



Area 3

Psicología y salud

Responsables del área: Carlos CAMARERO fue el coordinador de la tercera de las áreas tratadas en el congreso. Vicent BERMEJO, José Antonio CARROBLES, Miguel COSTA, Alfons ICART y Pedro PEREZ integraron, a su vez, el correspondiente comité técnico.

1. Ponencia marco del área: Nuevas Perspectivas para la intervención del psicólogo en los programas de salud

La ponencia fue elaborada partiendo de diversos trabajos de los miembros del comité técnico. Se presenta un resumen de los aspectos más importantes de su contenido.

Sirve como introducción una referencia al nuevo concepto de salud defendido por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) y promocionando desde los organismos mundiales que recogen los avances más importantes que, en este terreno, se van produciendo en los países desarrollados.

1.1. Crisis mundial de los sistemas de salud

Para llegar desde la llamada *Era Clínica* hasta la actual *Era Comunitaria*, han acontecido toda una serie de cambios que cuestionan el tradicional concepto de salud y el modelo médico que corresponde a dicho concepto.

Estos cambios, que se producen de forma asimétrica en los distintos países y afectan en grado diferente a los modelos asistenciales imperantes en ellos, poseen una serie de factores comunes que permiten hablar de crisis mundial de la salud.

En esta situación de crisis (en la que intervienen por igual factores políticos, sociales, económicos, científicos e ideológicos) se evidencia la ine-

ficacia del actual modelo sanitario que centra su atención exclusivamente en la enfermedad, como un nivel de asistencia inadecuado que no responde a las necesidades poblacionales y que, lejos de su objetivo teórico inicial, medicaliza en gran medida los problemas de salud (entendida ésta desde la concepción de la OMS). Se produce así la *gran empresa de la enfermedad* caracterizada por:

- Alza en los costos de los servicios.
- Aumento de la demanda en la población.
- Desarrollo de industrias rentables (como la farmacéutica, por ejemplo).
- Ocupación de la medicina curativa de más del 90% de los presupuestos destinados a la salud.

Desde esta perspectiva es evidente que las actuaciones preventivas, la coordinación con otros sectores de la población y la actuación de los profesionales de la psicología, tienen poca cabida, toda vez que una concepción unisectorial y unidisciplinar de la salud hace inviable un trabajo eficaz, que actuase en el contexto en que la población se mueve y enferma.

En este momento, la salud debe concebirse como un problema político al que hay que enfrentarse con medidas eficaces que tiendan a coordinar e implicar a todos los elementos sociales para lograr superar la actual medicalización de los problemas. Medicalización que no hace sino mantener el tradicional esquema de salud-enfermedad, en el que las variables sociales y económicas se pierden en un circuito establecido en el que lo *normal* y lo *anormal* - pretendidamente definidos desde criterios científicos - responden esencialmente a la escala de valores imperante, lejos de la situación real de los ciudadanos.

Margarita LAVIANA CUETOS
Olga BERTOMEU RAIGAL

1.2. Nuevo concepto de salud. Nuevo concepto de sistema de servicios de salud. Educación para la salud

La psicología, en el marco de la salud pública, propicia un modelo educacional de intervención según el proceso de socialización del conocimiento científico.

La educación para la salud será la estrategia prioritaria de un sistema cuyo objetivo sea lograr el ajuste ecológico persona - ambiente, y que tenga que movilizar los recursos interprofesionales e intersectoriales de la comunidad. Este hecho, junto con la incorporación de la psicología, serán los componentes básicos del esquema asistencial de la *Era Comunitaria*.

Los organismos de la OMS, haciéndose eco de esta necesidad, proponen potenciar la atención primaria de salud, aunque en la práctica, dicha propuesta no pasa más allá de la simple sugerencia.

La medicalización del sistema de salud es un factor decisivo en la dificultad para el cambio hacia la atención primaria; exige una transformación radical de los recursos existentes, recursos por otra parte adecuados (al menos teóricamente) para curar enfermedad, pero no para promocionar la salud.

1.2.1. Aportaciones a la Ley de Sanidad

Atención a los aspectos psicológicos en cualquier tema o problema de salud, en relación a:

- Actividades de educación sanitaria.
- Mejora de la calidad de la acción de los diferentes profesionales sanitarios y mejora interna de los dispositivos asistenciales; ello de cara a optimizar el nivel terapéutico de las condiciones en que se produce la asistencia.

- Orientación para la asistencia psicológica.
- Intervención en el diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos.

Bases para una planificación de recursos

El comité de expertos de la OMS dice:

«La denominación de salud incluye la problemática de la salud, la enfermedad, su ecología, la utilización y evaluación de las instituciones y su personal, el estudio de necesidades y recursos para satisfacerlas, la organización, la planificación de los servicios para tratamiento e intervención de la enfermedad o para la promoción de la salud».

La planificación para la salud deberá ser completa, sectorial, comunitaria y multidisciplinar, respetando dentro de estas coordenadas, las diversificaciones técnicas y el propio funcionamiento institucional de cada equipamiento.

