CAPÍTULO 2
PRÁCTICAS Y QUEHACERES DEL PROFESIONAL PSICÓLOGO

2.1 INTRODUCCIÓN A LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA

Luciana Juaneu y Marcelo Vaiman

En este escrito se busca introducir al conocimiento de las diferentes áreas de ejercicio de la Psicología, introduciendo algunas líneas de reflexión que propicien el debate acerca de la dificultad de poder agrupar los distintos quehaceres profesionales en un número limitado de áreas.

El concepto área proveniente del latín, se refiere a un espacio que se encuentra comprendido entre ciertos límites. En este sentido, un área es un espacio delimitado por ciertas características, ya sean geográficas, económicas o de otro tipo (Diccionario de la Lengua Española, 2014). En la temática a la que nosotros nos abocamos nos estamos refiriendo específicamente a características psicológicas.

Si en este momento le preguntáramos a quien lee este texto: *¿Qué crees que hace un/a psicólogo/a?*, seguramente obtendríamos una diversidad de respuestas, tales como: “hacen test”, “atienden pacientes”, “estudian a los/las delincuentes”, “trabajan en un gabinete psicopedagógico”, “hacen selección de personal”, “trabajan en orientación vocacional”, “participan en campañas de salud comunitaria”, entre muchas otras posibilidades.

Tal diversidad responde a distintos roles o quehaceres que un psicólogo puede desempeñar en las diferentes áreas de ejercicio profesional de la psicología, áreas que apuntan a problemáticas específicas, utilizando herramientas y técnicas adecuadas en un espacio particular.

Como se mencionó, las áreas en psicología están demarcadas en función de características particulares y determinadas según necesidades sociales emergentes. Su delimitación implica la existencia de un conjunto de conocimientos y producciones científicas que le dan fundamento, así como el establecimiento de objetivos concretos y una población específica. Tal como se recupera en el texto *Ejercicio profesional de los psicólogos: áreas emergentes*:

> “…se puede considerar área de la psicología a la esfera de acción específica que responde a un cúmulo suficiente de conocimientos, con una demanda social instaurada que la legítima, delimitando objetivos y población específicos, y que no pueda ser abarcada por una esfera de acción mayor” (Bermejo, Redondo y Scabuzzo, 2016, pp. 356).

Respecto de la demanda social referida en la definición, un ejemplo de ello lo constituye el surgimiento del área clínica, que se desarrolla particularmente a partir de la segunda guerra mundial ante la necesidad de atender a los soldados que regresaban del frente y que planteaban severas problemáticas psicológicas, para lo cual se requirió responder desde los conocimientos en psicología para poder ayudarlos en la elaboración de los traumas de la guerra.

Otro aspecto a destacar de la definición anterior es lo mencionado por los autores respecto del alcance de un área, y donde es importante que el lector considere que más allá de las definiciones de cada una, existe una estrecha interrelación entre las mismas.

Finalmente, como ya fuera expresado, además de una problemática prevalente, para que un área se constituya como tal es necesario contar con un conjunto de conocimientos e investigaciones que respalden científicamente los conceptos y accionares de los profesionales de determinada área.

Así es, que cualquiera sea el área en que un psicólogo ejercite su rol siempre va a requerir investigar, lo que le permitirá otorgarle el carácter científico a su quehacer profesional, y de este modo responder a las demandas sociales desde un conocimiento reflexivo, sistemático y metódico. De lo anterior se deduce entonces que la formación en investigación es indispensable para ejercer la profesión del psicólogo en cualquiera de las áreas de especialización.

Para presentar los distintos quehaceres del ejercicio de la Psicología, se introduce en primer lugar la división por áreas estipulada en la Ley provincial Nº 7106 “Disposiciones para el ejercicio de la Psicología en la Provincia de Córdoba”, sancionada en Septiembre de 1984. Allí se definen cinco áreas de ejercicio de la psicología; clínica, educacional, jurídica, social, y laboral y con posterioridad, a través de la Resolución Nº 21 se establece la creación del área de la psicología sanitaria.

