahora se han presentado como asistenciales se desmoronan cuando se las enfrenta a la comprensión y atención del sufrimiento; por esta razón, se concluye que a partir de la capacidad para paliar, ayudar a soportar, superar o mitigar el sufrimiento se puede discernir qué es una PPA y qué no lo es.

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, las causas y las circunstancias que lo hayan desencadenado. El alivio del sufrimiento, por tanto, es el que imprime inicio y fin a toda PPA. 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 la τέχνη ἀλυπίας.²⁵

3. Conclusiones

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, esto es, 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 promueve la sabiduría necesaria para conseguir la dicha, pero, sobretudo, 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 de los hombres. Gracias a ella, el sufrimiento se hacía soportable y nadie cuestionaba su valor (Nussbaum, 2003, 21-22). 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 expert labor*; Chicago y Londres, The University of Chicago Press, 1988.
- Adler, A. (1985): *El carácter neurótico*; Barcelona, Planeta-Agostini.
- APA (2001): *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*; Tr. y dir. J. J. Lopez-Ibor, Barcelona, Masson.

- Aristóteles (1985): *Ética Nicomáquea*; Tr. J. Pallí Bonet, Madrid, Gredos.
- Aristóteles, (1998): *Metafísica*; Tr. V- García Yebra, Madrid, Gredos, 2ª. Ed.
- 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.
- Bayes, 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; D. Pérez Chico, L. P. Rodríguez Suárez, (ed.), *Explicar y comprender*; Madrid, Plaza y Valdés Editores.
- 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), Otoño, pp. 467- 477.
- Boecio, (1999): *La consolación de la filosofía*; Tr. P. Rodríguez Santidrián, Madrid, Alianza Editorial, 1999.
- Borowitz, E. B. (1988): Psychotherapy and Religion: Appropriate Expectations; *Religious Education*, 83 (4), pp. 562-570.
- Bray, H. y Goodheart, C., et alia, (2009): *2009. Presidential task force on the future of psychology practice final report*; Washington, American Psychological Association.
- Bray, J. (2010): The future of psychology practice and science; en *American Psychologist*, vol. 65 (5), pp. 355-369.
- Brentano, F. (1951): *Psicología*; Tr. J. Gaos, Buenos Aires, Shapire.
- Camfield, T. M., (1992): The American Psychological Association and World War I: 1914 to 1919; en *100 Years: The American Psychological Association*; ed. R. B. Evans et alia, Washington, American Psychology Association, pp. 91-118.
- Cano, M. (2006): *El paper de les biotecnologies en la construcció del consens social*; Barcelona, Fundació Víctor Grifols i Lucas, Trabajo becado.
- Carnevale, F. A. (2009): A Conceptual and Moral Analysis of Suffering; *Nursing Ethics*, vol. 16(2), pp. 173- 182.
- Cassell, E. J. (2004): *The nature of suffering and the goals of medicine*; New York, Oxford University Press, 2ª ed.
- Cassell, J. (1982): The nature of suffering and the goals of medicine; *The New England Journal of Medicine*, vol. 306 (11), pp. 639- 645.
- Catmenisch, P. F., (1983) *Grounding Professional Ethics in a Pluralistic Society*; Nueva York, Haven Publications.
- Corominas, J. (1989): *Diccionario etimológico castellano e hispano*; vol. III, Madrid, Gredos.
- Corominas, J. (1989): *Diccionario etimológico castellano e hispano*; vol. IV, Madrid, Gredos.
- Davidson, L., et alia. (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, Biblioteca Unamuno Alianza Editorial.

