

Desarrollos y necesidades de la psicología clínica: aplicaciones en la sanidad pública española

Miguel Anxo GARCIA ALVAREZ(*)

Hospital General de Galicia. Santiago de Compostela

Begoña OLABARRIA GONZALEZ()**

Ayuntamiento de Madrid

Resumen

Partiendo de un análisis y reflexión de la historia de la psicología clínica, en el presente trabajo se analiza el momento actual de la disciplina y las nuevas demandas y necesidades a las que ha de hacer frente en un contexto contradictorio. Tal contexto viene definido por la confrontación entre alternativas de desarrollo del sistema sanitario público español y por un aumento de la demanda social de respuestas a la ciencia psicológica, demanda que es consecuencia tanto de nuevas sensibilidades colectivas como de los nuevos conocimientos científicos en la ciencias de la salud. Se realizan asimismo propuestas de desarrollo para la psicología clínica en España, vinculando las mismas al progreso del sistema sanitario público y a la superación de las limitaciones de orden científico, político y social que condicionan el progreso de la disciplina.

Palabras clave: Psicología clínica, historia de la psicología clínica, reforma sanitaria, modelos sanitarios.

Abstract

Starting with the analysis and reflection of the history of clinical psychology, this article takes a look at the current discipline together with the new demands and needs that it has to meet within a contradictory context. Such a context is defined by the confrontation between among alternatives available for future development of the Spanish Public Health System and by the increase in social demand for answers to the problems within the science of psychology. This demand is as much a consequence of new collective sensitivity as new scientific knowledge in the health sciences. Likewise, proposals for future development of clinical psychology in Spain are put forward linking them to the progress of the public health system and overcoming the scientific, political and social limitations which condition the progress of the discipline.

Key words: Clinical psychology, history of clinical psychology, health system reform, health service models.

Dirección de los autores: (*) Servicio de Psiquiatría. Hospital Xeral de Galicia. 15704 Santiago de Compostela. (**) Departamento de Salud Laboral. Ayuntamiento de Madrid. c/ Francos Rodríguez, s/n. Dehesa de la Villa. 28040 Madrid.

La psicología clínica, como otras especialidades de la psicología en nuestro país, ha manifestado un potente desarrollo en la última década relacionado, de un modo visible, con la importante incorporación de sus profesionales a los recursos y actuaciones del sistema sanitario público.

Ello ha ido conformando una particular identidad de la disciplina, generando necesidades que reclaman propuestas de progreso, que articulen su solución con la superación de las dificultades del sistema sanitario público y las carencias identificadas en la comunidad, todo ello dentro del marco de la salud y la sanidad.

A nuestro entender, el necesario análisis sobre nuestra realidad actual no puede prescindir de la consideración de nuestro pasado como constructor de nuestro presente. Ello hace obligatoria la reflexión sobre el mismo y la extracción de sus enseñanzas para definir las acciones de futuro. Las reflexiones que a continuación se expresan pretenden dar cuenta de todo ello y, así, convertirse en instrumento útil para nuestra actuación profesional colectiva en esa dimensión del saber aplicado que es la psicología clínica profesional en España.

Pero conviene señalar de partida las inevitables limitaciones que estas reflexiones presentan. Por un lado, lo aquí expuesto se fundamenta en datos de realidad, pero como toda percepción es selectiva, también lo es su valoración consiguiente y, como es lógico, las propuestas formuladas. Por otro lado, la reflexión se realiza desde un lugar y desde una opción conscientemente tomada: el de la práctica en los servicios sanitarios públicos y la de la defensa y desarrollo de la sanidad pública.

Hacemos por ello nuestras propuestas desde una opción que se confronta a otras posibles, que pugnan por imponerse en nuestra realidad social en el actual momento histórico de evolución de la sociedad española, como son los desarrollos neoliberales de las profesiones y sistemas asistenciales.

Conviene también expresar que partimos de una concepción histórica de nuestra disciplina y ello en todas sus dimensiones constitutivas (conocimientos básicos, aplicaciones y técnicas, normas reguladoras, deontología, sistemas formativos, organización) y que, por lo tanto, entendemos el desarrollo de la psicología clínica relacionado dialécticamente con los procesos sociales, dando origen de esta manera a un fenómeno con determinadas características cambiantes y diferenciadas respecto a las manifestadas en otras latitudes socioculturales (en los predominios teórico-técnicos, en las aplicaciones, en su organización, en sus centros de interés,..). Consideramos en ese sentido que, valorando adecuadamente el contexto de relaciones supraestatales de las ciencias, han de evitarse los mimetismos con otras propuestas en el momento de definir líneas de desarrollo para la disciplina.

Para dotar de sentido a lo aquí expuesto, también parece importante explicitar que concebimos la psicología clínica como un cuerpo histórico tridimensional, conformado por la teoría y la investigación sobre el comportamiento humano en sus dimensiones relativas a la salud y la enfermedad, por las técnicas y aplicaciones prácticas que de aquellas se derivan y por los instrumentos normativos y organizativo-asistenciales existentes para su traducción en una

actividad de utilidad social. Sólo la consideración de inseparabilidad de las tres dimensiones puede ayudar a comprender los desarrollos de la disciplina, sus dificultades y necesidades y, con ello, entender que el futuro no nos viene dado inevitablemente de una determinada manera, sino que podemos participar activamente en su construcción desde la definición de opciones y estrategias para su realización.

Apuntes históricos

Como señala Sánchez Ron (1992), el desarrollo científico y la institucionalización de las ciencias en cuanto a sus aplicaciones a través del proceso de la profesionalización, tanto a nivel internacional como en nuestro país, vino a configurarse históricamente desde el siglo XIX como un claro instrumento de cambio social.

La función social dominante de la aplicación científica hace que los profesionales cuenten hoy con una relevancia social -que marca un poder relativo- y con una influencia en nuestras sociedades. Poder no desdeñable y, como tal, cargado de riesgos, que obliga a su consideración estratégica en orden a los modos de vida que contribuyen a configurar.

Para que la comunidad científica establezca el consenso necesario para la constitución de una disciplina, es preciso que concurren ciertas condiciones que se refieren al desarrollo cuantitativo y cualitativo de la misma. También es preciso que la naturaleza de lo surgido quede definida no sólo por su condición interna estricta, sino por el contexto en que se enmarca y del que participa, el

cual aporta una imprescindible dimensión explicativa de lo surgido. Hoy los diversos grupos correspondientes a distintas profesiones defienden sus intereses y valores como públicos, pero sabemos que son relativos y temporales, participando de una dinámica social cambiante en la que se vertebran activa o pasivamente. Al menos uno de los aspectos que dotará de legitimidad a estos intereses no pertenece al nivel de los códigos científicos. Tal sería la valoración relativa de sus principios desde una óptica de respeto a la pluralidad de los otros códigos en una sociedad plural a la que, desde una óptica de progreso, pueden contribuir (o no) si contribuyen a engarzar sus instrumentos en discursos de la dinámica social y sus elementos redistributivos.