No obstante, esta división por áreas de ejercicio de los años ochenta, resulta limitada para abarcar la cantidad de quehaceres en que se desempeñan los/las profesionales de la Psicología. En efecto, en la actualidad existen otros modos de organizar los diferentes tipos de ejercicio profesional y campos de estudio de la Psicología que tienden a ser más exhaustivos, o bien representativos de ciertas regiones geográficas.

A continuación, se presentan otras alternativas de distribución de campos de estudio, divisiones o áreas de ejercicio propias de la Psicología. Estas alternativas se derivan de distintas asociaciones nacionales e internacionales que buscan promover, legitimar y difundir distintos campos de conocimiento y ejercicio profesional.

Federación de Psicólogas y Psicólogos de la República Argentina (FePRA)

Fundada en 1977, la FePRA es una entidad que reúne a las asociaciones y colegios de psicólogos/as de cada una de las jurisdicciones del país, entre ellos el Colegio de Psicólogos/as de la Provincia de Córdoba, a efectos de representarlos/as dentro y fuera del país. Forma parte de la Federación Iberoamericana de Agrupaciones y Colegios de Psicología (FIAP), fundada en 2002 por distintas asociaciones de Psicología de Iberoamérica (Argentina, Chile, España, México, Perú y Venezuela).

La FePra reconoce 6 especialidades: Clínica, Educacional, Laboral, Social, Jurídica y Sanitaria. No obstante, también ha conformado comisiones profesionales que intentan profundizar en otras áreas y temáticas de interés para las especialidades en Psicología. Estas se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Temáticas de interés a las especialidades en Psicología (FePra)

Derechos Humanos
Discapacidad
Educación
Emergencias y Catástrofes
Genero Diversidades y disidencias
Jurídico Forense
Personas Mayores
Psicología de Tránsito
Salud Mental

Sociedad Interamericana de Psicología (SIP)

Fundada en 1951 en México, su comisión directiva está integrada por miembros de América Central, América del Norte, Suramérica y del Caribe. Actualmente ha conformado distintos grupos de trabajo en diferentes áreas de la Psicología, los cuales se detallan en la tabla 2.

Tabla 2. Grupos de trabajo en diferentes áreas de la Psicología de la SIP

Jurídica
Violencia y Resiliencia

Diversidades Sexuales
Ambiental
Educación
Experimental Comparada
Historia
Trabajo y Organizaciones
Clínica
Comunitaria
Pobreza
Medición y Evaluación
Formación en Psicología
Ética y deontología
Derechos, discapacidad y enfermedades poco frecuentes (EPOF)
Deporte
Salud

Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (ULAPSI)

La ULAPSI agrupa asociaciones de Psicología Latinoamericanas y tiene como objetivo la difusión de prácticas y conocimientos científicos que expresen el compromiso social de la Psicología, como así también el desarrollo de experiencias en diferentes áreas de la Psicología ligadas a la identidad y la cultura Latinoamericana. Actualmente ha constituido distintos grupos de trabajo, que se encuentran detallados en la Tabla 3.

Tabla 3. Grupos de trabajo de la ULAPSI

Psicología y Pueblos Indígenas de América Latina
Mujeres e Interseccionalidades en América Latina
Salud Mental Latinoamericana
Psicología Educacional en América Latina
Psicología del Trabajo y Organizacional en América Latina
Psicología Corporal en América Latina
Psicología y Arte
Psicología Política en América Latina

American Psychological Association (APA, Asociación de Psicología Americana)

Es una organización científica y profesional que representa a la Psicología en Estados Unidos. Conglomera a más de 146 mil miembros, entre investigadores, docentes, profesionales y estudiantes. Actualmente la componen 54 divisiones, las cuales algunas representan subdisciplinas de la Psicología y otras focalizan en determinados temas de interés. El detalle de las divisiones se presenta en la tabla 4.