- Descartes, R. (1984): *Reglas para la dirección del espíritu*; Tr. J. M. Navarro Cordón, Madrid, Alianza Editorial.
- Dharamsi, S., et alia. (2010): The use of Cynical Humor by Medical Staff: Implications for Professionalism and the Development of Humanistic Qualities in Medicine; *Education for Health*, vol. 23(3), pp. 533-538. recuperado en www.educationforhealth.net.
- Dilthey, W. (1951): *Obras de Wilhelm Dilthey VI Psicología y teoría del conocimiento*; tr. E. Imaz, México, Fondo de Cultura Económico, 2 ed..
- 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. et alia (2003): *Manual de Terapia Racional-Emotiva*;, Tr. A. Marañón, Bilbao, Desclée de Brouwer, 10ª Ed.
- 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. y Martin, S. (2007): Subjectivity as the object of psychology(ies); en *Psicologia & Sociedade*, 19 (3), pp.14-19.
- Fitzgerald, F. S. (2011): *Suave es la noche*; Tr. R. Ruiz 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. Horacio Pons, Madrid, Akal, 2005.
- França, O. (2005): *Ética para psicólogos: Introducción a la Psicoética*; Bilbao. Desclée de Brouwer, 5ª ed.
- Frankel, M. S. (1989): Professional codes: Why, How and With What Impact?; *Journal Business Ethics*, vol. 8,(2-3), pp.109-115.
- Freud, S. (1978): *Sigmund Freud Obras Completas. Volumen II*; Tr. J. L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1986): *Sigmund Freud Obras Completas. Volumen VIII*; Tr. J. L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu, 2ª. ed., El chiste y su relación con el inconsciente.
- Freud, S. (2001): *Sigmund Freud Obras Completas. Volumen XII*; Tr.. J. L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (2002): *Sigmund Freud Obras Completas. Volumen III*; Tr. J. L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (2003a): *Sigmund Freud Obras Completas. Volumen XIX*; Tr. J. L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.

- Freud, S.(2003b): *Sigmund Freud Obras Completas. Volumen VII*; Tr. J. L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S.(2004): *Sigmund Freud Obras Completas. Volumen I*; Tr. J. L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Fromm, E. (1985): *El amor a la vida*; Tr. E. Prieto, Barcelona, Paidós Ibérica.
- Fromm, E. (2000): *La vida auténtica*; Barcelona, Paidós.
- Galileo Galilei, (1984): *El ensayador*; Tr. J. M. Revuelta, Madrid, Sarpe.
- Garrison, A. (1997): Adaptationism, Mental Health, and Therapeutic Outcome; *Psychotherapy*, vol. 34 (2) Verano, pp. 107-114.
- Glaudin, V. (1966): What models for the professions of psychology?; en *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 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. (Ed.) (2006): *Filosofía y Dolor*; Madrid, Tecnos, 2006.
- Graneck, 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.
- Gregory, D., Longman, A. (1992): Mother's suffering: Sons who died of Aids, *Qualitative Health Research*, vol. 2 (3), pp. 344-357.
- Held, V. (2004): Taking Care: Care as a Practice and Value. en C. CALHOUN, *Setting the Moral Compass*; Nueva York, Oxford University Press, pp. 59-71.
- Hernández, V. (2008): *Las psicosis: sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*; Barcelona, Paidós.
- Hollway, W. (1989): *Subjectivity and method in Psychology: Gender, Meaning and Science*; Worcester, Sage Publications.
- Horney, C. (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.
- Hunter, J. D. (2000): When Psychotherapy Replaces Religion; *Public Interest*, 139 Primavera, pp. 5-21.
- Husserl, E. (2008): *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*; Tr. J. V. Iribarne, Argentina, Prometeo Libros.

