

La ética de la ignorancia

The ethics of ignorance

JOSÉ LEAL RUBIO

Psicólogo especialista en Psicología Clínica, Psicoanalista, Barcelona, España

Correspondencia: joseleal@copc.cat

LA HISTORIA DEL CONOCIMIENTO está marcada por el progresivo aumento del mismo a la vez que por su tendencia a la disgregación y el agrupamiento en disciplinas que dan cuenta de diversos aspectos de la realidad. Asimismo, el reconocimiento de la complejidad de los distintos hechos de la vida lleva a la necesidad de articular de algún modo los distintos saberes, siempre parcelarios, a través de lo que llamamos trabajo interdisciplinar. En el campo de la atención a la salud y la salud mental, ese proceso es relativamente reciente y ha sido una de las señas de identidad de la reforma psiquiátrica, en la que participaron un gran número de profesiones y disciplinas. Una de ellas es la psicología.

El reconocimiento de la psicología clínica como especialidad sanitaria parecía ser el modo consensuado de consolidación de la psicología en el campo de la salud. Para acceder a dicha especialización sanitaria, la vía no podía ser otra que la ya establecida para el acceso a las demás especialidades sanitarias, el sistema PIR. Desde sus inicios hasta la actualidad han transcurrido ya cerca de 40 años; 20 desde la constitución de la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica; 18 desde la aparición del Real Decreto por el que se creaba la especialidad y 15 desde la regulación de las vías transitorias para el acceso a la misma. Sobre dicho proceso hay una amplia y valiosa documentación en diversas revistas y medios de difusión científico-profesionales entre los que destacan la *Revista de la AEN*, la del COP y la de la AEPCP, asociaciones que tuvieron un papel preponderante en los esfuerzos por la obtención y consolidación de dicha especialidad sanitaria.

El proceso seguido desde el inicio ha tenido toda la ilusión y las tensiones propias de un movimiento instituyente al que hay que considerar ya instituido con todas sus ventajas e inconvenientes. En tanto disciplina instituida, la psicología clínica está expuesta a presiones de disciplinas colindantes y a la necesidad de formular una respuesta “defensiva” ante las mismas. Cada cierto tiempo, dichas tensiones surgen en el seno de la propia organización colegial, que agrupa a psicólogos especialistas y no especialistas; disciplina, o más bien profesión, la psicología, que está teniendo un crecimiento vertiginoso tanto en número de profesionales como en campos de intervención.

La consideración de la psicología clínica como especialidad sanitaria de la psicología fue producto de un empeño e ilusión colectiva en la que no faltaron grandes resistencias que, con esfuerzo, fueron siendo superadas. De hecho, no es posible entender la psicología clínica como especialidad sanitaria fuera de las características de ese tiempo en que comenzó a ser concebida por un grupo de profesionales que desarrollaban sus tareas, novedosas, creativas e ilusionadas, en un contexto de cambio social de tal intensidad que puede parecer incomprensible a quienes no tuvieron la suerte de vivirlo. Digamos que, en gran medida, fue una cuestión generacional, y quienes lo vivimos sentimos la inmensa suerte de haber trabajado mucho y haber tenido unas experiencias apasionantes, porque prácticamente todo estaba por hacer. Es incuestionable que el proyecto de especialidad para la psicología clínica estaba vinculado a los vientos de ruptura o reforma que soplaban en el país en el campo de la salud, la educación, la justicia, y los derechos y libertades individuales y colectivas. Sin el impulso de todos aquellos que trabajaron con tesón en lo que con mayor o menor precisión hemos llamado reforma psiquiátrica no habría sido posible el cambio tan importante que significó la creación de la psicología clínica como especialidad sanitaria y la incorporación de muchos profesionales a los servicios. Tampoco habría sido posible sin el impulso de un alto número de psiquiatras progresistas que cuestionaban la asistencia asilar, limitante, cronicadora, marginalizante y estigmatizadora que se llevaba a cabo básicamente en instituciones obsoletas que generaban muchos daños y escasos beneficios, ni sin el impulso firme de muchos psicólogos incorporados a diversos equipos que venían aportando nuevos referentes y prácticas deseosas de hacer valer sus esfuerzos en la construcción de un campo interdisciplinar y superador de la asistencia psiquiátrica tradicional. Todo ello coincidió con una importante confluencia entre la organización de profesionales, el Colegio Oficial de Psicólogos, liderado por compañeros de un gran empuje, y una asociación como la AEN, que se comprometió especialmente en el desarrollo del proceso y sin cuyo soporte activo y generoso no habría sido posible la creación de la especialidad.