Kuhn (1975) afirma que las convicciones firmemente sostenidas que son previas a la investigación parecen constituir a menudo una precondition del éxito de las ciencias. De estas convicciones hablaremos a continuación, en tanto resultan ser el referente inmediato que aporta una memoria histórica y, con ella, una direccionalidad al proceso de constitución de la psicología clínica en España.

Este proceso de constitución no se inicia en nuestro país en los últimos años; los últimos progresos son a nuestro juicio continuadores del esfuerzo de una tradición histórica interrumpida por la Guerra Civil que, eso sí, cobraron nuevos bríos recientemente.

Sólo apuntar las importantes aportaciones hacia la consideración psicológica del ser humano realizada por dos ilustres pensadores del Renacimiento español: Luis Vives -a quien Watson denomina *padre de la psicología moder-*

na- que, con su *Tratado del alma* (1538), da cuenta de su interés acerca del desarrollo y la actividad mental. En 1575 Juan Huarte de San Juan escribe su *Examen de ingenios para las ciencias* que, como señala Blanco (1993), resultó ser una de las obras cumbre del Renacimiento tardío.

Situémonos ahora a finales del siglo XIX y comienzos del presente siglo, cuando en 1898 el Tratado de París pone fin a la guerra entre España y Estados Unidos. Este Tratado abre explícitamente una crisis política, económica, social y de valores colectivos entre un orden interno, correspondiente a un pasado de antiguo imperio colonial, y un porvenir que reclamaba su necesidad inmediata y trataba de entroncar, desde una exaltación crítica de lo propio, con movimientos primordialmente europeos.

En 1876 Giner de los Ríos, junto a un grupo de intelectuales y profesionales variopintos, crea la *Institución Libre de Enseñanza* liderando a los krausistas quienes, más que seguir propiamente la filosofía neokantiana de Krause, establecen una posición colectiva con la finalidad de contribuir estratégicamente a una transformación de la sociedad española a través del *cambio de mentalidades* y desde una perspectiva de dignificación de la población. Para ilustrar las circunstancias del momento, bastará con decir que en el 1900 el cincuenta por ciento de la población española no sabía leer.

Para ese *cambio de mentalidades*, la psicología es importada por los krausistas. Señala Carpintero (1980) que, con un notable carácter de disciplina *importada*, diversos profesionales de otras disciplinas pretendieron dar cuenta de la com-

plejidad de los campos de intervención y dirigir sus esfuerzos hacia la consecución de objetivos de transformación social. Carpintero (1989) denomina a este proceso *hibridación de roles*, pues desde roles profesionales ya establecidos (educadores, abogados, médicos, ingenieros, filósofos,...), se injertaron algunos roles del psicólogo en la medida en que éstos proporcionaban instrumentos científicos/aplicados vitalizadores que aportaban de forma urgente nuevos modos de transformación, principalmente en los ámbitos educativos, clínicos y socio-sanitarios en el medio laboral.

En los primeros años del presente siglo es cuando se dan en España los pasos para constituir formalmente la profesionalización del *nuevo* ámbito disciplinario: la psicología. El Dr. Simarro, amigo de Giner, incorpora la psicología junto con sus discípulos. Simarro dejó una obra escrita reducida, pero sus discípulos destacaron su rigor crítico y su espíritu abierto. Fueron estos discípulos los que produjeron los primeros manuales didácticos españoles de psicología. Destaca entre ellos Viqueira, discípulo de Müller en Alemania, en cuyo laboratorio de Gottinga trabajó. Viqueira, iniciador de la investigación psicológica en España, murió joven. Años después de su muerte fue publicada su obra *La psicología contemporánea* (1930, citado por Carpintero, 1980).

En un ambiente europeo marcado por una concepción organicista de la psiquiatría, representada por el alemán Griesinger (1817-1868), se publica en España el primer manual español de psiquiatría cuyo autor es Giné y Partagán (*Tratado de Frenopatología*, 1876, citado por Bertolín, 1992). Es en el marco de la

Primera Guerra Mundial -en el que la neutralidad española provoca una significativa aunque insuficiente acumulación de capital, primordialmente en la manufactura e industria de bienes de consumo- cuando se produce una bifurcación en el pensamiento profesionalizado de la psiquiatría (en ese momento no reconocida como especialidad en España, lo que, por otra parte, solo se establece en los primeros años del franquismo y fusionada con la neurología). Esta *bifurcación* (Bertolín, 1992) se establece con dos direcciones: una -con el empuje de Ramón y Cajal desde la presidencia de la *Junta de Ampliación de Estudios*- hacia la importación de Kraepelin, y otra hacia la importación de la psicología.

En 1910 se crea en Barcelona la *Sociedad de Psiquiatría y Neurología* y en 1914, también en Barcelona, se inicia con Folch y Torrá el estudio psicológico de niños en la *Obra de la Protección a la Infancia*. En el mismo año la Diputación de Barcelona crea el *Secretariat d'Aprenentatge*, de marcado carácter psicológico, para la orientación de jóvenes. En él empieza a trabajar E. Mira y López, iniciador de la psicotecnia en España y fundador de dos revistas de psicología en Cataluña y que, tras promover la formación específica en psicología en el ámbito universitario, no consigue plenamente sus objetivos y ocupa plaza de profesor agregado de psiquiatría en Barcelona en 1934, a la que imprime un innegable cuño psicológico.

En 1915, con el Dr. Capra (discípulo de Simarro), se crea en Madrid el *Patronato Nacional de Anormales*, donde la psicología clínica cobra significativa dimensión aplicada. El Dr. Lafora publica en 1917 *Los niños mentalmente anorma-*

les y aglutina un grupo de discípulos interesados en la psicología clínica: Valenciano, Germain, Mallart,... Este grupo de médicos de Madrid, en un momento en que la psiquiatría aún no estaba institucionalizada como especialidad profesionalizada, se interesan y promueven la psicopedagogía terapéutica, vinculándose al movimiento psicológico europeo, iniciado por Binet.

Fijémonos que estamos en una época en la que la práctica de la psiquiatría no profesionalizada se concentraba en los manicomios, siendo los internistas y médicos forenses los que la practicaban, primordialmente con una marcada orientación organicista. A partir de aquí se establece el caldo de cultivo para el conocimiento y la práctica de una futura disciplina especializada y profesionalizada. De hecho, sólo al final de la Segunda República se empieza a introducir como disciplina la psiquiatría en España, pues si bien algunas facultades de medicina en 1925 impartían psiquiatría, lo hacían dentro de las materias de patología médica o medicina legal. Así, el primero en reclamar la enseñanza de la psiquiatría en las facultades de medicina, aunque sin carácter de especialidad, fue Laforada, catedrático de medicina legal y toxicología.

Mientras tanto el desarrollo de las aplicaciones de la psicología continuaba: en 1922 se crea el *Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos del Trabajo*, dirigido por el ingeniero Madariaga, donde se introducen significativamente valoraciones e instrumentos psicológicos.

En 1928 se crean dos institutos de psicología, uno en Madrid, dirigido por José Germain y otro en Barcelona, dirigi-

do por Emilio Mira. Mientras el Dr. Lafora aplicaba e instaba la utilización de tests en el ámbito escolar.

