

PSICOLOGÍA CLÍNICA, PSICOLOGÍA DE LA SALUD.... ¿EN QUÉ QUEDAMOS?

Alfonso Blanco Picabia

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

RESUMEN

A partir de un análisis léxico y semántico se recogen las principales ideas que han informado la psicología clínica contemporánea y, desde aquí, se propone una asunción fáctica de la psicología de la salud en el ámbito de la psicología clínica. Se sugiere, por otro lado, una reconversión radical de las inversiones, de las actividades y hasta de las denominaciones aparejadas con los profesionales de la salud, encaminada a promover conocimientos que fomenten intervenciones más eficaces encaminadas a promover la salud y aliviar el sufrimiento que lleva consigo la enfermedad. Sin esta reconversión, no parece muy adecuado el empleo de nuevos sustantivos y/o calificativos como salud para referirse a las viejas actividades que siguen perviviendo (eliminación de la enfermedad).

Palabras clave: PSICOLOGÍA CLÍNICA, PSICOLOGÍA DE LA SALUD, DEFINICIONES Y FUTURO

SUMMARY

After a lexical and semantic analysis the main ideas present in contemporary clinical psychology are taken up, and from here on the inclusion of actual health psychology in the field of clinical

psychology is proposed. A radical change in investment, activities and even the names used for health professionals is suggested, with the idea of fomenting knowledge which in turn fosters more efficient interventions oriented to promoting health and relieving suffering brought on by illness. Without this change to use new names such as health to refer to old activities still to be found (eliminate illness) it's not convenient.

Key words: CLINICAL PSYCHOLOGY, HEALTH PSYCHOLOGY, DEFINITIONS OF AMD FUTURE

I. INTRODUCCIÓN

Cuando el Profesor Pelechano me propuso redactar estas líneas con mi opinión personal acerca de la alternativa Psicología Clínica-Psicología de la Salud, tuve un primer impulso, seguramente por deformación profesional, de irme a las fuentes y elaborar un escrito basado en lo dicho por los demás, en los resultados de una sesuda (Dentro de mis personales limitaciones) búsqueda y análisis bibliográficos.

Luego me dí cuenta de que para ese viaje no hacían falta alforjas; muchos, recientes y muy buenos trabajos de esa índole, que yo tendría inconveniente en suscribir, eran los que habían llevado a Pelechano a plantearse esta recopilación. Nos pedía un poco de introspección, mucho de expresión personal y poco o nada de bibliografía. Nos pedía que habláramos en primera persona; algo para lo que no estamos muy entrenados, acostumbrados como estamos a escudarnos tras los nombres y fechas de las referencias escritas y tras los datos, a ser posible duros, de muy rigurosas investigaciones.

Y puestos a hacer esa introspección, lo primero de lo que tomé conciencia es de que no resultaba para mí igualmente cómodo, fluido y natural plantearme la transición Clínica-Salud que la de joven-adulto: algo en mí rechinaba y se negaba a aceptar sin mas esa evolución como algo naturalmente madurativo o de simple

crecimiento fisiológico. Lo segundo que surgía en esa "búsqueda de sensaciones" era algún tipo de relación entre lo que sentía y pensaba (aunque aún un tanto desorganizadamente) en relación a este tema y lo que ya anteriormente había tenido ocasión de exponer con respecto a las falacias y ambigüedades de nuestra jerga científica (por llamarla de alguna forma y dicho sea con todos los respetos).

Por todo ello, decidí ir redactando las líneas que siguen, sin prisa pero sin pausa (aunque me temo que con demasiada pausa y con demasiada poca prisa para los deseos de mi amigo y maestro), con la intención de dar salida a ese monto de opiniones e impresiones que experimentaba al hablar de este tema y que por su carácter netamente subjetivo y hasta si se quiere un tanto irracional, pueden resultar muy discutibles para algunos. Pero que servirán (Al menos esa es mi intención) para que quienes tengan el valor o la imprudencia de dedicar unos minutos a su lectura, sepan como piensa hoy una persona que lleva, muchos años ya, intentando aprender cosas de la vida y muy concretamente de ese aspecto de la vida que implica tratar de hacer algo por los demás.

