

Mónica Schnitter Castellanos* y Juan Carlos Jaramillo E**

NOTAS PARA UN ENSAYO SOBRE PSICOLOGÍA Y SALUD***

Fecha de recepción: septiembre 8 de 2004

En el proceso de preparar esta presentación me encontré con que tenía ideas pero aisladas con relación al tema Psicología y Salud Mental. De ahí que decidiera llamarlo notas para un ensayo. Hablando con el decano, cuando llamó para invitarme a este evento, le expresé que prefería hablar sólo de salud, no de salud mental. La razón para esto es que, de alguna forma, es redundante – psicología es el estudio, entre otras cosas, de la mente y del comportamiento, por lo tanto, psicología, en un principio, ya se refiere a lo mental – y salud a un proceso.

Otro aspecto que he de mencionar es que este ensayo está escrito a cuatro manos. Así como una obra escrita para piano a cuatro

manos, cada mano tiene una frase, y un sentido. Aporta al todo concertante. Es una co-construcción sobre un tema común que trabajamos desde hace un tiempo: la relación de la psicología, la clínica y la salud.

Cuando empecé a pensar en las ideas que tenía sobre psicología y salud imaginé hacer un pequeño cortometraje. Este trataba, fundamentalmente, sobre una pareja matrimonial en problemas que acude a su EPS solicitando ser atendida por un consejero matrimonial o un terapeuta de pareja, pues su relación está en crisis; llevan algún tiempo tratando de resolver sus problemas pero las cosas van de mal en peor. En tanto están afiliados por sus respectivas empresas a una EPS, naturalmente se dirigen a ella para solicitar los servicios pertinentes.

* Psicóloga, Magister en Psicología, Antioch University West, EUA. Docente universitaria. Coordinadora de la línea de investigación Estudios Clínicos de la Maestría en Psicología de la Universidad de San Buenaventura

** Mg. Psi Jcje68@hotmail.com. Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura.

*** Conferencia presentada el 27 de agosto de 2004, en el marco de la celebración de los 10 años de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Mi nula experiencia de cineasta construyó el siguiente guión: primera escena: imaginen una pareja entrando en los 40 años, casada por 15 años, con 4 hijos. Sienten que están viviendo una crisis y quisieran hacer algo. Sin embargo, sus recursos propios ya no se lo permiten, se han agotado en los intentos, por lo que deciden acudir a su EPS para ser remitidos donde algún experto en la materia. Consideran que este es, en esencia, un asunto que debe ser atendido por profesionales, psicólogos o psiquiatras, pues son ellos los encargados de intervenir aquellos aspectos que, aun sin ser alteraciones del organismo, sí afectan evidentemente su vida en todos los ámbitos: laboral, social y, por supuesto, familiar y de pareja, de esta manera su problema traspasa los límites de la pareja, generalizando sus efectos.

Aunque muchos de los aquí presentes son muy jóvenes, la analogía visual del trasegar de esta pareja al interior de la EPS en busca de ayuda sería semejante a la de El Negrito del Arbolito. Una pequeña serie del programa de Sábados Felices, que tuvo una duración de varios meses, y cuyo protagonista era un joven embetunado de negro que llevaba en una bolsa un árbol para sembrar en el jardín de su casa y se acercó a una oficina gubernamental para solicitar los permisos necesarios. La historia termina meses después cuando arrastra en una carretilla un árbol crecido, aún de oficina en oficina, pues siempre falta algo: un documento o una firma. Eso es, siempre falta algo.

Mi pequeño guión continúa así por tiempos: esta pareja va de oficina en oficina explicando qué servicio requieren, desgastándose en sus discursos, ventilando en todos los ámbitos su problemática, sin encontrar respuesta. Las negativas llegan una tras otra, pues si bien el servicio está incluido en los servicios de salud del POS, pueden ser atendidos tras cumplir una serie de requisitos extensos y

agotadores, finalmente desisten de su intento. Escuchan de algunos médicos y administrativos una frase recurrente: «podrían acceder a la atención en salud (mental) si su problema tuviera alguna relación con el organismo, si fuera algo evidente, real...pero es que eso tan difuso...» y, efectivamente, eso es lo que sucede:

Última escena: finalmente y como consecuencia de soportar negativa tras negativa, el cuadro de la pareja empeora: a las dificultades de relación se le suman ahora algunas patologías orgánicas que pueden, paradójicamente, ellas sí, ser atendidas en consulta médica individual: el marido por úlcera gástrica y la señora por dolor pélvico crónico. Por supuesto, el POS contempla éstos como motivos de consulta genuinos, verdaderos, y tiene códigos para ellos.