En la actualidad, la AEN sigue firmemente comprometida en la defensa de la psicología clínica como especialidad sanitaria y de la formación PIR como el sistema

más adecuado de acceso a la misma. Algunas declaraciones, cuando menos ambiguas, de distintos miembros del CGCOP hacen dudar de la satisfacción actual de dicha organización con el logro de un objetivo del que, en diversos momentos, se ha sentido orgullosa, y en cuya consecución, como he señalado, tuvo un importante papel. Hay que decirlo con toda claridad: como especialidad sanitaria, la psicología clínica ha sido un proyecto formativo vinculado a una concepción comunitaria, continuada, preventiva e interdisciplinar de la salud, para cuya realización es imprescindible la existencia de un equipo que articule creativamente sus saberes, siempre parciales, porque no hay disciplina que pueda hacer frente a tanta complejidad como la que caracteriza al ser humano y los procesos de salud y enfermedad. Sin ese componente utópico de crear un instrumento al servicio de una determinada concepción de la salud y de las estrategias públicas para su desarrollo, el proyecto de la psicología clínica no habría sido otra cosa que un proyecto gremial y elitista. Y eso nunca fue así. En consecuencia, cualquier debate sobre el tema debe tener en cuenta esos orígenes, que fueron generosos y luchadores porque hubo que vencer las resistencias de gremios que ostentaban un gran poder. En líneas generales, venían a ser los mismos que se oponían de diversos modos a la reforma psiquiátrica, aunque algunos de ellos se presentaron después como adalides de la misma.

La creación de la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica fue una decisión “política” valiente, y muy importantes los esfuerzos de todos los miembros que la compusimos: psicólogos con experiencia, pioneros muchos de ellos en las experiencias precursoras de los programas PIR autonómicos (Andalucía, Asturias, Galicia, etc.) y, la gran mayoría, miembros a su vez de la AEN, cuya representante en la Comisión Promotora y en las siguientes, Begoña Olabarría, fue su presidenta y desempeñó una labor muy importante en ella. Las reuniones de la Comisión Nacional eran espacios de creatividad y cooperación, aunque no tardaran en aparecer discrepancias de cierto calado –procedentes especialmente de la organización colegial– con respecto a los criterios de acreditación de los profesionales y a la calidad de la formación y experiencia que debían demostrar.

La formación PIR, hay que decirlo también, es una experiencia formativa muy interesante para todos aquellos que logran acceso a la misma, a la vez que supone una importante aportación de los profesionales a los espacios grupales a los que se incorporan y a la atención de los pacientes. Como todo sistema, ha de estar sujeto a un proceso de evaluación y revisión para adaptarse a las nuevas circunstancias sociales y políticas, pero no tengo conocimiento de una forma mejor de adquisición de conocimientos y habilidades para el desarrollo de una formación seria, continuada, con seguimiento y responsabilidad, tutorizada, rotando por los diversos espacios de experiencia de la clínica, etc. Y, personalmente, deseo que la formación especializada siga siendo un proyecto innovador de formación al servicio

de políticas de atención rompedoras, comprometidas, abiertas, inter y transdisciplinarias e interesadas en la búsqueda permanente de las aportaciones de diversos saberes al servicio de las personas.

El número anual de plazas convocadas anualmente para la formación de especialistas en psicología clínica es insuficiente para el gran número de psicólogos que lo solicitan. Ello hace que la aparición de la especialidad haya sido vista por muchos como una restricción al desarrollo profesional en un campo muy deseado por quienes realizan el grado. De este modo, la creación del Máster en Psicología General Sanitaria (PGS), favorecido por la organización colegial, algunas asociaciones de psicólogos de su entorno cercano y muy celebrado por la universidad –que nunca mostró interés por la especialización fuera de su ámbito–, se presenta como una solución a dicho problema. Desde un principio, surgieron (y persisten) serias dificultades en cuanto a la articulación entre ambas titulaciones, de características, contenidos e intensidad bastante diferentes, porque, en la práctica, el PGS se siente de algún modo como un experto en clínica.