Cada área asistencial debería hacerse (respetando las peculiaridades poblacionales) con el fin de:

- Posibilitar la integración de los recursos.
- Contribuir al avance en la práctica sanitaria de la filosofía asistencial que se define en el *Servicio Nacional de Salud* (ha de priorizarse la asistencia primaria de salud tal como se recomendó en la *Conferencia de Alma Ata*, y han de establecerse los canales de participación e intervención ciudadana en las instituciones sanitarias).

Es importante definir la gestión en los cuatro niveles institucionales: supramunicipal, municipal, mancomunidades e integrados en un organismo nacional. En la organización del sistema sanitario, debe preverse la relación que permita la complementariedad entre los recursos, para evitar la compartimentación y, desde ahí, la ineficacia de los sistemas.

1.2.2. Criterios para un nuevo concepto de salud y para el diseño de un nuevo modelo sanitario

La psicología y los psicólogos, deben incorporarse activamente a la defensa de la salud y al diseño de una nueva política sanitaria que debería reunir las siguientes características:

- Concepto integral de salud.
- Acentuar el objetivo de la salud y

“ En la actualidad, puede afirmarse que las variables psicológicas inciden siempre –en diferentes medidas– en todos los trastornos y enfermedades, así como en el mantenimiento y fortalecimiento del estado de salud ”

su promoción frente a la enfermedad.

- Ampliación del concepto de salud.
- Enfatizar la atención primaria.

Para todo ello deberá observarse:

- Voluntad política de iniciar la transformación del actual modelo, descentralizando recursos y democratizando los niveles de funcionamiento.
- Diseño de un plan de reconversión de los recursos de la Seguridad Social.
- Movilización y participación ciudadana, de cara a crear un estado de opinión favorable a los nuevos conceptos de salud que posibilitan al ciudadano ser gestor de su propia salud.

1.3. Aportaciones de la psicología en el sistema de servicio de salud

1.3.1. Un modelo secuencial con retroalimentación en la percepción de la salud-enfermedad

En la actualidad, puede afirmarse que las variables psicológicas inciden siempre en todos los trastornos y enfermedades, en diferentes medidas, así como en el mantenimiento y fortalecimiento del estado de salud.

Bayés parte del supuesto de que el organismo humano posee un poderoso mecanismo autocurador – denominado por muchos autores *efecto placebo* – que actúa permanentemente para conservar o aumentar salud y combatir la enfermedad. Dicho mecanismo es específico para cada indi-

viduo, en relación a multitud de variables individuales y sociales. Dicha especificidad es algo aprendido y, desde ahí, susceptible de ser modificado. Por ello, parte del control del *efecto placebo* puede, y debe, ser traspasado de los profesionales a los ciudadanos en una clara acción desprofesionalizadora.

1.3.2. El uso de la psicología social en la promoción de la salud

La psicología de la salud es un nuevo campo de la psicología a caballo entre la ciencia del comportamiento y la salud física del individuo o del grupo. Varias ramas de la psicología han contribuido con sus técnicas y conocimientos a este campo tan amplio, en particular la psicología fisiológica, la psicología clínica, el análisis del comportamiento y la psicología social.

La contribución de la psicología social al campo de la salud es enormemente amplio. En la ponencia, se señalan los estudios que utilizaron el apoyo social, el miedo, técnicas de decisión o de control para diseñar la intervención.

1.3.3. Las ciencias del comportamiento en un Servicio Nacional de Salud

El psicólogo puede y debe incorporarse a un equipo interdisciplinario de salud al que podrá aportar la evaluación, medición, manejo, control y modificación de los componentes psicológicos que están presentes en el binomio salud-enfermedad.

Tres pueden ser los modos en que las variables psicológicas afectan a la salud:

- Las conductas cognitivas, emocionales y sociales constituyen variables independientes, intervinientes o dependientes, responsables del autocuidado y/o deterioro de la salud. Un sistema de salud que acepta alegremente unas demandas para las que no tiene personal cualificado, está generando por vía yatrógena la aparición de múltiples efectos secundarios y la encronización de conductas disfuncionales.
- Los componentes psicológicos pueden constituir factores desencadenantes de enfermedades de alta relevancia social (conductas implicadas en el consumo del tabaco, alcohol...)
- El *modelo de competencia* pretende desarrollar sistemas comunitarios competentes que faciliten conductas sanas en la comunidad y reduzcan el stress del ambiente, así como

ciudadanos competentes, hábiles en crear redes y sistemas de apoyo social. La incorporación de las ciencias del comportamiento al sistema de salud, contribuiría a:

- Acercar el sistema de cuidado de la salud a la comunidad, facilitando programas de entrenamientos dirigidos al personal sanitario y, también, facilitando un fácil adiestramiento de agentes de salud.
- Incorporar innovaciones conceptuales y metodológicas de indudable rentabilidad para la salud del ciudadano.
- Facilitar el desarrollo de investigación ecológica y de las variables ambientales.
- Reestructuración de la política de formación de los técnicos e investigadores.