Esta fue la primera imagen que tuve cuando pensé en el tema psicología y salud. En este caso, el video se llamaría Servicios de psicología y entidades prestadoras de servicios de salud. Y es paradójico, porque, supuestamente, estamos trabajando bajo el espíritu de la Ley 100, siguiendo sus principios: solidaridad, universalidad, integralidad en la atención, participación...

Claro, la viñeta del video anterior es ciencia-ficción, lo mismo que la atención psicológica bajo la Ley 100 en el POS.

Podríamos pensar en otras imágenes que ya no son ciencia-ficción sino de la vida real:

1. Psicólogo en un colegio que cita a los padres de un chico de 13 años y les dice que el problema es que su hijo tiene un déficit de unas sustancias en los lóbulos frontales del cerebro. Allí radica el oposicionismo y la necedad del chico.
2. Una madre consulta con el psicólogo de una institución educativa pues su hijo tiene problemas escolares. El psicólogo le dice

que ya ha hablado con el muchacho y le recomienda que vaya donde el médico general, allí mismo en la institución, para que lo trate de una diarrea. A la próxima cita psicológica la madre llega con el diagnóstico médico y la droga: Ritalina para hiperactividad. Para la diarrea no le recetó nada.

3. En un hospital, donde se forman practicantes de psicología, el psicólogo coordinador restringe la actividad de los estudiantes a la atención en consulta individual, pues cualquier otro tipo de actividad grupal que realicen tendría que asumirla él en la ausencia por vacaciones de ellos... ¡más trabajo! No importa para nada la pertinencia de esta atención para los pacientes hospitalizados...ni el aprendizaje de los practicantes de psicología...

Entonces, ¿a qué llamamos atención en salud mental, promoción de la salud y prevención de la enfermedad (mental)?

Por eso el nombre de esta presentación es «Notas para un ensayo». Realmente son más los asuntos que nos cuestionan que las respuestas que tenemos.

¿Qué pensamos entonces sobre el tema de Psicología y Salud?

Encuadramos estas notas desde tres perspectivas:

La primera perspectiva se pregunta por el contexto de la relación entre los modelos de salud y la identidad de la psicología, o mejor, su falta de identidad.

La segunda perspectiva se pregunta por la salud desde la clínica y la intervención.

La tercera perspectiva parte de una lectura de Rom Harré quien abre la posibilidad de pensar la psicología cualitativa como ciencia.

Primera perspectiva: Psicología y Salud

Parecería redundante reunirnos a hablar de psicología y salud, y parecería redundante porque, ante una relación tan aparentemente obvia, no tendríamos, por supuesto, nada nuevo que decir...

Y es que hoy por hoy, en estos días salutogénicos, dedicados a la promoción de la salud, al fomento de los hábitos saludables, al fitness, al «quírase y esté bien», a las dietas estrictamente programadas, al Spa... el discurso de la salud parece claramente definido, delimitado, determinado como el camino cierto que debe seguirse para no enfermar, para vivir bien, en suma, para alcanzar la felicidad prometida por los modelos de salud, por la medicina, desde hace más de tres siglos.

Sin embargo, esta propuesta saludable es relativamente nueva, y pueden rastrearse sus inicios a partir de la XXX Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), llevada a cabo en Alma Ata, URSS en 1978. Hasta esa fecha, las metas y objetivos propuestos para los sistemas de salud en el mundo se relacionaban directamente con la lucha contra las enfermedades; se suponía que era posible eliminarlas, erradicarlas por completo a través del uso de arsenales farmacológicos, tecnológicos y médicos cada vez más especializados. La idea de un mundo sin enfermedades, aséptico y feliz, era plausible y sólo bastaba un poco más de saber médico/científico para alcanzarla. Como consecuencia de ello, el énfasis en la formación, intervención y recursos se puso en el segundo y tercer nivel de atención, en la medicina especializada, abandonando casi de facto todo lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención primaria.

