



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Indispensabilidad del Profesional en Psicología Clínica

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Alan Eugene Auriol Tapia

Director: Mtra. Laura Edith Pérez Laborde

Vocal: Mtra. Selene Domínguez Boer

Secretario: Mtra. Verónica Cristina Morales Vázquez

Suplente 1: Dra. Esperanza Guarneros Reyes

Suplente 2: Dr. Enrique Berra Ruiz



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, junio 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INDISPENSABILIDAD
DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
ALAN EUGENE AURIOLES TAPIA**

ÍNDICE

ÍNDICE	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. EL SUFRIMIENTO COMO RAZÓN DE SER DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	5
EL PRINCIPIO DEL SUFRIMIENTO	5
EL PROPÓSITO DEL SUFRIMIENTO	8
EL PROPÓSITO DE LA CONSULTA PSICOLÓGICA.....	9
LA CONCEPCIÓN SOCIAL DEL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD	13
CAPÍTULO 2. LOS IMPLICADOS EN LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA	18
LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA	18
LA DEFINICIÓN DEL PAPEL DEL PSICOTERAPEUTA: UN DESAFÍO	21
EL PAPEL DEL CONSULTANTE.....	37
CAPÍTULO 3. POSMODERNIDAD (O LA RESIGNIFICACIÓN DEL SUFRIMIENTO)	44
POSMODERNIDAD Y PSICOTERAPIA.....	44
LENGUAJE (O LA REVELACIÓN DEL SUFRIMIENTO).....	52
LA RESIGNIFICACIÓN DEL SUFRIMIENTO.....	59
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	63
REFERENCIAS	74

RESUMEN

El presente escrito pretende argumentar racional e históricamente la indispensabilidad del profesional en psicología clínica en lo que atañe al entendimiento de y la reconciliación con el sufrimiento humano. Sufrir es experimentar un malestar más allá del dolor o de la enfermedad. Todo ser humano ha conocido, conoce, o conocerá el sufrimiento —sin distinción de profesión ni de posición; aun así, se lo etiqueta como «anormalidad». El sufrimiento cesa de ser tal cuando se lo encuentra un sentido por medio de la relación con el «otro»; más especialmente, en y a través de la relación terapéutica. Una consulta psicológica ocurre por razón de una demanda que conlleva el reconocimiento de un sufrimiento de parte del consultante. La psicoterapia encierra la construcción de una relación cuya calidad se corresponde con sus efectos con independencia del marco referencial de la intervención. Históricamente, el psicoterapeuta ha sido, sobre todo, un estudioso de la experiencia y el acto humanos. Su contraparte, el consultante ha de ser concebido como un ser activo, autogestor y promotor del propio bienestar, quien acude al primero porque desea sentirse pleno; lo cual exige la integración de partes dispares mas inseparables de sí mismo. La psicoterapia posmoderna promueve una filosofía que cuestiona el ser y hacer del profesional clínico como experto que o ha de «curar», o bien «corregir», el «desperfecto» del consultante, proponiendo, en cambio, la conversación como vía de colaboración en la creación de sentido. Una terapia es provechosa cuando transforma la relación del consultante con su sufrimiento.

PALABRAS CLAVE: Psicología clínica; psicoterapia; consulta psicológica; relación psicoterapéutica; psicología construccionista; construccionismo social; sufrimiento; sentido; significado; resignificación; existencialismo; humanismo; terapia narrativa; terapia colaborativa; terapia integrativa.

ABSTRACT

This paper intends to rationally and historically argue the indispensability of the professional in clinical psychology regarding the understanding of and reconciliation with human suffering. To suffer is to experience discomfort beyond pain or illness. Every human being has known, knows, or will know suffering —regardless of profession or position; still, it is labeled as “abnormality”. Suffering ceases to be such when meaning is found within a relationship with the “other”; more especially, in and within the therapeutic relationship. A psychological consultation occurs due to a demand that entails the recognition of suffering on the part of the consultant. Psychotherapy encompasses the construction of a relationship whose quality corresponds to its effects regardless of the referential framework of the intervention. Historically, the psychotherapist has been, above all, a scholar of the human experience and action. Their counterpart the consultant should be conceived as an active being, self-manager and promoter of their own well-being, who comes to the former because they want to feel whole; which requires the integration of disparate though inseparable parts of themselves. Postmodern psychotherapy promotes a philosophy that challenges the being and doing of the clinician as an expert who either has to “cure” or “correct” the “flaw” of the consultant, proposing, instead, conversation as a way of collaboration in the creation of meaning. Therapy is most advantageous when it transforms the consultant’s relationship with their suffering.

KEY WORDS: Clinical psychology; psychotherapy; psychological consultation; psychotherapeutic relationship; constructional psychology; social constructionism; suffering; sense; meaning; resignification; existentialism; humanism; narrative therapy; collaborative therapy; integrative therapy.

INTRODUCCIÓN

Habida cuenta de la existencia —sin mencionar la superabundancia— no sólo de terapias alternativas o complementarias (v. gr. el «coaching» ontológico, la programación neurolingüística, la autoatención y la autoayuda, las redes informales de apoyo, las prácticas adivinatorias —por mencionar algunas) sino, encima, de aplicaciones móviles, servicios y recursos tecnológicos que, por razón de su presunta eficacia en materia del alivio del sufrimiento y la realización personal, tanto cuanto de su accesibilidad y brevedad, oscurecen la realidad y la razón de ser del profesional en psicología clínica. ¿Cómo, pues, argumentar racional e históricamente la indispensabilidad del psicoterapeuta? ¿Qué cualidades justifican la existencia de tal práctica profesional? ¿Cuáles cualidades conviene perfeccionar, o bien, adquirir, para asegurar y preservar su relevancia?

La razón de éste escrito es «reconocer la razón de ser e indispensabilidad del profesional en psicología clínica en lo que atañe al alivio y el entendimiento del sufrimiento humano». De ahí, se desprendería una serie de objetivos específicos; a decir: a) ilustrar la concepción social en derredor de la salud y de la enfermedad mentales; b) subrayar la trascendencia de la conformación de una alianza entre los implicados en la relación psicoterapéutica; y c) no sólo expresar las contribuciones del pensamiento posmodernos a la profesión clínica, sino, asimismo, identificar aquellas que devienen imprescindibles con el fin de confirmar y preservar su relevancia en la sociedad contemporánea.

En suma, es interés del autor poner de realce la trascendencia del cometido del clínico en psicología en medio del desvanecimiento, el entendimiento, y resignificación del sufrimiento, con prescindencia de la orientación teórica de aquel.

CAPÍTULO 1. EL SUFRIMIENTO COMO RAZÓN DE SER DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

El Principio del Sufrimiento

En el principio, el ser humano abrió sus ojos y miró un rostro con ojos distintos a los suyos, con una mirada distinta a la suya, y un abismo en medio de ellos, del cual surgiría el sufrimiento —la distancia «al otro». «El otro» significaría un espejo del sí-mismo. “Y el prójimo es el mediador indispensable entre yo y yo mismo (...) pues al prójimo me aparezco como objeto”, escribiría el escritor, dramaturgo y filósofo francés Jean-Paul Sartre (1993, p. 251). El sufrimiento es el clamor de una libertad que se adhiere al deseo de ser.

Habiendo abierto sus ojos, mirando hacia afuera, el ser humano es capaz de conocer su propia “desnudez”, es decir, su desvalimiento, su mortalidad. El sufrimiento confiesa la finitud humana. Es un ser doliente, por cuanto mira su propia orfandad, por cuanto aguarda su propio expirar. Es ese mismo sufrimiento, sin embargo, el que ilumina la mirada humana; es esa misma angustia la que revela la profundidad de su vida; tal como escribiera el psiquiatra y filósofo austriaco Viktor Emil Frankl “él, quien ha de ser dador de luz, ha de padecer el arder”.

El ser humano es una síntesis de lo psicológico y lo corpóreo; una síntesis en la cual los mencionados aspectos se unen en un tercero (Kierkegaard, 1982). ¿Qué significa, pues, en éste contexto, la palabra «síntesis»? La palabra alude a la perfecta unión de las partes de un todo; la comunión plena; la mutua participación de lo visible y lo invisible, de lo objetivo y lo subjetivo. En otras palabras, la realidad no es objetiva ni subjetiva; más bien un tercer estado que funde aquellos dos en uno mismo (Leloup, 2002). La Humanidad es capaz solamente de mirar por sobre la superficie, ignorando, a menudo, las profundidades.

Para ilustrar: el cuerpo no es capaz de experimentarse a sí mismo; no es, por así decir, autoconsciente; dicho de otro modo, no conoce su corporalidad.

Las sensaciones, o bien, la percepción sensorial, ponen de manifiesto la impresión (en latín *imprimere*, “conversión interior merced a una causa exterior”) que fuera inducida como efecto de la interacción entre ser y mundo.

La experiencia emocional, una que descansa en la experiencia sensorial, extiende un lazo causal con el estímulo/evento inductor, lo cual pone de realce el significado vivencial, lo mismo que la intencionalidad de la propia respuesta emotiva; lo cual precede a la cristalización de un sentimiento —que no es otra cosa sino un símbolo o resonancia de los estados afectivos subjetivos— en medio del pensamiento.

El pensamiento, por su parte, entraña la posibilidad de o bien exaltar, o socavar la propia existencia. Es capaz de concebir excelsos ideales, a la sombra de los cuales, el día presente empalidece, o, lo que es lo mismo, se aparece deslucido; capaz de invocar días pasados y de anticipar los postreros; capaz de aterrorizarse con el anuncio de la muerte propia, o consumirse a la partida de los seres amados (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015).

Para Søren Aabye Kierkegaard, filósofo y teólogo danés, la angustia es el estado de ánimo fundamental que embarga al ser humano no sólo con respecto al mundo, sino, también, con relación a sí mismo (Guevara, 2019). La angustia hacia el mundo es un azoramiento ante un sinfín de posibilidades; la angustia hacia sí mismo es desesperación, ya que la plenitud del propio ser se concibe lejana (Valdés, 2012). La desesperación es el sentimiento donde no existe la expectativa. Donde no existe expectativa, existe angustia (Grün, 2014). Oprimido por el pesar y la incerteza, el ser humano pasa por alto la propia potencialidad.

El sufrimiento emerge cuando la persona cree firme y literalmente en los contenidos de su mente (v. gr. su estado de impotencia y miseria), «fusionándose» con sus pensamientos y sentimientos. En un estado tal la persona no es capaz de hacer una clara distinción entre su mente y la narrativa que ésta relata porque cada pensamiento y su correspondiente referente se han ligado sólidamente (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015). Por el camino del sufrimiento el ser humano arriba al propio desarrollo (Maslow, 2016). La curación descansa, las más de las veces,

en la aceptación y la búsqueda de sentido; un asentimiento que pone especial acento en la transitoriedad de la desesperación en la existencia humana, a fin de rectificar la desmedida identificación con la historia personal, a la par que despabila la capacidad de asombro ante el momento presente; aceptación, no resignación.

Lo que experimento sólo puede ser conocido por «otro» si participa de lo que comunico. Mi experiencia se descubre por medio de la autoobservación, un ejercicio de autoconocimiento que enfoca voluntariamente la atención hacia los propios estados mentales y hacia las acciones.

El Propósito del Sufrimiento

Existe una creencia acerca de la naturaleza patológica del sufrimiento que con frecuencia asoma en el discurso del consultante. Una creencia entraña un asentimiento; un estado mental que afirma una o un conjunto de proposiciones. En otras palabras, encierra un estado disposicional, a menudo independiente de la verdad, que trae como efecto una variedad de respuestas y que está determinado por una cosa o circunstancia (Villoro, como se citó en Ortiz, G., 2007; Bunge, 1998). Entonces, la persona se relaciona no con la realidad sino tan sólo con la representación mental que construye de ella (Díez, 2017).

El ser humano conoce el dolor; cree en él; lo soporta, mas no lo acepta. El dolor, el sufrimiento y la muerte son verdades inexorables (Gómez, 1998). Pero, ¿qué significa la palabra «dolor»? La palabra dolor significa: (1) «aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior» y (2) «un sentimiento, pena y congoja. El dolor, deviene en sufrimiento cuando ensombrece parcial o enteramente la experiencia humana. Por ello el temor del sufrimiento es ya sufrimiento y el hecho de no saber por qué sufrimos es la cumbre del mismo (Zamora, 2009). El sufrimiento es parte natural de la existencia: un clamor que surge desde lo profundo del ser; es el abismo del dolor: más allá del cuerpo, de la mente, de la persona, de la sociedad. Sin excepción, y sin cesar, el ser humano busca la realización personal que el sufrimiento le roba. Lo crudo de la enfermedad es que roba al ser humano de la posibilidad de

ser él mismo (Zamora, 2009). La «autorrealización» se considera como una inclinación básica de la vida, una que promete la realización de las potencialidades personales (Bernal, 2002).

Erik Allardt escribiría que el bienestar encierra tres clases de necesidades: tener, relacionarse (amor y amistad) y ser (Ossa et al., 2005). El concepto de salud alude a una experiencia que va y viene; en ella coexiste latente el malestar. El sufrimiento es, así, el anhelo de bienestar.

Todo ser hereda —o personifica— un mundo entero: más aún, anhela perpetuar tal mundo. La existencia es su deseo. Si definimos bienestar como un suceso afortunado, como un estado de contento, como un sentimiento propio del ser humano, entenderíamos porqué las sociedades occidentales estiman el bienestar como la cumbre de la aspiración personal, y el sufrimiento o el dolor, como la hondonada (Zamora, 2009).

El deseo persigue la plenitud del ser; reúne y enfila las facultades personales hacia la culminación de algo pendiente; va más allá de la mera satisfacción de necesidades (Quinzá, 1993). La persona sufre a causa de un ansia que habita su ser, razón por la cual busca la plenitud. Sin embargo, en el camino hacia ella, tropieza con el sufrimiento (Torralba, 2007).

El sufrimiento cesa de ser sufrimiento cuando se lo encuentra un sentido. Sólo por medio del sentido se podrá vencer el sufrimiento (Zamora, 2009). No hay nada fuera en el mundo capaz de aliviar el sufrimiento que el ser humano experimenta (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015); nadie sino él, ha de hallar el sentido. El individuo no sufre solo. Como escribiera el poeta inglés John Donne “Humano ninguno es una isla de suyo entera; humano todo es, del continente, pieza, del territorio, porción” (Meditación XVII). El sufrimiento no es una experiencia individual, sino una experiencia conjunta, social (Montoya et al., 2006).

El Propósito de la Consulta Psicológica

Acompañar significa coincidir; ser y estar en presencia de «otro», participar de su experiencia; acompañar en el sufrimiento supone una tarea delicada; una ocupación que exige

no sólo aptitud, habilidad y ciencia, sino, también buena disposición, compromiso, y sensibilidad. Reconocer y acompañar el sufrimiento es el cometido fundamental de la práctica clínica (Coca et al., 2020). Un profesional en psicología clínica es un acompañante, un testigo en el encuentro con uno mismo. Entre la adversidad y el bienestar, el ser humano padece de un deseo de infinito lo mismo que un profundo vacío.

¿Quién entre los seres humanos conoce —por sí solo— aquello que desea? El sufrimiento lo presenta con una pista; con vagos indicios. Ese vacío debe ser colmado con generosidad para experimentar el bienestar; ha de ser colmado por «otro»; por un ser humano distinto de sí mismo (Maslow, 2016).

Existen personas que consultan a un profesional en psicología por la persistencia de la angustia, de la indignación, o bien, de la nostalgia. Otras, movidas por un sufrimiento arraigado que altera su existencia. Otras más, recurren al psicólogo a causa de dificultades que surgen en sus vidas y que exigen una resolución; por ejemplo, sentimientos de agobio ante un nuevo puesto de trabajo, sentimientos de ansiedad por separación, o el proceso de duelo ante la pérdida de un bienamado. El profesional en psicología acompaña a la persona en la vía hacia la aceptación, el desarrollo, y la realización (Asociación Americana de Psicología, 2011). ¿De dónde, pues, surgió la psicología?

La palabra «psicología», proveniente de la lengua griega, contiene dos vocablos: «psykhé», el primero, que ordinariamente guarda dos acepciones: «alma» o «mente»; y «logía», es decir «estudio». En el mundo occidental, el concepto de mente nacería en la religión. Así pues, la ciencia psicológica se originó en la antigüedad; y por mucho tiempo floreció en el seno de la filosofía siendo la última disciplina en desgajarse del racimo de aquella (Moisevich y Fedorovich, 1944; Cosacov, 2007). La palabra «filosofía», de origen griego, se compone, como es sabido, de dos vocablos: «philos», el primero, cuyo significado no es otro sino «amor»; y, en seguida: «sophia», que quiere decir «sabiduría», o, yendo más lejos, «verdad». La palabra misma confiesa una búsqueda, un acto, no pocas veces impostergable. Sin temor del desencuentro, el buscador

no cesa en su empeño. De ahí, la peculiaridad del espíritu filosófico descansa en el acto de seguir los trazos, la estela del saber. Citando las palabras del filósofo y lingüista Ludwig Josef Johann Wittgenstein: “la filosofía no es una teoría, sino una actividad”.

La psicología es heredera del quehacer filosófico. Para ella, los cuestionamientos —la búsqueda— en torno del ser humano se ponen de manifiesto en el estudio del «yo»; expresión menos religiosa que «alma» y más personal que «mente» (Hardy, 2013). La psicología constituye una disciplina teórico-práctica que, valiéndose de procedimientos científicos —entre otros, la observación, la experimentación y la categorización— y, en su caso correspondiente, de métodos introspectivos, examina la conducta —individual o grupal— y la causa de ésta en el pensamiento. Son objeto suyo la relación entre ser y mundo; la existencia íntima, los estados psicoemocionales y los actos humanos. En resumidas cuentas, la descripción-explicación del pensamiento, los sentimientos, las percepciones y las acciones (Bunge, 1998; Moisevich y Fedorovich, 1944; Tortosa y Civera, 2006).

La consulta psicológica es un encuentro convenido entre el acompañante —el profesional en psicología clínica— y el acompañado; reunión que tradicionalmente guarda el objetivo de traer a la luz, de manera conjunta, un diagnóstico presuntivo; delimitación que se construye a partir de: (1) los acontecimientos o adversidades relatados por el acompañado, es decir, la experiencia del consultante y (2) el saber teórico-metodológico del terapeuta. El diagnóstico sentará las bases para la explicación del surgimiento, desarrollo, persistencia, y vía de tratamiento del malestar o disrupción que deviniera, para entonces, en motivo de consulta.

La palabra “consultar” (en latín, *consultāre*) encierra significados diversos; por ejemplo: “solicitar consejo”, “considerar”, “deliberar conjuntamente” e “indagar”. En tal sentido, el usuario apela al asesoramiento y atención del profesional para descubrir, unidamente, la causa de su inquietud. En cuanto al terapeuta, el acto de deliberar conlleva la contemplación reflexiva de una variedad de procedimientos conducentes a un fin determinado. No debe pasarse por alto la necesidad del mutuo involucramiento en la consulta psicológica, ya que implica explorar

conjuntamente la experiencia psicoemocional del consultante; conjuntamente porque es necesaria la activa y consciente participación del consultante (Yasky, 2005).

Entre los motivos de consulta de más notoria recurrencia, en lo que atañe a la salud psicológica, predominan los siguientes (Castillero, 2022):

- ansiedad
- autoaceptación
- autoconfianza
- autoestima
- comportamiento adictivo
- comportamiento compulsivo
- depresión
- dificultades relacionales
- dificultades en la respuesta sexual
- fobias específicas
- inestabilidad en el estado de ánimo
- insatisfacción vital
- pensamientos obsesivos

Por otra parte, entre los motivos de no-consulta (i. e. reparo a acudir) de más notoria recurrencia, en lo que atañe a la salud psicológica, destacan los siguientes (Palomares, 2022):

- costo-beneficio (la persona considera que un “servicio de escucha” debería ser de bajo costo)

- creencia de perennidad terapéutica (la persona considera que, una vez iniciado, el proceso psicoterapéutico no tiene fin)
- temor al diagnóstico o categorización
- temor a la autoexposición

Una consulta psicológica ocurre porque existe una demanda de parte del consultante; solicitud que conlleva el reconocimiento de un sufrimiento personal (Martínez, 2006); una necesidad que es conformada en una petición; en la voz que revela síntomas o circunstancias sucedidos en medio de un espacio y de un tiempo precisos. A ese respecto, el filósofo y lingüista Ludwig Josef Johann Wittgenstein argumentaría que el ser humano contiene y confina el dolor a través del lenguaje. Previo a la expresión el sufrimiento aflige al ser humano como una muda sensación. Ponerlo en palabras localiza el suceso doloroso en un sitio y lo asigna un significado (Galimberti, 2002).