El lector podrá ver cómo en estas líneas trato de expresar mis dudas acerca de si realmente hoy en día, lo mismo en Psicología Clínica que en la de la Salud, hacemos lo que decimos, decimos lo que hacemos, decimos verdaderamente lo que decimos, hacemos realmente lo que creemos hacer, somos nosotros los que debemos hacer lo que intentamos... y tantas otras cuestiones que me suponen en algunos momentos motivos de duda. Dudas que, por otra parte, me consta que no son exclusivamente mías, que para algo tienen que servir tantas horas de convivencia y de charla con los compañeros como las que nos permite y obliga a tener el hecho de vivir la Universidad.

II. SI NO HACEMOS LO QUE DECIMOS....

Para mí y no creo que sea el único, parece indudable que la psicología clínica no atraviesa, en la actualidad, el mejor momento de su historia. Debemos reconocer que hace ya mucho tiempo que resulta muy difícil poder hablar, tanto en el campo de lo conceptual

como en el de lo aplicado (Y lo mismo en el de la evaluación que en el de los tratamientos), de avances o de aportaciones que realmente merezcan el calificativo de novedosos, originales, creativos y ni mucho menos, de revolucionarios.

La anterior afirmación no tiene por qué constituir algo necesario y totalmente negativo. Justificadamente podemos considerar que el actual es un momento de afianzamiento, de profundización, de reflexión y de maduración; de crecimiento, en suma, mas en lo horizontal que en lo vertical. A su vez, esto ha facilitado el que, en vez de orientar la investigación en el sentido prioritario de encontrar nuevas formas de intervenir, el psicólogo clínico parezca haber tendido en los últimos años a perfeccionar, completar, especificar lo que existía anteriormente y a buscar lo novedoso no tanto en el quehacer o en el cómo hacerlo, como en los ámbitos en que aplicar lo ya sabido. No hay más que analizar la evolución que en este sentido han seguido los autores mas próximos a nosotros, en cuanto a sus intereses científicos, para poder comprobarlo.

Pero, una vez más, la indefinición conceptual que se da en el ámbito psicológico, surge de la propiamente lingüística (¿O quizás sea al revés?), crea graves problemas, como ya ocurrió en otras épocas de la psicología aplicada, en cuanto a la delimitación de los ámbitos que actualmente podrían ser considerados como propios o específicos de la psicología clínica. Si creemos hablar en castellano, lo correcto parece que sería remitirnos al Diccionario. Y allí nos encontramos con atribuciones conceptuales a las palabras que tan alegremente utilizamos, que en la actualidad "repugnan" al psicólogo científico que tenga que asumir que

"Psicología es la parte de la Filosofía que trata del alma, de sus facultades y operaciones y más particularmente de los fenómenos de la conciencia. Por extensión, de todo lo que atañe al espíritu".

Nuestro problema puede radicar en una de dos opciones: bien en que el lenguaje (quizás únicamente la Real Academia de la Lengua Española), no haya sido capaz de evolucionar al mismo ritmo al que lo hacían los conocimientos de la psicología; o bien en que los psicólogos, en su evolución profesional, han llegado un

momento en que, como niño que deja de gatear y empieza a caminar, han dejado de hacer eso que se llamaba psicología y desde hace ya mucho tiempo se dedican a algo distinto. Algo para lo que, al ser distinto, habría que buscar una nueva denominación.

Otro tanto ocurre con la segunda parte de la etiqueta descriptiva de ese segmento de la actividad psicológica al que nos referimos:

“Clínica es la parte práctica de la enseñanza de la Medicina. Departamento de los hospitales destinado a dar enseñanza. Hospital o consultorio privado, regido por uno o varios médicos”.

Nuevamente, parece evidente que lo que nombramos y lo que hacemos son dos cosas que prácticamente no tienen nada que ver.

La solución que tácitamente parecemos haber aceptado no ha sido la de crear, al igual que lo que se ha hecho con el cuerpo de conocimientos, un término propio diferenciado y característico, sino asignarle al término anterior, descriptor de otros planteamientos y contenidos, nuevos significados. Pero unos nuevos significados que, al no haber sido oficialmente sancionados y ni siquiera realmente consensuados, al no haber anulado los anteriores y al no contar con una definición que en realidad sea social y universalmente conocida y aceptada, permiten ambigüedades, matices y malentendidos continuos.