Este orden de cosas prevaleció hasta la segunda mitad de la década de los setenta,

cuando diversos factores socioeconómicos se combinaron con el fracaso del modelo de salud impuesto, obligando su modificación. La crisis petrolera de los años setenta, las consecuencias de la polarización mundial por la guerra fría, los nacientes movimientos sociopolíticos de avanzada que reclamaban nuevas libertades, sumados a un incremento casi exponencial en las patologías tradicionales (crónicas, degenerativas e infecciosas) y el surgimiento de algunas otras con carácter de problema de salud pública (el consumo de drogas, la promiscuidad sexual, aquellas consecuencia de los accidentes de tránsito) obligaron a una revisión de los objetivos y medios con los que se combatía la enfermedad.

Y es que para los Estados se hacía imposible mantener el ritmo de gasto exigido por el modelo establecido, los subsidios no alcanzaban, y los resultados eran mínimos. Se tenía que encontrar la manera de «descargarlos» de este gasto inoficioso sin perder de vista las responsabilidades con sus ciudadanos.

El modelo neoliberal apareció como una redención para la revisión de este estado de cosas: la libre competencia, los mercados abiertos al intercambio, la ruptura de las fronteras, los Estados cada vez más dedicados a la vigilancia y control y menos a la atención e intervención directa en educación, salud, servicios públicos...lo socioeconómico como motor y horizonte conceptual para generar todo tipo de cambios en el panorama mundial. Bajo sus preceptos, surge la posibilidad de crear un nuevo modelo de salud que responda a las necesidades crecientes tanto de los Estados como de las sociedades, modelo que se acoge plenamente a lo antes señalado. Baste observar uno de los ítems de la declaración de Alma Ata (1978):

V. La principal meta social para los gobiernos, organizaciones internacionales

y toda la comunidad internacional en las próximas décadas debe ser el que todos los habitantes del mundo para el año 2000 puedan llegar a niveles de salud tales que les permitan alcanzar una vida social y económicamente productiva. La Atención Primaria en Salud (APS) es la clave para alcanzar esta meta como parte del desarrollo en el espíritu de justicia social.

¿Cómo se define la A.P.S.?

VI. La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del SNS, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el SNS, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII. La APS refleja y reúne las condiciones económicas y características socio-culturales y políticas de los países y sus comunidades...va dirigida a los principales problemas de salud de la comunidad, provee, promueve, previene y cura en servicios adecuados para cada una de ellas...involucra, sumados, al sector salud, todos los sectores y aspectos del desarrollo nacional y comunitario relacionados con él, particularmente la agricultura, el manejo de los animales (o pecuario), comida,

industria, educación, vivienda, trabajo, sector público, comunicaciones y otros sectores y exige esfuerzos en la coordinación de todos ellos...requiere y promueve la máxima participación y autoconfianza de los individuos y las comunidades en la planeación, organización, operación y control del cuidado primario de la salud (A.P.S.) haciendo el más completo uso de los recursos locales, nacionales y cualquiera otros disponibles...

De esta manera, la salud pasa a ser un medio para alcanzar vidas social y económicamente productivas, y no un fin en sí misma; movimiento que se traduce en un énfasis fundamental en los procesos de salud y no de enfermedad para todas las instancias involucradas en su atención y conceptualización. A partir de Alma Ata, se debe dejar de pensar en enfermedad, en intervenciones exclusivamente individuales, en la patología como objetivo diagnóstico, en profesionales de la salud como expertos que saben curar la enfermedad...La patología le cede el puesto privilegiado de atención a la salud y con ésta, llegan las transformaciones.

Pero, si estamos pensando en psicología y salud ¿qué tiene que ver todo eso con el tema propuesto para hoy?