La Concepción Social del Proceso de Salud-Enfermedad

La persona solicita el consejo del acompañante y terapeuta por razón de una desazón en lo profundo de su ser, un malestar que se expresa en la forma de narrativas que descubren un sentimiento de desvalimiento ante la adversidad y la propia mortalidad. Sin lugar a dudas, para ser capaz de intervenir es necesario que el motivo de consulta quede expresado en la forma de una demanda (Martínez, 2006).

Un abrigo puede arropar su cuerpo, sustancioso alimento nutrirlo, experimentar tierras lejanas, desafanar sus pies de penosos andares; aun así, el ser humano puede afligirse a causa de un mal existencial (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015). El sufrimiento preexiste a la enfermedad; a decir verdad, dispensada de dicho decaimiento emotivo, la enfermedad suele ser apenas si un mal pasajero. El concepto de enfermedad ha evolucionado con los tiempos, siendo las ideas sobre su origen, las causantes de dicho cambio (Viniegra, 2008).

Tal transformación de la concepción social en torno de las causas de la enfermedad se aparece peculiar; las perspectivas científico-materialistas ignorarían, las más de las veces, todo origen ligado a la mente. El mundo de occidente «diviniza» la liberación de la angustia corporal o psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015). De ahí que la persona rechace cualesquiera diagnósticos médico o psicopatológico (Juárez, 2011).

El concepto de enfermedad apunta a toda alteración —de cuerpo o mente— que toma la forma de “síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (OMS); o sea, un desequilibrio de los procesos adaptativos en los ámbitos biológico, psicológico y social, desequilibrio que se evidencia en sus acciones.

Palabras como «comportamiento» o «conducta» se refieren a las acciones o respuestas manifiestas que la persona utiliza ante la ocurrencia u omisión de estímulos. ¿Qué sucede cuando se evidencia la inadecuación de los recursos personales en lo que concierne a la conformación según el canon social? Penosamente, el sufrimiento se «patologiza» bajo etiquetas diagnósticas. La actualidad de la persona coarta su potencialidad; o, a decir de Kierkegaard: “Una vez que me etiquetas, me niegas”.

Llegados a éste punto, la psicopatología es el estudio científico y sistematizado de la etiología, sintomatología y evolución de la conducta anormal (Lemos, como se citó en Jarne et al., 2006). Se trata de una disciplina que se dedica a la descripción y explicación de la «desviación del acto-respuesta», a la construcción del psicodiagnóstico del consultante, y la subsiguiente intervención terapéutica. En suma, tal área de estudio se centra en la especificación de las causas del comportamiento atípico, el señalamiento de los factores de riesgo con él asociados, y el establecimiento de los debidos procedimientos para la prevención e intervención (Jarne et al., 2006).

El concepto de conducta anormal se ha considerado imprescindible para la comprensión de la razón de ser de la psicología clínica por cuanto alude a la expresión del acto humano cuya

manifestación —de suyo anómala y disruptiva— evidencia la desviación según un criterio social; lo cual demanda la interpretación de parte de un especialista. Dicho de otro modo, la conducta anormal describe una operación personal que exhibe pautas conductuales infrecuentes y contrarias a la norma, además de una incapacidad para la realización de objetivos y una respuesta imprevisible (Jarne et al., 2006; Sarason y Sarason, 1996).

La psicología clínica encierra un vasto conjunto de teorías y procedimientos. El psicólogo clínico trabaja sobre todo en la promoción de la salud psicológica, así como en la intervención y rehabilitación de aquellas personas que han topado con cualesquiera dificultades adaptativas o psicológicas (Sánchez, 2008). La palabra «clínica», del griego klinós, “cama”, alude a la idea de que el clínico “...se inclina sobre el que yace en la cama” (Sánchez, 2008, p. 1); es decir, el profesional se aproxima a la persona cuya salud —corporal o psicológica— ha sido perturbada.

La expresión «normalidad» suele encontrarse con frecuencia al lado de la expresión «salud» toda vez que el comportamiento se juzga dentro de los criterios normativos y se presume la ausencia de signos/síntomas psicopatológicos, aseverando con ello: (1) un estado funcional y una capacidad de adaptación razonables, (2) un bienestar subjetivo puesto de realce cuando el consultante hace una valoración positiva acerca del propio estado de salud; la anormalidad, por su parte, se corresponde con aspectos tales como la desadaptación y la enfermedad (Orozco, 2014).

La enfermedad —la anormalidad— acarrea inevitables consecuencias sociales (Rivas, 2012); como ejemplo, la marginación y la exclusión. En medio suyo aguarda inequívocamente, el sufrimiento; el cual asoma en la forma de respuestas cognitivas, emotivas y comportamentales constrictivas, distorsionadas o disruptivas. A un estado tal se lo conceptualiza a menudo en la forma de etiquetas diagnósticas como si simplemente se tratara de una desviación de naturaleza biomédica.

De ahí, los pensamientos, sentimientos, memorias o sensaciones físicas angustiantes —en pocas palabras, el hecho de ser humano— han pasado a ser considerados como «síntomas» (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015).

La enfermedad (en latín, *infirmītas*; “desprovisto de firmeza”) acucia el recuerdo de la finitud de la vida: tal como escribiera el novelista estadounidense Don Richard DeLillo: “el ser humano conoce aquello que ninguna otra criatura conoce: que ha de ser muerto”. Pese a que través del dolor y del sufrimiento, se descubre el valor de la propia existencia. Prestar oído al dolor de los vivos hace del ser humano un ser obsesivo. Enterarse de la finitud de la vida debe atizar la plena atención; ha de conducir al ser hacia la confianza y los medios que descansan en sí mismo. El problema recae en que las manifestaciones enrevesadas o inhabituales se juzgan como enfermedad. Sin embargo, es justo esa complejidad, esa coexistencia de la normalidad y de la anormalidad; de la sombra y de la luminosidad; del desaliento y del contento, lo que nos hace humanos (Grün, 2014).

Ahora bien, la idea de salud comprende “no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (OMS), sino el pleno estado de bienestar cognitivo, emotivo, moral, corporal, y social, que idealmente percibe, experimenta, y manifiesta, toda persona. Ésta definición, un tanto estática, omite el dinamismo de la salud, perdiendo de vista los varios escalones de salud, de enfermedad. El ser humano concibe la «salud» (en latín, *salūtis*; “salvación”; “inalterado”; “intacto”) como su estado original; estado de plena capacidad que comprende las capacidades lógicas, emotivas, interaccionales, en los ámbitos interpersonales y sociales.

El clínico examina la enfermedad como aquella agresión en contra de la persona, la cual es quebrantada por manifestaciones inusuales; exteriorizaciones que acusan una perturbación en distintas dimensiones. Entre tales manifestaciones unas se evidencian de manera objetiva, denominadas como signos (i. e. un pulso acelerado, variaciones en la temperatura corporal); otras más, son tan sólo experimentadas de manera subjetiva, denominadas como síntomas (i. e.

la astenia, el dolor, y la náusea). Para el sufriente, la enfermedad se percibe como una adversidad o desventura que conmueve las dimensiones biológicas, sociales, morales y psicoemocionales del ser (Sociedad Española de Medicina Interna, 2021).

Cuestionemos, tal como lo hiciera el psicólogo estadounidense Abraham Harold Maslow (2016); ¿acaso significa, la mera manifestación de síntomas, «enfermedad»? ¿Significa «salud», comparativamente, la ausencia de síntomas? No sentir ya nada significaría perder la percepción de uno mismo (Kast, 1997, como se citó en Grün, 2014). Los significados de «salud» y de «enfermedad» se determinan a tenor de la utilización de las respectivas expresiones en medio de las relaciones que tienen ocasión en torno de la persona. Las personas por sí solas no pueden significar nada: sus acciones carecen de sentido hasta que se encuentran con sus semejantes (Gergen, 1992, como se citó en Rozo, 2002, p. 3).

CAPÍTULO 2. LOS IMPLICADOS EN LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

La Relación Psicoterapéutica

La psicoterapia, o «cura del alma», es, sobre todo, una construcción relacional. La relación psicoterapéutica establece una relación necesariamente profesional sobre una relación esencialmente interpersonal; una relación primordialmente humana en medio de la cual las partes acuerdan colaborar (Bernardi et al., 2004). Una relación es una correspondencia, es un puente entre los seres implicados. En tal sentido, es preciso destacar la significación de los aspectos interpersonales en el accionamiento de un proceso terapéutico.

Charlene M. Hanson y Judith A. Spross (2005) describen la colaboración como un proceso dinámico e interpersonal en el que los implicados se comprometen a interactuar de manera constructiva con el fin de encontrar soluciones, aprender de la mutua experiencia y conseguir los objetivos preestablecidos. Entonces, la colaboración constituye un proceso flexible con especial acento en la interacción social y la comunicación entre los individuos involucrados (Hanson y Spross, 2005). Un proceso que requiere un compromiso con el aseguramiento de una disposición atenta, asertiva, compasiva, constructiva y respetuosa.

Poco importa la línea teórica sobre la que se sostiene la práctica psicoterapéutica si se banaliza la relevancia de afianzar la relación terapéutica en favor de los alcances y propósitos de la intervención psicológica o tratamiento (Etchevers et al., 2010), en el curso de los cuales, el terapeuta colabora con su contraparte en la comprensión, minoración, superación, o, incluso prevención, de los eventos adversos, así como en el reconocimiento y perfeccionamiento de los recursos personales (Bados, 2008).

D. E. Hartley (1985, como se citó en Etchevers et al., 2010) explicaría que la alianza terapéutica se compone de, por un lado, una relación real, por cuanto encierra la unión entre consultante y terapeuta; por el otro, una alianza de trabajo, que, como tal, descubre y desarrolla la capacidad de ambas partes para el trabajo conjunto conforme a los propósitos previstos.

El filósofo y científico prusiano, Immanuel Kant escindió el objeto del conocimiento en noúmeno y fenómeno, declarando que no es posible conocer la verdadera naturaleza del fenómeno, sino solo su representación en nuestra mente (López, 2013). El conocimiento, pues, no preexiste a la relación.

El profesional en psicología clínica, despojado de cualesquiera perspectivas teóricas es simplemente «otro» ser humano; en ningún caso, experto, por cuanto la experiencia —mejor dicho, el conocimiento— del consultante se preserva inaccesible para el especialista si no se lo hace partícipe por intermedio del lenguaje. La distancia al «otro» es salvada por mediación de la comunión (en griego *koinonía*, “participación, relación, unión en lo común”). El ser —el sujeto— hace las veces de objeto, de «otro» —situación que tiene ocasión inversa, simultánea, y permanentemente en la relación. Sirva para ilustrar:

Y, como la existencia ajena me revela el ser que soy, sin que yo pueda ni apropiarme de este ser ni siquiera concebirlo, esa existencia motivará dos actitudes opuestas: el prójimo me mira y, como tal, retiene el secreto de mi ser, sabe lo que soy; así, el sentido profundo de mi ser está fuera de mí, aprisionado en una ausencia; el prójimo me lleva ventaja (...)
No puedo ser en presencia de otro sin ser ese «en-presencia». (Sartre, 1993, p. 388)

Lo que quiera que sea lo bueno para la persona no es algo que pueda descubrir a solas, pese a la naturaleza personalísima del deseo. Se necesita del «otro» en el proceso de ser uno mismo (Albert, 2016). El pensador alemán Max Scheler argumentaría que una persona es “la sustancia unitaria de todos los actos que lleva a cabo un ser, sustancia ignota, que jamás puede darse en el ‘saber’, sino que es vivida individualmente; así pues, no es ningún ‘objeto’, ni mucho menos una ‘cosa’” (Scheler, 1957, p. 223).

Los comunicantes sostienen una intención que los impele al acto de reunirse, de comunicarse más allá de las palabras que constituyen el propio lenguaje (Urpí, 2010). La realidad

se «escribe» conjuntamente; como resultado de la existencia propia y alterna; por efecto de la palabra y del silencio; es construida como un proceso histórico en medio de las interacciones sociales posibles gracias al lenguaje (López, 2013).

En la relación psicoterapéutica el «deseo de conocer» se muestra en el «rapport» (del verbo francés rapporter, “crear una relación”) en la medida en que el terapeuta desea socorrer al consultante a comprender sus circunstancias (Bernardi et al., 2004). El especialista que «siente con el otro» se compromete verdaderamente por su acompañado. No permanece indiferente, inerte, sino que percibe su intención de ser, de estar en disposición (Grün, 2014). De donde surge la necesidad en el profesional en psicología clínica de conocer sus fines y limitaciones en cuanto al cuidado del prójimo (Coca et al., 2020). Ciertamente, la calidad de la alianza terapéutica se corresponde con los efectos de la psicoterapia con prescindencia de la clase de intervención (Horvath, 2001, como se citó en Etchevers et al., 2010).

El «rapport» es, entonces, la voluntad concurrente de construir una «relación empática» entre los reunidos; la confección de un entendimiento mutuo, de una participación emotiva. El especialista debe de traducir el sufrimiento del «otro», arrimándose a un sentimiento de empatía, y prestando atento oído. La empatía es, en resumidas cuentas, un ajuste emocional, la capacidad de sintonizar afectivamente con el emisor construyendo una relación de provecho (Fanelli, 2012).

En tal sentido, se pone de realce la necesidad de la capacidad del especialista para la aceptación de la actualidad y potencialidad del consultante; a título de acompañante, el clínico se presenta como semejante, como alguien que sostiene al «otro» de manera comprometida (Raffo, s. f.). La inexistencia o subdesarrollo de la alianza terapéutica, de la empatía —o bien, de la comprensión empática— y la confianza entre consultante y terapeuta, amenaza el proceso de cambio terapéutico y, no pocas veces, causa el rompimiento de la relación de ayuda (Santibáñez et al., 2009, como se citó en Etchevers et al., 2010). Se trata del afinamiento de la capacidad para comprender la experiencia emocional del «otro», en tanto se lo reconoce como semejante (López, Filippetti y Richaud, 2014). Cuanto más se abre el especialista a las realidades propias

y alternas, menos desea «arreglar las cosas» (Rogers, 2012). El conocimiento sólo puede surgir de la aceptación y correspondencia entre semejantes.

La Definición del Papel del Psicoterapeuta: un Desafío

La psicopatología ha erigido su legado sobre una colección de encuadres teóricos que aspiran al entendimiento del pensamiento, el sentimiento, la percepción y la habilidad; aspectos cuyo entrelazamiento induce una variedad de estados psicoemocionales y manifestaciones comportamentales. La palabra psicopatología —proveniente del griego— se compone por tres expresiones: la antedicha «psykhé», es decir, «alma» o «mente»; «páthos», cuya más notoria acepción es «sufrimiento»; y «logía», «estudio». De ahí, la psicopatología es, en principio, la ciencia positiva que categoriza, describe, y estudia el sufrimiento. Las contribuciones de la investigación psicopatológica guardan una doble naturaleza: acrecientan el saber acerca del comportamiento humano y conducen el quehacer clínico (i. e. prevención, diagnóstico e intervención). En otras palabras, la fundamentación teórica de la psicología clínica se halla en la psicopatología. A fin de distinguir, la psicología clínica es una disciplina aplicada que orienta, sobre todo, el proceso valorativo-terapéutico del consultante; la psicopatología, una disciplina investigativa que persigue la formulación de leyes que expliquen los trastornos psicológicos (Jarne et al., 2006).

La psicología clínica es una profesión en constante cambio. Si bien su propósito originario, a decir, la aplicación de los principios producidos y comprendidos dentro de la psicología general a la experiencia y vicisitud humanas permanece prácticamente invariable, los instrumentos mediante los cuales persigue la realización del tal cometido, a saber, la metodología y la estructura de la propia disciplina, se actualizan de continuo. De manera general, el psicólogo clínico centra su quehacer, labor que pone especial acento, las más de las veces, en las diferencias individuales, en las áreas del psicodiagnóstico, la psicoterapia, la evaluación, la

enseñanza, la supervisión clínica, la investigación, la divulgación, la consultoría, y, todavía, la administración (Phares y Trull, 2002).

El sufrimiento o malestar psicológico, sin tener en cuenta el grado o severidad, oscurecen la cotidianidad. Si bien en ocasiones su disolución se aparece sencilla, no necesariamente en otras. La resolución de las variadas problemáticas yace en las capacidades personales de apertura, de compromiso, de entendimiento, de resiliencia, de resignificación, tanto cuanto en los recursos psicoemocionales; no obstante, un sinnúmero de personas buscará a otras personas, entre ellas, amigos, familiares, y profesionales, con el fin de arribar al desembrollo de las circunstancias originadas. He aquí el sentido de la ocupación del profesional en psicología clínica: encauzar y orientar al consultante en la búsqueda de soluciones; cumpliendo, con ello, su principal finalidad (Ordoñez, 2018).

El número y naturaleza de las cuestiones abordadas por el profesional en psicología clínica son manifiestamente vastos; por ejemplo: adicciones, ansiedad, delincuencia juvenil, depresión, desorientación vocacional, dificultades en el aprendizaje, dificultades relacionales (v. gr. dificultades familiares, de pareja, sociales), dificultades sexuales, el duelo, psicosis, trastornos de la personalidad. No obstante, existen consultantes que apelan a la psicoterapia a fin de conocerse y comprenderse profundamente, y no a causa de síntomas existencialmente disruptivos (Phares y Trull, 2002).

El origen de la profesión clínica se puede identificar en los intentos por comprender y modificar la conducta sirviéndose en prácticas místicas, creencias religiosas, explicaciones médicas y procedimientos psicológicos (Hothersall, 1997, como se citó en Vargas, 2006). A tal efecto, la ciencia psicopatológica se cuestionaría, ¿qué clases de comportamiento existen?, ¿a causa de qué es que se originan?, ¿con qué características biológicas y socioculturales se relacionan?, y ¿cómo prevenirlas y tratarlas? (Jarne et al., 2006).

La clasificación de la conducta (i. e. conducta normal y conducta anormal) conforme a la concepción del paradigma conductual se expresa en función de la adecuación de la misma con relación al contexto sociocultural del actuante. La adaptación constituye un proceso dinámico, pues supone la manera en que una persona interactúa con el ambiente circundante teniendo en consideración las alteraciones ocurridas en éste. Qué tan bien se adapte una persona, depende de dos factores: sus propias características (habilidades, actitudes, condición física) y las características de las situaciones que la rodean (Sarason y Sarason, 1996).

La modificación de conducta se centra, a su vez, en el aprendizaje, desarrollo, sostenimiento y adaptación del repertorio comportamental de la persona, poniendo especial acento sobre el potencial adaptativo de aquella, de cara a la cambiante naturaleza del entorno (Kazdin, 1983). La característica más notable de la modificación conductual es su insistencia en una definición de las problemáticas con arreglo al acto-respuesta, de manera tal que sean susceptibles de una estimación objetiva; tanto cuanto tomar las variaciones en las evaluaciones del comportamiento como sobrado indicador del grado de resolución (Martin y Pear, 2008).

Ahora bien, ¿qué se concibe como conducta normal? Se refiere al acto-respuesta orientado a la adaptación e integración de la persona a su entorno social. Es decir, un repertorio conductual que evidencia: (1) consonancia con el criterio sociocultural; (2) una aptitud razonable respecto a los procesos de socialización y de autorregulación psicoemocional; y (3) en la previsibilidad de respuesta en relación a la presencia o ausencia de estímulos (Orozco, 2014; Phares y Trull, 2002).

Por otra parte, la definición del concepto de anormalidad, es, sin lugar a dudas, motivo de controversia (Jarne et al., 2006). A la conducta anormal se la define como el acto-respuesta que: (1) se descarrila del criterio sociocultural; (2) induce un sufrimiento o malestar significativos; (3) estorba a la consecución de metas relevantes para la persona; y (4) paraliza la construcción de

redes relacionales. Ante tal cuestión conviene preguntarnos: ¿existe una línea divisoria entre normalidad y anormalidad?; ¿cómo saber cuándo se ha cruzado? (Orozco, 2014).

Históricamente, existen tres clases de concepciones acerca del origen de la conducta anormal: (a) la concepción mágica, (b) la concepción organicista, y (c) la concepción psicogénica (Jarne et al., 2006). No hace mucho tiempo, aquella persona considerada como anormal era confinada a un manicomio, o lo que es lo mismo, una clínica cuya atención se centrara en el enfermo mental. Si bien, hoy día al sufriente se lo institucionaliza rara vez, ordinariamente se lo confiere con una etiqueta diagnóstica, que, de manera encubierta, acusa la segmentación entre normalidad y anormalidad.

Está de más decir que semejantes clasificaciones, las cuales subestiman la complejidad de la experiencia humana, tienen un profundo efecto personal y social, toda vez que propician la marginación, el prejuicio, la discriminación y el aislamiento (Pulido, 2018).