A pesar de que puede hablarse de una institucionalización sólida de la psicología clínica como especialidad sanitaria, cada cierto tiempo aparecen argumentos, informaciones, rumores, etc., que sobresaltan a los especialistas, que sienten que están en juego la consolidación de un modelo de formación y un gran número de puestos de trabajo. Creo que no es desdeñable pensar que en el fondo de algunas de las tensiones entre la formación PIR y el máster en PGS está el aumento exagerado en el número de psicólogos atraídos por la clínica que salen de las facultades y van a un mercado que es imposible que pueda ofrecerles un lugar de trabajo, aún generando necesidades (como ya mostraron con claridad Baudrillard, Illich y otros). Pero la inquietud por la ocupación de tantos profesionales *psi* debería ir acompañada de una preocupación similar por la masificación de una disciplina cuyo incremento en el número de sus miembros no se corresponde con las necesidades de la comunidad. No me siento con autoridad para hacer una evaluación de la calidad de la formación que se imparte en el máster en PGS ni de las habilidades para la práctica de quienes lo cursan, pero parece evidente, no obstante, que debe haber una gran diferencia entre la calidad de la formación PIR y el máster en PGS, aunque solo sea por el tiempo de dedicación y el soporte que reciben quienes completan la primera. La realidad es que la existencia de las dos titulaciones se mueve en un conflicto permanente, y máxime si tenemos en cuenta que desde algunos sectores de la administración se plantea que la diferencia entre el psicólogo clínico y el PGS no es de competencias sino de ámbito de actuación, cosa difícilmente comprensible. Esta tensión y los intereses de distinto signo que laten en la misma van a ser difícilmente resolubles.

En esta situación, parece inexcusable afrontar algunas reflexiones –que ojalá puedan hacerse con serenidad– acerca de dos cuestiones: 1) el posible lugar de

los psicólogos en los servicios de Atención Primaria, y 2) la titulación, los conocimientos y las habilidades de quienes tendrían que ocupar ese espacio, generalistas o especialistas, es decir, psicólogos con el Máster en Psicología General Sanitaria o psicólogos especialistas en psicología clínica vía PIR.

Cabe pensar que la intensidad con que desde hace unos años se debate la posibilidad o conveniencia de crear plaza(s) de psicólogo(s) en Atención Primaria no es ajena a la detección de un incremento en los malestares que llegan a dichos servicios, que algunos consideran como un problema sanitario de tipo psicológico y, por ello, susceptible de tratamiento por parte de psicólogos. Por mi parte, creo que habría que concretar si ello es así, y, si lo fuera, habría que definir las expectativas de usuarios, equipos y profesionales y llevar a cabo una aproximación a las posibilidades y límites del conocimiento y a los efectos que pueden esperarse de la puesta en juego del mismo. Junto a ello hay que plantear qué pasa, a qué obedece el incremento de dichos malestares, a qué tipo de mensajes y de aprendizaje se debe la tendencia creciente a interpretarlos como un problema sanitario y si la psicología, generalista o especializada, es la solución a los mismos. Por lo tanto, la condición de generalista o especialista es un debate secundario que corre el riesgo de convertirse en el debate gremial de unos profesionales preocupados por la puesta en juego, honesta y legítima, de sus saberes, pero también de sus intereses ocupacionales.