La psicología en España, y dentro de ella la psicología clínica, adquirieron la relevancia y reconocimiento que justificaron la designación de Madrid como sede del *XI Congreso Internacional de Psicología*, cuya presidencia compartían Ortega, Mira y Germain. No pudo realizarse este congreso a causa de la Guerra Civil.

La guerra significó el arrasamiento de todo lo renovador y, entre ello, de la psicología y más específicamente de la psicología clínica. Las instituciones renovadoras donde se aplicaba la psicología se cerraron, las revistas de psicología se clausuraron. Garma (iniciador del psicoanálisis en España), Lafora, Rodrigo, Germain, entre otros, se exiliaron y los que quedaron lo hicieron en silencio. El discurso científico psicológico desapareció y surgió el escolástico.

El lento y duro reinicio de la psicología en España está directamente vinculado a la vuelta del exilio del Dr. Germain. Su ruptura con el pensamiento psiquiátrico se hace aún más profunda: en 1946 crea la *Revista de Psicología General y Aplicada* y en 1948 consigue la creación y dirección de un pequeño departamento de psicología en el *Consejo Superior de Investigaciones Científicas*. Este pequeño departamento fue clave, pues agrupó alrededor de Germain a los reintrodutores de la psicología como disciplina y profesión: Yela, Pinillos, Siguán, Pertejo, Secadas y algunos más. Ellos crearon los resquicios de una resistencia para la consecución de un objetivo. Resquicios contradictorios, pero imprescindibles. En 1952 crean la *Sociedad*

Española de Psicología y, en 1953, la *Escuela Universitaria de Psicología en Madrid*, que, si como ha dicho Yela repetidamente (Yela, 1976), no cubría plenamente el objetivo de la profesionalización por cuanto convertía en psicólogos a licenciados de otras disciplinas con un curriculum ajeno a las necesidades básicas de esta formación, abría un camino para la futura profesionalización e instauraba un discurso contrapuesto al escolástico dominante. Y ello, precisamente, en un momento en el que otras disciplinas y profesiones mantenían una tendencia de cerrazón en ellas mismas que les hacía rayar el oscurantismo y que, a su vez, generaban discursos excluyentes al considerar como patrimonio corporativo sus, hasta entonces, campos de intervención.

Al finalizar los años sesenta se abre la vía para la formación universitaria de psicólogos con curriculum específico. Como ha señalado Hernández Gordillo (1984), fue un salto cualitativo hacia la institucionalización/profesionalización de la psicología. Desde el movimiento estudiantil democrático de las facultades de psicología, durante el franquismo, se establecieron junto a los objetivos comunes de dicho movimiento, objetivos específicos, reivindicando para la psicología su estatus científico, alejado de la escolástica. En este proceso se incluye la creación de un colegio profesional de psicólogos, sensible en la búsqueda de respuestas para las necesarias reformas del país desde una óptica de vertebración social. Asimismo se abren los campos de intervención a concepciones interdisciplinarias, donde las aportaciones de la psicología como ciencia y profesión permitieron nuevos discursos y modelos.

En la segunda mitad de los setenta se produce la transición política en España a un régimen democrático. En diciembre de 1979 se crea por ley el *Colegio Oficial de Psicólogos*. De manera expansiva a lo largo de la década de los ochenta asistimos y participamos de nuevas sensibilidades colectivas, nuevas conciencias sociales, nuevas demandas que requerían nuevas respuestas de las instituciones.

En lo que a la sanidad pública (principal marco institucional de referencia de la psicología clínica) se refiere, la publicación en 1986 de la *Ley General de Sanidad* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986) reconoce la definición integral de salud aportada por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) —conferencia de Alma Ata en 1978— como un todo bio-psico-social. En 1985 se había publicado el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) que, de forma expresa, reclamaba la incorporación de los psicólogos clínicos al sistema sanitario público, así como su formación especializada.

Se inicia la reforma y desarrollo del sistema sanitario, introduciendo como nuevo eje organizativo a las Comunidades Autónomas del Estado. El contexto del crecimiento de la psicología clínica en España quedaría marcado por:

- El cambio social.
- El cambio del sistema sanitario en un marco de cambios institucionales múltiples.
- El crecimiento de la psicología en el ámbito universitario y profesional.
- La crisis de concepciones y prácticas sanitarias, con el agotamiento de los modelos de atención que, por una

parte, se centran en la enfermedad y la asistencia y, por otra, se fundamentan en el reduccionismo teórico-práctico.

- El descubrimiento social de la importancia del factor del comportamiento humano en la salud a partir de las aportaciones de la epidemiología.
- La maduración generacional de los primeros licenciados en psicología del país.
- Existencia por primera vez en el país de un colectivo profesional de psicólogos organizado, joven, dinámico, socialmente sensible y ambicioso en sus objetivos.

En este marco se produce la incorporación significativa de psicólogos clínicos a los servicios públicos sanitarios. Se trata en realidad de un proceso general que afectó también a otros ámbitos de aplicación, produciéndose un veloz desarrollo de la psicología en España.

La inclusión de psicólogos clínicos en los servicios sanitarios públicos potenció:

- El desarrollo de las técnicas y prácticas clínicas.
- La llegada de nuevos enfoques teóricos.
- El auge de los modelos comunitarios.
- La apertura de nuevos ámbitos de investigación, hasta entonces muy reducidos a la universidad, incorporando el caudal de los trabajos de los profesionales.
- Los sistemas de formación y docencia postgraduada especializada: el PIR (Psicólogo Interno Residente).
- La apertura de nuevas posibilidades de intervención, enfrentando a la psi-

ciología con demandas sólo posibles en los servicios públicos desde una óptica de continuidad de atención.

- La contrastación de la utilidad de los instrumentos clínicos del psicólogo, generándose otros muchos.
- La ruptura de la ya entonces obsoleta concepción de la psicología clínica como disciplina que únicamente afronta la enfermedad, abriéndose hacia todos los procesos de salud/enfermedad en los tres niveles de intervención: primario, secundario y terciario.
- La incorporación del psicólogo clínico a intervenciones comunitarias, llevándolo a beber teóricamente también de la psicología social, obligándolo a la relación con distintos servicios sanitarios y otros compañeros especialistas. Con ello se redujo la tendencia a la fragmentación, al cerrado *especialismo* en la disciplina.
- La construcción práctica del discurso interdisciplinario al confrontar al psicólogo clínico a un trabajo en equipo con otros profesionales, rompiéndose el individualismo interventor y abriéndose nuevos y complejos retos en áreas diversas, desde la deontológica a la técnica.

Esta participación de la psicología clínica en los servicios sanitarios públicos, en proceso de transformación, aboca a un perfil profesional que poco tiene que ver hoy con las actitudes, conocimientos y habilidades del psicólogo clínico *tradicional* que, entendemos, han quedado superadas.

Por otra parte, creemos no ser osados al afirmar que los psicólogos clínicos hemos contribuido a potenciar modelos

de intervención integrales, interdisciplinares, contextuales, aumentando con ello la propia identidad y entidad de la disciplina y rompiendo con el individualismo patrimonialista de la intervención clínico/sanitaria. Ello obliga a entrar en nuevos ámbitos de reflexión.