Sostenemos que, la psicología ha estado y está determinada por lo que estos modelos de salud le han impuesto, ella misma se ha ajustado a sus requerimientos y exigencias, conceptualizando en cada momento histórico, de acuerdo con ellos, su posición frente lo que es salud y enfermedad mental. Afirmamos que la relación entre la psicología y salud es, epistemológicamente hablando, la misma que entre psicología y enfermedad, y que ellas han estado intermediadas por agentes externos, lo que si bien ha impedido su desarrollo propio, desde una óptica optimista, puede convertirse, si se observa, si se evalúa, si se analiza epistemológicamente y comienza

un proceso de construcción conceptual propia, en una enorme posibilidad de crecimiento para la psicología. Sin embargo, nos adelantamos. Por ahora, sustentaremos lo dicho: el porqué la relación entre psicología y salud es, epistemológicamente hablando, la misma que psicología y enfermedad: la psicología de la aplicación.

De acuerdo con la «historia blanca» de la psicología, ésta comienza con Wundt en su laboratorio de Leipzig en 1879, dedicado a la investigación psicológica (aunque debería considerarse el hecho de que era, en sentido estricto, una psicología fisiológica, no focalizada en asuntos propios de una «mente interna» sino en las formas del procesamiento perceptivo), transitando durante algunas décadas por estos caminos de la investigación básica; sin embargo, ante las exigencias cada vez más acuciosas del medio, comienza a transformar sus objetos de estudio en objetos de intervención, alternando primero y luego reemplazando por completo los primeros por los segundos. Se dedica a buscar diversas estrategias aplicadas que permitan modificar la conducta desadaptada de las personas, la conducta enferma de ellas —especialmente niños— a través del uso de diversas técnicas, proceso cuyo punto culminante se alcanza en la segunda década del siglo XX con la llegada del conductismo.

De alguna manera, Titchener (Gondra 1996:212 - 213) ya lo había advertido:

Además, todavía es mucho lo que queda por hacer en el campo del análisis (no sólo en los procesos superiores, aunque por supuesto éstos se beneficiarán a la larga, sino también en el de la percepción, los sentimientos e ideas), y por esta razón sería de lamentar el que los laboratorios psicológicos diesen un giro hacia el trabajo funcional. Parece probable, si es que se nos permite leer la presunción de los signos de los tiempos, que la psicología

experimental tiene ante sí un largo periodo de investigación analítica, cuyos resultados directos e indirectos servirán en último término de base a la psicología de la función; a no ser que –y esto se escapa a toda predicción- las exigencias y demandas de los educadores a los psicólogos se hagan tan insistentes que impongan a los canales de la investigación un cambio parcial de dirección.

Estos psicólogos de principios del siglo XX se dedican cada vez más a combatir la enfermedad, enfermedad entendida inicialmente como mal funcionamiento, desviación o alteración debida a causas externas al sujeto, razón por la cual se convierten en interventores y modificadores de estas causas para «enderezar» al enfermo. Aparecen las técnicas de intervención conductual, las pruebas para evaluar la inteligencia...se mide, se evalúa, se diagnostica y se interviene de acuerdo con el modelo de la máquina que tiene las posibilidades de funcionar adecuadamente siempre y cuando nada externo la dañe...

Técnicas, evaluación, medición, diagnósticos basados en nosotaxias preestablecidas que permiten clasificar las enfermedades y determinar las intervenciones necesarias para curarlas, para llevar a estos desviados al lugar en el que deben estar (adaptados) si quieren estar sanos...por supuesto, se conceptualiza como consecuencia de ello, y también con el fin de darle algún piso teórico a la propuesta, apareciendo teorías que determinan el interior del hombre de acuerdo con diferentes estructuras que contienen en su germen un funcionamiento sano, adecuado, pero que se ve alterado ya sea por las relaciones o por el medio. Estas estructuras permiten confiar en la posibilidad de que si se las interviene, si se las modifica, se lo modifica a él.

La personalidad y sus rasgos, los esquemas maladaptativos, las estructuras neurótica,

límite y psicótica...puede pensarse en una serie diversa de conceptos que, a la larga, responden a lo mismo: una entidad antropomorfizada que prácticamente incluye la totalidad del hombre, que explica sus formas de comportamiento y que permite, bajo el molde de una regleta, de unas normas predeterminadas, considerar tanto su buena como mala función adaptativa. Y en este lugar se inserta el psicólogo, el psicólogo que aplica técnicas para modificar o mantener dicho estado de cosas, según la lectura realizada, para lo cual la psicoterapia puede convertirse en un instrumento esencial.