- 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*; Londres y New Haven, Yale University Press.
- James, W. (1984): *Psychology: Briefer Course*; Cambridge, Harvard University.
- James, W. (1989): *Principios de Psicología*; Tr. A. Bárcena, México, Fondo de Cultura Económico.
- Jaspers, K. (1993): *Psicopatología general*; Tr. R. O. Saubidet, D. A. Santillán, México, Fondo de Cultura Económico, 2ª ed.
- 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 constructores personales*; Tr. R. Gautier, Buenos Aires, Troquel.
- Kleinman, A. (1988): *The illness narratives: Suffering, Healing & the Human Condition*; USA, Basic Books.
- Kuhn, T. S. (1971): *La estructura de las revoluciones científicas*; Tr. C. Solís, México, Fondo de Cultura Económico, 3ª. ed.
- Külpe, O. (1975): *Outlines of Psychology*; New York, Arno Press.
- Laín Entralgo, P. (1987): *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*; Barcelona, Anthropos.
- Lanara, V. (1981): *Heroism as a Nursing Value: A philosophical Perspective*; Athens, Sisterhod Evniki.
- Lane, C. (2007): *Shyness: How Normal Behavior 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. S2-S6.
- Macintyre, A. (1987): *Tras la virtud*; Tr. A. Valcárcel, Barcelona, Crítica.
- Macklin, R. (1972): Mental health and mental illness: some problems of definition and concept formation, *Philosophy of science*, vol. 39 (3), pp. 341-365.
- 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.
- Martorell, J. L. (1996): *Psicoterapias: Escuelas y conceptos*; Madrid, Pirámide.
- Mcdougall, W. (1905): *Physiological psychology*; London, Dent.
- Mcdougall, W. (1928): *An introduction to Social Psychology*; London, Methuen, 21ª. ed.

- Melley, C. (1998): Some philosophies can console: an old but forgotten message; en *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19, pp. 35-45
- Miller, R. B. (2004): *Facing human suffering: psychology and psychotherapy as moral engagement*; Washington D.C., American Psychology 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, 2ed.
- Morris, D. (1991): *La cultura del dolor*; Chile, Editorial Andrés Bello.
- Murchison, C. (1930): *Psychologies of 1930*; Worcester, Clark University.
- Nelly, G. (2001): *Psicología de los constructos personales*; Tr. E. Laso Ortiz, (comp.) B. Maher, Barcelona, Paidós, 2001.
- Nietzsche, F. (2003): *Aurora*; Tr. G. Cano, Madrid, Biblioteca Nueva, 2ª ed.
- Nietzsche, F. (2005): *La genealogía de la moral*; Tr. Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, 1972 ed. rev.
- Nietzsche, F. (2006): *Schopenhauer como educador*; Tr. L. F. Moreno Claros, Madrid, Valdemar, 2 ed.
- Nietzsche, F.(2009): *El caminante y su sombra*; Tr. A. Brotons, en *Nietzsche I*, Madrid, Biblioteca Grandes Pensadores, Gredos.
- Norris, R. S. (2009): The paradox of healing pain; *Religion*, vol. 39, pp. 22-33.
- Nussbaum, M. C. (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*; New York, Oxford University Press.
- Pérez Chico, D. Y Rodríguez Suárez, L. P. (2011): *Explicar y comprender*; Madrid, Plaza y Valdés Editores.