1.3.4. Propuesta de funciones del psicólogo

- Educación y promoción de la salud.
- Investigación y docencia.
- Actuación coordinada y complementaria con otros profesionales de atención primaria.
- Actuación en salud materno - infantil.
- Actuación en planificación y orientación familiar.
- Actuación en salud mental específicamente.
- Atención hospitalaria.
- Rehabilitación.

1.4. Exigencia curriculares y administrativas

Un plan de salud debe atender - conceptual y técnicamente - tres niveles (biológico, psicológico y social) y debe ser abordado de forma interdisciplinaria. El psicólogo debe desarrollar funciones profesionales específicas que pueden comprender aspectos de prevención, diagnóstico, terapia, rehabilitación, investigación y enseñanza; asimismo, distintos grados de intervención y asesoramiento en los organismos de gestión públicas.

Las líneas generales de intervención psicológicas en este ámbito son: exploración de la estructura, dinámica y de desarrollo de la personalidad; orientación psicológica para la prevención y promoción del equilibrio de la misma, investigación y formulación de diseños experimentales, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad.

“ Un plan de salud debe atender -conceptual y técnicamente- tres niveles (biológico, psicológico y social) y debe ser abordado de forma interdisciplinaria ”

1.4.1. El papel de los psicólogos ha de reunir estas características:

- Autonomía y especificidad.
- Interdisciplinaridad.
- Homologación.
- Relevancia social.
- Rigor profesional.

1.4.2. La formación del psicólogo como profesional de la salud

La Universidad no ha asumido con



«La calidad de vida, en su definición, se acerca al contenido que le da la OMS a la salud y está muy por encima del simple concepto de nivel de vida. Ciertas ideologías han pretendido hacer creer a poblaciones enteras que nivel de vida es lo mismo que calidad de vida», subrayó Carlos Camarero en el acto inaugural del congreso.

plenitud la responsabilidad de formar profesionales de la psicología, observándose:

- Divorcio entre experiencia docente, universitaria y las demandas de la sociedad.
- Insuficiente instrumentación práctica del recién postgraduado.

• La Universidad, salvo excepciones, se autobastece de modo endogámico por profesores que puedan tener buena preparación teórica, pero que carecen de experiencia clínica probada también en el campo profesional aplicado. Ello empobrece la formación del futuro psicólogo.

- La fuerte demanda social, exige la intervención del psicólogo para atender las demandas de la población desde nuevas vías, diferentes al modelo médico - sanitario.

- Estos hechos son de relevante importancia si consideramos:

- La desconexión entre las necesidades de actuación psicológica por parte de la población y del número de licenciados en paro o subempleo.
- La necesidad de apoyo y reconocimiento de la psicología como profesión independiente y autónoma.
- Ni las instituciones asistenciales ni los centros hospitalarios han sido reconocidos aún como entidades docentes para la enseñanza de la práctica asistencial o de la investigación psicológica.

1.4.3. ¿Qué pueden aportar los programas de formación para postgraduados en los centros asistenciales y hospitalarios?

- Creación y desarrollo de una formación profesional especializada.
- Garantizar el derecho a la formación continuada.

- Asegurar un régimen contractual a través del sistema PIR (psicólogo interno residente), que permite el acceso a la formación sin caer en la pérdida de dignidad profesional y personal.

1.5. Presente y futuro de las aplicaciones de la psicología en los programas de salud. Consideraciones finales:

- La psicología clínica no puede verse reducida a una simple tecnología o rama aplicada de una ciencia básica.
- En aras de su cercanía con el hombre concreto, de su atención a los intereses de las personas, tampoco puede la psicología clínica aborrecer o desentenderse de unas actividades y función de conocimiento básico, de experimentación e investigación.
- La psicología clínica es, o puede ser, práctica de intervención y práctica de investigación, conjuntamente.
- El ámbito de la psicología clínica constituye un espacio en el que es posible abordar dialécticamente la teoría y la práctica.

2. Tratamiento de la problemática que plantea el área.

2.1. Acercamiento desde el Colegio Oficial de Psicólogos.

A nuestro entender, la ponencia acabada de resumir refleja los ejes centrales de abordaje teórico de una nueva planificación sanitaria, esbozando las líneas generales de un nuevo concepto de salud siguiendo las indicaciones emanadas de la OMS y de la *Conferencia de Alma Ata* (12 de septiembre de 1978).

De alguna manera, se enlaza el momento actual de crisis del sistema de salud con la crisis de valores que ha ido produciéndose a nivel mundial y que configura un nuevo movimiento público en demanda de soluciones más eficaces a los problemas poblacionales.

Sin embargo, sin ánimo de hacer crítica destructiva, sino todo lo contrario, creemos que no se hace un análisis profundo y radical de la actual situación asistencial. Análisis que cuestionaría no sólo el actual modelo asistencial, sino también las previsiones de cambio propugnadas por la Administración.