Tabla 4. Divisiones de la APA

Psicología General	Psicología de la Hipnosis
Enseñanza de la Psicología	Psicología de Asuntos de Estado y de Territorio
Psicología Experimental y Ciencias	Psicología Humanística

Cognitivas	
Métodos Cuantitativos y Cualitativos de Investigación	Discapacidades intelectuales y del desarrollo/Trastornos del Espectro Autista
Neurociencia del Comportamiento y Psicología Comparada	Psicología Ambiental
Psicología del Desarrollo	Psicología de la Mujer
Psicología Social y de la Personalidad	Psicología de la Religión y la Espiritualidad
Estudio Psicológico de Problemas Sociales	Prácticas y Políticas de Niñez y Familia
Psicología de la Estética, Creatividad y Artes	Psicología de la Salud
Psicología Clínica	Psicoanálisis
Psicología de la Consultoría	Neuropsicología Clínica
Psicología Industrial y Organizacional	Psicología Aplicada a las Leyes y a las Instituciones del Derecho
Psicología Educacional	Psicólogos/as en la Práctica Independiente
Psicología Escolar	Psicología de la Familia
Psicología de la Consejería	Psicología de la Orientación Sexual y Diversidad de Género
Psicología en los Servicios Públicos	Estudio Psicológico de la Cultura, Etnicidad y Raza
Psicología Militar	Psicología de Medios y Tecnologías
Desarrollo del Adulto y el Envejecimiento	Psicología del Deporte, Ejercicio y Rendimiento
Psicología Experimental y Aplicada a los Entornos Tecnológicos	Psicología de la Paz, Conflicto y Violencia
Psicología de la Rehabilitación	Psicología de Grupos y Psicoterapia de Grupos
Psicología del Consumidor	Psicología de las Adicciones
Psicología Teórica y Filosófica	Estudio Psicológico del Hombre y las Masculinidades
Análisis de la Conducta	Psicología Internacional
Historia de la Psicología	Psicología Clínica del/de la niño/a y del/de la adolescente
Psicología Comunitaria	Psicología Pediátrica
Psicofarmacología y Abuso de Sustancias	Psicología de los Tratamientos Psicofarmacológicos y Psicoterapéuticos
Avances en Psicoterapia	Psicología del Trauma

Association for Psychological Science (APS, Asociación para la Ciencia Psicológica)

Fundada en 1988, tiene como objetivo la promoción y la protección de intereses de una psicología científica, que realice aportes a la investigación, la aplicación y la enseñanza de la disciplina, de manera tal que promueva el bienestar humano. En su sitio web se puede encontrar una actualización permanente de los temas de interés para la disciplina y que constituyen campos de conocimiento. Los mismos pueden observase en la tabla 5.

Tabla 5. Temas de interés para la APS

Adicciones y Abuso de Sustancias	Diversidad de Lugares de Trabajo	Miedo
Adversidades en la infancia	Dolor y Trauma	Mindfulness y Meditación
Agresión y Acoso sexual	Ejercicio	Mitos y Desinformación
Agresión y Violencia	Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias	Música
Alimentación y Comida	Enseñanza	Narcisismo
Ambiente y Cambio Climático	Envejecimiento	Negociación
Amistad	Epidemias y Comportamientos en la Salud Pública	Neurociencias
Amor y Atracción	Esperanza	Neurodivergencia
Atención y Distracción	Estrés	Olfato
Audición	Estudio y Aprendizaje	Prejuicios
Autocontrol	Ética	Procrastinación
Bullying	Evaluación Cognitiva	Pseudociencias
Bullying en el Trabajo	Exceso de Seguridad	Racismo y Discriminación
Burnout	Felicidad	Rasgos de Personalidad
Clima y conducta	Fuerzas Policiales y de la Ley	Relaciones Familiares
Codicia y Corrupción	Género y prejuicios	Respuesta y Recuperación en desastres
Compasión	Hipocresía	Riesgos
Competición	Humor	Salud Mental Infanto-Juvenil
Comportamiento Animal	Inteligencia Artificial y Machine Learning	Sesgos y Estigmas
Comprensión y prevención del suicidio	Intervenciones	Sueño
Conducción y autos	Justicia Criminal	Teorías Conspiracioncitas
Confianza	LGBTQIA+	Tomarse un Descanso
Conflictos y Resolución de Conflictos	Literatura	Vacunación
Curiosidad	Manejo del dolor	Videojuegos
Dar	Medios Digitales	Visión
Deportes	Memoria	Votaciones
Diferencias Políticas	Memoria y Testimonio	
Diversidad Cultural	Metas y Motivación	