El fracaso evidente de los modelos biologicistas en el campo de la salud –y de la salud mental en particular–, centrados en la pasión por los diagnósticos y el fármaco, es también el fracaso de los modelos de intervención sanitaria –médica o no médica– fascinados por las supuestas certezas de los expertos (sean psiquiatras, psicólogos u otros profesionales), que deberían preguntarse si, realmente, lo que necesita la persona que sufre lo puede resolver el sistema sanitario o si hace falta buscar otros espacios en los que hacer frente al malestar sin convertirlo en una enfermedad o un trastorno, requisito para que sea atendido en un sistema sanitario sobre el que aún gravita en exceso la concepción de corte positivista que considera que el único conocimiento valioso y útil es el de las ciencias experimentales. Nadie está exento de consideraciones de ese calibre y de la tendencia a atribuir a su disciplina un saber inquestionable y cargado de certezas que sustenta la creencia de que el poder de “curar” o cuidar depende en exclusiva de ese saber experto. Pero ello no es así en el campo del sujeto, que es al que nos dedicamos quienes escuchamos su sufrir –venga de donde venga– y tratamos de no basar nuestro saber en una científicidad positivista, conscientes de que valores como el buen trato, el respeto, la autonomía y la libertad son la primera condición para instaurar un proceso que genere cambios. Seguir transmitiendo que hay un saber objetivo para tanto malestar, y que disponemos del mismo, es una falacia que no es exclusiva de las disciplinas tradicionales. Desde este convencimiento, creo que es necesario apelar a una ética de la ignorancia, condición

para seguir aprendiendo frente a la arrogancia de los saberes expertos. Y que hemos de transmitir que nuestro saber es limitado y no generar expectativas que prontamente van a verse frustradas, como ya está sucediendo en muchos servicios que esperaron demasiado de los saberes *psi*. Lo que necesitamos poner en común es el reconocimiento humilde de nuestras limitaciones, evitando generar falsas ilusiones en los usuarios que luego se encuentran con unos resultados insuficientes y frustrantes, dando paso a modos de hacer realistas y con responsabilidades compartidas. Lo opuesto a ello es seguir confiando en el poder de nuestro saber y en el refuerzo de los recursos desde un saber todopoderoso que sólo puede sostenerse en la sumisión del otro y/o su confianza desesperada. Creo que es una exigencia ética ir delimitando los fundamentos de nuestros saberes y los efectos de su aplicación. Y me parece que no se está teniendo en cuenta nada de esto en este debate acerca de a quiénes hay que contratar en Atención Primaria, porque no está, en mi criterio, tan claro que tantos malestares sean problemas de salud, sino efectos del incremento humanamente insoportable de la indefensión y el desamparo en nuestra sociedad.

A las cuestiones referidas al aumento de plazas de psicólogos y en qué lugares y con qué formación hay que responder con la mayor precisión: ¿para hacer qué, cómo y en qué forma de organización?, porque ésta puede condicionar los efectos de las prácticas, en especial si no se garantiza un trabajo interdisciplinar bien articulado, algo extremadamente complejo y arduo. En mi opinión, un incremento en el número de profesionales sin una transformación estructural de lo que se está haciendo reforzará estilos de hacer que se han mostrado insuficientes y solo significará una disminución temporal y un aumento no lejano de la demanda y la presión asistencial.

En estos momentos de cuestionamiento de lo que en su día se declararon evidencias científicas, de revisión de conceptos tales como la rehabilitación de corte funcional para ir hacia la recuperación de capacidades y derechos vinculados al ser humano –tan frecuentemente vulnerados en las personas con algún tipo de sufrimiento o malestar psíquico–, de reconocimiento del saber sobre sí que cada sujeto posee y que le capacita en la toma de decisiones, de aparición y desarrollo de nuevas formas de acompañar a las personas y afrontar los problemas, cabe pensar que un debate centrado en si son necesarios más o menos psicólogos, si éstos deben ser especialistas o generalistas y en qué lugar se les debe colocar no sea la mayor de las urgencias. Sin duda, diversas disciplinas o campos del saber pueden aportar mucho en la planificación coherente de la atención a la salud mental. Pero quizás sea el momento de pensar si el resultado de nuestra actividad profesional está siendo tan valioso como para no cuestionar la estructura sanitaria en la que se viene desarrollando, y si no es urgente pensar en desarrollos comunitarios colectivos en los que tendrían mucho que decir otros profesionales y, por supuesto, los propios usuarios y sus familias; éstas, en gran medida, han sostenido y sostienen con medios insuficien-

tes algunas de las muchas necesidades y limitaciones que implica el padecimiento psíquico, entre las que se encuentran el rechazo, el estigma y muchas otras dificultades para el disfrute de una vida digna y en igualdad.