El momento actual

Las nuevas concepciones sobre salud/enfermedad y las problemáticas sanitarias

Existe hoy una crisis internacional de las concepciones y prácticas sanitarias predominantes hasta ahora. En los países que cuentan con una sanidad pública organizada para la atención de toda su población, se ha producido un incremento tan grande, vertiginoso e imparable de los recursos económicos destinados a estos sistemas sanitarios que, en la situación actual, de grave recesión, parecería insostenible el mantenimiento de los servicios que estos sistemas han desarrollado.

Hemos de fijarnos en que los modelos organizativos de estos sistemas sanitarios públicos respondían básicamente a una concepción y práctica sanitaria centrada en los procesos de la enfermedad infecto-contagiosa, con una visión reduccionista y, sobre todo, ineficaz en la actualidad al haber también cambiado sustancialmente los patrones de morbilidad. Las aportaciones de la epidemiología señalan la importancia central de los individuos y los grupos humanos en los procesos de salud-enfermedad, destacando tanto el factor comportamiento como las actitudes y los ambientes, los contextos en que los indi-

viduos viven y de los que participan en su vida cotidiana.

La epidemiología ha venido a dar cuenta que el modelo biomédico, con su atención exclusiva a las causas biológicas del enfermar humano, supuso un avance importante en la detección y el control de las enfermedades infecciosas de más alta prevalencia que hace años eran la causa más importante de mortalidad (Taylor, 1986). Pero este lugar en la prevalencia se ha modificado sustancialmente, desprendiéndose de la investigación la multicausalidad de las etiologías de las nuevas enfermedades mortales. Así los estilos de vida, los hábitos, la proliferación de *nuevas* adicciones, el hábitat, el tipo de trabajo, la experiencia de enfermedad, etc, se convierten en importantísimos factores que juegan un relevante papel en la salud/enfermedad; aparecen nuevas demandas de atención, generadoras de nuevos grupos de enfermos, como los crónicos, que inevitablemente plantean nuevos problemas y retos, como el de la autonomía y la calidad de la vida; la experiencia de enfermedad y el comportamiento concomitante son diversos y, a la vez, determinantes para cualquier proceso morboso (Belloch y Olabarría, 1993). Todo ello -y otros elementos que aquí no caben- viene a requerir, a nuestro juicio, la urgencia de la modificación del modelo de atención biomédico aún predominante en los servicios sanitarios y su modificación hacia la interdisciplinariedad, donde la psicología clínica puede -y debe- profundizar en su aportación, tanto en las prestaciones como en la investigación dentro del campo sanitario.

De hecho, podemos decir que la psicología cuenta como meta central

contribuir a comprender los procesos de salud-enfermedad humanos y encontrar los instrumentos más adecuados y diversificados (dadas las diferencias entre los individuos y grupos) para realizar intervenciones que contribuyan, junto con las de otras disciplinas, a la mejora de aquéllos y, en definitiva, a la construcción individual y colectiva de la salud. No es cierto que el psicólogo clínico trabaje en nuestro país con las enfermedades, disfunciones o trastornos mentales en exclusiva o principalmente. Evolucionamos junto con las principales concepciones internacionales sobre la salud y la enfermedad, contribuyendo a generar nuevos modelos de atención.

En nuestro país, la reforma del Sistema Nacional de Salud está aún abierta, pero siendo la *Ley General de Sanidad* una ley *joven*, desarrolla al menos tres artículos de la Constitución:

- El artículo 43, en que reconoce el derecho de todo ciudadano a la protección de la salud y la competencia de los poderes públicos para *organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*.
- El artículo 49, que establece los tres niveles de prevención y la equiparación de los tipos de enfermedades.
- El artículo 149.1.16 que define al Estado como el responsable de establecer las características generales y comunes del sistema sanitario en todo el territorio español.

La Constitución Española, desde una perspectiva integral, superadora de una

concepción medicalizada y reduccionista, establece con los ciudadanos un compromiso de arbitrar unas prestaciones integrales desde un Sistema Nacional de Salud. La *Ley General de Sanidad* (1986) viene a desarrollar un modelo organizativo que, por un lado, convierte a las Comunidades Autónomas en el eje básico de gestión para la vertebración del sistema de salud y, por otro lado, fija las áreas de salud o demarcaciones territoriales para la organización de las prestaciones sanitarias. Es decir, la *Ley General de Sanidad* establece el marco organizativo sobre el que ha de asentarse el cambio preciso del modelo de atención prestado, con referente en el carácter integral de la salud y la interdisciplinariedad.

Pero el desarrollo de este Sistema Nacional de Salud ha estado y continúa estando sujeto a constricciones y contradicciones múltiples, entre las que cabe destacar *la importancia de avanzar en realizaciones de reforma en los servicios y prestaciones a los ciudadanos mientras se establecen, con distintos tiempos y plazos, las transferencias de competencias sanitarias a las comunidades autónomas* (Olabarria y Escuredo, 1990, pgs. 26-27). Asimismo, este proceso de reforma se enmarca en la situación de crisis global del Estado de Bienestar y particularmente de los sistemas sanitarios públicos más desarrollados, de los que luego hablaremos.

La psicología clínica ha colaborado en las transformaciones desde su incorporación significativa, aunque insuficiente, a los servicios públicos sanitarios. En la práctica, esta incorporación se ha producido en el subsistema de salud mental y, en menor cuantía, en la red de

servicios de planificación, familiar, estando aún muy limitada la incorporación a otros servicios sanitarios especializados y de atención primaria. Hasta el presente, el mantenimiento exclusivo de esta parcial incorporación de la psicología clínica al sistema sanitario, ignoraría gran parte de sus potencialidades y capacidades para profundizar en el modelo de atención desde una perspectiva integral de la salud. Tal vez ha llegado el momento de cuestionarse la posición estructural de los profesionales en el sistema sanitario público y, así, permitir la continuación de la aportación de la psicología clínica a la resolución de necesidades sociales de primera magnitud frente a las que, tanto los usuarios como otros profesionales sanitarios, demandan nuestra intervención.

La formación

No queremos dejar en el tintero los aspectos vinculados al capítulo de la formación en psicología clínica. Logrado un saber acumulativo contrastado, parecería que un objetivo racional y urgente es ultimar la normalización administrativa de la psicología clínica con el resto de las especialidades sanitarias y, junto a ello, el definitivo y completo reconocimiento como profesión sanitaria, también a efectos de la Administración, puesto que ambos objetivos son de hecho plenamente reconocidos tanto a nivel ciudadano como de la comunidad científica.

Actualmente podemos congratularnos de que, después de diversos aplazamientos, ya está en marcha la primera convocatoria PIR de ámbito estatal. Pero, a pesar de este logro, continúan escuchándose voces burocráticas que intro-

ducen banales artilugios hacia la confusión. Bajo el desasosiego de la administración de lo escaso en la prestación de servicios públicos a la población, se corre el riesgo de la tergiversación de los objetivos de desarrollo y progreso. Así, bajo la tesis de engañosas utilidades, se están introduciendo ciertos criterios para la modificación de la organización de las enseñanzas especializadas del ámbito sanitario, tanto en lo que respecta a la distinción entre *experto* y *especialista* (que rompe con la función de la Administración de velar por la calidad de la prestación especializada ejercida por los profesionales que realizan actividades sanitarias), como en lo que concierne al lugar, que para esta formación es hoy mayoritariamente el de los servicios públicos de atención debidamente acreditados.