El papel del psicólogo en el campo de la salud queda constreñido a una serie de enunciados por todos conocidos y defendidos, pero que - en la

“ El énfasis de la ponencia en los aspectos de diagnóstico y tratamiento, quizás provenga de la histórica lucha entre la llamada clase médica y los psicólogos. El ponerse la bata blanca era un deseo (verbalizado o no) de los aspirantes a psicólogos clínicos y, a su vez, el utilizarnos como testadores, una verdadera delicia para los psiquiatras ”

práctica - resultan inviables debido a la propia estructura sanitaria, basada en una pirámide monolítica en la que la profesión médica y las industrias desarrolladas a partir de ella, hacen impracticable la inversión de las funciones y la equiparación de los profesionales implicados en el área de la salud.

Si el tratamiento público que desde la Administración se hace de la problemática sanitaria está caracterizado por la ausencia de coordinación de recursos, compromiso de transformación institucional, reconversión y reciclaje profesional, ausencia de recursos que dependen de organismos diferentes y cuya integración en un organismo común - que aborde coherentemente la problemática de la salud en todo el Estado - está absolutamente condicionado por una serie de peleas internas, luchas por mantener supuestas parcelas de poder, etc., al margen de los intereses de los ciudadanos... es lógico suponer que intentar enmarcar, en esta ausencia de marco, la especificidad de la profesión del psicólogo - que también tiene sus propias batallas para definirse

- se nos evidencia como un tarea algo más que difícil.

Consideramos que existen en este momento suficientes experiencias que demuestran, sin grandes argumentaciones, la absoluta ineficacia del actual modelo sanitario. Pero no podemos olvidar que el trabajo comunitario puede ser instrumentalizado en aras de otros intereses distintos a los de la salud pública y puede ser un instrumento de modernización y puesta al día del mismo modelo que se pretende superar.

No podemos pensar que por el hecho de hablar de *Era Comunitaria*, de centro de salud, de equipo interdisciplinario, etc., estamos hablando de algo nuevo en esencia. Podemos estar simplemente utilizando un nuevo lenguaje para hablar de algo tan antiguo como es el poder y la forma de ejercerlo. Un centro de salud basado en la figura del médico como eslabón jerárquico indispensable, con tal ausencia de medios que al cabo de solo unos meses de funcionamiento se ha convertido en un nuevo modelo de ambulatorio de la Seguridad Social que crea un segundo círculo que, además, será más difícil de desmontar, pues aquí juega un factor esencial que en la *Era Médica* no estaba presente: la comunidad, el ofrecimiento a los ciudadanos de un nivel asistencial cuyos objetivos están ligados a mejorar sus condiciones de vida y rebajar el nivel de tensión ambiental para ir posibilitando un aumento de nivel de salud. Cuando la comunidad espera una cosa (porque eso se ha prometido) y recibe otra, reacciona con una serie de actividades que van desde el rechazo, la desconfianza, la pasividad y el conformismo, que originan un campo de actuación social más negativo que aquel en el que la población tiene un nivel de realidad mejor y, por ello, es más posible conseguir su participación no solo en la creación de una nueva red asistencial sino, también, en el mantenimiento de un sistema coherente y digno.

Los profesionales de la salud mental, tenemos a menudo una posición poco crítica con estas actuaciones de la Administración y ello genera un nivel de análisis pobre, del que sale una pobre planificación y actuación profesional.

La presencia del psicólogo en el campo de la salud, más concretamente en el campo de la salud mental, tiene - a nuestro entender - una especial importancia en tres áreas esenciales: la prevención, la rehabilitación y la promoción de la salud. No queremos con esto eludir la importancia de las otras áreas. Pero

consideramos que la ponencia hizo demasiado énfasis en el trabajo de diagnóstico y tratamiento en detrimento del resto de las áreas. Es posible que este énfasis provenga de la histórica lucha entre la llamada *clase médica* y los psicólogos, donde el ponerse la bata blanca era un deseo (verbalizado o no) de los aspirantes a psicólogos clínicos y, a su vez, el utilizarnos como testadores, una verdadera delicia para los psiquiatras.

No creemos que se gane así una batalla inventada que responde a unos intereses determinados. Enfatizando nuestro trabajo en este campo y en el de la investigación (no olvidemos que también se cuestiona, por los mismos estamentos citados, el carácter científico de la psicología) corremos el riesgo de alejarnos de nuestro verdadero objeto de deseo: la persona y su interrelación con el pobre y desgastado medio ambiente.

En la propia ponencia del área aparece una recomendación a la Administración que, los psicólogos que trabajamos en los *Hospitales Psiquiátricos* y que asistimos al *Congreso del COP*, rechazamos como negativa y contraproducente: la creación de *Unidades o Servicios de Psicología* dentro de las instituciones.

Tal recomendación de los ponentes a la Administración, responde – a nuestro entender – a tres causas:

1. Falta de conocimiento de la transformación que, en la práctica profesional en instituciones, está experimentando el rol profesional del psicólogo.

2. Desconocer, asimismo, la transformación institucional en base al trabajo en equipo, donde la especificidad de funciones no viene avalada por la inclusión o no en un servicio o departamento de psicología, lo que supone una parcelación difícil de mantener en un nuevo concepto de salud y asistencia.