Luego de este breve recorrido, resulta importante destacar a quien abordará el estudio de esta unidad tres consideraciones generales:

En primer lugar, enfatizar que más allá del área en la que un profesional psicólogo se desempeñe siempre deberá conducir sus acciones en atención a la ética y las normativas deontológicas que rigen en la profesión. Para ello existen códigos de ética, tanto de la Federación de psicólogos de la República Argentina (FEPRA) como de los colegios o asociaciones profesionales que tienen jurisdicción en cada provincia o zona geográfica del país y que dictaminan los accionares éticamente requeribles a los psicólogos e indican aquellos que constituyen faltas éticas pasibles de sanciones.

En segundo lugar, es preciso subrayar que si bien en cada una de las áreas se definen los accionares propios del psicólogo especialista en la misma y los ámbitos de desempeño, las fronteras entre un área y otra no siempre son taxativos. No resulta infrecuente que, en un ámbito, habitualmente propio de cierta área de especialización como por ejemplo en una cárcel, se desempeñen psicólogos de otras áreas. Así es, que, continuando con el ejemplo anterior, podría suceder que además de los esperables especialistas en el área jurídica en un establecimiento penitenciario, también pudieran intervenir psicólogos sociales.

En estos casos lo que contribuirá a la distinción será poder detenerse en la comprensión de las referencias teóricas y los fundamentos de los accionares desde los cuales se realiza la intervención, así como los objetivos y población específicos más que intentar definir la pertenencia a un área de ciertos profesionales atendiendo al espacio donde esta tiene lugar.

Por último, otro aspecto a puntualizar a quien se inicia en el estudio de las áreas de la psicología, es que si bien cada una de ellas implica la especialización y profundización de los conocimientos y habilidades técnicas en torno a un grupo de problemas, con objetivos particulares y atinentes a una población específica, en todas las áreas, dada la complejidad de los fenómenos que se abordan, se requiere una visión interdisciplinaria entendiendo con esto que la mirada y los conocimientos del psicólogo especialista no agotan las posibilidades de comprensión de determinada situación problemática de una población.

Para concluir, dada la diversidad de las demandas actuales a los que un psicólogo se enfrenta en un contexto diverso y permanentemente cambiante, más allá del área en que la se especialice, resulta de fundamental importancia que el profesional cuente con una exhaustiva formación, así como con la posibilidad de pensar de manera crítica, fundamentada y creativa, con una mirada abierta a los cambios y nuevos desafíos a los que la época lo confronta y a la que las nuevas generaciones de profesionales deberán dar respuesta.

Bibliografía:

- Ley Provincial 7106/84. Disposiciones para el ejercicio profesional de la Psicología en la Provincia de Córdoba (1984)
- Resolución N 21 del Consejo de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Creación del Área de la Psicología Sanitaria (1989)
- Bermejo, F; Redondo, S. y Scabuzzo, F. (2013) Áreas emergentes en el ejercicio de la Psicología, en *Manual ciclo de nivelación*. Facultad de Psicología. UNC

2.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA

Mgter. Luciana A. Juaneu

Introducción

La psicología clínica es una especialidad reconocida del ejercicio profesional de los psicólogos. Su consolidación como área de especialidad deriva de la acumulación suficiente de saberes teórico-técnicos que buscan dar respuesta a multiplicidad de demandas en el campo de la salud, así como de la legitimación y reconocimiento legal de su campo de acción e intervenciones específicas; en el caso de la provincia de Córdoba expresadas en la Ley N 7106 *"Disposiciones para el ejercicio de los psicólogos".*

Varios autores coinciden en que resulta una de las especialidades más elegidas para el desempeño profesional (Courel & Talak 2001; Carpintero, 2002; Modesto, Gago & Klinar, 2017) y en coincidencia, la representación popular de los psicólogos está generalmente más asociada al desempeño clínico que a otros quehaceres profesionales.