La formación de psicólogos clínicos a través de un sistema PIR supondrá, con la superación de algunas dificultades actuales, tanto la homologación con el modelo mayoritario de formación de especialistas sanitarios en España, como la realización del aprendizaje en un marco de servicios públicos, donde se expresan demandas sociales contrastadas y donde cobran sentido los conocimientos aplicados que se producen para dar satisfacción a aquéllas; con ello se generan nuevos modos de atención ya que la formación participa de objetivos estratégicos en cuanto a los modelos de asistencia.

Si en la actualidad el lugar para la formación PIR (de acuerdo a los programas vigentes en las Comunidades Autónomas donde se han desarrollado, apoyados por el *Colegio Oficial de Psicólogos* y la *Asociación Española de Neuropsi-*

quiatria) es la red de dispositivos asistenciales de salud mental, ello viene dado fundamentalmente por el hecho de que es en ese nivel asistencial donde significativamente, y en todo el Estado, la presencia de psicólogos clínicos es suficiente. Pero conviene aquí señalar que ya la OMS (Sampaio, 1992) viene reclamando de las disciplinas sanitarias -la psicología clínica entre ellas- que cubran nuevas necesidades urgentes respecto a la salud/enfermedad de las poblaciones. Hacia ello la psicología clínica se dirige con sus aplicaciones contrastadas en otros campos de intervención como la atención primaria, planificación familiar, salud laboral, servicios especializados como oncología o hemofilia, o con los *nuevos* pacientes de tantas enfermedades crónicas.

Si el saber enciclopédico por un solo ser humano dejó de ser posible ya en el siglo XVIII y, hoy, resulta obligada la profesionalización como instrumento para el ejercicio aplicado de las disciplinas especializadas, no debemos olvidar que los especialistas de cada disciplina deberían tal vez asumir como una tarea más hallar en qué consisten las relaciones entre ellas, pues resulta ya un lugar común decir únicamente que la realidad social es un todo y que cada elemento está relacionado con los demás. Todo ello más que entrar en guerras fronterizas en que cada uno pretende empujar al otro fuera del campo de actuación, bajo la acusación de invasor y señalándole al tiempo cual es el terreno en que le autoriza a actuar.

Además, la formación de especialistas en psicología clínica creemos que precisa la incorporación durante la licenciatura del *practicum*, que permita, pre-

viamente, una adecuada y suficiente formación como generalista.

Hacia todo ello se dirigen desde hace años los esfuerzos de la comunidad psicológica en nuestro país.

No queremos olvidar mencionar al menos la importancia de la actualización del conocimiento, la profundización y la formación permanente y, en este sentido, el interés de perfeccionar y fomentar esta área en los servicios públicos y proceder a una revisión hacia la utilidad y el rigor de los niveles de formación universitaria de tercer ciclo, particularmente los *master*.

La situación hoy

Ya se ha señalado como el contexto fue favorable durante la última década para el crecimiento de la psicología clínica en España. Pero coincidiendo con el cambio de los años ochenta a los noventa, algunos elementos preocupantes comenzaron a manifestarse abiertamente. Algunas tendencias de desarrollo de los servicios asistenciales públicos -y en particular del sistema sanitario- que eran favorables al crecimiento de la psicología clínica en su seno (tanto en lo referido a la incorporación de sus aportaciones técnico-científicas al hacer cotidiano, como en las aportaciones de los psicólogos al conjunto de sus recursos humanos) se vieron frenadas o invirtieron su tendencia como fruto de la hegemonía política e ideológica de concepciones neoliberales desarrolladas ante la crisis reconocida de los servicios públicos que, a su vez, se enmarcaba en la más amplia crisis económica y política de los países del llamado Primer Mundo (García Álvarez, 1992a).

Son reconocidos los factores sobresalientes que inciden sobre la crisis de los sistemas sanitarios públicos en Europa y que se resumen en la combinación de recursos presupuestarios limitados, aumento del gasto sanitario público e ineficiencia del sistema sanitario. También es sabido que frente a esta crisis y los factores señalados se proponen dos grandes líneas contrapuestas de actuación:

- La que pretende preservar la aportación que el sistema sanitario público -universal e igualitario- hace a la reducción de las desigualdades sociales a través de la redistribución de la riqueza y desde una concepción de la salud como derecho individual y colectivo. Desde aquí se entiende que el sistema sanitario público puede garantizar la necesaria participación e implicación de la comunidad en las decisiones sobre la política sanitaria y, también, que pueden defenderse mayores niveles de eficiencia del sistema público al servicio de los objetivos formulados en los planes de salud. Desde esta línea, dichos planes de salud, formulados en relación a necesidades contrastadas de la población, constituyen el referente fundamental para la evaluación de la eficacia del sistema y de la corrección de la gestión del mismo, entendiendo ésta como una actuación que articula elementos políticos (primar los procesos de participación) y técnicos (reordenación de los sistemas organizativos, primacía de los recursos humanos, y racionalización, planificación y control de la utilización de la totalidad de los recursos).

- Frente a la anterior perspectiva, la alternativa neoliberal pretende la introducción de los mecanismos de mercado y competencia en el sistema, tanto en lo referido a la gestión como a la provisión de servicios sanitarios. Inclusión que, en algunos casos, también se plantea en la financiación de los mismos. Ello obvia los efectos negativos que tal política tendría al generar mayor desigualdad social y al reducir o imposibilitar la participación colectiva en la adopción de decisiones sanitarias. Además, esta misma alternativa plantea la eficacia y eficiencia del sistema sanitario de forma descontextualizada respecto a objetivos de salud y a las previsibles evoluciones negativas de los problemas sanitarios y del mismo sistema a largo plazo. Tales problemas serían consecuencia de los desarrollos desiguales de la atención a unos u otros sectores de población y a unas u otras problemáticas sanitarias, dándose también como consecuencia de las diferentes rentabilidades económicas. Al tiempo, se plantea la gestión en términos primordialmente técnicos (Lorenzo, 1991).

La confrontación entre estas dos grandes orientaciones condiciona el desarrollo actual del sistema sanitario público español y, con ello, también el de la psicología clínica dentro de él.

Por último, otro componente relevante del actual contexto social y profesional (y que no es ajeno al auge del neoliberalismo ya comentado) es de especial importancia en lo relativo a sus

efectos sobre la psicología clínica. Nos referimos al desarrollo del conservadurismo en los ámbitos científicos y profesionales: revitalización del reduccionismo biologicista, primacía de la solución técnica a los problemas humanos y sociales, rechazo a la interdisciplinariedad, *neutralismo* y *asepsia social* del hacer profesional, etc.