3. Un doble intento de defender la profesión creando un marco teórico de referencia con límites señalados como los propios y, al mismo tiempo, potenciar la jerarquización de los psicólogos en las instituciones sanitarias. Según creemos, tal jerarquización sería falsa desde un *Servicio de Psicología* (siempre marginado de un posible *Servicio de Psiquiatría*) y, según se debatió en el congreso, es posible al mismo tiempo conseguir

“ Parece ser que en los pensamientos del Consejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía no hay cabida para los psicólogos; hecho que explica a través de un personal orden de prioridades según el cual somos prescindibles ”

desde un planteamiento global asistencial, que el que está capacitado para asumir un responsabilidad de dirección jerárquica es el que debe asumirla. Pero ello siempre desde el planteamiento de coherencia ideológica con el cambio asistencial que la propia institución y los organismos de que depende deben mantener en la práctica.

Como profesionales de la salud, teniendo presente la situación concreta que vivimos en nuestro trabajo, entendemos que no se refleja en la ponencia un análisis de la situación actual concreta, donde y cómo debemos actuar en tanto que técnicos de la salud. Entre lo que vivimos y el planteamiento de la ponencia del área queda precisamente el estructurar el cambio asistencial: ¿Qué modelo de red asistencial defendemos como Colegio Oficial de Psicólogos?. ¿Cómo entendemos el centro de salud?. ¿Cuáles deben ser los criterios para la planificación y ubicación de los recursos asistenciales?. ¿Cómo luchar para que la salud mental esté reconocida en la Sanidad Pública?. ¿Son los ambulatorios de la Seguridad Social susceptibles de transformación o podemos ir hacia un nuevo modelo práctico en nuestro país?. ¿Qué pensar de los grandes centros asistenciales, psiquiátricos o no, que se llaman hospitales?. ¿Cómo conseguir verdaderas Facultades de Psico-

logía experimentadas, autónomas y relacionadas con organismos extrauniversitarios?. ¿Debemos los profesionales incorporarnos sin más a los planes de la Administración, o debemos presionar para que la Administración planifique y gestione según los análisis de los profesionales implicados?.

Multitud de preguntas que el COP debe empezar a contestar a nivel público. Y todo ello porque como profesionales específicos, debemos tener un marco referencial claro desde el que trabajar y, sobre todo, porque entendemos el COP como la plataforma válida desde la que reivindicar un nivel de salud pública digna.

El psicólogo que trabaja en el marco sanitario, se encuentra con el problema de la definición de funciones desde lo negativo: lo que no es nuestra competencia, lo que no podemos firmar..., Nadie, y a veces ni el propio psicólogo, sabe definir cual es realmente nuestra competencia. La institución es una mole que absorbe cualquier planteamiento, lo digiere, se lo traga y apenas permite un distanciamiento que posibilite un análisis objetivo de la situación. Los propios instrumentos de trabajo sufren una inevitable transformación en un medio en el que los problemas mentales tienen más que ver con la pobreza y la miseria que con la propia psiquiatría, según manifestaba, por ejemplo, Basaglia.

Es precisa la constante reevaluación de objetivos y adecuación de medios que permitirán un correcto abordaje de la tarea emprendida. No podemos olvidar que la indefinición de un profesional en un equipo multidisciplinar puede llevar a la confusión al resto del equipo e influir negativamente en la tarea.

Desde estas realidades, y quizás pecando de críticas, el tratamiento dado en la ponencia y en las comunicaciones del área nos han parecido (salvando todo lo positivo) pobre y poco comprometido con la realidad asistencial: Las instituciones no aparecen analizadas, los instrumentos de trabajo no experimentan ningún cuestionario, el papel del psicólogo aparece o muy parcelado o muy generalizado, con la consiguiente dificultad para establecer un marco referencial claro... Valgan, pues, los anteriores comentarios como un inten-

to de aportar opiniones a un debate que, creemos, debe desarrollar el COP.

2.2. ¿Política sanitaria con o sin psicólogos?

Digamos que tal como están las cosas, el tratamiento institucional y público que plantea esta área, en relación con la figura del psicólogo, presenta dos aspectos bien diferenciados: un aspecto teórico y otro práctico.

En cuanto al aspecto teórico, resultó harto reconfortante el escuchar durante nuestro congreso, lo muy concienciadas que se encuentran nuestras autoridades respecto a lo imprescindible de nuestra labor.

Esa puesta en escena del nuevo concepto de salud, ineludiblemente incluye en el reparto de la obra al psicólogo, como agente de salud.

La voluntad de superar el modelo médico como estructura decrepita e inoperante en los sistemas de salud, la intención de poner en marcha sistemas de servicios de salud, ese pasar de la *Era Clínica* a la *Era Comunitaria*, como bien decía Carlos Camarero, poniendo el acento en la educación sanitaria, supone el introducir como condición *sine qua non* los equipos multidisciplinares de profesionales que compartirían protagonismo.

De hecho, ya lo apuntó D. Pedro Sabando, Subsecretario del Ministerio de Sanidad, él estaba allí – en nuestro Congreso de Psicólogos – para anunciarnos la buena nueva: los psicólogos estábamos llamados a desempeñar una importante labor en esa proyectada reforma sanitaria, afirmación que según él, no pretendía ganar nuestras simpatías, sino que respondía a la firme voluntad de tenernos muy en cuenta en el área de salud.