Esta es una psicología ligada a la enfermedad, a su intervención y modificación, fundamentada en el trabajo individual, uno a uno en el consultorio y que considera al psicólogo como el poseedor del saber y la verdad, el que define lo sano y enfermo, el que posee las normas para la curación o la salud. Esta psicología ubica a las personas en el lugar de pacientes/obedientes a los que explica su comportamiento para transformarlo según los parámetros establecidos.

Un breve rastreo por los campos ocupacionales de la psicología permite confirmar el supuesto.

La psicología organizacional, respuesta comportamental a las exigencias taylorianas, se dedica a la selección de los más aptos, a la elaboración de planes de mejoramiento para que la producción no decaiga, a resolver los problemas que afectan el clima de la empresa y, aun más allá, a dictar charlas motivacionales. Se aplican los conocimientos de la psicología general a los problemas de las organizaciones...

La psicología jurídica se desempeña en ámbitos en los cuales el peritaje, la evaluación del criminal con miras a determinarlo como enfermo o sano mental son fundamentales; así mismo, se emplea a los psicólogos en las

Comisarías de familia para que los violentos no sean más violentos, los abusadores no sean más abusadores, los maltratadores no lo sean más... se aplican los conocimientos de la psicología general a los problemas jurídicos...

La psicología educativa se dedica a diagnosticar a los niños que no aprenden, que molestan en clase, que tienen problemas en el aula o de aprendizaje; así mismo, le dice a los padres y maestros cómo conducirse, cómo tratarlos, cómo relacionarse con ellos, cómo lograr que se adapten de la mejor manera posible al medio escolar para que, aprendan lo que es debido. Se aplican los conocimientos de la psicología general a los problemas educativos...

En la psicología clínica se convierte el malestar en enfermedad, se traducen molestias subjetivas en diagnósticos objetivos que pueden ser tratados de manera eficaz mediante técnicas científicamente establecidas; se releva al paciente de su responsabilidad con la contraprestación de que se comporte bien, en forma sana, para lo cual debe seguir juiciosamente los preceptos establecidos. Se aplican los conocimientos de la psicología general a los problemas de la psicología clínica.

Por supuesto, podrá afirmarse que la psicología de hoy, la salutogénica, la que fomenta la salud, esa de la que hablábamos en un principio, está lejos de esto, precisamente porque ha evolucionado, modificado sus presupuestos teóricos y su posición epistemológica.

Y es que la psicología ha entrado en la onda de este movimiento por la salud, convirtiéndose en una abanderada –y en muchos casos, en la punta de lanza– de los consejos prácticos y sabias sugerencias para vivir mejor; hoy por hoy, encontramos psicólogos que saben y predicán acerca de cómo debemos vivir para vivir bien, en forma saludable, en todos los ámbitos de la

existencia: ellos dicen cómo comportarse en forma saludable en las relaciones de pareja, en el ámbito familiar, laboral y aun con los vecinos. Sí, por estos días se cuenta, por suerte, con psicólogos que conocen tan profunda y detalladamente la psique humana que pueden esclarecer los problemas más serios de la vida diaria:

¿Depresión? ¿Angustia? ¿Vacío existencial? ¿Soledad? ¿Carencia de amor o de afecto? ¿Infidelidad? ¿Problemas sexuales? ¿Hiperactividad? ¿Baja producción laboral? ¿No sigue las normas?

Y, por supuesto, también hoy

¿Vida saludable? ¿Ausencia de enfermedad? ¿Relaciones armoniosas consigo mismo y con los demás? ¿Calidad de vida?

Sin embargo, allí hay un engaño, una trampa manifiesta que la psicología no ve o se niega a ver: si bien se piensa ahora en salud, para nada ésta se diferencia de la enfermedad, si se consideran nuevas formas de aplicación del conocimiento, éstas siguen ubicadas dentro del mismo marco epistemológico de aquellas que se empleaban para intervenir la enfermedad.