Todo lo anterior explica el que en cada manual, tratado o estudio al respecto, encontremos una definición de lo que es la psicología clínica y el que se haya llegado a afirmar (y tantas veces a repetir), que existen tantas psicologías clínicas como psicólogos clínicos. Por ello, hoy en día tanto puede decir con toda propiedad que practica la psicología clínica el psicoanalista, como el terapeuta de conducta, como el sistémico, como el musicoterapeuta.... Y qué duda cabe de que cada una de ellos realiza actividades que implican cosas, actitudes, cuerpos de conocimientos, procedimientos, etc., que bien poco tienen en común.

Y menos mal que otras personas también interesadas desde otros enfoques en algunos de los ámbitos en que se mueve la Psicología, han tenido la respetuosa deferencia de anteponer la partícula “para” a ese término de Psicología, con el fin de caracterizar su ámbito de ocupación y actividad.

III. SI NO DECIMOS LO QUE HACEMOS....

Quizás, lo único que tengan en común la mayor parte de los profesionales que hoy en día dicen ser psicólogos clínicos, aún con sus diferentes enfoques e interpretaciones, sea el objeto de estudio real: los aspectos psicológicos (cada uno según su óptica) del ser humano en situaciones de enfermedad (entendida y llamada ésta según el enfoque de cada cual). Dicho de otra forma, ante el ser humano que de alguna manera sufre, que de alguna forma no disfruta de la calidad de vida (otra denominación poco precisa), que le corresponde.

Según esta última afirmación y manteniendo la distribución de funciones tradicional en la Psicología, nos encontraríamos con otro hecho potencialmente conflictivo, como es el del solapamiento: el psicólogo clínico se ocuparía del mismo objeto de estudio y trabajo que el médico, al igual que el psicólogo social lo haría del mismo objeto que el sociólogo o el antropólogo, o que el psicólogo escolar lo haría del mismo objeto que el pedagogo o el maestro. Parece claro que los recursos aportados por los psicólogos a cualquiera de esos ámbitos y las particulares formas de abordar esas diferentes facetas del común objeto de estudio del que se ocupan, justifican sobradamente su presencia en dichos ámbitos y confieren al psicólogo un claro protagonismo en algunos de sus aspectos.

Pero, pese a lo anterior, al no ser el individuo humano fraccionable, se deriva de ello el que esa presencia del psicólogo le confiere un protagonismo que nunca puede intentar ser exclusivista ni excluyente. Por ello, en la opinión de quien esto escribe, pueden considerarse como totalmente arcaicas aquellas posturas y actitudes que impliquen apropiación, dogmatismo, o que conlleven la exclusión de quienes discrepen o se separen de las directrices de una ideología de cualquier tipo, sea ésta más o menos científica o profesional. Obviamente me refiero a esas posturas que todos conocimos y sufrimos, como las que se mantuvieron en algunos casos y en otros tiempos aún no muy lejanos, al socaire de un excesivo entusiasmo por lo novedoso (aunque no bien entendido). Posturas que en la actualidad ya sólo son mantenidas por una minoría de fanáticos

jurásicos, poco competentes y afortunadamente en vías de extinción, que por los motivos que sea, parecen no atreverse a adoptar actitudes de colaboración.

La colaboración a la que nos referimos supone ni más ni menos que ponerse de lado en vez de enfrente y colaborar uniendo esfuerzos con los restantes profesionales del ámbito, en vez de preferir mantenerse en una improductiva competitividad (buscando seguramente su autoafirmación). Esto, que como decimos cada vez se da con menos frecuencia e intensidad, supone el que quienes mantienen estas actitudes no se den cuenta, o no les importe, el que esta actitud suponga un perjuicio grave para ellos mismos, para los pacientes, para la Psicología y para su ejercicio. Es este un perjuicio y son éstas unas actitudes, derivadas de prejuicios, que demuestran lo poco clínicos que son quienes las mantienen y que han hecho mucho daño en otros momentos. Aunque afortunadamente parezca ser esa una situación ya superada y que ya cada vez está mas olvidada, nunca está de más recordarla para no volver a incurrir en esos errores.

IV. SI NO DECIMOS LO QUE DECIMOS....

Paralelamente a lo que ocurría con la que fue, es y debe llegar a ser su socia en estas labores (con independencia del tipo de sociedad que consideremos adecuado establecer), la medicina, en un primer momento el interés de la psicología clínica pareció centrarse en el hombre que ya estaba enfermo y más especialmente en el hombre que estaba "mentalmente" enfermo. O lo que pretende ser lo mismo, en lo "anormal" de su comportamiento. De esta forma y según este proceder, las funciones psíquicas "normales" del individuo humano quedarían aparentemente fuera del interés prioritario y directo del psicólogo clínico, lo mismo que el normal funcionamiento del organismo no suele ser un tema de excesiva atención por parte del médico clínico, sino que se la cede al fisiólogo. Así, por autoexclusión, esas funciones no alteradas del ser humano pasarían a ser ámbito de la atención y del trabajo del psicólogo básico, del metodólogo, del psicobiólogo, del psicólogo evolutivo o quizás del social.