¿Qué hace un psicólogo clínico? ¿Cuál es su esfera de acción? ¿Qué tareas realiza? son algunos de los interrogantes que se intentará responder a lo largo de este texto.

Desarrollo de la Psicología clínica: Evaluación y diagnóstico

La psicología clínica encuentra sus raíces lejanas en el trabajo de filósofos antiguos como Tales, Hipócrates o Aristóteles, que ya mucho antes del nacimiento de Jesucristo especulaban respecto de las sensaciones, el pensamiento y otras facultades humanas. De manera específica, puede rastrearse su surgimiento y expansión en el contexto de las condiciones socio-culturales de fines del Siglo XIX y de los movimientos que pugnaban por la mejora en la atención de los enfermos mentales, así como la existencia de un efervescente clima de lucha por la dignidad humana y una creciente confianza e interés en el conocimiento por experimentación, que desplazaría la visión filosófica de la psicología (Trull & Phares, 2003).

Durante la última década del Siglo XIX dos hitos resultarán fundamentales: en 1896, en Estados Unidos, Lightmer Witmer (1867-1956) generó el primer caso en la historia de la psicología clínica al tratar de solucionar el problema de un estudiante que, pese a poseer un nivel de inteligencia normal, no podía leer. Ese mismo año estableció su clínica psicológica y es considerado el fundador de la psicología clínica.

En 1895, en Viena, Sigmund Freud (1856-1939) presentó sus *"Estudios sobre la histeria"* escritos en colaboración con Josef Breuer (1842-1925) y dio nacimiento al psicoanálisis, teoría del funcionamiento mental y método de tratamiento de gran influencia, que se expandió y cobró adeptos y detractores múltiples, pero tiene hasta la actualidad una fuerte impronta en el marco de la psicología clínica.

Si bien mucho del trabajo de los psicólogos clínicos está actualmente vinculado a los desempeños con personas con padecimientos mentales y el diagnóstico y tratamiento de las mismas, en los inicios fue la evaluación de la inteligencia y las aptitudes lo que distinguió el quehacer de estos psicólogos, quienes se desempeñaban predominantemente en ámbitos escolares y educativos.

El interés por las diferencias individuales y el progresivo avance de la medición de los aspectos intelectuales y aptitudinales, así como el creciente desarrollo de las pruebas de personalidad, constituyeron los primeros campos de ejercicio de los profesionales clínicos (Trull & Phares, 2003).

Constituyen antecedentes fundamentales en este sentido el trabajo de James Catell (1860- 1944), asistente del laboratorio de Wundt, quien trabajó en la medición de las diferencias individuales en los tiempos de reacción, a partir de la hipótesis que de esa manera era factible evaluar aspectos de la inteligencia. Él fue quien acuñó el término pruebas mentales y anticipó la posibilidad de su implementación tanto para la selección y capacitación de las personas, como para el establecimiento de diagnósticos.

En el terreno de la evaluación psicológica destaca de manera predominante el impulso promovido por el trabajo de Alfred Binet (1857-1911) y Teodhore Simon (1872-1905), quienes crearon una escala conocida como *Escala Binet y Simon* con el propósito de evaluar las capacidades cognoscitivas de los niños, en el interés de identificar a aquellos que presentaran déficits de modo de favorecer que recibieran la educación adecuada.

Así como crecía la evaluación de la inteligencia y las aptitudes, al mismo tiempo se evidenciaban progresos en la generación de pruebas de personalidad. Diferentes inventarios y test empezaban a incursionar en la medición de las emociones, la voluntad y el temperamento. Simultáneamente, destaca la aparición de las técnicas proyectivas, representadas principalmente por el test de Roscharch, conocido test de manchas para la evaluación de la personalidad (Trull & Phares, 2003). De esta manera, y de la mano de estos y muchos otros referentes el trabajo de evaluación psicológica y el diagnóstico se consolidan como quehacer especifico de los psicólogos clínicos.