En la Antigüedad la enfermedad no se ceñía a un fenómeno corporal cuyo origen se examinara por el médico con vistas a la curación. El trastorno psicológico era considerado como efecto del pecado humano, de un castigo divino, o de la acción demoniaca (Rivas, 2012; Jarne et al., 2006). Sin excepción, toda cultura y época histórica se ha cuestionado acerca del sufrimiento. Sociedades preclásicas —como la mesopotámica, la hindú, la china, y la hebrea— observaban la conducta anormal bajo la concepción demonológica.

En el amanecer de la cultura griega, la concepción demonológica sobresale entre las actuales concepciones de la psicopatía. De hecho, los sanatorios de la época prehipocrática fueron los templos dedicados al culto de Asclepios, dios de la medicina y de la curación (Coto, Gómez y Belloch, 2008).

Hipócrates de Cos, médico de la Grecia Antigua, insistiría, más adelante, en el origen natural de la afección y perturbación psicofísicas. Consideraría el cerebro como órgano de la conciencia, de la vida intelectual y emocional, de lo cual aduciría que la desviación de la razón y

de la conducta acusaría la existencia de una patología cerebral (Davison, 2003). De semejante manera, Alcmeón de Crotona, filósofo y médico pitagórico, preservaba al cerebro como asiento de la razón y de la mente, ensalzando que la salud descansaba en la armonía entre las fuerzas externas y las internas (Coto, Gómez y Belloch, 2008). Los males del alma y del cuerpo estarían determinados por causas naturales, y, por ende, ocultarían una explicación fisiológica y una terapéutica de naturaleza somática (Jarne et al., 2006).

Posteriormente, como culminación del florecimiento del imperio romano, es atinado mencionar al cirujano y filósofo griego Claudio Galeno Nicon de Pérgamo, quien no sólo reunió y organizó el saber médico preexistente, sino que, asimismo, añadió sus observaciones personales; más concretamente, una teoría sobre los temperamentos humanos, raíz de los planteamientos biotipológicos en torno de las diferencias individuales y de la personalidad.

El pueblo árabe asumiría la encomienda de esparcir el conocimiento científico durante la Edad Media. La traducción al sirio de las obras de Hipócrates y Galeno no es sino la continuación de la tradición médica grecorromana, así como su transmisión al resto de occidente. Ibn Sīnā, polímata persa, describiría la anormalidad mental, destacando juntamente con otros escritores médicos del mundo árabe medieval como Al-Rāzī, Averroes y Maimónides (Coto, Gómez y Belloch, 2008).

Tras la declinación de la cultura clásica, el monacato cristiano reemplazaría al saber médico con su labor misionaria. El caso del trastorno mental turbaría a las autoridades cristianas tempranas. La Iglesia se cuestionaba si el actor del comportamiento inusual, cualquiera que fuera, era un santo o un aliado del diablo (Coto, Gómez y Belloch, 2008). La demonología; doctrina concerniente a los demonios, juzgaba al comportamiento anómalo como instigado por la habitación de espíritus pérfidos en el cuerpo del sufriente. Con ésto se concretaba la creencia en poderes mágicos o diabólicos con influencia sobre los acontecimientos y comportamientos, en especial los desfavorables (Echeburúa, 1986). El exorcismo haría las veces de intervención terapéutica, causando la fuga de los dichos espíritus a través de cantos rituales o, incluso, tortura.

Se encomendaría a los monjes la atención del sufriente a través de la oración y la ingesta de brebajes en ritos inusitados. Los lazos familiares se desligarían a causa de la superstición.

El S. XIII vería el despuntar de una obsesión por la conducta aparentemente instigada por el propio demonio. El deseo sexual, en muchas mujeres irrefrenable, las arrastraba a realizar el acto sexual aún con seres demoniacos, hecho que las trocaría en brujas, entonces perseguidas, torturadas y ejecutadas (Davison, 2003). A todo esto, en el año 1486 los monjes dominicos Heinrich Kramer y Jacob Sprenger publicarían la obra *Malleus Maleficarum* (del latín; “Martillo de las Brujas”) en el contexto de la «caza de brujas»; el dicho volumen contiene sobresalientes referencias en lo referente a la influencia diabólica en la enfermedad mental (Echeburúa, 1986).

Mientras que en los siglos XV y XVI se estableciera el confinamiento formal del sufriente, constituyéndose los primeros hospitales psiquiátricos y sanatorios en ciudades como Barcelona, Valencia y Londres (Jarne et al., 2006), las postrimerías del siglo XVIII supondrían el principio de un movimiento a favor del trato humanitario de los alojados en las instituciones con el psiquiatra francés Philippe Pinel como portavoz —inspirado por la compasión y la comprensión del «otro» (Davison, 2003).

Llegado el siglo XX, se pondría especial acento sobre la teorización explicativa; una con inclinaciones, por un lado, biologicistas, herederas de la tradición hipocrática y nacidas en el contexto médico; y, por el otro, de cariz psicologicista, que pondrían de relieve la historia personal, antes que la historia de la afección (Davison, 2003). El modelo médico de la conducta anómala argumenta que la conducta anormal es efecto de una enfermedad que se expresa mediante determinados síntomas (conductas desviadas), es decir, un síndrome, y, claramente, un curso de desarrollo (Echeburúa, 1986). ¿Qué fuerzas causan el descarrilamiento de la conducta?

A decir del médico neurólogo vienés de origen judío Sigmund Freud: el instinto o la pulsión; estados innatos del ser humano —tendientes o bien a la vida o a la muerte— que dan dirección a procesos tales como, entre otros, el pensamiento, la percepción y la memoria. De

cierto, todo acto del ser es, al mismo tiempo, acto de cuerpo y de mente, toda vez que en la unidad del ser humano no existe porción que algo haga sin la participación de la otra (Rivas, 2012). Freud sembró sus raíces en la observación clínica tanto cuanto en la metodología terapéutica, más que en la discusión sistemática o en la ciencia experimental (Keller, 1990). En sus días, existían pocos métodos eficaces de tratamiento en la gran mayoría de campos de la ciencia médica; sobre todo por razón del desconocimiento de las causas de las enfermedades y trastornos, ya fueran corporales o psicológicos. Entre los trastornos de más notoria recurrencia durante los últimos años del siglo XIX hay que mencionar la histeria, o trastorno por somatización (Sarason y Sarason, 1996), una clase de neurosis caracterizada por síntomas funcionales carentes de causas orgánicas (Galimberti, 2002).

En un principio, el médico austriaco se sirvió de la hipnosis como instrumento para el desvanecimiento de los síntomas de sus pacientes a través de la recuperación de recuerdos; sin embargo, debido a que algunos de ellos no eran susceptibles de hipnosis, optaría por comenzar el desarrollo del método del psicoanálisis, en el cual, si bien el paciente recobra sus desatendidas memorias, lo consigue prescindiendo de la hipnosis (Sarason y Sarason, 1996).

La teoría psicoanalítica fundada por Sigmund Freud no constituyó una escuela; ni siquiera él mismo fue un psicólogo de profesión (Keller, 1990). En el día presente, los psicoanalistas son médicos capacitados no sólo en la ciencia psiquiátrica, sino, juntamente, en la ciencia analítica. El profesional en psicología, aunque desprovisto de una formación médica, está igualmente calificado para practicar el psicoanálisis. El psicoanalista considera que el origen de la conducta anormal o desadaptada se puede hallar en las experiencias, pensamientos y sentimientos de la primera infancia, los cuales perduran hasta el fin de nuestros días (Sarason y Sarason, 1996).

Existen, pues, indicadores que acusan la irregularidad conductual; entre ellos: (a) la infrecuencia estadística, noción que destaca la singularidad del acto-respuesta individual que se aparta de las normas culturales; (b) la violación de normas, la contravención de la normatividad y el menoscabo

del orden social mediante el acto disruptivo; (c) el malestar personal, considerando que a quien se comporta de manera anormal lo aqueja la incomprensión, la marginación y el sufrimiento —existen excepciones, claro está; (d) la incapacidad o disfunción, a decir, la imposibilidad de la consecución de una meta, la impericia socioocupacional, que acusan un comportamiento desadaptativo; y, por último, (e) la imprevisibilidad, criterio que apunta a la impredecibilidad de las acciones del individuo ante eventos o estímulos (Jarne et al., 2006; Sarason y Sarason, 1996).

Para ilustrar la transformación de la concepción social del profesional en psicología clínica, es decir, del terapeuta dentro de la relación psicoterapéutica, es oportuno destacar los paradigmas más notables desde la consolidación de la psicológica científica.

Primero de todo, conviene aclarar el concepto de paradigma, expresión que fuera traída a la luz en el decenio de los 1960 por Thomas Samuel Kuhn en la obra intitulada *La Estructura de las Revoluciones Científicas*; ante la amplia variedad de acepciones que encerrara dicho término, el epistemólogo juzgaría de indispensable precisar el significado del mismo, apuntando a no más que un par: la primera en un sentido amplio y con un tono marcadamente sociológico («matriz disciplinar»); y la segunda en un sentido singular («ejemplares»), a la manera de subconjunto de la primera. Considerando el propósito del presente escrito, se hará uso de la primera acepción, la denominada «matriz disciplinar», acerca de la cual Kuhn declarara que no se trata sino de la vasta colección de principios teóricos, de metodologías, líneas temáticas y ejes investigativos que unifican a un colectivo de investigadores y portavoces, quienes adquieren, indefectiblemente, un compromiso con él (Hernández, 2012).

A juzgar de algunos, meros charlatanes, por otros, estimados como bienhechores, no pocas veces descorazonados ante el propio desconocimiento acerca de la condición humana, otras tantas, complacidos por el notable progreso de sus consultantes, el psicólogo clínico ha de arrostrar la ambigüedad. Entre sus menesteres, busca acompañar, comprender y colaborar con

el consultante en el pasaje a través de las perturbaciones del pensamiento, del sentimiento y del comportamiento; en otras palabras: participar de la experiencia del «otro» (Phares y Trull, 2002).

La experiencia —acorde con el fisiólogo, médico, filósofo y psicólogo alemán Wilhelm Maximilian Wundt, aprendiz de los anatomistas Johannes Peter Müller y Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz; juntamente, fundador del primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig en el año 1879, es un acontecimiento comprensivo, efecto de la relación del ser en el mundo, sensible, o bien, puesto de manifiesto en la forma de sensaciones, emociones, sentimientos y percepciones. Ciertamente, la época era propicia para la fundación de la psicología científica.

La psicología experimental temprana se asentaría sobre técnicas y hallazgos de la ciencia fisiológica, sin dejar de lado la tradición filosófica. De tal suerte, la psicología del siglo XIX fue, ante todo, efecto de la unión de la filosofía y la fisiología. El objeto de conocimiento del psicólogo sería la conciencia —más precisamente, la experiencia— y su compromiso, la descripción del contenido o estructura mentales, en términos de elementos y sus combinaciones.

Con el fin de conocer la experiencia del «otro» el psicólogo había de optar, al decir de Wundt, por la introspección, un procedimiento analítico-experimental, como su método de elección —posteriormente, una incomprensida y mal empleada metodología. Para el fundador de la psicología experimental, la introspección suponía no más que tener la experiencia. El acto de «tener» correspondía a «observar». El mundo es experiencia, y cuando el ser lo tenía, lo había observado. La psicología buscaría dar respuesta al interrogante ¿qué hacer científicamente con la dicha experiencia? Ante todo, la experiencia ha de ser analizada (Keller, 1990).

En la psicología experimental, la experiencia confiesa la concurrencia y correspondencia de los procesos mentales y corporales; observable desde el punto de vista objetivo, cuantitativamente mensurable con arreglo a escalas homogéneas, en una secuencia de repetibilidad, y con procedimientos causales (Galimberti, 2002). En cierto sentido, la experiencia se evidencia mediante la conducta.

La conducta observable, pongamos por caso, haría las veces de objeto de estudio para el psicólogo adscrito al paradigma conductista. Una cualidad común en las concepciones de sus partidarios es el pronunciado asociacionismo por ellos utilizado en la descripción y la explicación del proceso de aprendizaje no obstante el nivel filogenético del organismo. Del empirismo, el paradigma conductista adoptó tres de sus características definitorias: el ambientalismo, el asociacionismo y el anticonstruccionismo (Hernández, 2012).

Los estudiosos del comportamiento, más concretamente, del comportamiento anormal, muestran una especial inclinación por los pensamientos, los sentimientos, las percepciones, y la presencia actual o potencial de habilidades que induce y exige la existencia humana. Los pensamientos, sentimientos, percepciones y habilidades se entretajan para urdir y accionar los estados mentales y la conducta que encierra la secuencia adaptación-inadaptación (Sarason y Sarason, 1996).

La conducta es, pues, lo que se hace o dice (Martin y Pear, 2008); lo cual es susceptible de modificación. Dicho objetivo perdura hasta el día presente: la modificación conductual supone la culminación del ejercicio clínico; proceso el cual estriba en la intervención sistemática con base en la evaluación (descriptiva, explicativa, especulativa y normativa) del comportamiento —con la pretensión de minorar el tendiente a la desviación, y de reforzar, en oposición, el de naturaleza adaptativa.

A decir de Edward Lee Thorndike, si el experimentador altera los estímulos, el aprendiz o evaluado, alterará su respuesta (Keller, 1990). El psicólogo conductual centra su atención en el aprendizaje y consideran el comportamiento como efecto de las relaciones estímulo-respuesta (E-R), no de la interioridad. El psicólogo estadounidense John Broadus Watson, por su parte, juzgaría el desarrollo humano como poco más que un proceso mecánico. De ahí, el conductista ciñe su estudio alrededor de la conducta manifiesta; declarando que el comportamiento no es cosa otra sino efecto del gradual reforzamiento del entrelazamiento estímulo-respuesta (Sarason y Sarason, 1996).

A Watson se lo considera el catalizador de un distanciamiento respecto al estudio de la conciencia, o lo que es lo mismo, al determinismo internalista inherente a los modelos estructuralista, psicométrico y psicodinámico. En sus escritos, el fundador de la perspectiva conductista, estimaría todo proceso de aprendizaje como equivalente a los procesos de condicionamiento previamente explorados por el fisiólogo ruso Iván Petróvich Pávlov (Kazdin, 1983), contribuyendo a la configuración de una psicología sujeta a la comprobación experimental.

A partir de la década de los 1930, el paradigma conductista se superaría a sí mismo; amparado en la concepción de la cognoscibilidad de los procesos mentales en la forma de la conducta mediante la obra de autores como Edward Chance Tolman y Clark Leonard Hull: una vertiente conductista que atiende lo mental, para consolidarse, más tarde, en el conductismo operacional.

Más adelante, Burrhus Frederic Skinner haría hincapié en el análisis funcional del comportamiento individual, denominando, simultáneamente, a su estudio y a su obra, como conductismo radical; subrayando la significación de las consecuencias de una acción en el modelamiento del comportamiento mediante la unidad respuesta-reforzamiento (Tortosa y Civera, 2006).

Para el psicólogo norteamericano de origen británico William McDougall —quien en su obra *Psicología Fisiológica*, publicada en el año 1905, definiera a la ciencia psicológica como la ciencia positiva de la conducta de las criaturas vivientes— la conducta no es un entrelazamiento ordinario de reflejos. McDougall describiría tres clases principales de actos: (1) la cognición (sentir o conocer); (2) el afecto (sentir o emocionarse); y, (3) la conación (el desear o luchar); poniendo especial acento en el acto conativo, es decir, el acto intencionado hacia la consecución de metas (Keller, 1990). La conducta no se trata, pues, de respuestas únicas a estímulos únicos; sino, más bien, de actos en sucesión; sucedidos no pocas veces en una variabilidad de ejecución. En cada acción: una intención. Con ello, se pone de realce la distinción entre movimiento reflejo y movimiento voluntario (Keller, 1990).

Adentrarse en el estudio de la ciencia psicológica exige interrumpir el paso y contemplar, justamente, uno de los contrafuertes de la condición humana: la voluntad. La palabra voluntad (del latín *voluntātem*, “querer”, “desear”) expresa: (1) la potencia de querer; (2) el acto de querer, y (3) el objeto pretendido o querido en sí mismo (Rojas, 1996). La voluntad es la anunciación de la libertad de todo ser; encierra la potencia suma de la existencia; es el presentimiento de la completitud del ser, un pronunciamiento: la invocación de un pensamiento, la composición de un sentimiento, la afirmación del acto humano-en el mundo.

El teórico constructivista cree que el pensamiento y el conocimiento se construyen personalmente por mediación de la experiencia; más aún, rehúsa la preexistencia de absolutos y yace a la espera del encuentro y la evidencia; toda afirmación debe ser observada con una duda razonable. El mundo se construye mentalmente de maneras variadas, por tanto, ninguna teoría guarda la verdad (Schunk, 2012). En tanto que, para el psicólogo conductual, todo comportamiento, no obstante su complejidad, puede ser analizado en sus partes elementales, es decir, mediante estímulos y respuestas, para el psicólogo constructivista, el ser cognoscente no es capaz de conocer al ser cognoscible si no lleva a efecto una acción o serie de acciones; en paralelo, también el objeto de conocimiento actúa, o bien, responde a las acciones del sujeto, induciendo en él una variedad de actualizaciones o ajustes en las representaciones construidas acerca del propio objeto. Existe, pues, un actuar recíproco entre sujeto y objeto (Hernández, 2012). En resumidas cuentas, la teoría constructivista abraza la corriente de pensamiento conforme a la cual el conocimiento es, sobre todo, una interpretación; una construcción íntima y subjetiva del ser humano, no más una copia de la realidad (Agudelo y Arango, 2012).

Alternativamente, la perspectiva humanista-existencial echó sus raíces en sistemas filosóficos y religiosos dispares que ponen de realce la dignidad, la libertad, y la bondad inherente de la naturaleza humana. Su constitución dentro de la ciencia psicológica tiene lugar como una reacción ante las concepciones desalentadoras en torno de la condición humana, características del psicoanálisis y del conductismo radical (Sarason y Sarason, 1996). En ese sentido, el

paradigma humanista, nominada como la «tercera fuerza», confeccionaría un planteamiento anti-reduccionista en lo referente a las explicaciones de los procesos mentales atribuidos a aspectos ambientales o a concepciones biologicistas de carácter innato fundamentadas, en gran parte, en la extrapolación de los hallazgos investigativos de la psicología comparada, a la comprensión del desarrollo humano; reclamando el estudio del ser humano como un ser autoactualizante, inmerso en un espacio interpersonal, poniendo un sensible acento en la unión de lo externo y lo íntimo; de lo objetivo y lo subjetivo (Hernández, 2012; Villafaña, 2018).

En la actualidad, se debe decir, el paradigma cognitivo o cognoscitivo es uno de los más pujantes (Hernández, 2012). En el área de la ciencia psicológica, el cognoscitivismo ha de mirarse como una teoría comprehensiva del conocimiento; más precisamente, como una esfera de la investigación ligada con la construcción del conocimiento novel y preexistente, con los procesos mentales que lo posibilitan y la neurodinámica cerebral que lo sustenta (Valera, 2008). Su planteamiento epistemológico considera que la persona confecciona las representaciones íntimas (i. e. conceptos e ideas) de modo esencialmente individual.

En ese sentido, tal actividad cognoscitiva induce los actos del ser humano (Hernández, 2012). Si bien el teórico conductista considera que la adquisición del conocimiento es consumada toda vez que el acto-respuesta se adecúa a la presentación de un estímulo determinado; el adscrito a la teoría cognoscitivista, en contraste, considera que el aprendizaje se pone de manifiesto no en la variación de la acción, sino en el cambio discreto entre los estados y causas del conocimiento, es decir, lo que la persona sabe, y cómo lo sabe (Ertmer y Newby, 1993). En otras palabras, argumentan que la regulación de la actividad (percepción y acción) no se lleva a efecto exclusivamente por el ambiente, sino, juntamente, a causa de las representaciones o procesos internos que el ser cognoscente ha elaborado (Hernández, 2012). En su concepción más ortodoxa, para concluir, la psicología cognitiva, guarda como cometido el estudio de los fenómenos psicológicos (a saber: la percepción, la memoria, el aprendizaje, la capacidad de

resolución, el planeamiento de acciones, y las acciones mismas) haciendo hincapié en los mecanismos de procesamiento de información.

Se ha descrito el «ser», por así decirlo, de los paradigmas preeminentes de la ciencia psicológica. Sin embargo, ¿cuál —podría cuestionarse— es su «hacer» fundamental? He aquí el menester general de la ocupación clínica: la evaluación psicológica.