Quizás todo ello fuera así porque el psicólogo clínico asumiera como mas fundamentalmente propios (aunque no por ello con exclusividad) aquellos contenidos que pudiera considerarse que constituirían una faceta de la realidad más próxima a la medicina. Y particularmente prestando su atención a aquella rama más afín de la medicina como es la psiquiatría (no olvidemos que de ella se desgajaron inicialmente parte de los conocimientos de la psicología clínica). También es posible, aunque no parezca probable, que quizás esto ocurriera así por una simple afinidad y coincidencia de intereses.

La cuestión es que, paralelamente también a lo que ocurre con la medicina que al disponer ya de recursos terapéuticos suficientes para enfrentarse con cierta eficacia a la mayoría de las enfermedades, empieza a preocuparse por su prevención y por la más óptima recuperación de sus secuelas, así también la psicología clínica vuelve a preocuparse de algo a lo que ya se dedicó prácticamente en sus principios (recordemos a Freud y la medicina psicosomática) y retoma la preocupación por saber cómo se enferma física o mentalmente, cómo se puede evitar y cómo se puede lograr que los efectos de la enfermedad sean posteriormente lo menores posible. Este es un cambio radical con respecto a la orientación anterior, que implica el que en vez de trabajar por eliminar cosas (síntomas, conductas...), ahora se vea conveniente cambiar de filosofía y objetivos y se pase a intentar luchar por aumentar lo que ya existe (salud, bienestar, "calidad de vida", etc); por evitar que se pierdan y por tratar de recuperarlas lo antes posible. Esto, lógicamente, implica un cambio de intereses, de actitudes y de actividades.

El cambio que se produce aparentemente trata de caracterizarse intentando diferenciar la nueva actividad de la que se venía dando con anterioridad a través de un simple cambio de nombre. Pero podríamos justificadamente considerar que ese cambio es, o debería ser, mucho más profundo. Un simple cambio de nombre no comporta ni garantiza un cambio real de actitudes, de comportamientos, de técnicas y ni siquiera con frecuencia, de fines ni de medios. Así, como forma de salir de esa vía de la estricta comportamentología o conductología, que en su forma más radical había llegado a ser una vía muerta, el psicólogo clínico empieza a hablar de psicología de la salud. Lógicamente esto ocurre paralelamente

a la evolución, desarrollo y progreso de los conocimientos de la psicología y de su repertorio científico en general, así como de esa disponibilidad de ámbitos en que aplicarlo, a la que nos referíamos inicialmente.

Pero nuevamente el problema semántico entra en escena y se vuelve a producir una contradicción semejante a la anteriormente expuesta. Dice la Real Academia de la Lengua Española que

"Salud es el estado del ser orgánico en que todas sus funciones se efectúan normalmente. Libertad o bien público o particular de cada uno"

Para empezar ya sería difícil relacionar la psicología, que antes se nos decía que era algo del espíritu con esta taxativa afirmación de que la Salud es algo propio del "ser orgánico". También resulta difícil apreciar qué es realmente lo que se quiere decir con la afirmación de que "las funciones se efectúan *normalmente*". Dicho de otra forma, según lo expresado exactamente por el término en cuestión, el objeto de estudio sería el contrario del que realmente venía siendo el de la psicología clínica; esto es, el nuevo objeto de estudio sería el que, por esa autoexclusión a la que antes nos referíamos, parecía corresponder hasta ese momento al resto de la psicología, a los psicólogos no clínicos. Se podría ahora pensar que quizás hubiera sido más acertado el haber propuesto para esta "nueva" orientación, aplicación o parcela de la psicología clínica, en vez de *psicología de la salud*, la denominación de *psicología de lo saludable*, dado que,

"Saludable: que sirve para conservar o restablecer la salud corporal. Provechoso para la salvación del alma",

parece definir mejor el interés de la psicología clínica, desde cualquier orientación, en este ámbito.