Aún se responde a requerimientos externos, institucionales, sociales o económicos, que son, a la larga, quienes determinan el qué, el cómo y el para qué de la psicología; el continuo salud/enfermedad, polar e indefinido, se mantiene como el eje alrededor del cual se piensan las aplicaciones de la psicología ya sea para obtener salud o evitar la enfermedad, y con él, la idea de una única realidad referente para definir lo sano y lo enfermo; se sigue considerando la relación con las personas como pacientes. Así ahora se diga que se los escucha, aunque nada más que para saber por qué no hacen lo que deben hacer para vivir en forma saludable; además el lugar del psicólogo como poseedor del saber, como profesional experto, tampoco

cambia, pues ahora sabe (cree saber) de otra cosa, salud, pero sigue siendo el que sabe y, en esa medida, y por mas que se diga lo contrario, las personas conservan su estatus de agentes pasivos, pacientes de sus propios problemas, llámese a éstos saludables o enfermos.

Así, la relación entre psicología y salud bien pudiera denominarse psicología y enfermedad, pues, a la larga, no se ha producido ninguna ruptura epistemológica que permita comprender de manera diferente el malestar o bienestar de las personas, las situaciones de relación de los individuos/comunidades. Se siguen traduciendo sus palabras a un lenguaje científico que pretende homogeneizarlas clasificándolas según parámetros preestablecidos, parámetros que, puede ser, ya no se agrupan en nosotaxias pero sí en «salutotaxias» (sic) predeterminadas.

Sin embargo, como ya se señaló antes, esta situación puede revertirse en forma positiva para la psicología, puede convertirse en un motivo de revisión epistemológica y conceptual, llevándola hacia un campo interventivo en el que sustente lo que es y lo que hace desde sus propios presupuestos de lo que es sano o enfermo y, quizás, ya desde un lugar que no necesite considerar ni lo sano ni lo enfermo.

En este camino ya hay muchísimas personas e instituciones trabajando, y no pretendemos asumirnos como pioneros del mismo; sin embargo, y eso sí, tal vez seamos voceros y tímidos constructores de una propuesta que es la apuesta por una psicología...por una clínica psicológica. En este punto articulamos la segunda perspectiva.

Segunda perspectiva: una nueva ubicación epistemológica para la Psicología: la Psicología de la Intervención.

Se pregunta por la salud desde la clínica, entendida como un método de investigación,

un método de razonamiento que problematiza sobre datos relacionales, no una aplicación de principios de la psicología general. De allí que definir salud como mental desde aquí es imposible, pues lo mental es también relacional. Hay que empezar por hablar de salud, a secas. De ahí que hayamos planteado el problema como Psicología y Salud. Si estamos inmersos en un sistema de salud con una perspectiva organicista, no hay espacio para lo mental en este esquema. La clínica, desde esta perspectiva, como razonamiento, nos hace plantear el problema desde las relaciones y los vínculos, y aquí ya nos movemos en un plano social. Por esto la visión propuesta es la de una clínica social, que de ninguna forma implica una aplicación terapéutica en sí, pero sí la posibilidad de leer procesos relacionales como contexto del malestar.

Voy a retomar unas ideas que Lightner Witmer (1907:3) planteaba sobre la clínica psicológica:

Mientras que el término clínico ha sido tomado prestado de la medicina, la psicología clínica no es una psicología médica. He tomado prestada la palabra «clínica» de la medicina, puesto que es el mejor término que puedo encontrar para indicar el carácter del método que pienso necesario para este trabajo.

Propone que la psicología clínica, así como sucedió en su época con la clínica médica, es «una protesta contra una psicología...que aplica resultados de la experimentación de laboratorio, directamente a los niños en el aula de clase». Aquí resaltamos lo siguiente: no es una aplicación directa, de nada, me atrevería a decir. La clínica no es un método que se aplica, como una rejilla o una plantilla a una situación. Así como se concibe en el paradigma constructivista, el método es un emergente, se va construyendo en el contexto de la relación entre los sujetos participantes en una situación. Sí constituye, por otra parte,

una dimensión de intervención, en tanto el establecimiento de una relación interviene de por sí en el contexto.