La evaluación psicológica comprende un riguroso proceso centrado en: (1) la resolución de problemas y (2) la selección de recursos; proceso en el cual el especialista ha de dar respuesta a un motivo de consulta. A éstos efectos, son necesarios: (1) la identificación del objeto de estudio, es decir, el establecimiento de las causas biopsicosociales que subyacen en la demanda del usuario; (2) la delimitación o formulación de metas frente a un caso particular, esto con base en: (a) el diagnóstico y clasificación de la queja o trastorno, (b) la determinación de la gravedad de la queja o trastorno, y (c) la detección y predicción de riesgos subsecuentes; después, (3) la selección de estándares normativos, hecho que supone un punto de confluencia y confrontación de estándares normativos (o bien, nomotéticos) y estándares autorreferidos (es decir, idiográficos) a partir del cual el evaluador determinará las metas de evaluación; (4) la recolección de datos, tarea que inicia con la elección de los instrumentos de medición; a saber, la entrevista clínica, las historias médica y académica, el examen del funcionamiento fisiológico, las pruebas psicológicas, el autoinforme e informe proveniente de aquellos allegados al cliente, la observación directa, etc.; (5) la elección de la clase de intervención, un objetivo crucial dentro del proceso; y, por último, (6) la notificación al cliente, lo más precisa y detallada, de los resultados del proceso de evaluación, aunada a recomendaciones para una futura intervención (Fernández, 2013).

El enfoque conductual de la evaluación, por su parte, tiene como propósito la explicación del acto-respuesta del usuario del servicio psicoterapéutico, tanto cuanto la transformación, acaso sea necesaria, de los sistemas ambientales que propiciaran la alteración advertida en la

respuesta suscitada (Kendall y Norton, 1988). El evaluador de la conducta ha de centrar su atención en la identificación y exposición de la conducta inadaptada, sentando las bases para la consecución de la finalidad última de la evaluación: la modificación conductual. Con tal fin, ha de descubrir las relaciones funcionales existentes entre las irregularidades conductuales exhibidas por la persona y su causalidad (i. e. causas psicoemocionales y causas ambientales), lo mismo que su evolución (Keawe'Aimoku et al., 2009).

El modelo de evaluación conductual sería depositario de disciplinas como la frenología, la psicofísica, el evolucionismo y la psicología educativa. Sucesos tales como la fundación de los primeros laboratorios de psicología experimental; hitos investigativos como los hallazgos de Francis Galton —reconocido como padre de la psicometría— y las aportaciones a la psicología diferencial de parte de James McKeen Cattell (i. e. el primer test psicológico) y de Alfred Binet (i. e. las pruebas de inteligencia) son porción esencial de la historia de la evaluación conductual. Posteriormente, el periodo de entreguerras potenciaría el progreso de la evaluación; lo cual favorecería la consolidación de la psicología aplicada, y devendría en el perfeccionamiento metodológico y la subsiguiente extrapolación a las áreas industrial y clínica, posibilitando su universalización y especialización. Sin embargo, al concluir la guerra mundial segunda, decaería la utilidad de la evaluación colectiva volcándose alternativamente en el tratamiento de la conducta desadaptada mediante la aplicación de principios del aprendizaje; desembocando, ulteriormente, en la terapia de conducta. Ésta última considera que toda conducta es aprendida y susceptible de modificación (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012) y encierra la práctica de los principios de la investigación en psicología experimental y social, con el propósito de incentivar el desarrollo del funcionamiento personal. Su surgimiento acusa la perdurable divergencia entre las perspectivas mentalista y materialista.

La expresión terapia de conducta apunta a un conjunto de procedimientos caracterizados por un sobrado énfasis en el abordaje de las problemáticas, sin insistir gran cosa en la historia causal (Ribes, 1972). La terapia conductual es la extrapolación de los principios teórico-

metodológicos comprendidos dentro del condicionamiento a procedimientos terapéuticos, lo cual exige la adecuación ambiental, la interacción social, y la autorregulación. Ordinariamente, en la ejecución de la terapia de conducta se conviene un contrato conductual o de contingencia en el que se precisan procedimientos y propósitos mutuamente provechosos (Franks, 1998).

El terapeuta conductual se concibe, en esencia, cual enseñante. De tal manera, la conducta desadaptada es tratada haciendo uso de los principios psicológicos del aprendizaje en la forma de metodologías atinentes; como ejemplo, el condicionamiento operante, la desensibilización sistemática, el condicionamiento y entrenamiento aversivos, el modelado, así como otras técnicas orientadas a la rectificación del pensamiento irrazonable (Salorio del Moral, s. f.).

Para finalizar, la psicología y la psicoterapia, no desemejantes a otras tantas ciencias, han transitado de posicionamientos empiristas y racionales propios del positivismo moderno, a pronunciamientos posmodernos del término del siglo veinte y principios del siglo veintiuno (Sánchez, 2016). Por sobre todas las cosas, la psicoterapia es una intervención técnica llevada a efecto en la forma de una intervención interpersonal.

De ahí, con independencia de la modalidad terapéutica, del objeto de estudio, de los respectivos supuestos teóricos, de la clase de solución elegida, el terapeuta ha de construir y de consolidar la relación con su consultante en beneficio de la efectividad de un andar conjunto. Puede juzgarse de anormal el comportamiento, de aversivo el estado emocional, de irrazonable el pensamiento, mas desestimar el sufrimiento, la experiencia y conocimiento del «otro» no sólo es humana vanidad, sino que, encima, subvierte la razón de ser de la profesión clínica. El especialista ha de arribar a la aceptación de la propia inhabilidad, de la inescapable ignorancia. Acaso esquivé oportuna y conscientemente la aceptación de cualesquiera posicionamientos estimados más o menos correctos que otros, el profesional se ha asido de la neutralidad, un estado de curiosidad inacabable (Cecchin, 1987).

El Papel del Consultante

Un consultante es aquel que apela al consejo u orientación de «otro» a quien considera un especialista versado en el saber concerniente a la disolución de su queja. Un consultante es un ser en busca de sentido, de contestación a sus interrogantes. Humano como es, tal cual su contraparte el clínico, es un buscador. Si bien acuciado a la actuación a causa de un sufrimiento, de una turbación por razón de circunstancias no pocas veces infortunadas, ansía, sobre todo, el entendimiento. La disposición con la cual el ser humano acepta —abrazar— su inexorable destino, así como el sufrimiento que entraña, la manera en la cual porta su cruz, lo obsequia con una singular oportunidad —con inclusión de las más adversas circunstancias— para conceder a su vida un sentido más profundo (Frankl, 2004). La búsqueda de bienestar es inherente a la experiencia humana; la salud es cuestión acuciante. La enfermedad, por ende, conduce los actos del ser humano, no sólo en lo individual, sino, igualmente, en lo colectivo (Lemus et al., 2017). Está de más decir, el sufriente persigue la cura.

El pensador alemán Martin Heidegger, discípulo de Edmund Gustav Albrecht Husserl, escribiría que la cura, el cuidado —sorge, en alemán— supone «cuidar de», «velar por», en lo que atañe al cuidado de asuntos u objetos, pero más especialmente, al cuidado del «otro». La dicha expresión significa, asimismo, «alarma», «inquietud», «preocupación»; en sentido más amplio, denota un desvelo, un celo por sí mismo, por asumir el sino como incentivo existencial (Ramírez, Cárdenas y Rodríguez, 2015). De ahí, lo que el ser humano padece es la espera, la incerteza.

La sin duda desafortunada denominación «paciente», proveniente del latín *patientis*, describe al ser sufriente, al ser que padece; quien, resignado, encara un mal. Empero, ¿qué alentó al ser humano a tal nombramiento?

Un porqué tal vez descansa en el hecho de que el ejercicio de la medicina fuera visto, no por escasos siglos, como un insondable misterio, distanciador —incluso apoteósico. En el mundo precapitalista, el médico fue, juntamente, sacerdote o brujo, y su quehacer era, sobre todo, mágico. El profesional de la salud fue, pues, visto como un ser pletórico de carisma, poseedor

de especiales talentos conferidos por los dioses. Con el establecimiento de la ciencia médica en el siglo veinte, la ocupación de los hoy nominados “proveedores de salud” prohiaría, en esencia, un enfoque biologicista con notorio acento en la curación.

La enfermedad se erigiría, entonces, en protagonista, ensombreciendo las circunstancias socioeconómicas, culturales y psicológicas del ser humano que la sufre. De ahí, la individualidad del sufriente —juizado un cuasi-objeto— es sofocada bajo la gravedad de cualesquiera imposiciones médicas. Un paciente es, en tal sentido, un ávido recipiente del saber y prescripción del profesional de la salud; su propia competencia es prescindible (Sala, de Cárdenas y Sala, 2000); es —concebido desde un posicionamiento gerencial— un ser que opta por la pasividad (Ayuzo, 2016); o sea, dado a la dependencia, a la despersonalización, a la receptividad, y a la sumisión (Galimberti, 2002); simple solicitante de un servicio. Es a la vez un cliente; o bien, una persona que, de manera asidua, demanda el servicio de un profesional o establecimiento (Ayuzo, 2016) entablando con ello una relación, mas de carácter preeminentemente comercial.

La atención es acto sustantivo de los establecimientos prestadores de servicios de salud; va todavía más allá de un simple menester científico-técnico regido por la perspectiva administrativa, pues comporta un fenómeno sociocultural dimanado del proceso salud/enfermedad/atención, el cual acciona y organiza la interacción entre el clínico y el consultante (Lemus et al., 2017).

Debemos tener en cuenta: en los servicios de salud no se comercializan ni bienes ni objetos, sino que se acompaña y, en lo posible se alivia, el sufrimiento humano. Todo acto psicoterapéutico —como todo acto médico— encierra, por sobre todas las cosas, el humano acto de cuidar al «otro». La palabra «humano», por definición, apunta a aquello perteneciente o concerniente al género humano; no sólo, sino, asimismo, a aquella persona que participa en el sufrimiento del «otro» (Cabello, 2001). Verdaderamente, todo ser humano espera amar y ser amado (Grün, 2014); conocer y ser conocido. Ser —ni «objeto», ni «sujeto».

Todo conocimiento es conocimiento respecto de un ser distinto de sí mismo. Conocer encierra un anhelo del ser humano que deviene de la curiosidad; inclinación que conmueve a la búsqueda de aquel ser o elemento que ha de consumir el contenido. Dicho sea de paso, toda vez que la curiosidad es saciada, el buscador —el sujeto— es transformado (Hernández, 2010).

«Sujeto» es, pues, el ser —o bien el objeto o los objetos— acerca del cual se predica o enuncia una cierta circunstancia —según el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española. Un referente, el ser cognoscente (Bunge, 1998). Significa, por añadidura, aquel cuyo nombre es desconocido o se ha optado por mantener en silencio. Mientras tanto, la denominación «objeto», expresa todo lo apto para ser materia de conocimiento o sensibilidad de parte del cognoscente, incluso sí mismo. Dicho de otro modo, “todo aquello que puede existir, pensarse, hablarse o ser objeto de una acción. El más básico, abstracto y general de todos los conceptos filosóficos; por tanto, es indefinible” (Bunge, 1998, p. 154).

En tanto que, a partir de Immanuel Kant una relación se concibe con arreglo a la construcción —fabricada por el sujeto— de un objeto cualquiera; con el filósofo alemán Georg Wilhelm Friedrich Hegel y el subsecuente materialismo dialéctico, una relación encierra la unión del objeto observado y el actuar del observador (Radford, 1999).

Del siglo diecisiete en adelante, el concepto de «sujeto», lo mismo que el de «objeto» — correlativo del primero— comenzaron a utilizarse, sobre todo, en un sentido gnoseológico. Presentemente, por medio de la expresión «sujeto» se hace alusión al ser humano que obra y conoce de manera activa, provisto, ciertamente, de conciencia y voluntad; por medio de «objeto», aquello que es procurado en y con el conocimiento; aquello hacia lo cual el acto de conocer está orientado. Los posicionamientos materialista e idealista han solventado la problemática —unida estrechamente a la cuestión fundamental de la filosofía— que se concierne con la relación entre el sujeto y el objeto. El materialismo ha considerado el objeto como existente con independencia del sujeto; lo ha concebido como mundo objetivo, y, concretamente, como objeto cognoscible. Por lo contrario, el idealismo infería sólo del actuar del sujeto, la interacción entre sujeto y objeto,

tanto cuanto la propia existencia del objeto, esforzándose por explicar, a éste tenor, el activo quehacer del sujeto en el acto de conocer. Se aparecen inestimables las figuraciones del idealismo objetivo; especialmente las procedentes de la letra del germano Friedrich Hegel, las cuales pusieran de realce la relación entre objeto y sujeto, así como el carácter social de éste último. Dicho lo cual, toda vez que se la confiere un valor absoluto a la operación gnoseológica del sujeto —caso inseparable al idealismo— se arriba a la conclusión de que el objeto es efecto de la operación del sujeto, al cual se lo concibiera como ser o sustancia puramente ideal. El materialismo dialéctico parte de la existencia del objeto con independencia del sujeto; no obstante, los concibe conformando una unidad. El sujeto en una relación alterna es objeto; razón por la cual se lo somete a las leyes objetivas. No existe, pues, cisma entre sujeto y objeto (Moisevich y Fedorovich, 1944).

Realmente, el «otro» “es ese yo mismo del que nada me separa, nada absolutamente excepto su pura y total libertad, es decir, esa indeterminación de sí mismo que sólo él ha de ser por y para sí” (Sartre, 1993, p. 299).

Aún la más corta mirada en pos de la historia reciente evidencia la incesante variación en derredor del consultante, de la atención y las relaciones en el campo de la salud; no pocas veces se ha antepuesto la productividad a la intervención eficaz, oscureciendo, concurrentemente, el contenido relacional (Lemus et al., 2017). Emerge, por ende, el interrogante, ¿cómo renovar el posicionamiento objetivo-operacionalista cuando los adscritos encaran objetos de estudio que son, más precisamente, sujetos de estudio, capaces de comunicar su realidad e introducir verdad o embuste entre las evidencias del profesional?

Téngase en cuenta, la interacción del profesional en psicología clínica con el consultante no es —pese a innegables coincidencias— de la misma clase que la interacción de un físico cuántico con una partícula subatómica, por cuanto la persona es capaz de autodescribirse y de autointerpretarse, y aunque la narrativa pueda o no ser fiable, desconsiderar lo comunicado encierra un fallo de suma trascendencia, no sólo científica sino, juntamente, social (Riba, 2006).

Los planteamientos, calificados de innovadores y vanguardistas, si bien proponen ciertos cambios de forma; su deseo de modernizar el concepto «paciente» —anacrónico en lo que respecta al posicionamiento empresarial— no busca situar al consultante al centro de la atención. Consiguientemente, la expresión «usuario» introduce apenas si la idea de un ser con capacidad de decisión (Lemus et al., 2017). La designación «usuario», de notable utilización en el campo de las ciencias de la información, denota a aquel ser destinatario que se hace del derecho, no sin ciertas restricciones, de utilizar un servicio —lo cual hace con módica asiduidad.

El usuario es, en pocas palabras, un receptor; un prestatario que se sirve de un bien ajeno. Queda al descubierto que en los sistemas de información —como en los sistemas terapéuticos— se llevan a efecto procesos comunicacionales, por mediación de la inexcusable existencia de un prestador de información (Marín, 2006). El científico británico y profesor emérito de ingeniería de sistemas, Alistair Sutcliffe (1988, como se citó en Hurtado y Fernández, 2015) catalogaría al usuario como: (1) inexperto; (2) principiante; (3) habilitado; y (4) experto; con base en la experiencia preexistente o adquirida en la utilización del correspondiente servicio o sistema.

La relación clínico-usuario encubre un modo pronominal de correspondencia entre comunicantes que acusa la asimetría de poder subyacente en los pronombres empleados. A decir de la Doctora en Filología Adela Morín Rodríguez y el Doctor en Lingüística Manuel Almeida Suárez, los hablantes se sirven de diversos recursos lingüísticos para acentuar aspectos sociales concernientes a la interacción y las relaciones de poder. Por ende, los pronombres personales a los cuales se recurre en el acto comunicativo son formas lingüísticas significativas que ligan las propiedades abstractas del paradigma gramatical de una lengua con una matriz de componentes de naturaleza social, cultural y emocional. De ahí su papel fundamental en las interacciones cotidianas por cuanto expresan significados no sólo lingüísticos, sino, asimismo, emocionales y socioculturales (Juárez, 2014).

El diálogo descubre la existencia de una corriente de significado que mana entre, dentro y en medio de los comunicantes (Bohm, 1996). Semejantes pronombres guardan, pues, un papel

central en los intercambios comunicacionales, por cuanto retienen y transfieren una colección de significados sociales tales como la cortesía, la deferencia, la formalidad, la intimidad, el respeto, la solidaridad, entre otros (Almeida et al., 2006; Morín, 2002, como se citó en Juárez, 2014).

En una relación psicoterapéutica clásica el usuario aguarda, con previsible pasividad, por las indicaciones del especialista. No se debe de olvidar que tal relación encierra bastante más que una organizada y escalonada construcción de estrategias y una selección de habilidades; es la insustituible unión entre terapeuta y consultante. Sin ir más lejos, un sistema terapéutico es un dinámico sistema orgánico compuesto por el profesional en psicología clínica, el consultante, y el proceso psicoterapéutico mismo. La relación psicoterapéutica no cesa de ser principio y propósito del encuentro, por cuanto la interacción constructiva determina el grado de compromiso de los implicados y el desenlace del proceso (Pattakou y Nestoros, 2007).

Cuanto más asimétricas son las cualidades culturales de los comunicantes tanto más se torna dificultosa e impenetrable la relación; lo cual descubre la inexistencia de reciprocidad entre dialogantes, y con ello, quizá, la desestimación del «paciente» o «usuario» como digno emisor (Juárez, 2014).

Designaciones como «paciente», «sujeto», «cliente», «usuario», roban a la persona no sólo de una presta participación, sino que también de un serio compromiso para con la autoaceptación, la autoactualización y el autoconocimiento. Un compromiso es el acto de aceptar y de llevar a efecto responsablemente la palabra voluntariamente dada. Sostener un compromiso significa revirar, momento a momento, los propios actos hacia esquemas comportamentales mayormente comprensivos, a fin de consumir los propósitos convenidos (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015).

En contraposición a tales representaciones de pasividad, el consultante busca decididamente un sentido; es un ser activo, resolutivo, autogestor y promotor del propio bienestar (Juárez, 2014). Si bien el continuo cometido del clínico ha de ser la institución del compromiso tanto cuanto la provisión de un proceso psicoterapéutico eficaz para el consultante (Kline y King,

1973, como se citó en Pattakou y Nestoros, 2007); éste ha de guardar fidelidad y sobrada dedicación para con la búsqueda de sentido; para con el acto de revelar, en conjunción con el terapeuta, las propias potencialidades; de preservar su atenta mirada en lo íntimo, de donde brotarán, por así decirlo, reconstituyentes aguas.

Considerado como un «ser-pacientemente-impaciente», el consultante contempla, con notorio miramiento, las circunstancias que en su derredor tienen ocasión, persiguiendo anheloso su desciframiento y su posibilidad de transformación; se inclina él al desvelamiento del sentido de su sufrimiento, a la búsqueda. El «ser-pacientemente-impaciente» es un buscador; quien pone de manifiesto su inquisitiva inquietud en la forma de un interrogante, pronunciado o no, ante el clínico (Juárez, 2014). A tal efecto se hace necesaria la plena aceptación de éste, como un ser de incondicionada dignidad; es decir, con independencia de su actualidad; una aceptación que inoculara el espacio con un sentimiento de inocuidad, de cordialidad, quebrantando un sinfín de vulnerabilidades (Rogers, 2012).

CAPÍTULO 3. POSMODERNIDAD (O LA RESIGNIFICACIÓN DEL SUFRIMIENTO)

Posmodernidad y Psicoterapia

Si bien la psicología conductual, marcada por un ideario ambientalista —antimentalista—, ha contribuido con un amplio repertorio de rigurosos conocimientos a la ciencia psicológica; ha establecido, por igual, el cuidado sistematizado por lo observable; por la conducta como acto público y palmariamente manifiesto (Yela, 1996), presupone a un ser cognoscente de suyo pasivo, mero recipiente de las corrientes del mundo. Según tal postura, el conocimiento es simple copia de la realidad convocada mediante mecanismos de asociación. En su más extremada interpretación, el paradigma conductista aspiraba al silenciamiento del constructo «mente» dentro de la ciencia psicológica (Hernández, 2012).

Mas, ¿es en verdad la conducta tan elocuente? Más de una vez, en la historia de la ciencia psicológica, a la conducta se la ha considerado una decisión tomada con convencimiento de lo que o se está haciendo, o bien, se está por hacer, a no ser que la persona padezca algún trastorno o discapacidad (Huerta, 2018). Para el conductista, la mente es una quimera; el especialista podía prescindir de ella para elaborar la correspondiente explicación del acto humano; sobraba, a tal fin, la acción mecánica del sistema nervioso; comportamientos complejos podían ser comprendidos a partir del encadenamiento de estímulos y respuestas, razonamiento que, llegada la década de los años 1950, se aparecía controvertible.