- Pettifor, J. (1996): Ethics and Politics in the Science and Practice of Psychology; *Canadian Psychology*, Vol 37 (1), pp.1-12.
- Piulach, P. (1947): *El sentido del dolor*; Real Academia Nacional de Medicina, Barcelona, Gráfica Bachs.
- Platón, (1992): *Timeo*; Tr. M. A. Duran, F. Lisi, Madrid, Gredos.
- Rawlinson, M. C. (1986): The sense of suffering; *The Journal of Medicine and Philosophy*, 11, 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*; vol. I; New York, Simon & Schuster Macmillan.
- Richards, S. G. (2010): *Putting Psychology on its place*; New York, Routledge.
- 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. (1989): Psychotherapy and the Pursuit of Happiness; *American Imago*, 46 (2.3), pp. 143-152, p. 145.
- Santander, F. et alia (2000): *Ética y Praxis Psiquiátrica*; Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Sarbin, T. R. (1986): The Narrative as a root metaphor for psychology; en ed. T. R. Sarbin, *Narrative psychology: the storied nature of human conduct*, Nueva York, Praeger Publishers, pp. 3-21.
- Schopenhauer, A. (2007): *Los dos problemas fundamentales de la ética*; Tr. P. López Santamaría, Madrid, Siglo XXI, 3ª. ed.
- Schopenhauer, A. (1988): *Arthur Schopenhauer Sämtliche Werke. Vierter Band. Schriften zur Naturphilosophie und zur Ethik. Die beiden Grundprobleme der Ethik*; ed. A. Hübscher, Mannheim, Brockhaus.
- Skinner, B. F. (1972): *Más allá de la Libertad y la Dignidad*; Barcelona, Fontanella.
- Skinner, B. F. (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. K. (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., et al (2009): *Psychology and global climate change: Addressing a multi-faceted phenomenon and set of challenges. Report of the American Psychological Association 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*; Londres, Routledge.
- Szasz, T. (1988): *Pain and Pleasure*; New York, Syracuse University Press Edition.
- 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.) 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.
- Wachtel, P. (1997): *Psychoanalysis, Behavior Therapy, and the Relational World*; Washington, American Psychological Association.
- Watson, J. B. (1916): Behavior and the Concept of Mental Disease; *Journal of Philosophy, Psychology, and Scientific Methods*, 13, pp 589-597.
- 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.) J. M. Gondra, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Watson, J. B. (1913): *Image and Affection in Behavior*. *Journal of Philosophy, Psychology, and Scientific Methods*, 10, 1913, pp. 421-429.
- Williams, B. (1985): *Ethics and the limits of philosophy*; Cambridge and Massachussets, Havard University Press.
- Wright, G. H. (1971): *Explanation and Understanding*; London, Routledge and Kegan Paul.
- Wundt, G. (1896): *Compendio de Psicología*; Tr. J. González Alonso, Madrid, La España Moderna.
- Wyat, F. (1954): On the expansion of professional psychology; *American Psychologist*, vol. 9 (9), pp.522-528.