El otro énfasis que Witmer hace, y que se ha diluido en la historia, es el de que la clínica psicológica no es clínica médica. Lamentablemente, y tal vez debido a la vecindad del término con los procesos de formación de los psicólogos, la visión médica terminó por dominar y absorber completamente dichos procesos formativos, borrando la delimitación y diferenciación de las fronteras entre la psicología y la medicina.

Otro punto para resaltar es que la clínica en psicología ha girado alrededor de pares antitéticos que, la han alejado de sus posibilidades constructivas: en primera instancia, ha tratado de ubicarse en el discurso de la salud y la enfermedad, discurso eminentemente científico, ligado a la clínica médica, que intenta objetivar los síntomas agrupándolos en enfermedades «objetivamente diagnosticables» y por ende, tratables; normalidad y anormalidad, que se definen de acuerdo con criterios sociales, axiológicos, políticos y aun estadísticos... están ligados con aquello que es considerado como común, propio de las mayorías, sin que se lo considere necesariamente como enfermedad –por ejemplo, el embarazo en las adolescentes-.

La clínica psicológica que proponemos debería superar estos pares, reemplazándolos por la lectura de organizaciones, las cuales se caracterizarían en su propia dinámica siendo evaluables según sus procesos de auto-eco-organización, reflexividad y/o recursión –si el plano es complejo, por ejemplo- o estructuras disipativas, atractores caóticos, puntos de bifurcación, puntos de saturación... si el plano se acerca a la física ...-

Este es un terreno que debemos recuperar para la clínica psicológica, terreno que, probablemente, nos permita ubicarnos en el espíritu de la prevención y la promoción de

formas diferentes. Por ejemplo, si utilizamos la noción de organización y niveles de organización, podemos prescindir de una noción de estructura que obliga a delimitaciones concretas y con fronteras rígidas en términos de clasificación y diagnóstico. La noción de procesos y estados de organización nos permitiría hablar de relaciones y vínculos en contextos determinados. Estas dimensiones posibilitarían a su vez lecturas transdisciplinarias de situaciones y casos, y, por tanto, de intervención en sentido amplio.

Pensar de esta forma permitiría acercarnos a identificar regularidades en los procesos de organización y a llevar a cabo procesos diagnósticos comprensivos más ajustados a cada sujeto singular o colectivo. Nos enfrenta con la tarea de tener parámetros de evaluación psicológicos en propiedad, diferentes de una clínica médica o psiquiátrica.

En los actuales sistemas de clasificación no hay una psicopatología coherente con las diversas perspectivas psicológicas, y en cualquier caso un solo sistema no es suficiente. Los sistemas de diagnóstico y organización de los datos de la clínica no pueden estar separados de los modelos teóricos desde donde trabajamos y del contexto relacional en el que ocurren. No pueden tampoco ser ateóricos. Los modelos de la psicología, además, tienen su especificidad propia a diferencia de otras disciplinas que se ocupan de procesos psíquicos. Tampoco implica negar procesos del orden biológico, pero sí es posible, dependiendo del paradigma desde donde se trabaje, diferenciar un modelo dualista mente-cuerpo, por flexible que sea, de un modelo complejo de la organización representacional psíquica del ser humano.

Aquí queremos presentar otro argumento contra el dualismo mente cuerpo, introduciendo algo parecido a un silogismo, por llamarlo de alguna manera, en cuanto a la

noción de salud y lo mental. La mente en tanto representación ya está incluida en el cuerpo, pues la primera representación es una representación corporal, emergente de las acciones y la experiencia, diferente del organismo biológico, a no ser que pensemos que la mente es la cabeza y que la enfermedad mental es un asunto de la cabeza y no del cuerpo. El planteamiento es que organismo y cuerpo son dos órdenes diferentes de abordaje. La medicina trabajaría con la dimensión orgánica y los psicólogos con el cuerpo, que en sí es mental. El cuerpo es la mente. El organismo es dimensión biológica innegable, pero campo de abordaje de la medicina.

Tercera perspectiva: Las formas de orden en la Psicología.