Creo que éste es el verdadero debate en el que nos debemos centrar todos aquellos que sentimos que nuestro trabajo sólo tiene sentido teniendo al otro como núcleo de nuestra actividad, de manera que lo que debe hacer una asociación como la AEN, interdisciplinar o interprofesional (un término cada vez más utilizado como expresión de la dificultad para defender las disciplinas en este momento postdisciplinar y de un nomadismo cada vez mayor en el saber), es cuestionar y dar pasos valientes hacia una apertura de las formas de trato y tratamiento, hacia un replanteamiento del peso de lo sanitario en la atención a la salud mental, hacia el reconocimiento de los efectos “terapéuticos” de intervenciones en contextos no clínicos y hacia el estudio de los muchos factores sociales que están provocando que tantos sujetos vayan quedando al margen o recibiendo del sistema prótesis –diagnósticos múltiples, medicaciones, (psico)terapias de distintos tipos, etc.– para un yo en permanente jaque.

Sería un serio error pensar que el problema al que asistimos en la atención a la salud mental es la limitación de recursos asistenciales y que incrementándolos se produciría una mejora definitiva. Sin duda, un incremento de recursos aligeraría la carga profesional y facilitaría temporalmente una mayor intensidad en el cuidado, máxime si tenemos en cuenta la disminución de recursos por efecto de las políticas restrictivas de los últimos años. Pero lo que ha de cuestionarse son los modos de hacer excesivamente centrados en el consultorio y los espacios sanitarios, y evidenciar la necesidad de un esfuerzo continuado para no reproducir en ellos las inercias del modelo manicomial y de un modelo de intervencionismo sanitario que fomenta el consumo asistencial, la incorporación sin límite de profesionales y el descuido de las potencialidades de los usuarios. Por todo ello, debemos calibrar las ventajas e inconvenientes de decisiones tan importantes como qué tipo de recursos y prácticas son necesarias en este momento para hacer frente al incremento de malestares sociales que se derivan al sistema sanitario y, en especial, al de salud mental, cada vez más impotente frente a tanta demanda y tarea.

También sería un error quedar atrapados en dialécticas biólogos/psicólogos –o ratios de profesionales– sin tener en cuenta las inmensas implicaciones que lo social tiene sobre el enfermar y la salud, así como la necesidad de superar las restricciones que impone la propia organización del sistema sanitario. Sin este urgente debate, vinculado a la reflexión y a la actualización de un determinado modelo de atención, la cuestión de cuántos psicólogos, dónde ubicarlos y si han de ser especialistas o generalistas no dejará de ser un tema de poder inter e intraprofesional en el que muchos no tenemos interés alguno. A estas alturas, como ya he señalado, hay escasas posibilidades de encontrar una solución satisfactoria para todos en este con-

flicto profesional. Del mismo modo que en los equipos de salud mental es frecuente la dificultad para establecer criterios de derivación entre sus diferentes miembros, será muy difícil distinguir con precisión los roles y actividades competenciales entre el nivel generalista y el especializado –definibles, en este caso, más por el lugar que por el saber–, porque todos conocemos que los roles se definen como estáticos organizativamente pero se desarrollan dinámicamente si no queremos quedar atrapados en repeticiones estériles.

Nunca es del todo soslayable el riesgo de que una parte de las energías necesarias para un debate sobre el modelo asistencial o de cuidados se pierda en luchas acerca de cuántos profesionales de ciertas disciplinas hay que colocar en determinados servicios. No lo digo con ánimo de escandalizar. Es comprensible que cada colectivo intente llevar el agua a su molino, pero habría que exigir a las organizaciones colegiales una mayor altura de miras. Así pues, es necesario limitar esta tendencia si consideramos que lo importante es definir un modelo de atención centrado en los sujetos y que cuente con su activa implicación. Ojalá que estas preocupaciones de los profesionales, en este caso psicólogos, constituyan un revulsivo para el debate urgente sobre lo que está pasando, lo que estamos haciendo y las nuevas prácticas que necesitamos. La AEN, como asociación interdisciplinar, está en condiciones de plantear estas cuestiones de manera que quede muy claro su alejamiento de intereses profesionales particulares y su lucha por un modelo planteado desde la más entera libertad e independencia. Esa es nuestra historia.