V. SI HACEMOS LO QUE HACEMOS....

La cuestión es que, llegados a este punto y con estos planteamientos, se produce un reencuentro, una confluencia, de los

intereses y actividades de los profesionales antes ocupados en aquellos distintos ámbitos en que tradicionalmente se ha venido parcelando el saber de la psicología.

Y ese reencuentro de intereses al que nos referimos se produce una vez más (la Historia se repite), con un tinte de conflictividad por una absurda (a mi parecer) competitividad. Por un lado, tratando cada una de esas parcelas del saber psicológico, una vez más, de exclusivizar y monopolizar para sí el derecho a trabajar en ese ámbito amplio e inconcreto de la salud; por otro, tratando el tema, desde cada una de esas ópticas, como si la salud se tratara de algo absoluto, real y objetivo, como si se tratara de un "todo o nada" (o se está sano, o se está enfermo). Pero quizás lo más preocupante sea el comprobar cómo, súbitamente, a todo el mundo parece interesarle, al mismo tiempo y de una forma u otra, un campo de actividad cuyo nombre, como ya hemos visto, no parece nuevamente coincidir con lo que hacen quienes dicen dedicarse a ello. Porque la realidad es que, cuando analizamos qué es lo que hacen quienes trabajan en "psicología de la salud", podemos comprobar lo poco que se parece lo que hacen unos y lo que hacen otros y, sobre todo, lo poco que por lo general ninguna de esas actividades tiene que ver realmente con la salud. Es decir, que esos recientemente llegados "al terreno donde siempre estuvieron", al campo de la salud, en su práctica totalidad siguen practicando una psicología centrada en la enfermedad. Por activa o por pasiva, lo que hacían quienes antes se llamaron psicólogos clínicos se diferenciaba muy poco de lo que hoy hace la mayoría de los que ahora dicen dedicarse a la psicología de la salud, aunque antes no parecían tener mucho interés por el ámbito del que ahora se ocupan. Quizás la única diferencia entre aquello (lo que hacía el psicólogo clínico) y esto (lo que hace el actual psicólogo de la salud) se pueda encontrar en el mayor, que tampoco nuevo, énfasis que ahora se hace en los aspectos de prevención y rehabilitación, que han pasado a ser oficialmente prioritarios.

Súbitamente, aquellos que antes se desentendieron de forma mayoritaria de la "educación para la salud" cuando la psicología clínica se ocupaba tan preferentemente de la enfermedad mental y clamaba por la necesidad de hacer aquello que se llamó "higiene

mental", ahora descubren que desde siempre han tenido una función no solo relevante, sino la más primordial y básica de las del campo de la salud. Y algunos de aquellos que, porque no era de su interés (dado que tenían graves problemas que resolver en el campo de la industria o de la comunicación de masas y por ello se desentendían de la atención al individuo enfermo), ahora han descubierto nuevos aspectos de su vocación, como son los del biofeedback (social, por supuesto), de la Intervención en crisis, o de la modificación de las conductas de riesgo, por poner algunos ejemplos. Las enfermedades crónicas, cada vez más frecuentes y de mayor duración, interesan ahora a algunos psicólogos que se dicen "comunitarios", pero no tanto por su repercusión en el grupo familiar, por su impacto en la sociedad o en el trabajo o por la influencia socioambiental en su génesis, sino por sus aspectos más individuales y personales: por esos aspectos antes llamados "clínicos".

Y así llegamos a situaciones como la actual en que, en la cima de la pirueta, algunos llegan a decir que toda la psicología es clínica porque, en última instancia, todos los psicólogos se ocupan de las personas individuales y diferenciadas. Y que esa ocupación, si es psicológica, sólo puede ir dirigida a ayudar a mejorar sus condiciones de vida; esto es, su salud. De ello se deriva algo tan absurdo (aunque bastante extendido en la actualidad), como el identificar psicología con psicología clínica y psicología clínica con psicología de la salud.

Pero, si continuamos aún más con esa línea de razonamiento y aceptamos que todo psicólogo lo es de la salud, concluiremos, para empezar, que pierde sentido el ponerle un apellido. Pero, por otro lado, también sería consecuente el aceptar que por los mismos motivos, al ser "psicólogo" sinónimo de "psicólogo de la salud", de todo lo referente a lo docente-educacional, cuando no esté referido a la estricta prevención de la salud física (y tampoco de la mental, aunque ahora ésta parezca estar pasando de moda entre los psicólogos), se deberían ocupar los pedagogos; y que de lo concerniente a las dinámicas, interacciones, etc. grupales y sociales, de no tener que ver con la enfermedad, se debieran ocupar los sociólogos, o los antropólogos; y de lo relativo a los procesos básicos,

los veterinarios y los etólogos... y así sucesivamente. Cosas con las que creo que muy pocos estaríamos hoy de acuerdo.