En cuanto al aspecto práctico, supone todo eso que se ha afirmado, cristalice en hechos y consideraciones concretas y verdaderas, porque de buenas intenciones tenemos inflación.

Y es que, teniendo en cuenta los proyectos que en Andalucía se vienen elaborando, por parte de nuestro gobierno autónomo, nos asaltan sospechas acerca de toda aquella verborrea optimista que se oyó.

“ Cabe la posibilidad de que el Sr. Consejero de Salud y Consumo desconozca las inalienables competencias y responsabilidades de un psicólogo en cuanto concierne a la salud mental ”

Vamos a explicarnos: No podemos por menos que alertarnos cuando el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, comienza su discurso explicándonos que él no estaba allí en calidad de tal cargo sino, pura y simplemente, como militante del PSOE. Tememos que los organizadores del congreso se debieron sentir defraudados, ya que allí, a quien interesaba oír era al responsable de la política sanitaria en Andalucía, y no al militante de un partido, por muy en el gobierno que esté dicho partido, con todo respeto para sus militantes.

Lo cierto fue, que D. Pablo Recio se dedicó – eso sí, con enorme amabilidad y brillantez – a discutir sus diferencias con el ponente que había intervenido anteriormente como diputado por el Grupo Popular. Esto bien puede hacerse aprovechando las tribunas parlamentarias o los medios de comunicación, pero nunca el Congreso de Psicólogos, ya que para nada se aludió a nuestro papel en los proyectos de la Junta de Andalucía, y mucho menos a los problemas que nos preocupan.

De las noticias habidas hasta el momento, parece ser que en los pensamientos del Consejero de Salud y Consumo no hay cabida para los psicólogos; hecho que explica a través de un personal orden de prioridades según el cual somos prescindibles.

En una entrevista que le han efectuado a dicho Consejero en la revista *El Médico* – en su número correspondiente al pasado mes de mayo –

ni siquiera al tocar el tema del Instituto de Salud Mental, parece tener previsto incluir psicólogos. Habla de neuropsiquiatras que se van a desdoblarse para obtener una mayor especialización, neurólogo y psiquiatra, pero para nada alude al psicólogo a pesar del gusto por usar términos tales como multidisciplinario, multiprofesional, etc. Y no es que queramos dar a entender que esta omisión se deba a mala fé ini mucho menos! – pero sí cabe la posibilidad de que, al igual que algunos psicólogos tienen dificultades en definir sus competencias, el Sr. Consejero de Salud y Consumo desconozca las inalienables competencias y responsabilidades de un psicólogo en cuanto concierne a la salud mental.

Digamos que parece no existir una correlación positiva entre lo que proponía en Madrid la Administración Central y lo que se decide en Andalucía.

Aunque lo que sí es cierto es que nos gustaría equivocarnos en este extremo, y que las conversaciones que se han escuchado en el Congreso del COP supongan un cambio de actitud que nos sea favorable, con lo cual, aceptaríamos gustosas una contestación a este escrito.

Resumiendo: estimamos que lo prudente sería concedernos un compás de espera antes de valorar el tratamiento institucional que nos va a dar en el área de salud en un futuro próximo, por si se hiciera realidad alguna novedad de que la congratularnos, y que disipara tan negros presagios.

3. Algunos temas abordados en el área de psicología y salud.

La primera mesa redonda del área, bajo el título de **funciones del psicólogo en el marco hospitalario psiquiátrico**, presentaba seis comunicaciones, de las cuales una se refería a un servicio de psiquiatría y psicología infantil y de la adolescencia (no hospitalario), otra a las funciones del psicólogo en los equipos de salud según la experiencia realizada en un ambulatorio (no hospitalario), otra a la labor del psicólogo en un hospital de epilépticos, la cuarta al servicio de psicología de un psiquiátrico no público, la quinta al equipo interdisciplinario de un hospital de día y, la úl-

tima, al funcionamiento de una institución psiquiátrica – penitenciaria. Es decir, ninguna abordaba la problemática específica del psicólogo en la institución psiquiátrica pública.

Los aspectos más importantes de esta mesa redonda, fueron el cuestionamiento de un servicio de psicología en una institución psiquiátrica y la dificultad de definir claramente cual deber ser la función de un psiquiátrico – penitenciario: primar lo asistencial sobre lo custodial o viceversa. Realmente, pese a ser aspectos muy importantes, no dió lugar el debate por falta de tiempo. A partir de aquí se estructuró una sesión interactiva entre asistentes a la mesa, de cara al intento de definir lo que en ella no se aportó. Se trató así la función del psicólogo en el marco hospitalario, que resultó de los más interesante por lo que tuvo de intercambio de experiencias entre colegas que trabajan en distintos psiquiátricos.