La construcción del futuro

La frecuente e irracional concepción del tiempo en el marco de la *razón histórica* moderna como un desarrollo lineal que se dirige necesariamente hacia el progreso, creemos conveniente desvelarla como elemento peligroso que incita, en ocasiones, a la pasividad al constituirse en resistencia a participar estratégicamente de la dinámica social existente desde la psicología clínica, lo que, al tiempo, será constitutivo de ésta.

Si la psicología clínica, como disciplina dialógica en los términos que propone Lledó (1992), reflexiona sobre su marco de antropologización y sobre el contexto en el que se produce y define, conoce su pasado y reconoce vías de *tradición*, también es posible que intente(mos) como disciplina y profesión construir su futuro, al menos parcialmente, en tanto no es el futuro un mero producto del azar. Para ello, parece elemento necesario participar en el debate de la crisis del sistema sanitario público y conocer los riesgos, entre los que, a nuestro juicio, cabe destacar:

- La articulación del discurso ideológico de la ineficacia pública *versus* la supuesta eficiencia de lo privado.

- El *olvido* del sistema sanitario público como uno de los principales mecanismos redistributivos a nivel social.
- La desvalorización del principio de equidad.
- El tecnocratismo en la gestión y en las prácticas sanitarias.
- La *vuelta* a la dominancia de un modelo de atención centrado en la enfermedad y en lo bio-médico como elemento exclusivo.
- El freno a la inserción profesional de psicólogos clínicos en el sistema sanitario público.
- La modificación (en el sentido de *vuelta atrás*) en las orientaciones y prácticas.

La psicología clínica en España ha alcanzado un momento crítico de desarrollo en el que puede modificarse la que ha sido la dirección dominante del mismo hasta el presente. Como en otras ocasiones en su historia, el futuro se dibuja incierto: diferentes -cuando no opuestas- preocupaciones, proyectos explícita o implícitamente enfrentados, intereses contrapuestos, ..., ocupan el escenario del debate sobre el futuro.

Quizás convenga, antes de nada, darse cuenta de que sólo nos encontramos en un momento de ese movimiento -tan antiguo como la ciencia- en el que las potencialidades de nuestra disciplina científica pugnan con los límites que la realidad histórica impone a su desarrollo. No puede ser de otra manera. Esos límites, están conformados por:

- Concepciones caducas (reduccionismo explicativo interventor del cual el biologicismo es hoy su exponente

más claro, modelos explicativos del comportamiento humano de carácter causalista lineal, inmutabilidad del saber científico y de sus formas de aplicación, ...).

- Intereses creados tanto en el devenir histórico de las respuestas a los problemas sociales como en los desarrollos profesionales, generados estos en aquellos procesos que sostienen resistencias corporativas de grupos profesionales patrimonialistas. Resistencias expresadas a través de acciones para la apropiación o dominancia de campos del conocimiento y de la intervención y, también, a través de posturas de rechazo y exclusión de los mismos de las nuevas aportaciones científicas y profesionales que, desde el momento histórico actual, se están produciendo.
- Estructuras y normas sanitarias imposibilitadoras del desarrollo de acciones necesarias que, a su vez, son acordes con el saber que hoy tenemos sobre las respuestas adecuadas a los problemas que afrontamos. Ejemplos de estas estructuras y normas lo constituyen tanto el modelo organizativo hospitalario y la organización de la jerarquía profesional en el mismo, como la ausencia de normas definitorias de la cualidad sanitaria de la profesión psicológica en su actuación en las labores clínicas en el sistema sanitario.
- Relaciones de fuerzas sociales, con sus correspondientes expresiones políticas, que sostienen un marco social general más sensible a los planteamientos conservadores de los objetos (y respuestas a los mismos)

sobre los que la psicología clínica interviene, frenando, activa o pasivamente, las modificaciones necesarias para que las respuestas citadas se materialicen. Se da así satisfacción a poderosos y antiguos corporativismos y se sustrae al conjunto social el beneficio que le proporcionarían las nuevas aportaciones científicas y técnicas de nuestra disciplina.

Pero también enfrentamos una limitación que procede de nosotros mismos y que debe ser reconocida en el análisis de las dificultades a nuestro desarrollo. Nos referimos a nuestras propias limitaciones técnicas (fruto de nuestro particular crecimiento que se dio, hasta hace relativamente poco tiempo, al margen del sistema sanitario público) para proporcionar respuestas (realistas, adecuadas, efectivas y suficientemente compatibles con las aportadas por otros profesionales) a las demandas que usuarios, gestores y otros profesionales sanitarios realizan a nuestra profesión y esperan de nuestra disciplina. La superación de esta limitación es de nuestra exclusiva responsabilidad y tiene que ver con el perfeccionamiento formativo, el incremento del rigor en la intervención, el desarrollo de actitudes de cooperación, la actitud crítica ante nuestros conocimientos y fundamentaciones teórico-técnicas y el desarrollo adecuado de la investigación, estableciendo líneas estratégicas acordes con el modelo a impulsar (Vázquez Barquero, 1988).

Sin embargo, la modificación de los otros límites antes citados no depende sólo de nuestra actuación y esfuerzo, necesitando para su cambio de diferentes grados de colectivización en la acción,

a la vez que un progreso equilibrado en diferentes dimensiones sociales.

En ese sentido, valoramos que si queremos que los servicios de los psicólogos clínicos sean accesibles en condiciones de igualdad a toda la población, el progreso de la psicología clínica española nos exige la defensa de la sanidad pública frente a las tendencias neoliberales que, uniendo fuerzas, pugnan por dirigir su desarrollo. De este modo se daría continuidad a la tradición de vinculación de la psicología española con el progreso social. Ello contribuiría a la modificación progresista de la relación de fuerzas a la que ya hicimos referencia, al tiempo que sostendría y desarrollaría un marco (sistema sanitario público) más receptivo a las nuevas formulaciones y respuestas a los problemas de salud procedentes, entre otras, de la psicología clínica. Pero al mismo tiempo, necesitamos en ese espacio normas legales y estructuras sanitarias que no se cierren ante las nuevas necesidades sociales y sanitarias que los nuevos patrones de morbilidad señalan, liberando nuestras potencialidades de contribución hacia su resolución a través tanto de nuestra aportación a la modificación de las concepciones sobre las mismas, como del ofrecimiento de nuevas respuestas técnicas y del impulso de nuevos modos de atención y de desarrollo de nuevas prestaciones sanitarias. Ello originará nuevos conocimientos y nuevas propuestas y posibilitará la continuación del progreso de la disciplina y de la sanidad pública.

No cabe duda de que en este proceso no podremos rehuir confrontaciones con resistencias al cambio y con intereses de conservación del pasado. La historia del desarrollo de la ciencia nos dice que sólo

se pueden superar las barreras al progreso científico-profesional desde el rigor intelectual y científico y la exigencia técnica, la aportación relevante a la sociedad, la modificación progresista de los marcos socio-políticos de existencia y el uso de los instrumentos adecuados a cada dimensión componente de la confrontación (análisis y debate, capacitación profesional, participación social).