Rom Harré (2004) plantea la emergencia de los diversos abordajes propuestos para crear una psicología científica, incluyendo las múltiples preguntas por la forma de lo científico. Entre los asuntos que desarrolla en el texto, pensamos que hay uno que se articula bien al tema que estamos tratando y que permite mirarlo desde otra perspectiva.

Harré bosqueja una propuesta a partir del concepto de gramática, tomado de Wittgenstein (Wittgenstein 1952, citado por Harré 2004: 10), como una lista de reglas apostadas para una práctica o conjunto de prácticas, tales como hablar de forma inteligible, conducir un juicio en una corte, jugar, ir de compras, vestirse y así sucesivamente. Sin embargo, siguiendo la cautela de Wittgenstein contra un mentalismo pernicioso, propone que «la realización de la mayor parte de nuestras vidas psicológicas son vividas en la presencia real o potencial de otros» (Harré 2004: 10).

Harré (2004:10) propone cuatro gramáticas que se encontrarían en la forma como las

personas intentan explicar y hablan sobre lo que sucede en sus vidas:

1. Una gramática del alma: «que presupone una entidad nuclear que constituye la `persona real´. Palabras como *pecado*, *vida después de la vida*, entre otras.»
2. Una gramática de la persona: compuesta por palabras como «yo», «culpa», «responsabilidad», «dolor», y así. Esta gramática es la más ampliamente utilizada y la que en mayor peligro se encuentra frente a gramáticas que tienen su origen en las ciencias naturales. El dominio de esta gramática es el mundo de las personas, centros incorporados de conciencia, capaces de pensamiento, sentimiento y acción. Las personas se diferenciarían de todos los demás seres orgánicos por sus capacidades lingüísticas y simbólicas, que exceden las capacidades de otros animales con «mente» como los delfines y los chimpancés.
3. Una gramática del organismo: con palabras como *corazón* y *piscina genética*. La unidad ontológica es el ser humano, como miembro de la especie *homo sapiens*. Pensar de un ser humano como organismo es desprender ese ser de su matriz histórico/cultural, excepto por aquellos aspectos que se definan como genéticos en su origen.
4. Una gramática molecular: con palabras como *radicales libres*. Las moléculas son las unidades de las ciencias químicas. Muchos de los conceptos de la gramática del organismo tienen versiones que incluyen conceptos de la gramática molecular.

Las tres últimas han constituido principio de orden en la psicología contemporánea. La gramática del alma no está en uso desde

hace mucho tiempo en la psicología académica. Harré señala la existencia de una tendencia a reducir el discurso psicológico a las últimas dos: una gramática organísmica y una gramática molecular, bajo la pretensión de ciencia y la noción de conceptos métricos como la única perspectiva genuina de ésta.

Si aprovechamos esta visión para nuestra discusión, posiblemente nos permita trabajar por la vía de la transdisciplinariedad y riqueza de gramáticas para la intervención en salud. Permite mantener una dimensión de sentido en el discurso de la práctica de la psicología. Trabajar con el sentido que le damos a nuestras acciones en el contexto de la experiencia de vida y de la experiencia relacional en la atención en salud, es un abordaje que posibilita a la psicología mantener su identidad en términos de esa gramática P y mantener el diálogo transdisciplinar con los discursos que trabajan con gramáticas O y M. Nos abre posibilidades para la investigación clínica en el sentido propuesto anteriormente: el de un razonamiento relacional, desde la óptica de lo singular o lo colectivo.

Hay muchos caminos para recorrer en este siglo. Nuestra responsabilidad como psicólogos consiste en no abandonar la pregunta por nuestra identidad. Nos corresponde asumir el cambio y la transformación de las ideas en el contexto de la postmodernidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GONDRA, José María. (1996) La psicología moderna, textos básicos para su génesis y desarrollo histórico. (4 ed) Biblioteca de psicología; Descleé de Brouwer: Madrid.

HARRÉ, Rom (2004). Staking our claim for qualitative psychology as science; En *Qualitative Research in Psychology* 2004; 1: 3-14

Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. (1978). Documento de la XXX Asamblea Mundial de la Salud. Alma Ata, U.R.S.S..

WITMER, Lightner (1907) Clinical Psychology. En: *Psychological Clinic*, 1, 1-9