Asomarían entonces los incipientes planteamientos en torno a la existencia de ciertas funciones centrales con el cometido de proyectar y organizar agrupaciones de acciones. Serían también entreveradas variables intermediarias al medio de la unidad estímulo-respuesta, reformando el conductismo originario, en uno de tipo mediador. En consecuencia, abierta fue la puerta para que los procesos ocurrentes en lo oculto de la mente, reclamaran un cometido causal en el acto humano (Fierro, 2011). Tal vez el acto humano-en el mundo revela la unión indisoluble

entre el ser cognoscente y el ser cognoscible; realidad que el propio ser humano se ha afanado en escindir.

El ensayista y filósofo español, José Ortega y Gasset se propondría superar los abordajes objetivista y subjetivista que caracterizaran a la realidad desde la perspectiva cartesiana, argumentando que la realidad es una sola, aunque polifacética; teoría una que el dicho escritor nombraría perspectivismo, de acuerdo a la cual la realidad ostenta incontables e igualmente verdaderos semblantes; mas por efecto de la situación del ser cognoscente, la perspectiva se aparece distinta (Martínez, 2014). Ciertamente, la perspectiva es porción elemental de la realidad (Ortega y Gasset, 1966).

El sufrimiento es, de la misma manera, porción de la realidad. Sin embargo, el acto de «patologizar» la aflicción humana, así como el obstinado esfuerzo por parte de la orientación clínica en el desarrollo de encuadres psicoterapéuticos que magnifican la atenuación de síntomas al mismo tiempo que subestiman los indicadores funcionales y positivos de la salud psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015), propician la inacción, la negación, la supresión, o la represión de las respuestas o síntomas desapacibles o controvertibles. Un corazón doliente sólo lo padece el poseedor.

El «*stárets*» Zósima —quien del mundo viviera apartado— conforta al novicio Alekséi Fiódorovich Karamázov, protagonista de la novela Los Hermanos Karamázov, pronunciado las palabras: “Descubrirás un dolor inmenso, y en ese dolor serás feliz. Éste es el precepto que te anuncio: busca la dicha en el dolor” (Dostoievski, 2013, p. 139). El destino pertenece plena y verdaderamente a la entera extensión de la existencia humana, ni siquiera la más mínima porción suya puede ser situada fuera de su pregnancia en la totalidad del ser sin demudarla; es decir, sin descomponer la figura del sí-mismo (Frankl, 2016). “Amor Fati: ¡sea ese mi amor en lo venidero!” (Nietzsche, 2011, p. 248).

La significación del acto de aceptar conscientemente el sufrimiento, no se deberá jamás de interpretar como el acto de asumirlo voluntariamente. Se preserva toda vez como un evento soslayable; de lo que se habla es del sinsentido de la pena y de sus características, es en esencia descubrir cómo se hace cara al sufrimiento de más natural manera, para en adelante asumirlo y contemplarlo no más como un acontecimiento asolador y creador de desesperación y congoja (Zamora, 2009).

La psicoterapia tradicional se fundamenta en el modelo médico, donde las problemáticas y el sufrimiento humano son etiquetados como patologías, dificultades adaptativas o relaciones disfuncionales. Por ende, la labor del terapeuta no era otra sino eliminar el problema: curarlo. Existiendo un problema se hace necesaria la existencia de un diagnóstico (Gergen y Warhus, 2001). Curar significa restaurar la salud; aplicar los necesarios remedios para el pleno restablecimiento.

Desde un punto de vista clásico, los profesionales médico-sanitarios concluyeron que ocuparse de la regulación de los síntomas y del dolor equivalía a ocuparse del sufrimiento (Montoya et al., 2006). Es, pues, cometido suyo el alivio del dolor y del sufrimiento tanto cuanto la curación de enfermedades. El alivio del dolor es casi siempre posible; el del sufrimiento, rara vez (Gómez, 1998). La «cura» del sufrimiento yace en la búsqueda de sentido. Ver es preferible que permanecer en ceguera; incluso cuando la visión pueda herir. El instante revelatorio que acontece en medio de la relación psicoterapéutica, es uno entre tantos en los cuales el intrínseco significado autojustificante y autovalidante de la experiencia hace que el sufrimiento merezca la pena (Maslow, 2016).

Huelga decir, no existe paradigma dentro de la ciencia psicológica que no aportare fecundamente a los diversos campos aplicados de la misma; con todo, el estado actual de la disciplina dista mucho de ser unitivo.

¿Es sensato, acaso, obstinarse en una pretendida absolutidad del saber humano?

Antes de ir más lejos, consideremos los pronunciamientos posmodernos del término del siglo veinte y principios del siglo veintiuno en torno de la experiencia humana.

Primero de todo, en el dominio de las denominadas ciencias del comportamiento, el pensamiento posmoderno resguarda dos corrientes que comparten un común denominador epistemológico: (1) el constructivismo, el cual corresponde a la interpretación psicológica, y (2) el construccionismo, concerniente a la social. A fin de reunir las, en virtud de sus convergencias, se apela a la comprehensiva noción de psicología construccionista (Agudelo y Arango, 2012).

A decir del psicólogo norteamericano Kenneth J. Gergen (1997) el posmodernismo está signado por una multiplicidad de voces en pugna por su derecho a la existencia, conteniendo entre sí para ser aceptadas como auténtica expresión de lo bueno y de lo verdadero. En la medida que dichas voces ensanchan su presencia y su poderío, todo aquello considerado como correcto y lógico se subvierte. El pensador posmoderno acoge la floreciente conciencia de que los objetos no están «en el mundo», sino que son, más bien, obra de íntimas y personalísimas perspectivas.

Constructivismo y construccionismo se erigen en un par de interpretaciones acerca de la idea posmoderna de que la realidad no es sino una construcción. En tanto que el constructivismo se concierne con la manera en la cual se constituyen cognitivamente las representaciones del mundo, el construccionismo escudriña las redes de significado que se propagan socialmente mediante el lenguaje. Éste par de interpretaciones están de acuerdo en la no-existencia de una realidad objetiva. El constructivismo acepta, no obstante, la existencia de una materialidad pese a su incognoscibilidad, como distinto del construccionismo, que concibe la cognoscibilidad como simple pretensión (Hoffman, 1999, como se citó en Agudelo y Arango, 2012).

La psicología construccionista no hace una negación de la realidad, sino de la posibilidad de conocerla. La realidad es redefinida conceptualmente (Cubero, 2005). A decir del novecentista José Ortega y Gasset, “Una realidad que vista desde cualquier punto resultase siempre idéntica

es un concepto absurdo” (1966, p. 199). La perspectiva individual queda enriquecida por las dimensiones colectiva y conceptual (Jacorzynski, 2019).

Por lo que se refiere a la naturaleza de la relación psicoterapéutica —desde el punto de vista socioconstruccionista— el terapeuta desiste de la asimetría o unilateralidad relacional en cuanto a su contraparte. Lo cual significa que el consultante no es más el enfermo, el desconocedor; el terapeuta, no es más el salvo, el entendido. El terapeuta renuncia a su posición de experto (Rozo, 2012). Éste no se contenta en la ignorancia, más bien presiente la desconocida vastedad.

Es por esto que en la práctica terapéutica no existe una única metodología socioconstruccionista. Al terapeuta se lo invita a hacer uso de todo lo que sea de utilidad del contexto inmediato (Gergen y Warhus, 2001). El ser humano guarda en sí mismo un catálogo de posibilidades para la autocomprensión y autoconstrucción de la propia razón de ser y de hacer. Posibilidades tales emergen y son realizadas toda vez que las correspondientes cualidades personales son potenciadas. A efecto tal, se aparece inexcusable el desarrollo de una relación permisiva, estructurada oportunamente, que posibilite a la persona acompañada para la adquisición de una comprensión de sí mismo a un grado tal que la misma se hace competente para progresar por cuenta propia a la luz de ésta novel orientación (Rogers y Sanford, 1985).

El ser no es reducible al hacer de sí mismo. Todo acto humano es acto de cuerpo y mente pues en la unidad humana ningún elemento actúa sin la implicación del otro (Rivas, 2012). ¿Dónde están, pues, los confines de lo objetivo y lo subjetivo?

Es humano confesar, para cada cosa que conocemos con presunta certeza acerca de nosotros mismos, otras tantas surgen y siembran la duda (Gergen, 1997). En ningún momento el análisis del profesional acerca de las circunstancias suscitadas en derredor del usuario puede ser considerado como objetivo. No existen descripciones más o menos correctas para la realidad. No existe una verdad única, objetiva y absoluta (Rozo, 2012). Más bien, la realidad surge cuando las miradas se funden en una relación lingüística con «el otro». El construccionismo social

encierra un proceso autorreflexivo organizado en torno de los conceptos de construcción mutua, no sólo acerca de las problemáticas, sino, también, sobre su disolución (Magnabosco, 2014).

Socialmente, a la psicoterapia se la entiende como la ocasión para la resolución de dificultades vitales y para la transformación personal. Dichas dificultades son incidentes que se manifiestan en las narraciones humanas, existen en la palabra y pertenecen al contexto narrativo del cual toman su significado (Anderson y Goolishian, 1996, como se citó en Rozo, 2012). De ahí, el cambio terapéutico descansa en la construcción dialógica de una inédita narración.

La Ignorancia, Condición Inexcusable del Conocimiento

La ignorancia es la ausencia de saber; un vaciamiento consagrado al conocimiento, que da cabida al significado. El sufrimiento no permite esconder lo que soy en el interior, la clase de persona que soy; que «el otro» es (Gómez, 1998). La ignorancia es una habitación inhabitada para que la curiosidad sea bienvenida; expectación que conduce a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos; perspectivas y cadencias que a su vez engendran curiosidad (Cecchin, 1987).

No existe significado —no digamos ya comprensión— si los presentes no inician un acto comunicativo. La comunicación es sobre todo un modo de compartir: se comparten conocimientos, sentimientos —inclusive significados (Urpí, 2010). Todo sistema humano es un sistema lingüístico; nadie mejor que quienes participan en tales sistemas para describirlos. Nadie —menos aún los observadores externos y «objetivos».

La terapia es una relación que cobra vida a través de la palabra (Ibarra, 2004). Un sistema terapéutico es un sistema lingüístico —consiguientemente, humano.

La terapia es un acontecimiento lingüístico que tiene lugar en la denominada «conversación terapéutica», diálogo que encierra una búsqueda, una exploración e intercambio mutuos, un distanciamiento de cualesquiera posicionamientos, un entrelazamiento de ideas en el cual los significados inéditos se construyen

ininterrumpidamente con dirección hacia la disolución de las circunstancias desfavorables (Anderson y Goolishian, 1996). No existe saber que no proceda de la inmersión del ser en la cultura y en la historia; en el mundo, en el tiempo. No existe justificación alguna para que el clínico crea que posee la cura o el entero saber acerca del malestar (Gergen y Warhus, 2001). El especialista no tiene en su haber un conocimiento apriorístico sobre la narrativa del consultante. La conversación, no obstante, cura la ignorancia.

Se observa sensato cuestionar, como en un tiempo lo hiciera Carl Ransom Rogers (2012), ¿es necesario permitirse conocer al «otro»? La ignorancia implica una disposición en la que las acciones mismas del profesional evidencian una genuina curiosidad. Toda vez que el clínico se presupone seguro poseedor de una explicación, de un razonamiento, cede en la búsqueda de descripciones; renuncia, pues, a una postura de curiosidad, por cuanto se cree descubridor de la pieza que “encaja” (Cecchin, 1987). El terapeuta necesita saber más; rehuir la exteriorización de opiniones o expectativas preconcebidas acerca del consultante (Anderson y Goolishian, 1996). La comprensión sobreviene a la comunicación.

La ignorancia demanda que, en la relación terapéutica, la comprensión y las interpretaciones no queden restringidas por la experiencia o el saber teórico preexistente (Anderson y Goolishian, 1996). La ignorancia es desposeimiento de sí-mismo: hace espacio para el recibimiento del «otro». Bien se ha dicho, la terapia, lo mismo que la conversación terapéutica, supone un proceso de «participación conjunta» (Anderson y Goolishian, 1996). Mediante la acción comunicativa se crea una interacción: dos seres persiguen un fin realizando dos acciones: expresar e interpretar, para después encontrarse en el significado —en la sintonía (Urpí, 2010).

Comprender es al acto de entender, penetrar, ser capaz de conocer lo «otro», lo distinto de sí; una segunda acepción de la palabra: contener o incluir en sí alguna cosa. La

comprensión no tiene fin, es parte de la co-construcción de significados, por tanto, es generativa: abre la posibilidad de renovar la propia historia (Ibarra, 2004).

Así pues, ignorar estriba no en la posesión de un parecer infundado o divorciado de la experiencia; alude, en sentido más amplio, a la colección de supuestos que el terapeuta haría bien en dejar a la puerta del consultorio. Pretéxtese una defectiva memoria. Como escribiera el filósofo y poeta alemán Friedrich Nietzsche: “La ventaja de una mala memoria es que uno goza, varias ocasiones, las mismas gratas situaciones, cual si fuera la vez primera”.

Para el acompañante el suceso yace en el acto de aprehender la singularidad de la verdad narrativa de toda y cada persona acompañada (Anderson y Goolishian, 1996). La curiosidad cultiva la multiplicidad y la polifonía (Cecchin, 1987).

El socioconstruccionista sostiene que la comprensión es interpretativa —sin excepción; no existe, para la dicha, punto de vista privilegiado (Wachterhauser, 1986, como se citó en Anderson y Goolishian, 1996). Interpretar encierra el acto de concebir, organizar o expresar, de manera personalísima, el significado de la realidad percibida. Un significado así no se localiza en la mente del ser cognoscente, sino que se construye y reconstruye en medio del proceso relacional con «el otro».

Comprender e interpretar, son actos de inmersión; movimientos que persiguen el descubrimiento del significado de lo relatado; movimientos contenidos dentro de la hermenéutica. Cada narración descubre tan sólo un rostro de la verdad; cada narración es, a su vez, recontada por el escuchante (Anderson, 2020). El lingüista y filósofo estadounidense de origen polaco Alfred Habdank Skarbek Korzybski escribiría: «el mapa no es el territorio».

La verdadera acción comunicativa ha de penetrar los mapas perceptuales del «otro», pues la percepción deviene en afecto (Urpí, 2010). La relación terapéutica no debe reemplazar al consultante como lo verdaderamente real (Pare y Sawatzky, 1999, como

se citó en Gergen y Warhus, 2001). El acto de interpretar, el acto de conocer, en la relación terapéutica, engendran un acto conjunto —colaborativo.

Lenguaje (O la Revelación del Sufrimiento)

El acto de conocer descubre un acto creativo que precede la construcción de significado. El ser humano no es un simple destinatario; más bien, un mediador en la selección, valoración e interpretación del testimonio, haciéndose de un significado para la experiencia propia. La relación entre conocimiento y realidad se concibe como la adaptación funcional del ser, en un mundo interpretado (Cubero, 2005).

¿Qué es, ahora bien, el significado humano de cosa cualquiera? El significado esconde la realidad de la cuestión o circunstancia. El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española lo define como el “sentido o concepto que representa una cosa, una palabra, un signo, etc.”. El significado es una representación del mundo grabada en la mente de la persona; un «símbolo» unido —relacionado— al fragmento del mundo que representa, tanto como a la palabra misma que le da voz. Una vez más: una persona no es solamente depositaria de conceptos, sino creadora de éstos; creación que es cedida al mundo que contribuyera en su confección (Hernández, 2003). En la relación terapéutica el significado es vital para el cambio terapéutico (Gergen y Warhus, 2001), toda vez que el significado se exterioriza a través de la obra y de la palabra. Es en medio de la sociedad que el significado nace y es continuamente reconstruido. El ser se aflige porque percibe la inarmonía entre sí mismo y la construcción social. El sufrimiento encierra un movimiento entre la exterioridad y la interioridad (Fuster, 2004); existe en lo hondo de la persona y emerge mediante el lenguaje.

El Propósito de la Palabra

El sufrimiento es traído al mundo por medio de la palabra; es decir, articulado; desde el abismo y la confusión, hasta la expresión. Los movimientos del habla propician

el razonamiento (Vygotsky, 2015). La relación entre palabra y pensamiento no es factual, sino procesal; o sea, un incesante vaivén del pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento (Ríos, 2010). La palabra evidencia el pensamiento, revelando lo profundo y lo oculto: la experiencia del «otro». Si bien, en la palabra, en la especificidad de su propio sonido, sólo se reconoce su lado externo, es en su lado interno, en su significado, donde el pensamiento y la voz se hacen uno en el pensamiento verbal (Vygotsky, 2015). Los signos lingüísticos son tan sólo medios para conducirnos hacia el objeto significado (Beuchot, 1986).

Aleksandr Románovich Lúriya concebiría al lenguaje como un sistema de códigos cuyo cometido estriba en la invocación y nominación de los cuerpos que comprenden la realidad, así como sus acciones, atributos e interrelaciones (Ríos, 2010). Análogamente, denota el sistema de signos cuyo fin preeminente es la comunicación, a la par que la estructuración del pensamiento (Bunge, 1998). Se trata de una metodología humana, reflexiva; una que aspira a la comunicación de ideas, emociones y necesidades mediante un sistema simbólico (Hernando, 1995, como se citó en Ríos, 2010).

Podemos ahora redescubrir el significado de la palabra «símbolo» (en griego, *sýmbolon*), por cuanto anuncia la voluntad de «reunir» (del latín *reunire*, “volver a ser uno”) mente y cuerpo, pensamiento y palabra. Georg Friedrich Creuzer, antropólogo y filólogo alemán, considera el símbolo como una epifanía de lo divino, semejante a un rayo que emerge de las profundidades del ser y del pensamiento (Galimberti, 2002). Sólo con el «símbolo» como mediador el ser admite y expresa el sufrimiento.

La palabra es el fundamento de la psicoterapia, la cual encierra una experiencia relacional construida conjuntamente entre la parte acompañada y la parte acompañante dirigida hacia una finalidad común. La parte primera es aquella persona o grupo de personas que percibe, reconoce y expresa, una particular necesidad, un sufrimiento particular que descarrila su vida; oscureciendo, no sólo su propia vivencia, sino,

igualmente, la de aquellos que lo rodean; razón por la cual recurre al auxilio de la parte acompañante.

Más concretamente, la psicoterapia comprende una colección de procedimientos metodológicos fundamentados en una estructura conceptual; recursos orientados hacia la comprensión/explicación de cuestiones de orden etiológico, psicopatológico y terapéutico en torno a las necesidades del acompañado (Bernardi et al., 2004). Si bien la psicoterapia no abastece a la persona de un deseo que mueva su voluntad hacia el desarrollo y la maduración psicoemocional, sí guarda un propósito cardinal en lo que toca a la liberación y la facilitación de la disposición del ser, cuando ésta ha sido asediada o impedida, hacia tal crecimiento personal (Rogers, 2012).

Psicoterapia es comunicación; acción surgida del deseo de conocer y comprender al «otro», por medio de la expresión del pensamiento y del sentimiento, sin dejar de lado la cordialidad, el respeto, y la dignidad de los implicados. En aptitudes tales, se afirma el «acto comunicacional», que no es sino un intercambio entre emisor y receptor, de un particular mensaje o propósito; en pocas palabras, se trata de compartir, de experimentar de manera conjunta.

La comunicación concierne no sólo la palabra audible, sino, más importantemente, el silencio. Habilidades así reúnen miradas dispares; son el lazo que anuda las partes en un fin común. Comunicarse implica sentir (del latín *sentīre*, “experimentar una impresión a causa de un estímulo, o bien externo, o interno”) al «otro»; reconocer y aceptar su singularidad y acompañarlo de una a otra orilla.

La palabra evidencia la experiencia del comunicante. Si «el otro» exterioriza su sentir, soy partícipe de su estado afectivo (Grün, 2010). La atención —a todo ésto— surge de la conciencia de que somos receptores de la otra parte (Urpí, 2010). ¿Qué valor guardan las palabras —empero— si no se presta oído con el propósito de comprender?

La Relación Psicoterapéutica en el Posmodernismo

Se ha dicho que la «realidad» no es sino la colección de todas las cosas, colección en medio de la cual lo concreto y lo aparente se dan cita; aspectos ordinariamente considerados como opuestos. La «realidad» es la concurrente existencia del ser cognoscente y del ser cognoscible. «Conocer», conforme a lo escrito en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, significa “reconocer, percibir una cosa o una persona como distinta de todo lo demás”; esto es, confesar su «otredad».

En el acto de «conocer» se descubre la coexistencia de cuatro elementos: (1) el sujeto que conoce; (2) el objeto de conocimiento; (3) el acto u operación de conocer; y (4) el resultado rendido, que no es ningún otro que la información reunida en torno a tal objeto. Lo que muestra que la consecución de conocimiento conlleva una relación; un encuentro entre, pongamos por caso, el terapeuta y el consultante; donde el primero percibirá el carácter y las circunstancias de su interlocutor, construyendo conjuntamente el conocimiento (Martínez y Ríos, 2006). El conocimiento es fruto de un proceso cognitivo (Bunge, 1998). Surge ahora el interrogante: ¿es la razón salvaguardia de un saber incontrovertible?