Notas

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. Traducción A. Brotons en (Nietzsche, 2009, 497). Nietzsche, F. W. (1967): *Nietzsche Werke. Kritische Gesamtausgabe. Herausgegeben von Giorgio Colli und Mazzino Montinari. IV3 Menschliches, Allzumenschliches II. Nachgelassene Fragmente 1978-1979*, Berlín, Walter de Gruyter, 206, 15, p. 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. Traducción propia. Miller, R. B. (2004): *Facing human suffering: psychology and psychotherapy as moral engagement*; Washington D.C., American Psychology Association, p. 43.
3. La mayor parte de los historiadores de la psicología consideran el principio de la psicología científica con Wundt (1879) en el laboratorio de Leipzig. Vid. Gondra, J.M. (1997a): *Historia de la psicología: Introducción al pensamiento moderno. Volumen I: Nacimiento de la psicología científica*, Madrid, Síntesis, p. 166.

4. Para facilitar la lectura, a partir de ahora, 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 contenidos y sus categorías son un producto propio de la sociedad Occidental. Vid. Louw, J. (2002): *Psychology, History, and Society. South African Journal of Psychology*, vol. 32, no. 1. pp. 1-8, p. 3.; otros autores la han acusado de eurocéntrica Vid. Howitt, D. Owusu-Bempah, J. (1994): *The Racism of Psychology: Time for Change*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.; Vid. Holdstock, T. L. (2000): *Re-Examining Psychology. Critical Perspectives and African Insights*. Londres: Routledge. Vid. Marsella, A. J. (1998): Toward a "Global-Community Psychology". *American Psychologist*, vol. 53. pp. 1282-1291.
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 una STEM.
7. Para la selección de algunas de las propuestas teóricas de la PPA se ha seguido un criterio eminentemente histórico. Se han seleccionado las tres escuelas que cronológicamente han sustentado mayor peso e influencia en las diferentes PPA. No obstante, somos conscientes de la limitación de tal valoración, ya que existen muchos otros más modelos teóricos (por ejemplo, la psicología humanista, o la logoterapia) que quedan fuera de este análisis. Creemos que para nuestro propósito es suficiente con estos tres modelos.
8. Versión del 21 de Agosto, 2002.
9. Las traducciones son propias.
10. Versión del 16 de Octubre de 1999.
11. Consideramos la práctica psicoterapéutica como uno de los tipos más importantes de PPA, pero no la única. También lo serían la práctica psicológica clínica, la práctica psiquiátrica e incluso, en determinadas situaciones, la práctica médica.
12. Versión del 2 de Noviembre de 1989.
13. Versión revisada en Granada en Julio del 2005.
14. No podemos dejar de citar la relevancia que ha tenido en este sentido la obra de Michel Foucault. Aunque su reflexión gira más entorno a la locura y al poder psiquiátrico en su vertiente política, quizás fue el primero en advertirnos de la posible peligrosidad de la práctica asistencial. Entre otros, vid. Foucault, M. (2005): *El poder psiquiátrico*. Tr. Horacio Pons, Madrid, Akal. O vid. Foucault, M. (1999): *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Tr. F. Perujo, México, Siglo XXI.
15. 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 al español de Amorrortu. Vid. Freud, S. (1985): *Sigmund Freud Obras Completas. Volumen XXIV*; Tr. J. L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu, Índices y bibliografías, p. 257.
16. 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, Frankl, 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.
17. El libro de Tallis es un reflejo del trato que la psicología asistencial ha dado al sufrimiento. A pesar de utilizar la palabra 'sufrimiento' como título de su obra, habla de él en muy pocas ocasiones; y cuando lo hace, se sirve de una noción genérica y difusa, sin diferenciarlo ni entrar en él. Su discurso se dedica a explicar las peculiaridades técnicas de cada escuela. Vid. Tallis, F. (1998): *Changing Minds: The History of psychotherapy as an answer to human suffering*, Londres, Cassell.
 18. El DSM IV es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; este manual clasifica y aporta información acerca de las condiciones necesarias para el diagnóstico psicológico. Hoy es uno de los manuales más utilizados tanto por los profesionales de la psiquiatría como por los de la psicología.
 19. Para ver la manera como el DSM ha patologizado determinados comportamientos. Vid. Kutchins, S, H. Stuart, A. K. (1997): *Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*; Nueva York, Free Press, 21-54.
 20. La teodicea ha tenido la pregunta del mal como centro de su discurso; sin embargo, la mayor de las veces, lo que ha hecho es reducir el mal, esto es, afirmar directa o indirectamente que el mal no existe.
 21. Aunque Freud habla del chiste y no de la ética profesional propiamente, 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) « [...] 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).
 22. Vid. Briedis, M. E. (2011): Husserl's Phenomenological project and the problems concerning psychotherapy. *Problemas*, vol. 79. pp. 129-140. 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, no. 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, no. 3. pp. 709-714. Vid. Roberts, M. (2008): Facilitating recovery by making sense of suffering: a Nietzschean perspective; *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 15, 743-748.
- 23.** 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, no. 6. pp. 260-264. Vid. Christopher, J. C. (2011): Perceptions of the Long-Term Influence of Mindfulness Training on Counselors and Psychotherapists: A Qualitative Inquiry. *Journal of humanistic psychology*, vol. 51, no. 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, no. 2. pp. 235-41.
- 24.** Conviene tampoco olvidar el cambio que en 1977 supuso el artículo de Engel en el abordaje de la práctica médica. Vid. 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 la PPA no ha aprendido nada en este sentido de la medicina.
- 25.** Antifonte utiliza la expresión 'τέχνη ἀλυπίας' 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, 283. Y vid. Gil, L. (2006): Sobre cómo imaginar la τέχνη ἀλυπίας de Antifonte el Sofista; en *Koinòs Lógos I: Homenaje al profesor José García López*; E. Calderón, A. Morales, M. Valverde (ed.), Murcia, Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones, 337-343, p. 338.