Hemos querido hacer esta introducción para dejar reflejado lo poco que respondían, en general, las comunicaciones a lo que se esperaba según los títulos de las mesas. Salvando esto, se han intentado agotar los campos de trabajo: infancia, adolescencia, problemas específicos, problemáticas de la vejez, marcos teóricos, diferentes insituaciones...

Desde nuestro punto de vista hubiera sido preferible abordar campos más limitados. Resulta prácticamente imposible intentar resumir las casi trescientas páginas del libro publicado por el Colegio recogiendo todas las comunicaciones admitidas en el **área de psicología y salud**. De todas maneras, indicaremos que el área abarcó todo lo siguiente: La **ponencia-marco** ya comentada, dos **paneles** con títulos de **concepto integral de salud y abordaje interdisciplinar** el primero y de **política de salud** el segundo, a los que se han venido haciendo ya referencia a lo largo del presente informe. Las 18 **mesas redondas** del área incluyeron 98 **comunicaciones** que cubrían desde una temática amplia y general como *Psicología y Medicina, funciones del psicólogo en un hospital general, funciones del psicólogo en los equipos de salud en la comunidad, intervención acerca de la problemática familiar y de pareja, la psicología en los trastornos cardiovasculares, aspectos psicológicos y*

“ Entre los aspectos más importantes que se trabajaron en el congreso estaba el cambio que se está experimentando en el papel del psicólogo en el equipo multidisciplinar ”

sociales de la cardiopatía isquémica, tratamiento conductual de la miopía: programa de entrenamiento en agudeza visual, etc.

Así pues, repasando el amplio programa que se ofreció en el área de salud – como en las otras cuatro del congreso – se puede afirmar, que no sólo de cada una de las mesas redondas, sino también de algunas comunicaciones, se podría desarrollar un encuentro monográfico dado el interés, amplitud y complejidad de los temas abordados. Quizás la parte positiva de este alarde temático y numérico, estribe en que ello permita establecer una línea base acerca de las actividades profesionales que en nuestro país realizamos los psicólogos.

Ni que decir tiene que, dada la imposibilidad del don de la ubicuidad, los asistentes nos la tuvimos que ingeniar para hacer una selección en función de intereses y dedicarnos a deambular por pasillos a la búsqueda de la sala adecuada, entrecruzándonos como hormigas laboriosas para intercambiar rápidos y breves mensajes sobre lo recién escuchado.

4. Valoración de la organización y contenido del área sanitaria. Algunas reflexiones finales

A nuestro entender, el *I Congreso del COP* ha conseguido una alta puntuación en cuanto a organización se refiere; basten como ejemplos la prontitud de edición de las ponencias y comunicaciones, entregadas desde el primer momento a los participantes en el congreso, o la puntualidad y agilidad de las distintas y múltiples

mesas organizadas. En conjunto, el comité organizador demostró gran eficacia.

No obstante, la amplitud del programa del congreso se convirtió en una arma de dos filos. Por un lado suponía la intención, en esta primera muestra nacional, de ofrecer una panorámica extensa de lo que es nuestra profesión, de lo que puede llegar a ser, de las actividades que se están llevando a cabo y de los resultados que se están obteniendo. Por otro lado se convirtió en un ejercicio continuado de tener que optar por alternativas incompatibles, tras lo cual nos convertiríamos más de una vez en víctimas de la *disonancia postdecisional* cuando – como quedó dicho – no se cumplían las expectativas iniciales que podían suscitar determinados títulos de mesas redondas o la calidad de lo que se hubiese expuesto resultara más que dudosa. Digamos en descargo de esta saturación de temas, que ciertamente hubiese sido complicado y problemático decidirse exclusivamente por un área, olvidando las demás, en este primer encuentro nacional del COP. Quizás ahora, y para un futuro próximo, nos encontremos en mejor situación para programar nuevos encuentros que no nos aboquen a esta especial esquizofrenia de los deseos.

Con todo, repetimos, valoramos positivamente la organización. No podemos considerar de la misma forma el contenido del congreso o, al menos, del área de sanidad.

La ponencia-marco, aún estando bien desarrollada, fue expuesta de forma adormecedora; no existió lugar a debate o profundización de sus puntos más importantes; no creó – que sepamos – ningún espacio donde poder concluir aspectos comunes que derivasen en verdaderas conclusiones de todo el congreso.

Respecto a las comunicaciones, tenemos que decir – a nuestro entender – había muchas que no poseían la mínima calidad científica como para haber sido admitidas por el comité técnico. Trabajos planteados como resultados de análisis y/o experiencias, que a la hora de un debate sobre metodología utilizada o resultados concretos reflejaban la inconsistencia de las argumentaciones aportadas; que más bien parecían salidos de refundiciones libreasas que de un pro-

grama serio de abordaje o experimentación.

A lo anterior, añadir que resulta difícil de explicar cómo es posible que tantos y tantos psicólogos no sean capaces de aplicar técnicas adecuadas, amenas y efectivas a la hora de comunicar sus experiencias. Así, la exposición de comunicaciones – amén de algunas ponencias y discursos de representantes de la Administración resultaron sesiones soporíferas, meros ejercicios de lectura deficiente, durante los cuales los asistentes se debatían en una continua batalla por mantener un determinado nivel de atención.