El estudioso de la perspectiva posmoderna cree en el agotamiento de la razón, no sólo a causa de la incapacidad de ésta para abrir nuevas vías de progreso humano sino también por su insuficiencia teórica para enfrentar lo venidero (Rozo, 2002). De un escepticismo tal trasluce la aceptación acerca de la imperfección e incompletitud del conocimiento; asentimiento que vierte cierto temor en el profesional; no obstante, al mismo tiempo, suscita una suave humildad en él. Ni toda la preparación —o sobrada anticipación— es suficiente; toda vez es la vez primera: un desconocido, nuevos cuestionamientos y formas de interacción. «El otro» “pulsará” mediante sus experiencias las “cuerdas” adecuadas para la co-construcción de conocimiento significativo. Aceptar —en el escenario relacional— significa consentir las cualidades de los implicados,

superando la inclinación a juzgar los desaciertos, así propios como ajenos. Supone “desagigantar” toda expectativa. Sentir compasión precisa de la disposición para la mutua aceptación y compromiso de los participantes.

Dicho lo anterior, los pensadores posmodernos ponen de realce la «no-existencia» de: (1) conocimiento conclusivo y provechoso generalizable; o (2) acontecimientos o experiencias que “descorran” o determinen la esencia última de la persona acompañada; de ahí, los acompañantes y psicoterapeutas parten del «no-saber», rehusando la búsqueda de enfermedades dentro de la praxis terapéutica (Magnabosco, 2014).

La postura posmoderna, antítesis de la concepción modernista que imperara en el curso del siglo veinte, ansía remover los vestigios del modernismo para reconstruir una nueva manera de mirar la realidad (Rozo, 2002); caracterizada por ser generadora y creadora de una nueva comprensión y direccionalidad, sostiene un principio que reza: «escuchar para comprender»; principio que es llevado a la culminación si y sólo si el «oyente» se dispone a aprender hablando la lengua del hablante, a relacionarse.

Consideremos ahora, la interacción con «el otro» —éste último como mediador entre cultura e individuo. En tal sentido, la interacción, acto el cual se erige en la unidad social elemental (Jiménez, 2017), se concibe como la acción recíproca entre las personas, dentro de un particular contexto (González, 2017).

Lo social es una construcción, una operación recíproco-determinista, a través de la cual así persona como sociedad entablan un proceso de invención-reinvención en cuyo acontecer las partes involucradas aceptan, transforman y donan su experiencia. La interacción con nuestros semejantes encierra un incesante intercambio de pensamientos, creencias, sentimientos, emociones y maneras de obrar; es capaz de modelar —en incontables ocasiones, de ofuscar— la percepción y la concepción de lo «real». En

palabras del psicólogo ruso de origen judío Lev Semyónovich Vygotsky, creador y portavoz de la perspectiva histórico-cultural; palabras, sin lugar a dudas más elocuentes: “no es sino a través del otro que nos hacemos nosotros mismos”.

Con la expresión «el otro» no sólo se hace alusión al ser distinto y externo; sino al enclave sociocultural; es decir, el grupo social que configura y delimita la unicidad e identidad de la persona. “Y el prójimo es el mediador indispensable entre yo y yo mismo (...) pues al prójimo me aparezco como objeto”, escribiría el escritor, dramaturgo y filósofo francés Jean-Paul Sartre (1993, p. 251). En y a través de la sociedad la persona construye su identidad. Ella nace en medio de una relación y, al tiempo mismo que es por ella definido, la persona, define la relación (Rozo, 2002).

El construccionismo social, comprendido dentro de la referida postura posmoderna, se distancia de la proverbial concepción que localizara el significado en la mente del ser cognoscente; argumentando que es a través de las relaciones sociales y lingüísticas que el significado es construido. El significado es una construcción relacional; no más una construcción individual (Gergen y Warhus, 2001). Se proclama así la posibilidad para la co-construcción de conocimiento significativo para los comunicantes, donde el sentido de autoría y prominencia de las particularidades en el diálogo y en el proceso son más significativos que los resultados (Magnabosco, 2014).

A tal propósito, el construccionismo social entraña un esfuerzo metateórico como un medio para la confección de una alternativa a la preeminencia del empirismo en la epistemología, del conductismo y del cognitivismo en la teoría y del experimentalismo en la metodología, principios que subyacen en la psicología moderna (Sandoval, 2010). Una metateoría es una «teoría de teorías»; un cúmulo de principios teóricos interconectados que fundamentan el quehacer investigativo.

A modo de ejemplo, el construccionismo reúne una colección de contribuciones teóricas (teorías, narrativas, prácticas colaborativas y procesos reflexivos) que han contribuido tanto a la psicología social como a la psicoterapia en general (Magnabosco, 2014). Paralelamente, una metateoría guarda como propósito la crítica, tanto cuanto la descripción y prescripción de aquello verdaderamente significativo —y aquello que no lo es— como teoría y metodología en una disciplina científica (Castorina, 2015).

El pensamiento posmoderno produce una revitalizante perspectiva sobre el conocimiento crítico; tratamiento que se desliga de los lineamientos del conocimiento positivista, entre los cuales destaca la separación de sujeto y objeto (Agudelo y Estrada, 2012). En lo que atañe a la teoría psicológica contemporánea, la metateoría construccionista hace un comentario crítico al núcleo de inteligibilidad de la misma; pronunciándose a favor de una alternativa al enfoque individual del conocimiento; posibilitando un «examen» de la posición y de la significación del saber social en lo relativo al sostenimiento y la reproducción de la realidad, considerando la transformación del conocimiento que ocurre en el espacio interpersonal. Sólo por medio de una conversación permanente con «el otro», la persona desarrolla un sentimiento de identidad (Sandoval, 2010; Rozo, 2002). El lenguaje construye realidades.

En tanto que el profesional en psicología clínica hace los votos suyos ante una u otra perspectiva teórica, sus miras se estrechan, apretujando la realidad dentro de las márgenes de un esquema teórico (Rozo, 2002). Por tal razón, ésta «teoría de teorías» pone su fe no en absolutos morales, ni tampoco científicos; no imita posturas ni persigue miradas; más bien, invita a reconciliar las diferentes escuelas de terapia (Gergen y Warhus, 2001), a fin de constituir una experiencia sociocultural positiva e irrestricta (Magnabosco, 2014).

El socioconstruccionismo abre la puerta a un mundo narrativo en el cual el ser humano es un entramado de relatos que él narra al «otro» (Cañón et al., 2005). Su

dimensión ética pone especial acento en la importancia de las relaciones sociales como ocasión para la co-construcción (Magnabosco, 2014). En la realidad subyace una estructura construida mediante el continuo intercambio entre los individuos que coexisten en una cultura (Agudelo y Estrada, 2012).

En un diálogo sostenido —una conversación tan sobradamente cordial y profunda que promueve el mutuo entendimiento— los comunicantes aguardan la ocasión para la consolidación de un movimiento coherente del pensamiento y del acto comunicativo; coherente no sólo a un nivel fácilmente reconocible, sino, paralelamente, a un nivel tácito, un nivel del cual el ser humano sólo posee una vaga sensación. El significado es tácito en esencia, y lo que el ser humano exterioriza es apenas si una porción menor de él (Bohm, 1996).

La Resignificación del Sufrimiento

La palabra es el principio del ser humano. La persona, sustancia primaria e indivisible fundamento de la individualidad (Galimberti, 2002), conforma la idea de sí mismo a la manera de una narrativa que traza —por mediación de una profusión de signos lingüísticos— los contornos así del «otro» como del mismo entorno. Los cuerpos de los «otros» y el decorado; el empedrado y el cielo raso; cosa toda porta su nombre —y, en él, su sentido. “El prójimo es, en éste plano, un objeto del mundo que se deja definir por el mundo” (Sartre, 1993, p. 284). Mas la palabra no es el ser en sí; retrata más bien la experiencia en derredor del dicho ser; se constituye en el diálogo como un ser duplicado (Bakhtin, 1981, como se citó en Anderson, 2020).

El ser es confeccionado en la relación social. Confesar el solo nombre es confesar un eslabonamiento de eventos. La palabra adquiere valor y significado por medio del uso (Anderson, 2020). El saber humano guarda una significación subjetiva, por cuanto descubre los inmanentes trazos de la percepción personal, de los propios argumentos y perspectivas vitales; artefactos

éstos contruidos desde el origen de su existencia (Andrade, 2010). El ser humano es la historia que cuenta de sí mismo. Si altera la historia, altera el ser (Echeverría, 2013).

Sentimos, pensamos, e incluso somos, a través del relato. Nada viene a la existencia sin la presencia de «otro» —quien ha de dar testimonio. Relatar es trasladar cualesquiera series de eventos ante el saber de un testigo; es, en pocas palabras, comunicar.

Rememorando, entre las respectivas acepciones de la palabra «comunicar» se aparece oportuno enunciar aquella alusiva al acto de «hacer común»; es decir, la transmisión de un saber o experiencia, entre una persona y otra con razonable fidelidad. No se puede negar la recurrente ocurrencia de la incomprensión entre comunicantes: el mensaje entre receptor y emisor deviene discordante. Cuando el receptor pronuncia una respuesta, el emisor repara en la diferencia existente entre lo que quería decir y lo que «el otro» comprendió.

El vaivén del relato —de la experiencia— propicia la emergencia continua de un nuevo contexto común, en cuyo caso el dialogo puede venir bien —no sólo para hacer comunes ciertas ideas u objetos de saber de antemano conocidos, sino, asimismo, para hacer algo en común; o sea, la creación conjunta de algo nuevo. La acción comunicativa sólo produce frutos si los dialogantes son capaces de escucharse desposeídos de sí mismos (Bohm, 1996). Verdaderamente, “Lo que creamos, lo creamos con el otro” (Anderson, 2020, p. 32).

Habiendo dicho ésto, la terapia colaborativa “sostiene que el conocimiento, el lenguaje y las relaciones interpersonales son ámbitos inseparables. El conocimiento es relacional y el lenguaje es generativo (Anderson, 1997, como se citó en Ibarra, 2004).

En la consulta psicológica expresar y escuchar representan posicionamientos que organizan el intercambio; los comunicantes se transponen, con alternación, de la posición de hablante a la posición de escuchante (Ibarra, 2004). A fin de que el dicho intercambio alcance la justa eficacia se precisa de la comprensión, una penetración al otro lado del propio significado de las palabras (Urpí, 2010). La luz se derrama suave y plenamente en lo profundo de los

dialogantes. Un esplendor semejante descubre un significado común; un significado compartido que asoma por entre signos y sonos lingüísticos y posibilita el acto de ser en medio de una conversación con «el otro», y con uno mismo, para arribar, con el tiempo, a un entendimiento mutuo (Anderson, 2020).

La palabra es el camino en dirección hacia la comprensión. A través suyo el ser humano compone historias. “Las historias no son hechos consumados, sino que son historias en el proceso de ser creadas” (Anderson, 2020, p. 39). No existe historia sin oídos en los cuales descansar.

Una perspectiva alternativa es aquella que elogia la complejidad de la interacción, de la narrativa compartida; que convida a la adopción de una orientación polifónica en torno de la descripción-explicación de la interacción (Cecchin, 1987). A la aproximación colaborativa se la conoce como terapia dialógica o conversacional (Agudelo y Estrada, 2013). Análogamente, se la podría describir como un proceso participativo de sentido doble. Toda vez que exista y persista una pluralidad de alternativas, el profesional en psicología clínica tiene una posibilidad para preservar un estado de curiosidad (Cecchin, 1987). La curiosidad es, sobre todo, un deseo; la aspiración de conocer lo ignorado. Confesar que se conoce el camino es marchar a ciegas. La ausencia de curiosidad causa indiferencia; el desinterés sofoca el pensamiento.

Contrariamente, la curiosidad enaltece las posibilidades; es acrecentada ante la perspectiva de ser testigo de una miríada de aprovechables historias a propósito de la descripción de una interacción. La curiosidad hace diáfana la mirada; dona al especialista la capacidad para la neutralidad. Desde una perspectiva estética, es decir, a partir de la sensibilidad para con la multiplicidad de patrones vinculantes y diferenciadores al medio de una interacción, se descubre una lógica ante todo operacional de los modos de interacción de un sistema; una mirada que no se inclina por ninguna de las alternativas aparentemente opositoras (Cecchin, 1987).

La neutralidad ha de ser la cualidad definitoria del psicoterapeuta en la conducción del proceso psicoterapéutico; una neutralidad en lo concerniente a los valores morales, religiosos y sociales, a fin de declinar la ocasión de favorecer, con base en las propias convicciones, ciertos rasgos del contenido a interpretar por encima de otros (Galimberti, 2002). Una orientación estética fundamentada en la curiosidad rehúsa toda pretensión de dirigir al prójimo; renuncia a la interacción instructiva, modalidad en la cual el terapeuta tiende a la modificación del consultante a través del direccionamiento de sus actos, aleccionándolo acerca de qué hacer y cómo hacer lo que hace (Cecchin, 1987).

Dicho todo, el pensamiento posmoderno produce, pues, no un prototipo de psicoterapia, sino un catálogo de potencialidades para el ser y hacer del profesional en psicología clínica —sin perjuicio de su posicionamiento teórico; la deferente admisión, de parte del clínico, de saberse sostenido sobre hombros de gigantes, de lo impensable de una absoluta, objetiva y sola verdad; su dimisión de la posición de sabedor; de la ignorancia que, a su vez, admite el significado —inexcusable para el cambio terapéutico. Antes que ser terapeuta, *ser humano*; uno que se permite conocer al «otro»; construir una relación —habida cuenta de la trascendencia de la relación psicoterapéutica en la aceptación, el entendimiento y la resignificación del sufrimiento; tal cual reza la «oración monológica» invocada por el psiquiatra y psicoterapeuta estadounidense Irvin David Yalom: “es la relación la que cura, la relación la que cura, la relación la que cura” (1989, p. 91).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Hasta aquí se ha relatado el principio y el propósito del sufrimiento concebido como razón de ser de la psicoterapia; la búsqueda de sentido como vía de aceptación y desciframiento de la angustia; como acto conjunto entre consultante y terapeuta llevado a culminación en y a través de la relación psicoterapéutica; las cualidades históricas, actuales, y potenciales del terapeuta, tanto cuanto las aspiraciones y mortificaciones del consultante; la sustancialidad del lenguaje en la comunicación del desconsuelo y de la resignificación por medio del diálogo, la colaboración y el compromiso mutuos.

Numerosas encuestas realizadas en hogares mexicanos revelan que la persona que experimenta un sufrimiento psicoemocional recurre, primero de todo, a sus amigos o familiares; seguidamente, al «coach» o entrenador ontológico, al sacerdote o prelado. La consulta de servicios psicoterapéuticos se tiene solamente en consideración en porcentajes minúsculos y secundariamente. La persona que apela al consejo de «otro» confiesa entre sus razones, el deseo de ser acompañada —escuchada—, de solventar cualesquiera conflictos, y el consuelo del quebranto. Surge la apremiante necesidad de conocer de cerca las demandas y esperanzas de la persona que consulta ésta clase de apoyo (Berenzon et al., 2009; Vial, 2016), habida cuenta que ese «otro» es, solo rara vez, el profesional en psicología clínica. Se entrevé una equívoca concepción del menester del psicoterapeuta; en consecuencia, se lo sustituye inadvertidamente por confesores, entrenadores de vida, directores espirituales o incluso videntes.

No ha sido pretensión del autor ni desestimar ni tampoco infamar los susodichos servicios toda vez que atienden sus respectivas necesidades; más bien, señalar el aventajamiento de la psicoterapia en lo que atañe a la penetración de y la reconciliación con el sufrimiento: el porqué de la indispensabilidad del psicoterapeuta.

Como ejemplo, el «coaching» ontológico encierra la constitución de un partenariado entre «coach» y «coachee»; es decir, entre entrenador y persona en entrenamiento; un proceso

creativo que estimula el deseo de llevar al máximo el potencial personal y profesional del cliente; un proceso que pretende, ante todo, destrabar los recursos personales orientados al desarrollo de la productividad y del liderazgo (ICF, 2022). No son su materia ni el sufrimiento ni la vivencia interior, sino la consecución de objetivos y el acto exterior.

Por otro lado, dado que la psicoterapia es, por encima de todo, una intervención por mediación de la palabra, es natural considerar su coexistencia con la dirección espiritual, que es, igualmente, una relación interpersonal en la cual la palabra es raíl hacia el consuelo. No obstante, la psicoterapia persigue la resignificación experiencial, la sanidad de la mente, al mismo tiempo que sugiere el camino hacia una estabilidad psicoemocional, en tanto que la dirección espiritual procura, en cambio, acompañar a la persona en un proyecto vital que entraña la comunión con su Dios, la sanidad de su espíritu, a la vez que indica el camino y los medios para la adquisición de la santidad (Vial, 2016). Una vez más, los respectivos ministerios son distintos.

Bien podría decirse que la psicoterapia es un punto medio, por cuanto son objeto suyo la relación entre ser y mundo; la relación entre exterior e interior; la experiencia íntima y el acto humano. La persona que accede a psicoterapia retrata en su mente una clara expectativa: espera sentirse mejor. Conforme la relación entre consultante y terapeuta se torna más profunda, el diálogo se torna, por igual, más espontáneo y auténtico; la persona encuentra y experimenta, entonces, la libertad para explorar aquello que es origen de su angustia con mayor apertura y curiosidad (Germer, 2017).

Del fin del decenio de 1980 en adelante se ha percibido un creciente acento en la importancia de la relación terapéutica, con prescindencia de la orientación teórica. El psicólogo sudafricano Arnold Allan Lazarus, por ejemplo, adoptó una perspectiva pragmática y no encontró problema en el procuramiento de técnicas procedentes de otras modalidades de terapia sin traer con ellas los correspondientes planteamientos teóricos de referencia.

Lazarus adoptó la expresión “eclecticismo técnico” para dar nombre a dicha práctica, para más tarde confeccionar el enfoque conocido como terapia multimodal (Lazarus, 1981, como se

citó en Faris y van Ooijen, 2012). La década de los ochenta atestiguó un raudal de publicaciones y de conferencias en las cuales el concepto de «integración» fue traído a la luz (Faris y van Ooijen, 2012).

Es preciso aunar, integrar la psicología —más concretamente la orientación clínica— a la experiencia vital de la persona, considerada ésta no sólo cual ser biopsicosocial, sino que, a decir del psiquiatra y Doctor en Medicina Aquilino Polaino-Lorente (2012), se hace necesaria la interposición de la esfera espiritual, porque es justamente el punto en el cual las esferas biológica, psicológica y social se anexionan y alcanzan su plenitud, toda vez que el sufrimiento asoma sin distinción de dimensión (Antón, 2017).

La palabra «espíritu» (del hebreo *rúaj*, del griego *pneuma*, “espíritu”, “inspiración”, “soplo”) significa, en una antiquísima acepción, el aliento que anima la entera realidad (Galimberti, 2002); el espíritu es la unión de lo íntimo y lo público, de la mente y del cuerpo, del acto y el pensamiento.

Se trata, pues, de sortear reduccionismos, de precaver el acto de magnificar una sola de las dimensiones de la persona (i. e. biológica, psicológica, social, y espiritual), con exclusión de las restantes en la explicación del sufrimiento (Polaino, 2012). En resumidas cuentas, el ser humano participa de cuatro esferas: la corpórea, la psicológica, la social, y la espiritual. No se puede estudiar a fondo el ser humano prescindiendo ni de una siquiera. La persona es ser individual cuya unidad es irrompible —ni en el sufrimiento ni en la psicosis; es totalidad, por cuanto es incapaz de disolverse, como tampoco de propagarse a sí misma (Vial, 2016).

La psicología clínica hace visible su sentido más pleno en la medida que acepta, dignifica, y se hace servidora de la entera existencia humana —sin distinción de su cualidad (p. ej. su normalidad, su anormalidad). No más escindir, sino «re-unir». No más marginar «lo otro», aquello que se concibe en contraposición a reglas consagradas, sino «integrar». Nadie está salvo de ser juzgado. El profesional en psicología clínica ha de asistir, ha de acompañar al ser humano por sí mismo, desistiendo de la glorificación de paradigmas o metodologías.

Existe, hay que decir, una paradoja: la espaciosa distancia entre lo que atañe al profano y lo que atañe al profesional; entre lo que es verdadera razón y propósito del clínico, y lo presupuesto. A menudo, las investigaciones y procedimientos de éste permanecen ocultos a la mirada de aquel; poco importa el efecto que puedan éstos tener en la literatura, oscureciéndose la visibilidad de la profesión psicológica (Polaino, 2012). Téngase presente: el primer paso lo da el consultante una vez que resuelve acudir a terapia. He aquí la mínima e irremplazable expresión de su voluntad de ser (Rogers y Kinget, 1971).