Pero esta afirmación, que a primera vista parece tan discutible, no debe ser tan absurda pues llegados a un momento concreto, se manifiesta como algo menos chocante. No hay más que analizar la polémica actualmente vigente en relación a los planes del Ministerio de Educación y Ciencia con respecto al popularmente llamado "árbol de la ciencia" y ver el énfasis con el que tantos se esfuerzan en aparecer o en desaparecer de un área determinada.

VI. ¿POR QUÉ NO HACEMOS LO QUE DECIMOS?

Pero, volviendo nuevamente a nuestro tema, podemos comprobar con qué facilidad y naturalidad estamos relacionando la actividad del psicólogo de la salud con la enfermedad y con lo patológico. Y que, en absoluto, nos referimos realmente a la salud en sí misma. Centros de salud, equipos de salud mental, educación para la salud, etc, no tienen realmente nada que ver con la salud, sino que son planteamientos, actividades e instituciones referidos y dedicados a la enfermedad: están centrados en ella. Seguimos planteando la salud como la ausencia de enfermedad y no como una situación en sí misma que no necesite referentes en sus opuestos.

Este cambio de denominación al que nos venimos refiriendo no parece ser más que un lavado de cara para que todo siga igual, ya que no comporta realmente, como decíamos antes y como sería de esperar y de desear, ningún cambio sustancial de actitudes ni de objeto de la actividad. Una persona sana y que no se preocupe por la enfermedad, no pinta nada en esos lugares (quizás, únicamente, deprimirse o contagiarse de algún virus de los que por allí pululan y así dejar de ser sano y convertirse en usuario-cliente). Por lo mismo, es muy difícil encontrar en esos ámbitos un psicólogo que diga practicar "psicología para sanos" igual que dice practicar psicología de la salud.

Los auténticos centros de salud serían, sin duda, los parques y paseos, los campos de deportes, los centros cívicos, los museos, las bibliotecas, las tertulias, las salas de conciertos o aquellos campos,

montes y valles que aún no estén asolados por la sequía y los incendios. En el peor de los casos, podrían ser centros sanitarios en que practicar chequeos preventivos. Pero todos estos verdaderos "centros potenciadores de la salud de los sanos" son, curiosamente, mucho menos numerosos que los oficialmente mal llamados centros de salud. Y digo lo de curiosamente porque, abstraýndonos de esa realidad que tenemos asumida, lo cierto es que en nuestra sociedad se supone que está sana la mayoría de las personas, en relación al número de las que se deberían considerarse de una forma u otra como enfermos. Lo paradójico radica en que, para proteger y potenciar en esa mayoría de sanos lo deseable, que es la salud, (lo cual, por otra parte, es tanto como prevenir lo indeseable, que es la enfermedad), se destinan tan pocos recursos. Mientras que esos recursos, por el contrario, se destinan mayoritaria, descontrolada y masivamente a paliar las consecuencias que esa falta de prevención tiene sobre la minoría que, por resultar mas frágil, termina enfermando. Una minoría frágil que es en la que, en teoría, mas se tendría que haber invertido anteriormente para proteger y potenciar su salud.

¿Dónde están los auténticos equipos de salud, con sus psicólogos de la salud incluidos, que dinamicen positivamente nuestras calles, que acudan a los núcleos de jóvenes aún no marginados, que ofrezcan opciones sanas y alternativas a los problemas que acarrea cada edad y cada momento de la vida?

Ocurre lo mismo que en otro aspecto de la psicología clínica entendida de forma convencional: cada vez hay menos niños y más ancianos, pero siguen siendo una exigua minoría aquellos psicólogos dispuestos a trabajar con personas de edad, mientras que sigue siendo muy mayoritario el número de psicólogos que se empeñan en ganarse la vida solucionando los problemas de los niños.