Propuestas para un futuro próximo

Presentamos a continuación un conjunto de tareas articuladas que, a nuestro entender, debemos abordar para avanzar en la producción de una psicología clínica que, construyéndose, construya el sistema sanitario público, añadiendo fuerzas al proceso de cambio y de modificación de las concepciones, prácticas, normas y estructuras hoy dominantes.

Las tareas y objetivos propuestos a continuación creemos que son coherentes con las aspiraciones y reflexiones que hemos ido expresando a lo largo del presente escrito y parten de la realidad actual de la psicología clínica en el Estado Español. Para su exposición se han desglosado en ocho áreas, pero se las considerará como relacionadas entre sí.

En la formación

En los estudios de pregrado, considerando la oportunidad abierta para la introducción de innovaciones formativas que supone la elaboración y aplicación de los nuevos planes de estudio en psicología (y más en particular de lo que es su aspecto más novedoso y positivo: el *practicum*), deben instrumentarse los medios y establecerse los acuerdos nece-

sarios entre la institución universitaria y el sistema sanitario público para que, en la opción de pregrado en psicología clínica, el *practicum* se desarrolle según un modelo contrastable con el de otras profesiones sanitarias. Nos referimos a que el *practicum* debe contener una dimensión de práctica básica desarrollable en el marco interno de las Facultades a través de los medios pertinentes (laboratorios, simulación de comportamiento, manejo de técnicas instrumentales,...) y otra de práctica asistencial en los servicios sanitarios, en los que actúa la psicología clínica, según el modelo *rotatorio* (estancias programadas y supervisadas por los profesionales en los diferentes servicios sanitarios en los que está presente la psicología clínica para, así, dar a conocer a los estudiantes sus formas de aplicación).

La propuesta creemos que contiene dos virtudes: por una parte pone en contacto con la realidad de la práctica al estudiante, situándolo en una posición de mayor realismo respecto a la disciplina en la que se capacita y, por otra, contribuye al progreso de definición sanitaria de la profesión (no considerando la misma sólo como un acto legal sino, además, como un proceso de construcción de identidad).

En la formación postgrado debemos consolidar el sistema PIR como la vía de capacitación especializada en psicología clínica, como la vía de obtención de la acreditación legal de la condición de especialista y para el ejercicio profesional de la especialidad. No profundizaremos otra vez en el avance que ha venido significando la creación del PIR para la psicología clínica y toda la psicología en su conjunto; sólo recordaremos que

nuestro progreso en la definición sanitaria, nuestro desarrollo profesional cuantitativo y cualitativo en el sistema sanitario, así como nuestra capacidad de aportación profesional a las acciones sanitarias, se relacionan directamente con el crecimiento de los programas PIR.

En la formación postgrado deben desarrollarse otros sistemas de formación dirigidos a la actualización científico-técnica de los psicólogos clínicos, prioritariamente a través de:

1. La implantación de programas de formación permanente en el sistema sanitario público.
2. El desarrollo de programas *master* de formación para la actualización y profundización de conocimientos por áreas especializadas.

En la investigación

Si bien la implicación de los profesionales que ejercen su labor en la sanidad pública en los procesos de investigación ha sido creciente, todavía es escasa. Deberá progresarse en la asunción de la investigación como una tarea básica del hacer aplicado de la psicología clínica, facilitando así la priorización de líneas y acciones investigadoras socialmente relevantes. Ello exige tanto modificar la gestión de los recursos profesionales como mayor conciencia de la importancia de la tarea y mejora de la capacitación de los psicólogos clínicos.

En la práctica clínica

Debemos constatar una realidad que, sin ser exclusiva, es preocupante: nos referimos a la escasa formalización y

programación de las actuaciones clínicas y la limitada correspondencia explícita entre las mismas y los referentes científicos (teórico-técnicos) que deben orientarlas. Si bien ello es común a la actuación de diferentes profesiones en ámbitos diversos, debe procurarse su superación. No es ajeno a este problema la sobrecarga asistencial, los defectos estructurales, el tipo de formación recibida, la desmotivación, etc. Sin embargo, es posible un avance hacia la superación de la limitada correspondencia entre la actuación clínica y referentes científicos que, además, tendría repercusiones directas sobre la calidad asistencial y la facilitación de la evaluación de las intervenciones. Tal superación podría darse a través del reciclaje formativo, de una actitud más rigurosa y exigente, del desarrollo de sistemas colectivos de intervención (equipos interdisciplinarios y creación de instrumentos que faciliten la interacción de los mismos y de los niveles del sistema) y de la instrumentación de sistemas de evaluación y supervisión clínica.

El modelo de trabajo en equipo interdisciplinario necesita un nuevo impulso. Su realidad actual es insatisfactoria y está mayoritariamente anclada en sus inicios. Su cuestionamiento se inscribe en el retroceso de concepciones y prácticas hoy pujantes. Su necesidad y coherencia con los nuevos modelos de acción sanitaria es patente.

Debe promoverse la reflexión colectiva sobre la experiencia concreta en esta dimensión y reformular en relación con la misma lo que sea necesario. En relación con ello, aunque con cierta autonomía, debe avanzarse en la definición de sistemas de supervisión de la práctica clínica que supongan tanto un instru-

mento para la mejora de la calidad de la misma como para la protección de la salud de los clínicos.

En este área el desarrollo de acciones basadas en la programación de actuaciones y evaluación de las mismas debería, a nuestro parecer, constituir una preocupación central.

En la organización de servicios sanitarios

Deben incorporarse ya los conocimientos técnicos y profesionales de la psicología clínica a las actuaciones de la red de atención primaria de salud a través de la inclusión de los psicólogos clínicos en la plantilla de los Equipos de Atención Primaria.

En el nivel especializado la psicología clínica debe abordar la ampliación de los campos de intervención en el sistema sanitario público. Así, además de su significativa inclusión en el campo de la salud mental, resultan irrenunciables los servicios de psicología clínica en los hospitales generales así como la incorporación a los nuevos servicios especializados que habrán de crearse -y que ya están surgiendo- ante las nuevas necesidades sociales en materia sanitaria, tales como los servicios de cuidados paliativos o los de salud laboral (García Álvarez, 1993).

En el desarrollo normativo

Tres necesidades concretas se presentan en esta dimensión: la primera es la de reconocimiento legal pleno de la psicología clínica como profesión sanitaria, la segunda -relacionada con lo anterior- la formulación legal de la carrera

profesional del psicólogo clínico en el sistema sanitario público. La tercera y última se refiere a la creación legal de la especialidad de psicología clínica y el establecimiento de la vía PIR como sistema de obtención de la misma.

En el desarrollo deontológico

Debe desarrollarse la aplicación normativa y la reflexión sobre nuestro código deontológico para mantenerlo como un elemento vivo y abierto siempre a las imprescindibles actualizaciones relativas a necesidades del área clínica de intervención psicológica. Es una tarea ya planteada hace tiempo y sobre la que se debe comenzar a trabajar (Avila, 1991).