La persona acude a psicoterapia debido a que siente que se “viene abajo”, a que sufre, a que desea sentirse plena, salva (del latín *salvāre*, “hecho o preservado entero”); lo cual involucra la integración de partes dispares, aunque inseparables de sí misma, de experiencias distintas que pocas veces encajan, así como la adquisición y asimilación de nuevas modalidades de ser. Se trata, pues, de un proceso dinámico que bien puede implicar la renunciación de hábitos desfavorables (cognitivos, conductuales e interpersonales), el desistimiento de proyecciones, la unificación de escindidas partes y la creación de nuevas narrativas (Faris y van Ooijen, 2012).

La palabra «integrar», a todo esto, significa completar un todo con sus partes faltantes —al decir del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española. Juntamente, “Hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo”; “Aunar, fusionar dos o más conceptos, corrientes, etc., divergentes entre sí, en una sola que las sintetice”.

Un paradigma es obra del ser humano, no lo contrario; por tanto, tiende hacia un fin designado que ha de ser consumado. El acto de integrar comprende un proceso que tiene como propósito la reunión de las partes en un todo, accionando, con ello, un renovado progreso (Finlay, 2016). Viene a bien comprender que el sufrimiento —y no el gozo únicamente— es porción de una plena experiencia, porque cuanto más hondo penetre la pena en el ser, mayor contento podrá contener (Gibrán, 2009). Igual que existe compasión y apatía, contradicción y cordura, lenidad y dureza en la persona, existe también en su ciencia.

El psicólogo y terapeuta estadounidense Saul Rosenzweig publicaría un artículo titulado 'Por fin el Dodo sentenció, "Todos hemos ganado y todos tendremos premio"'; encabezamiento prestado de una citación de la novela de fantasía *Las Aventuras de Alicia en el País de las Maravillas*, escrita por el fotógrafo y escritor británico Charles Lutwidge Dodgson y publicada en el año de 1865 bajo el seudónimo de Lewis Carroll. La mentada cita es referenciada en los actuales debates en torno a la eficacia de la psicoterapia, en los cuales se emplea la expresión «Efecto Dodo» como clave para la ausencia de evidencia de cualesquiera variaciones entre las distintas aproximaciones teóricas.

Rosenzweig afirmaría que la eficacia es atribuible más a los elementos que guardan en común los distintos tipos de terapia, que a las desemejanzas; entre los cuales, yendo más lejos, destacaría tres condiciones: (1) la eficacia se relaciona más con la personalidad del terapeuta, que con el paradigma al cual está adscripto; (2) toda terapia se inclina hacia el descubrimiento de nuevas perspectivas en torno de las dificultades personales; y (3) toda terapia, no obstante su enfoque, es provechosa, habida cuenta de que todo crecimiento aún en una sola esfera de la experiencia humana, tiene efecto en esferas contiguas (Faris y van Ooijen, 2012).

La integración es el completamiento de la plenitud humana, la escalonada unión no sólo de las esferas cognitiva, conductual, emotiva, orgánica, social, y espiritual, sino, al propio tiempo, de la libertad y el sufrimiento. Como escribiera Yalāl ad-Dīn Muhammad Rūmī, insigne poeta y místico musulmán, el ser humano semeja "una casa de huéspedes. Cada mañana hay recién llegados: una alegría, una depresión, una mezquindad (...) A los pensamientos escabrosos, a la vergüenza, a la malicia. Recíbelos a todos con risas en la puerta e invítalos a pasar" (como se citó en Barks, 2002).

La persona posee la capacidad o bien actual, o potencial, para el conocimiento reflexivo; es decir, la capacidad no solamente de saber, sino de saber que se sabe; capacidad que posibilita la autovaloración y la autocorrección, operaciones elementales para su adaptación e integración. La humana tendencia a la autoactualización destaca entre sus virtudes (Rogers y Kinget, 1971).

En la persona coexisten libertad y necesidad. “Sólo puede haber conocimiento en la medida en que hay libertad” (Sartre, 1996, p. 75). Libertad para descubrir; libertad para ignorar. La autoactualización es la infatigable disposición del ser conducente al avance de las propias potencialidades que, por otra parte, guarda como finalidad el aseguramiento de su conservación y perfeccionamiento —habida cuenta de las posibilidades y restricciones contextuales (Rogers y Kinget, 1971).

El consultante es, sobre todo, un ser libre. Libre de optar entre la serenidad y el sufrimiento. El sufrimiento existencial, más al punto, la angustia, es la puerta hacia la libertad, la desconocida posibilidad, toda vez que tan sólo la inocencia preexiste a la libertad, y en tal pureza la libertad no es realidad, sino pura potencialidad (Arias, 1973). El ser toma conciencia de su libertad en la angustia; o, si se prefiere, la angustia es conciencia de libertad, de ser-en libertad. Libre de encontrar y de ser sí mismo, o disimularse, antes bien, tras una careta; de prosperar, o de dar marcha atrás; de experimentar una plena libertad de elección —experiencia de suma trascendencia en la psicoterapia (Rogers y Kinget, 1971). A decir de Martin Heidegger, la libre elección es el compromiso (1968).

La persona es, pues, más que lo pensado, sentido, y actuado por ella; más todavía que sus acciones u omisiones pretéritas, presentes, o venideras; es inconclusión e inacabamiento; la persona no es reducible a la facticidad del instante por el que se trasciende a sí misma, como atestigua su sed de absoluto, su anhelo de infinito, y su deseo de eternidad (Polaino, 2012).

Es un ser en busca de sí mismo. Bien haría en prestar oído al corazón —cual predicara el apologista, filósofo y teólogo francés Blaise Pascal: “Consuélate, no me buscarías si no me hubieses ya encontrado” (1995, p. 445). La persona tiene en su haber la capacidad para el ocultamiento de las montuosidades de su existencia íntima, conoce el modo de encubrir su saber y su apetencia —lo mismo que su no-saber y su desgana (Palacios, 2011). La ignorancia es la sima de la cual, poco a poco, se trae a la luz la verdad (Sartre, 1996). No hay sitio para el saber si el espacio no está desierto. ‘Si nada soy, todo tiene cabida’” (Leloup, 2007, p. 32).

La integración es el encuentro entre lo actual y lo potencial; entre las partes —a menudo eludidas— y la totalidad. Asoma, no obstante, un interrogante. En psicoterapia *¿qué es lo que se integra?*

La psicoterapeuta británica Tricia Scott (2004) habla de la integración de (1) géneros distintos de marcos teóricos de referencia; de (2) la experiencia corporal, emocional, sensorial y espiritual del consultante; de (3) disciplinas distintas de la psicoterapia (v. gr. las artes o la filosofía); y de (4) la utilización de estrategias variadas con fines terapéuticos (v. gr. la escritura o la metáfora). La psicoterapeuta sistémico-familiar Ariana Faris, y la psicoterapeuta integrativo-relacional Els van Ooijen (2012) hablan, en la forma del modelo relacional integrativo (MIR), —habida consideración de que la psicoterapia, por cuanto comprende a las humanidades, a las ciencias, y a las artes, queda condicionada por el progreso sociocultural— de la integración de (1) el consultante, de (2) el terapeuta, de (3) el modelo terapéutico y de (4) la relación entre los mencionados.

El terapeuta, por su parte, ha de bregar con el pléroma de la persona: su inmanencia y su trascendencia; su tenebrosidad y su luminosidad; su cognoscibilidad y su incognoscibilidad; su irrepetible singularidad y su universal afinidad; su angustia y su regocijo; su relación consigo mismo —un ser que se conoce a sí mismo— y su relación con «el otro»; su aceptación de sí mismo y su aceptación de su hermano; la hermeticidad o penetrabilidad de su intimidad; la claridad u opacidad de su palabra; su aquiescencia y su anhelo de infinitud; la actualidad de sus cualidades y el compromiso para con sus potencialidades; su ser y su hacer; su voluntad de amar y su deseo de ser amado; su capacidad de donación y de recepción; como ser libre; como ser en busca de sentido; su oscilación entre individualismo y colectivismo; como ser inherentemente digno; como ser impasible; como ser-pacientemente-impaciente; como ser razonable o ser paradójico; como asceta; como ser-en el mundo; como ser-en el tiempo; como fin y principio en sí mismo; es decir, la “unitotalidad” de su ser (Polaino, 2011; Polaino, 2012; Juárez, 2014). Una actualidad que aún sin participar de la plenitud, de la integridad, se arroja hacia ella con amante inclinación: es el

caso de las realidades puramente potenciales que tienden al acto que las perfecciona (Palacios, 2011). Integración es perfeccionamiento. La expresión «perfecto» procede de *perficere* (del latín *perficiō*, “hacer del todo”) y *perficere* es cumplir acabadamente (Polo, 2017).

El perfeccionamiento es un camino de toda una vida que no tiene su deshacer ni en el desaliento ni en el desacierto; éstos son no más que un transitorio descamino. Un camino que bien vale andar acompañado. A decir del escritor y filósofo israelí Martin Buber, “En el principio está la relación” (1970, como se citó en Yalom, 1980, p. 364). No existe perfeccionamiento, sin «común-uniión». El ser humano es un ser esencial y naturalmente relacional; en cuanto que tal, la sociedad es el emplazamiento para el mutuo perfeccionamiento; y, en tanto que mutuo, deviene esencial la sociedad —la relación (Polo, 2017). No existe relación, se debe decir, sin emoción. No existe acción sin la intervención de una emoción

Una emoción (del latín, *ēmove*, “accionar”, “poner en movimiento”) es, ciertamente, el impulso que subyace e induce todo acto; uno que descubre la profundidad sensorial, orgánica, psicológica y espiritual de la experiencia humana; más aún, la emoción la dinamiza; acciona todo íntimo movimiento y modela no solo la interioridad del ser, sino, también sus actos tanto cuanto su relación con el mundo y sus semejantes (Grün, 2014); en tanto que propiciadoras de la comunicación social, las emociones entretejen la urdimbre sobre la que se erige la existencia colectiva; a causa de la natural necesidad del ser de comunicar su experiencia emotiva al «otro», consumada, en principio, mediante la expresión gestual.

Es humano el acto de apercibimiento, de ser autoconsciente, de meditar en los propios pensamientos y sentimientos y ser capaz de describirlos, de deliberar y de transformar profundamente la conducta emotiva (Antón, 2017). En la emoción no existe ni «Bien», ni «Mal»; existe el significado; es por efecto del lenguaje y del pensamiento autorreflexivo que la angustia, la congoja, el sufrimiento, etc., son agigantados. Sin importar la delicadeza de la estima personal, el desconsuelo, las dificultades interpersonales, la recidiva de un pensamiento obsesivo, la

profundidad de la tristeza —entre otras—, la persona no cesa de ser humana (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015).

Humana también, e ineludible, es la búsqueda de sentido; toda vez que una existencia desprovista de él, de fines, de principios, engendra sufrimiento (Yalom, 1980). La psicoterapia denominada como posmoderna —más que comprender una colección de técnicas altamente especializadas—, propugna, en resumidas cuentas, una filosofía que contextualiza el ser y hacer del profesional clínico (Anderson, 1999, como se citó en Sáenz y Trujano, 2015), cuestionando su posición cual experto o dictaminador que ha de «curar», o bien «corregir», el «desperfecto» del consultante, proponiendo, en cambio, la conversación y el diálogo como sendas de colaboración en la creación de sentido (Sáenz y Trujano, 2015).

Debemos recordar, «curar» no supone «juzgar», antes bien «cuidar de», «velar por», un cuidado no sólo por sí mismo, sino, también, por «el otro»; es «re-crear», de manera conjunta, el significado de la experiencia vital. Un terapeuta que ostenta un auténtico modo de ser (del griego *authentikós*, “señor de sí mismo”) se inclinará más en la confección de una relación terapéutica de «persona-a-persona» que en una preceptiva utilización de técnicas (Clarkson, 2003, como se citó en Faris y van Ooijen, 2012).

La conjunción de las capacidades, menesteres y potencialidades antes mencionadas en el ser y hacer del profesional en psicología clínica, lo convierte en un especialista insustituible en lo concerniente al acompañamiento, el entendimiento y la intervención en el sufrimiento (Gerrig y Zimbardo, 2005). El hermano, el amigo, el padre y la madre —si bien su amor y consuelo son verdaderos— pocas veces dirigen hacia la aceptación, el autoconocimiento, la autoconfianza, la autocomprensión, la autorreflexión, el consciente y continuado perfeccionamiento; una «charla» fraterna escasamente producirá el cuestionamiento de las propias concepciones, menos aún revirará las propias acciones. La neutralidad es otra cualidad que rara vez asoma más allá del encuentro terapéutico —ni que decir de la confidencialidad.

El proceso de intervención principia en y con el propio especialista, por cuanto reclama su plena atención; una vigilancia del minuto presente, del ser «en-presencia», con el fin de contemplar la realidad dispensada la mirada de toda proclividad al juicio (Kearney et al., 2009, como se citó en Coca et al., 2020). El diálogo terapéutico ha de convidar al consultante a la recuperación y reconstrucción de la relación consigo mismo por medio del cuidado y el cultivo de sí (Foucault, 2007, como se citó en Sáenz y Trujano, 2015).

El consultante ha de sentirse libre de toda valoración moral o diagnóstica. La psicoterapia ha de ser la libre experiencia de las respuestas íntimas y superficiales de la persona, aligerando la carga de relacionar tales reacciones con el sí-mismo; de manera tal que pueda ella libremente experimentar amor y resentimiento, angustia y alivio, desconuelo y contento, prosperidad y tropiezo (Rogers, 2012). La psicoterapia es más que «tratar», es más que «curar»; es asistir, es acompañar al «otro» en el malestar o el sufrimiento.

Acompañar es entablar y estrechar una relación confortante y solícita; es considerar y comprender la singularidad de la persona; apreciar sus capacidades y recursos con el propósito de robustecerlos, no sin alentar el adelantamiento de su autonomía; es atender con deferencia la narrativa tal cual se confiesa. El acompañante debe ser capaz de no sentirse apesadumbrado con el sufrimiento de su contraparte con el objeto de contener su angustia, expurgando y estabilizando su mundo íntimo (Raffo, s. f.).

El desconuelo es siempre desconuelo de un ser que lo padece, que lo sufre. No existe el sufrimiento en sí mismo, más bien asoma en el ser la percepción de un mal. Por tanto, no todo pesar causa un sufrimiento, sino tal sólo el que aflige a un ser capaz de percibirlo de manera tal (Torralba, 2007).

El sufrimiento ostenta una multitud de rostros, entre los cuales, pero no únicamente, se encuentran la dolencia del cuerpo y el pesar del espíritu (Bayés, 1998). La persona que padece dolor confiesa que sufre tan sólo cuando el origen del malestar es incierto, cuando considera la imposibilidad del alivio, cuando su significado es infausto, cuando lo percibe como una amenaza.

Dicho de otro modo, cuando teme el sinsentido, el aplazamiento del restablecimiento, o el recrudescimiento, un porvenir privado de la posibilidad de control (Cassell, 1982, como se citó en Bayés, 1998).

Es menester del profesional en psicología clínica arrojar clara luz sobre el sufrimiento que asoma en una multiformidad; a decir, en las formas de ansiedad, comportamiento adictivo o compulsivo, confusión, decaimiento de la estima personal, depresión, desesperación, dificultades relacionales, insatisfacción existencial, entre otras. El sufrimiento es porción indistinguible de la condición humana; juntamente, hilo conductor de todo motivo de consulta; es necesario para el consuelo, porque del primero surge la posibilidad del segundo. Una terapia provechosa es, por ende, aquella que transforma la relación del consultante con su singular sufrimiento (Germer, 2017). Por consiguiente, más que centrarse en la dilucidación del pasado, la psicoterapia ha de contribuir a la concepción de un porvenir más satisfactorio para el consultante (Trujano y Limón, 2010); lo cual demanda, las más de las veces, una reinterpretación, una deconstrucción de los acontecimientos ocurridos tiempo atrás; lo cual se puede lograr si consultante y terapeuta emprenden una conversación que los permita adentrarse en el sistema de significados de cada uno, a la vez que los ayuda a considerar la posibilidad de expandir los propios márgenes de libertad (Sáenz y Trujano, 2015).

El sentimiento de satisfacción —o bien, la reconciliación— con la propia existencia no depende, pues, de la historia de vida, sino, más bien, de la mirada con la que presentemente se la concibe y se la da sentido. La libertad descansa en la manera en la cual se contempla la vida (Grün, 2019). La psicoterapia es, en conclusión, el justo y necesario encuentro con la actualidad y potencialidad, con la tenebrosidad y luminosidad de la existencia humana mediante el entendimiento y la reconciliación con el sufrimiento.

He aquí el porqué de la indispensabilidad del profesional en psicología clínica.

REFERENCIAS

- Agudelo B., M. E. y Estrada A., P. (2012). Constructivismo y Construccinismo Social: Algunos Puntos Comunes y Algunas Divergencias de estas Corrientes Teóricas. *Prospectiva, 0* (17), 353-378.
- Agudelo B., M. E. y Estrada A., P. (2013). Terapias Narrativa y Colaborativa. Una Mirada con el Lente del Construccinismo Social. *Revista Facultad de Trabajo Social, 29*(29), 15-48.
- Aguilar, B. (2019). Etimología en Medicina: un Viaje al Origen y Sentido de las Palabras. *Revista Uruguay de Cardiología, 34*(1), 8-11.
- Albert, M. (febrero, 2016). *ORDO AMORIS: una Gramática de los Sentimientos*. Ponencia presentada en las Jornadas sobre Emoción, Empatía y Compasión, celebradas en la UCV «San Vicente de Mártir», Valencia, España.
- Anderson, H. (2020). El Paraguas Posmoderno: Lenguaje y Conocimiento como Transformadores Inherentemente Relacionales y Generativos. En A. G. García (Ed.), *Terapia Colaborativa. Relaciones y Conversaciones que Hacen una Diferencia*. (pp. 31-46). Ohio, Estados Unidos: Taos Institute Publications/WORLDSHARE BOOKS.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El Experto es el Cliente: la Ignorancia como Enfoque Terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (Eds.), *La Terapia como Construcción Social* (pp. 45-60). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Andrade L., L. (2010). La Socialización de los Seres Humanos: una Realidad Diferenciada. *El Cotidiano, 2010*(160), 85-89.
- Asociación Americana de Psicología. (2011). *Los Psicólogos: Qué Hacen y Cómo Nos Ayudan*. Washington, Estados Unidos: APA. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/ayudan>
- Atkinson, W. W. (2012). *El Kybalion: Tres Iniciados*. Málaga, España: EDITORIAL SIRIO.
- Auster, P. (2006). *Viajes por el Scriptorium*. Barcelona, España: EDITORIAL ANAGRAMA.
- Ayuzo del V., C. (2016). Pacientes, Clientes, Médicos y Proveedores, ¿Es Solo Cuestión de Terminología? *Gaceta Médica de México, 2016*(152), 429-30.