VII. ¿ POR QUÉ NO DECIMOS LO QUE HACEMOS ?

Todas estas disquisiciones sobre aspectos terminológicos o sobre la distribución de recursos no constituyen elucubraciones gratuitas, sino que son premisas para poder pensar en respuestas a algunas

de las preguntas que de ellas se derivan. Aunque también, en parte, en esas preguntas puedan parecer apuntadas sus respuestas.

Algunas de las referidas cuestiones podrían plantearse de la siguiente manera:

- Primera: Los psicólogos que a estos menesteres se dedican ¿Son real y respectivamente psicólogos clínicos los unos y de la salud los otros, o bien unos u/y otros deberían llamarse de otra manera?
- Segunda: ¿Cuáles son o deberían ser las conductas, actitudes y ocupaciones reales y específicas del psicólogo clínico y cuáles las del psicólogo de la salud, si es que son dos personajes distintos?
- Tercera: ¿Por qué parece ahora avengorzarse el psicólogo clínico de llamarse así y se esfuerza tanto en cambiar de nombre para luego seguir, en la mayoría de los casos, haciendo lo que siempre ha hecho?
- Cuarta: ¿Quiénes deben ser los protagonistas en la psicología de la salud?. O lo que es lo mismo, ¿Alguien es psicólogo de la salud por derecho propio en mayor grado que otros?
- Quinta: ¿Por qué el psicólogo, con independencia de su apellido profesional, presta tanta atención a la enfermedad de los menos y realmente tan poca a la salud de la mayoría?
- Sexta: ¿Por qué, como consecuencia de lo anterior hay tanta desproporción como la que existe, entre los conocimientos, estrategias, formación, entrenamiento, número de profesionales, etc., que se dedican a la enfermedad y lo patológico y las que se destinan a la salud?
- Séptima: ¿Sería el mismo el interés que actualmente tienen por la psicología de la salud tantas personas, procedentes de tantas orientaciones de la psicología, si fuera otra la distribución de recursos (esto es, de dinero, esto es de posibilidades de puestos de trabajo, esto es de poder, etc.)?

Parece incuestionable que el psicólogo es un profesional y que como tal debe ganarse la vida con su trabajo (cosa que actualmente

y de forma numéricamente mayoritaria no ocurre, por desgracia). Pero eso, también da lugar a dos cuestiones: ¿Por qué ese ejercicio profesional está tan preferentemente centrado en lo patológico ya instituido?, ¿Por qué, si hace lo que realmente hace, este interés por cambiarle el nombre?

Una vez más, parece que corresponde cerrar un ciclo y disponerse a abrir otro nuevo, libres de ataduras, prejuicios y clasificaciones que parecen haber quedado obsoletas. Parece claro que la atención al sujeto que, o bien no es capaz de solucionar por sí mismo sus problemas o bien puede llegar a encontrarse en esa situación, corresponde a quien disponga de los conocimientos y habilidades necesarios para hacerlo. Pero que debe corresponder a ese profesional por poseer esos conocimientos y aptitudes y no por pertenecer a un grupo o ideología determinados. Por ello y en esa misma línea, lo mismo que parece evidente que nadie puede pretender exclusivizar la responsabilidad de "eso" que llamamos salud (porque es patrimonio de todas y cada una de las personas de la sociedad, pero no exclusivo de ningún profesional ni de ningún grupo de profesionales), también es cierto que la prestación necesaria para poder disponer del mayor grado posible de auténtica "salud" (que es un patrimonio y un derecho de las personas, pero también una obligación de la sociedad), debería ser asumido con mucho mayor interés por todos los que dicen ser "profesionales de la salud", con independencia de que se pueda conseguir allí más o menos dinero o prestigio.

La última reflexión va en el sentido de que la respuesta al primero de estos últimos asertos (la psicología de la salud para quien la trabaja), parece corresponder claramente a la responsabilidad de los profesionales. Pero la responsabilidad que se deriva de la segunda afirmación (es necesaria la disponibilidad de mayor cantidad de recursos para la auténtica salud), corresponde por definición a los dirigentes políticos que son quienes, al incluir en su trabajo y responsabilidad la distribución y administración de esos recursos, orientan y potencian con ellos la dedicación a este tema. De esta forma, los profesionales de la política se integran por derecho propio entre los profesionales de la salud. Pero se integran con la mayor responsabilidad: según como ellos hagan su trabajo, según como

distribuyan esos recursos, los profesionales nos ocuparemos o bien de la salud, o bien de la enfermedad (y como consecuencia de ello, es de esperar que mejorarán una u otra).