Nuevas cuestiones derivadas de los nuevos modelos de actuación profesional (trabajo en equipo interdisciplinar) y nuevas y más complejas problemáticas asistenciales, con amplio eco en las relaciones sociales, podrían exigir la revisión de normas deontológicas que son consideradas a menudo como ahistóricas. Es así que cuestiones como las relacionadas con la libertad clínica y la responsabilidad terapéutica necesitan dotarse de nuevos contenidos para que, como consecuencia de los nuevos procesos de adopción de decisiones propios de la forma de trabajo en equipo, no lleguen a constituir escollos insalvables para el desarrollo de los nuevos modelos asistenciales. A su vez, la necesidad de definir la jerarquización de actuaciones profesionales eficaces y eficientes, conllevará relativizaciones a propuestas deontológicas que hoy resultan demasiado abstractas y generales (García Álvarez, 1992b).

Por otra parte, las cuestiones relacionadas con el secreto profesional -en

relación a nuevos sistemas de información sanitaria y exigencias legales- reclaman precisiones deontológicas hoy inexistentes. Abrir el debate y poner los medios para su elaboración colectiva es hoy lo prioritario en esta cuestión.

En el desarrollo organizativo

La realidad organizativa de la psicología clínica es plural y rica. Contiene experiencias de organizaciones profesionales fundamentadas en la afinidad teórico-técnica, en la participación en un mismo espacio político y/o socio-cultural o en un espacio asistencial, etc.

Su diversidad ha facilitado un grado de organización cualitativa y cuantitativamente importante. En muchos casos los psicólogos clínicos se han organizado en los mismos espacios con otros profesionales sanitarios y/o sociales.

El *Colegio Oficial de Psicólogos* viene pretendiendo la construcción de una alternativa organizativa científico-profesional (la *Sección de Psicología Clínica y de la Salud*) que, sin exclusivismos, aúne a los psicólogos clínicos de España sobre las preocupaciones comunes en torno tanto a un proyecto de desarrollo, en permanente actualización, de la psicología clínica, como a un interés y anhelo por el crecimiento científico de la disciplina.

Debe merecer ese proyecto nuestro esfuerzo colectivo, al tiempo que debemos continuar profundizando en nuestro compromiso organizativo con asociaciones multiprofesionales ya que, éstas, constituyen un lugar privilegiado tanto para el desarrollo interdisciplinar de las visiones y respuestas técnicas, como para la promoción de actitudes de coopera-

ción interprofesional basadas en el mutuo conocimiento desprejuiciado.

En las relaciones internacionales

La psicología clínica española, dentro del contexto global de la psicología española, debe intensificar sus relaciones -progresando en la organización y definición de las mismas- con los profesionales afines de América Latina y Europa primordialmente, en consonancia con nuestro desarrollo histórico, político y cultural.

Deberían instrumentarse los medios adecuados para la comunicación científica y profesional, para la cooperación en proyectos de intervención e investigación comunes y para el intercambio de profesionales entre países. Todo ello en el contexto de una mayor presencia de la psicología clínica en los proyectos de cooperación e intercambio científico y cultural de los respectivos Estados.

Particular dimensión deberán tener los criterios de solidaridad y apoyo en nuestras relaciones con Latinoamérica, consideradas desde la constatación de las enormes potencialidades y realidades de aportación a la psicología clínica internacional que tienen hoy los psicólogos y psicólogas latinoamericanos.

Nuestra mirada hacia otros países de Europa se hará desde la conciencia de la prioridad que la misma tiene en el contexto de unificación europea y de la capacidad de aportación mutua que existe en la relación con los profesionales de otros países de este ámbito. Diversos problemas relacionados con la definición profesional y legal deberán, previsiblemente, resolverse con planteamientos comunes, lo que exige mayor preocu-

pación en los psicólogos clínicos españoles por esta cuestión.

Como final

La realidad actual y el futuro inmediato no se presentan ante nosotros como situaciones favorables al desarrollo de nuestra disciplina. También es cierto que el estado de cosas es mejor que en los pasados lejanos y próximos.

Y ello es así porque, a la firme convicción en la necesidad de las aportaciones de la psicología clínica para avanzar en la resolución de los graves problemas que afrontan los sistemas sanitarios y la salud de las poblaciones, se añade un caudal profesional, teórico, técnico y organizativo inimaginable hace tan sólo dos décadas y que se ha generado, uniéndose a ella, al calor de una nueva conciencia social sobre el malestar y la enfermedad; que se ha generado en torno a la idea, y a su vez a la esperanza, de que el comportamiento humano es modificable en un sentido favorable al desarrollo pleno de las personas y las colectividades.

Referencias

- AVILA, A. (1991). Deontología y psicología: de la reflexión deontológica al desarrollo de su praxis. *Conferencias e Relatorios do II Congreso de Psicoloxía Profesional de Galicia*. Santiago de Compostela: Colexio Oficial de Psicólogos-Galicia.
- BELLOCH, A. y OLABARRIA, B. (1993). El modelo bio-psico-social: Un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4 (2), 181-190.
- BERTOLIN, J. M. (1992). Algunas notas historiográficas a la psiquiatría española en el primer tercio de nuestro siglo. *Psiquis*, 13 (6-7), 247-259.
- BLANCO, A. (1993). La psicología española 40 años después. *El País*, 23-2-1993, pg. 40.
- CARPINTERO, H. (1980). La psicología en España: pasado, presente y futuro. *Revista de Historia de la Psicología*, 1, 33-58.
- CARPINTERO, H. (1989). El psicólogo en España. Notas históricas sobre su desarrollo profesional. *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 68-73.
- GARCIA ALVAREZ, M. A. (1992a). La psicología en el Estado Español: ciencia, organización y profesión. *Libro de Ponencias del I Congreso Iberoamericano de Psicología*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos-Sociedad Interamericana de Psicología.
- GARCIA ALVAREZ, M. A. (1992b). Interdisciplinarietà y libertad Clínica. *Psicología Clínica y Salud*, 3 (1), 5-10.
- GARCIA ALVAREZ, M. A. (1993). La psicología clínica en el proceso de integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general. *Salud 2000*, 40, 13-17.
- HERNANDEZ GORDILLO, A. (1984). Marco general de la profesión del psicólogo y de la institución colegial. *Libro de Ponencias del I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- KHUN, T. S. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- LORENZO, J. A. (1991). La confrontación de intereses en la crisis de la sanidad pública. *Salud 2000*, 33, 19-30.

- LLEDO, E. (1992). *Filosofía y lenguaje. La memoria del logos*. Barcelona: Ariel.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1986). Ley General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, Ley 14/1986 del 25 de abril.
- OLABARRIA, B. y ESCUDERO, C. (1990). Situación actual de la psicología clínica en España. *Ponencia del II Congreso Nacional del Colegio Oficial de Psicólogos*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- SAMPAIO, J. G. (1992). Europa en el año 2000: Hacia un lugar para la salud mental. *Papeles del Psicólogo*, 53, 22-28.
- VAZQUEZ BARQUERO, J. L. (1988). *Prioridades en investigación en salud mental comunitaria*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- SANCHEZ RON, J. M. (1992). *El poder de la ciencia*. Madrid: Alianza.
- YELA, M. (1976). La psicología española: ayer, hoy y mañana. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 585-590.