- Bados L., A. (2008). *La Intervención Psicológica: Características y Modelos*. Barcelona, España: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Barks, C. (2002). *La Esencia de Rūmī*. Barcelona, España: Ediciones Obelisco.
- Bayés, R. (1998). Psicología del Sufrimiento y de la Muerte. *Anuario de Psicología*, 29(4), 5-17.
- Beltrán, M. (1982). La Realidad Social como Realidad y Apariencia. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 82(19), 27-53.
- Berenzon G., S., Alanís N., S. y Saavedra S., N. (2009). El Uso de las Terapias Alternativas y Complementarias en Población Mexicana con Trastornos Depresivos y de Ansiedad: Resultados de una Encuesta en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 2009(31), 107-115.
- Bernal, A. (2002). El Concepto de Autorrealización como Identidad Personal: una Revisión Crítica. *Cuestiones Pedagógicas*, 2002(16), 11-23.
- Beuchot, M. (1986). Signo y Lenguaje en San Agustín. *Diánoia*, 32(32), 13-26.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J. y Villalba, L. (2004). Guía Clínica para la Psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68 (2), 99-146.
- Bohm, D. (1996). *Sobre el Diálogo*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Bunge, M. (1998). *Diccionario de Filosofía*. Distrito Federal, México: siglo XXI editores.
- Cabello M., E. (2001). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o Cliente? *Revista Médica Herediana*, 12(3), 96-99.
- Cañón O., O. E., Peláez R., M. P. y Noreña N., N. M. (2005). Reflexiones Sobre el Socioconstruccionismo en Psicología. *DIVERSITAS*, 1(2), 238-245.
- Carrera, B. y Mazzarella, C. (2001). Vygotsky: Enfoque Sociocultural. *Educere*, 5(13), 41-44.
- Castillero M., O. (22 de enero de 2022). *Los 16 Motivos de Consulta Psicológica más Comunes*. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/clinica/motivos-de-consulta-psicologica-comunes>

- Castorina, J. A. (2015). La Meta-teoría y su Intervención en la Investigación Psicológica de los Conocimientos Sociales. En F. Tula M. y P. Lorenzano (Ed.), *Filosofía e Historia de la Ciencia en el Cono Sur*. (pp. 183-192). Buenos Aires, Argentina: AFHIC.
- Casullo, M. M. (1999). La Evaluación Psicológica: Modelos, Técnicas y Contexto Sociocultural. *RIDEP Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1999(1), 97-113.
- Coca P., C., Denizon A., S., Moreno M., B., Pérez V., J. M., Arranz C., P. y García L., H. (2020). Cinco Cuestiones Esenciales para Acompañar en el Sufrimiento. *Psicooncología*, 17(2), 227-237.
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Coto, E., Gómez F., Y. y Belloch, A. (2008). Historia de la Psicopatología. En A. G. García (Ed.), *Manual de Psicopatología, Volumen I*. (pp. 31-46). Madrid, España: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- Cubero, R. (2005). *Perspectivas Constructivistas: la Intersección entre el Significado, la Interacción y el Discurso*. Barcelona, España: Editorial GRAÓ, de IRIF, S.L.
- Davison, G. (2003). *Psicología de la Conducta Anormal*. Distrito Federal, México: Editorial, Limusa.
- Defez i Martín, A. (2007). ¿Qué es una Creencia? *Logos. Anales del Seminario de Metafísica*, 38(1), 199-221.
- Díez, A. (2017). Más Sobre la Interpretación (II) Ideas y Creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143.
- Dostoievski, F. M. (2013). *Los Hermanos Karamázov*. Barcelona, España: ALBA Editorial.
- Echeburúa O., E. (1986). Evolución Histórica de los Modelos de Conducta Anormal. En J. Echeverría E y M. de Mora C. (Coord.), *Actas del III Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias*: San Sebastián. (pp. 33-50). San Sebastián, España: Editorial Guipuzcoana.

- Echeverría, R. (2013). *Ontología del Lenguaje*. Santiago de Chile, Chile: JC Sáez Editor.
- Ertmer, P. A. y Newby, T. J. (1993). Conductismo, Cognitivismo y Constructivismo: una Comparación de los Aspectos Críticos Desde la Perspectiva del Diseño de Instrucción. *Performance Improvement Quarterly*, 6(4), 50-72.
- Etchevers, M., González, M. M., Sacchetta, L. M., Iacoponi, C., Muzzio, G. y Miceli, C. M. (2010). *Relación Terapéutica: Su Importancia en la Psicoterapia* [Discurso principal]. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Fanelli, V. (2012). *Los Poderes Secretos de la Comunicación Empática*. Barcelona, España: Ediciones Obelisco.
- Faris, A. y van Ooijen, E. (2012). *Integrative Counselling & Psychotherapy: a Relational Approach*. Londres, Reino Unido: SAGE Publications Ltd.
- Fernández B., R. (2013). *Evaluación Psicológica. Conceptos, Métodos y Estudios de Caso*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Fierro, M. (2011). El Desarrollo Conceptual de la Ciencia Cognitiva. Parte I. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 519-533.
- Finlay, L. (2016). *Relational Integrative Psychotherapy: Engaging Process and Theory in Practice*. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd.
- Frankl, V. (2004). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona, España: Herder Editorial, S. L.
- Frankl, V. (2016). *A Pesar de Todo, Decir Sí a la Vida*. Barcelona, España: Plataforma Editorial.
- Franks, C. M. (1998). *Orígenes, Historia Reciente, Cuestiones Actuales y Estatus Futuro de la Terapia de Conducta: una Revisión Conceptual*. En V. E. Caballo. (Ed.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid, España: siglo xxi editores.
- Fuster, I. (2004). *Espíritu: Cuadernos del Instituto Filosófico de Balmesiana*, 53(130), 263-277.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. Distrito Federal, México: siglo XXI editores.

- Gómez S., M. (1998). Dolor y Sufrimiento: el Problema del Sentido. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1998(5), 144-158.
- Gergen, K. J. y Warhus, L. (2001). La Terapia como una Construcción Social: Dimensiones, Deliberaciones, y Divergencias. *Asociación Sistémica de Buenos Aires, Sistemas Familiares*, 17(1), 1-23.
- Germer, C. K. (2017). *Mindfulness, ¿Qué es y Qué Importancia Tiene?* En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness y Psicoterapia*. Bilbao, España: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Gerrig, R. J. y Zimbardo, P. G. (2005). *Psicología y Vida*. Distrito Federal, México: PEARSON EDUCACIÓN.
- Gibrán, K. (2009). *El Profeta*. Madrid, España: Editorial EDAF, S. L.
- Goberna T., J. (2004). La Enfermedad a lo Largo de la Historia: un Punto de Mira entre la Biología y la Simbología. *Índex de Enfermeria*, 13(47), 49-53.
- González M., C. (2017). La Interacción en el Camino Hacia una Comunicología. *Alcance: Revista Cubana de Información y Comunicación*, 6(3), 142-172.
- Grün, A. (2010). *La Experiencia de Dios a través de los Sentidos*. Cantabria, España: Editorial Sal Terrae.
- Grün, A. (2014). *La Escuela de las Emociones*. Cantabria, España: Editorial Sal Terrae.
- Grün, A. (2016). *Las Emociones como Fuente de Energía. Caminos para Sanar las Heridas del Alma*. Cantabria, España: Editorial Sal Terrae.
- Grün, A. (2019). *De la Felicidad en las Pequeñas Cosas*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Guevara, M. F. (2019). Una Aproximación a las Nociones de Angustia y Desesperación en Søren Kierkegaard y su Papel en las Relaciones Concretas con el Próximo de Jean-Paul Sartre. *Pensamiento*, 75(285), 931-945.

- Hanson C. M. y Spross J. A. (2005). Collaboration. En: A. B. Hamric, J. A. Spross, C. M. Hanson, (Eds.) *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach, 3ª Ed.* (pp. 341-378). Missouri, Estados Unidos: Elsevier-Saunders.
- Hardy L., T. (2013). *Historia de la Psicología*. Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.
- Hawkins, D. (2015). *Curación y Recuperación*. Barcelona, España: Ediciones El Grano de Mostaza.
- Hawkins, D. (2016). *Trascender los Niveles de Conciencia: La Escalera Hacia la Iluminación*. Barcelona, España: Ediciones El Grano de Mostaza.
- Heidegger, M. (1968). *Ser, Verdad y Fundamento*. Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores.
- Hernández, F. (2003). El Constructivismo como Referente de las Reformas Educativas Neoliberales. *Educere, Trásvase*, 7(23), 433-440.
- Hernández R., G. (2012). *Paradigmas en Psicología de la Educación*. Distrito Federal, México: Ediciones Culturales Paidós.
- Hernández S., P. (2010). El Usuario: ¿Sujeto u Objeto de Estudio? *Bibliotecológica*, 24(51), 7-9.
- Huerta O., A. (2018). El Sentido de Pertenencia y la Identidad como Determinante de la Conducta, una Perspectiva desde el Pensamiento Complejo. *Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 9(16), 83-97.
- Hurtado G., M. A., Fernández F., M. del R. (2015). Reconciliando las Tipología de Usuarios de Internet. *Razón y Palabra*, 2015(89), 1-18.
- Ibarra M., A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa? *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 2004(5), 1-9.
- International Coaching Federation. (20 de noviembre de 2021). *Experience Coaching*. International Coaching Federation. <https://experiencecoaching.com/>

- International Coaching Federation. (22 de abril de 2022). *ICF Code of Ethics*. International Coaching Federation. <https://coachingfederation.org/ethics/code-of-ethics>
- Jacorzynski, W. (2019). El Mundo Perspectivista de José Ortega y Gasset. *Kultura i Wartości*, 2019(28), 209-231.
- Jarne E., A., Talarn C., A., Armayones R., M., Horta I F., E. y Requena V., E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Jiménez A., J. (2017). Teoría de la Interacción como Socialidad: Hacia un Análisis Social Naturalista, Universal e Interaccional. *Cinta Moebio* (59), 157-171.
- Juárez, F. (2011). El Concepto de Salud: una Explicación sobre su Unicidad, Multiplicidad y los Modelos de Salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Juárez, M. P. (2014). De Pacientes a Consultantes. Designaciones para la Autogestión en la Atención Primaria y la Salud Comunitaria. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(1), 11-26.
- Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Keawe'aimoku K., J., Bello, I., Nacapoy, A. H. y Haynes, S. N. (2009). Evaluación Conductual y Análisis Funcional. CONTEXTOS. <http://www.conducta.org/>
- Keller, F. S. (1990). *La Definición de Psicología*. Distrito Federal, México: Editorial Trillas.
- Kendall, P. y Norton F., J. (1988). Evaluación Conductual. *Psicología Clínica: Perspectivas Científicas y Profesionales*. Distrito Federal, México: Editorial LIMUSA.
- Kierkegaard, S. (1982). *El Concepto de la Angustia*. Madrid, España: Editorial Espasa-Calpe.
- Larchet, J. C. (2016). *Terapéutica de las Enfermedades Espirituales*. Salamanca, España: EDICIONES SÍGUEME.
- Leloup, J. Y. (2002). *The Gospel of Mary Magdalene*. Vermont, Estados Unidos: Inner Traditions International.

- Leloup, J. Y. (2007). *Judas and Jesus: Two Faces of a Single Revelation*. Vermont, Estados Unidos: Inner Traditions.
- Lemus A., S., Hamui S., A., Ixtla P., M. y Paulo M., A. (2017). Una Mirada Crítica Sobre la Noción: Paciente/Usuario/Ciente desde la Antropología en Salud. *Revista CONAMED*, 22(2), 98-103.
- López, M. B., Filippetti, V. A. y Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la Percepción Automática hasta los Procesos Controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), pp. 37-51.
- López T., F. (1996). Definición y Clasificación del Dolor. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 1996(4), 49-55,
- López S., P. (2013). Realidades, Construcciones y Dilemas. *Cinta Moebio*, 2013(46), 9-25.
- Magnabosco M., M. (2014). El Construccinismo Social como Abordaje Teórico para la Comprensión del Abuso Sexual. *Revista de Psicología*, 32(2), 219-242.
- Marín M., F. (2006). Repensando la Figura del Usuario de la Información. *ACIMED*, 14(5), 1-8.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de Conducta; Qué es y Cómo Aplicarla*. Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN.
- Martínez, A. y Rubio, V. J. (2000). *El Concepto de Salud en la Actualidad: Enfoque Psicosocial de la Salud*.
- Martínez M., A. y Ríos R., F. (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. *Cinta de Moebio*, 2006(25), 1-11.
- Martínez F., P. (2006). Del Motivo de Consulta a la Demanda en Psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69.
- Martínez P., O. (2014). La Realidad en la Formación del Conocimiento Científico. *Realidad y Reflexión*, 14(40), 47-55.

- Maslow, A. H. (2016). *El Hombre Autorrealizado: Hacia una Psicología del Ser*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Medina, P. (2015). Saussure: el Signo Lingüístico y la Teoría del Valor. *Las Nubes / 17*, 12(1), 1-12.
- Melloni, J. (2012). *El Cristo Interior*. Barcelona, España: Herder Editorial, S. L.
- Miramontes, F. (2013). La Teoría del Sentido del Sufrimiento. Fundamentación Filosófica de una Terapéutica: Scheler y Frankl. *Realitas, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(1), 51-55.
- Moisevich R., M. y Fedorovich I., P. (1944). *Diccionario Filosófico*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Pueblos Unidos.
- Montoya J., R., Schmidt R., J. y Prados P., D. (2006). En Busca de una Definición Transcultural de Sufrimiento; Una Revisión Bibliográfica. *Cultura de los Cuidados*, 10(20), 117-121.
- Nietzsche, F. (2011). *La Gaya Ciencia*. Madrid, España: Editorial EDAF, S. L. U.
- Ordoñez S., G. (2018). Los Estereotipos Sobre El Psicólogo Y Su Repercusión En La Búsqueda De Ayuda Profesional. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 2018(20), 71-79.
- Orozco A., S. (2014). Normalidad y Anormalidad Psicológica y Niveles de Prevención. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(4), 1-9.
- Ossa R., J. F., González V., E., Rebelo Q., L. E. y Pamplona G., J. D. (2005) Los Conceptos de Bienestar y Satisfacción. Una Revisión de Tema. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 3(1), 27-59.
- Palacios R., L. E. (2011). La Persona Humana. *Verbo*, 2011(495-496), 401-420.
- Palomares, L. (22 de enero de 2022). *Por Qué Algunas Personas Rechazan ir al Psicólogo*. Avance Psicólogos. <https://www.avancepsicologos.com/por-que-algunas-personas-rechazan-ir-al-psicologo/>
- Pascal, B. (1995). *Pensées*. Londres, Inglaterra: Penguin Books Ltd.

- Pattakou P., V. y Nestoros, J. N. (2007). La Alianza Terapéutica y el Compromiso en la Terapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 151-157.
- Phares, E. J. y Trull, T. J. (2002). *Psicología Clínica. Conceptos, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión*. Distrito Federal, México: International Thomson Editores.
- Philippe, J. (2012). *Tiempo para Dios: Guía para la Vida de Oración*. Madrid, España: Ediciones RIALP.
- Polaino L., A. (2011). Algunas Claves Antropológicas para el Encuentro de la Psicoterapia y la Espiritualidad. En M. I. Rodríguez F. (Dir.). *Integrando la Espiritualidad en la Psicología*. (pp. 201-272). Burgos, España: CITEs Monte Carmelo, Universidad de la Mística.
- Polaino L., A. (2012). *Algunos Retos Actuales de la Psicología Clínica*. Madrid, España: CEU Ediciones.
- Polo, L. (2017). *Obras Completas de Leonardo Polo. Serie A. Volumen XIX. Persona y Libertad*. Pamplona, España: EUNSA, Ediciones Universidad de Navarra, S. A.
- Pulido, D. (2018). *Psicopatología*. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria del Área Andina.
- Quinzá-Lleó, X. (1993). *La Cultura del Deseo y la Seducción de Dios*. Madrid, España: Editorial Sal Terrae.
- Radford, L. (1999). Sujeto, Objeto, Cultura y la Formación del Conocimiento. *Educación Matemática*, 12(1), 51-69.
- Raffo, P. (sin fecha). *Acompañamiento Psicológico y Terapia Psicológica*. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Ramírez P., M., Cárdenas J., M. y Rodríguez J., S. (2015) El Dasein de los Cuidados desde la Fenomenología Hermenéutica de Martín Heidegger. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 144-151.
- Riba, C. (2006). Cuando el Objeto es un Sujeto... Y Todo lo Demás. *Anuario de Psicología*, 37(1-2), 89-97.

- Ribes I., E. (1972). Terapias Conductuales y Modificación del Comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 4(1), 7-21.
- Ríos H., I. (2010). El Lenguaje: Herramienta de Reconstrucción del Pensamiento. *Razón y Palabra*, 15(72), 1-25.
- Rivas R., F. (2012). *Terapia de las Enfermedades Espirituales en los Padres de la Iglesia*. Madrid, España: Editorial San Pablo España.
- Rivera D., A. M. (2014). Conceptos de Anormalidad y Normalidad en el Ejercicio de la Psicología Clínica. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(9), 1-10.
- Rogers, C. R. (2012). *On Becoming a Person: a Therapist's View of Psychotherapy*. New York, Estados Unidos: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.
- Rogers, C. y Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y Relaciones Humanas, TOMO I*. Barcelona, España: Ediciones Alfaguara.
- Rogers, C. R. y Sanford, R. C. (1985). Client-Centered Psychotherapy. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry 4*. (pp. 1374-1388). Baltimore, Estados Unidos: Williams & Wilkins.
- Rojas A., C. E. (2011). Ética Profesional Docente: un Compromiso Pedagógico Humanístico. *Revista Humanidades*, 1(1), 1-22.
- Rojas M., E. (1996). *La Conquista de la Voluntad*. Madrid, España: EDICIONES TEMAS DE HOY.
- Rozo C., J. A. (2002). La Terapia desde el Punto de Vista del Construccinismo Social ¿Tiene Algún Sentido la Terapia? *Revista PsicologíaCientífica.com*, 4(12), 1-10.
- Sáenz J., A. P. y Trujano R. P. (2015). Resignificación Narrativa en la Terapia Grupal Posmoderna. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 75-82.
- Sala A., M. R., de Cárdenas S., O., Sala A., A. González J., J. F. (2000). Paciente... ¿Por Qué? *Revista Cubana de Estomatología*, 37(2), 123-126.
- Salorio del Moral, P. (sin fecha). *Tratamientos Psicológicos (III). Terapia de Conducta*. En D. B. Salorio. (Ed.), *Tratado de Psiquiatría*. Madrid, España: Psiquiatría.com

- Sánchez E., P. A. (2008). *Psicología Clínica*. Distrito Federal, México: Editorial El Manual Moderno.
- Sánchez L., L. M. (2016). Psicoterapia y Complejidad Teórica: Reflexiones Epistemológicas y Aspectos Metodológicos para el Diálogo entre Autores. En T. C. Zohn M., E. N. Gómez G. y R. Enríquez R. (Ed.), *Psicoterapia y Problemas Actuales*. (pp. 67-96). Guadalajara, México: ITESO.
- Sandoval M., J. (2010). Construcciónismo, Conocimiento y Realidad: una Lectura Crítica desde la Psicología Social. *Revista del Magíster en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad, MAD*, 2010(23), 31-37.
- Santamaría V., F. (2009). La Persona: Valor y Amor en la Filosofía de Max Scheler. *Análisis. Revista Colombiana de Humanidades*, 2009(74), 71-94.
- Saramago, J. (2002). *El Hombre Duplicado*. Barcelona, España: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1996). *Psicopatología. Psicología Anormal. el Problema de la Conducta Inadaptada*. Distrito Federal, México: Prentice Hall.
- Sartre, J. P. (1993). *El Ser y la Nada*. Barcelona, España: Ediciones Altaya.
- Sartre, J. P. (1996). *Verdad y Existencia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Scheler, M. (1957). *Esencia y Formas de la Simpatía*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Losada.
- Schunk, D. H. (2012). *Teorías del Aprendizaje: una Perspectiva Educativa*. Distrito Federal, México: PEARSON EDUCACIÓN.
- Scott, T. (2004). *Integrative Psychotherapy in Healthcare: a Humanistic Approach*. Basingstoke, Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- Sociedad Española de Medicina Interna. (2021). *Salud y Enfermedad, ¿Qué Son?* Madrid, España: SEMI. <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/hemeroteca-salud/enfermedades/salud-y-enfermedad-que-son>

- Sola M., S. (2014). Hacia una Epistemología del Concepto de Símbolo. *Cinta Moebio (49)*, 11-21.
- Suazo Z., B. (2017). *La Naturaleza de la Psicología Clínica*. Barcelona, España: Universitat Abat Oliba CEU.
- Torralla, F. (2007). Aproximación a la Esencia del Sufrimiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(3)*, 23-37.
- Tortosa, F. y Civera, C. (2006). *Historia de la Psicología*. Madrid, España: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- Uribe C., J. M. (2013). El Concepto de Salud y Enfermedad: una Reflexión Filosófica. *CES Medicina, 27(2)*, 255-260.
- Urpí, M. (2010). *Aprender Comunicación No Verbal. La Elocuencia del Silencio*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Valdés L., I. (2012). *Miguel de Unamuno ante la Duda Existencial*. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Valera A., O. (2008). *Las Corrientes de la Psicología Contemporánea*. Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
- Vargas B., J. A. (2006). Psicología Clínica: Consideraciones Generales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 9(2)*, 49-66.
- Villafaña, J. C. (2018). *Teorías Psicológicas Actuales*. Santo Domingo, República Dominicana: EDICIONES UAPA.
- Viniegra V., L. (2008). La Historia Cultural de la Enfermedad. *Revista de Investigación Clínica, 60(6)*, 527-544.
- Vygotsky, L. S. (2015). *Pensamiento y Lenguaje*. Distrito Federal, México: Ediciones Culturales Paidós.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York, Estados Unidos: Basic Books, Inc., Publishers.

Yalom, I. D. (1989). *Love's Executioner & Other Tales of Psychotherapy*. New York, Estados Unidos: Basic Books, Inc., Publishers.

Yasky P., J. (2005). Las Entrevistas Iniciales. *Terapia Psicológica*, 23(2), 13-17.

Yela, M. (1996). La Evolución del Conductismo. *Psicothema*, 1996(8), 165-186.

Zamora M., R. (2009). La Enfermedad y el Sentido del Sufrimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1), 1-5.