Quizás, si cada intervención hubiese sido una comunicación no solo de datos, sino también de las experiencias, sensaciones y sentimientos vividos durante el trabajo llevado a cabo, la cosa hubiese sido más coherente con los objetivos que pretende nuestra profesión. Ser psicólogo es algo más que ser un científico aséptico – en los casos en que se llega a ser científico – es, sobre todo – dado que no es incompatible con lo anterior – seguir siendo persona sensible y solidaria con la realidad de los demás, no estar encaramados en el otero de lo invulnerable. Tal vez así se hubiese facilitado también la profundización en los análisis y la derivación en conclusiones, que se vieron tan mermaidas por el innecesario gasto de tiempo de lectura de comunicaciones que los oyentes tenían delante impresas.

No deseamos que estas críticas sean interpretadas como destructivas. Nuestro deseo al hacerlas es precisamente conseguir lo contrario; consideramos que nuestra profesión es punto de ataque de otros profesionales en base a una supuesta falta de seriedad y de científicidad. Desde ese punto, debemos ser nosotros, y el Colegio de Psicólogos como nuestra máxima entidad representativa, los que manifestemos más empeño en mostrar el verdadero nivel de nuestra profesión.

Consecuentemente a todo lo anterior, creemos que el papel del psicólogo en el área de la salud ha quedado desdibujado en el congreso en zonas importantísimas del ejercicio profesional, tales como el nivel hospitalario o el de los equipos multidisciplinarios en la comunidad. En este sentido, la diversidad de experiencias

“ El COP debe propiciar los lugares de profundización y debate, de cara a exigir a la Administración un mayor compromiso con la reforma sanitaria, en general, y psiquiátrica, en particular ”

que los psicólogos estamos llevando a cabo en distintas partes del Estado, se manifestó de forma evidente. Consideramos que ello es un punto de vital importancia para ser analizado y debatido en un marco más definido que el del congreso, y arrojar con ello luz sobre la labor del psicólogo en los hospitales psiquiátricos, en los centros comunitarios de salud, en los hospitales generales o en instituciones penitenciarias. Ello haría posible que el COP tuviera un profundo nivel de información de la situación actual y, con ello, posibilitara el trabajo de inserción de los psicólogos en este área con mayor conocimiento de causa.

Para nuestra experiencia, entre los aspectos más importantes que se bajaron en el congreso estaba el cambio que se está experimentando en el papel del psicólogo en el equipo multidisciplinar. A nuestro entender, tal cambio debe ser sancionado con nuevas posiciones teóricas que respondan a esta realidad; cambio que, a su vez, y de forma dialéctica e inevitable, cuestiona la tradicional función del *psicólogo clínico* y de sus instrumentos de trabajo. La figura del psicólogo como agente de cambio en las instituciones es una realidad cada vez más tenida en cuenta, con una aportación muy importante en el análisis institucional y en la transformación de las estructuras de la salud mental pública.

Pensamos que el COP debe propiciar los lugares de profundización en cuanto acabamos de comentar, de cara a exigir de la Administración un

mayor compromiso con la reforma sanitaria, en general, y psiquiátrica, en particular. Reforma donde el clásico concepto del médico como profesional indispensable, vaya dando lugar a una nueva concepción en la que el equipo interdisciplinario y la acentuación de esfuerzos encaminados a elevar el nivel de salud y prevención de la enfermedad, sean los ejes centrales de la actuación profesional.

Como últimas reflexiones, señalar también, que el Colegio debe recoger de forma positiva las diferentes posiciones críticas que se manifestaron en el congreso. Ello puede ayudar a crecer la participación de los profesionales en los distintos ámbitos de actuación del COP. Asimismo, consideramos que el Colegio debe ser analizado como institución y descubrir sus propias fisuras; se potenciaría así un sano grado de comunicación entre los distintos niveles de estructura colegial. Es posible descubrir algunos puntos enfermos que habrá que abordar para no caer en contradicciones que puedan llegar a paralizar un buen objetivo inicial.

En todo caso, las instituciones se componen también de personas, y no se puede decir acerca de la interacción social entre los participantes en el congreso que lográramos del todo lo que también en ese terreno se podía esperar. Quizás éramos demasiados, pero realmente supone un fracaso el que, precisamente nosotros, sigamos fallando a la hora de poner en marcha las posibles relaciones humanas entre gente de a pié, que participan de la ilusión común de su profesión. O puede ser otra la razón; tememos que a gran parte de los psicólogos les atenaza un estrecho espíritu provinciano que les hace ver rivales donde se debieran ver colegas solidarios, lo cual – en ocasiones como la que comentamos – lleva a despreciar posibles relaciones con psicólogos de otros puntos del país y presenta, como más apetecible y sugestivo, estrechar al contacto y la amistad con los compañeros de profesión de la propia comunidad. Esta alegría, al menos, sí que nos la hemos traído puesta: ha sido una experiencia realmente feliz el poder estar cerca de compañeros a los que apreciábamos intuitivamente, pero a los que conocíamos poco.