Las dos guerras mundiales del Siglo XX le darían un enorme impulso a esta área de la psicología. Los psicólogos tuvieron oportunidad de participar activamente tanto en la evaluación destinada al reclutamiento de los soldados, como al trabajo con las consecuencias y trastornos emocionales producto de los traumas de guerra y la rehabilitación psíquica de los veteranos (Leahey, 2005).

Fue gracias a lo antes descripto que los psicólogos clínicos tuvieron la posibilidad de implementar su saber en respuesta a una demanda social apremiante y llegar a millones de personas, poniendo en evidencia el valor y potencial de su trabajo, lo que propició su posterior crecimiento en acciones profesionales con otros grupos poblacionales: inmigrantes, débiles mentales, niños con dificultades diversas, trabajadores industriales, etc., lo que favoreció su paso desde los ámbitos de la evaluación en medios escolares y la medición aptitudinal, al trabajo en salud mental desarrollado en clínicas e instituciones para el tratamiento de enfermedades mentales.

Ligado a esta expansión surgió la necesidad de diagnósticos diferenciales y evaluaciones más complejas de la personalidad y creció el desempeño de los psicólogos en la valoración y determinación diagnóstica de los trastornos mentales y en función de ello la selección de los tratamientos más adecuados.

Durante los años sesenta, de la mano del conductismo, el énfasis no fue tanto la evaluación de las propiedades inferibles de la mente, sino que el interés se inclinó fuertemente a la evaluación del comportamiento. Los psicólogos conductistas insistían en que los rasgos de personalidad no pueden medirse de manera directa y solo pueden evaluarse los comportamientos de las personas. Así surgió la *evaluación conductual,* que implica la observación, medición y experimentación para describir y explicar el conocimiento humano (Richard & Huprich, 2009).

De todas formas, el interés por la evaluación de la personalidad no fue totalmente desterrado y volvió con fuerza a partir de los años ochenta y de allí en adelante se desarrollarían varios instrumentos para la valoración de la personalidad de base psicométrica y de mayor complejidad que sus antecesores, y sofisticados sistemas de clasificación diagnóstica (como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM V) que permiten a partir de preguntas e intervenciones especificas identificar el padecimiento de los consultantes con alguno/s de los trastornos detallados en los ejes diagnósticos del manual.

En la actualidad este tipo de evaluación diagnóstica convive con la *evaluación psicodiagnóstica* basada en pruebas proyectivas y entrevistas de orientación psicodinámica; así como ha cobrado enorme auge la *evaluación neuropsicológica* que se implementa para evaluar fortalezas y debilidades de las personas en diferentes áreas del funcionamiento cerebral, partiendo de la base de las relaciones entre el cerebro y el comportamiento. En este marco se desarrollan multiplicidad de baterías de pruebas para la valoración de distintas funciones y sus trastornos: memoria, atención, lenguaje, razonamiento, etc. Este tipo de evaluaciones permite estudiar el funcionamiento cerebral y obtener información no

proporcionada por otros métodos como la tomografía computada, el encefalograma o la resonancia magnética.

La psicoterapia

Así como la evaluación y el diagnóstico constituyen desempeños específicos de los psicólogos clínicos, el tratamiento del padecimiento psíquico, la psicoterapia es otra de las actividades principales.

La psicoterapia es un tipo particularmente complejo de relación de ayuda, donde uno de los participantes es un profesional de la psicología y cuenta con un entrenamiento y formación específica y el otro una persona que requiere ayuda a causa de un malestar o dificultad emocional, conductual o interpersonal y consulta por su resolución (Ávila Espada & Poch, 1998).

Los métodos con los que trabaja el psicólogo se basan en alguna teoría formal y reconocida acerca de los problemas psicológicos, e independientemente de la orientación teórica que sostenga (psicoanalítica, cognitiva conductual, sistémica, humanista, etc.), el accionar terapéutico asienta en el establecimiento de un vínculo y una relación de colaboración (que se denomina *alianza terapéutica*) y un desempeño del profesional que articula sistemáticamente los elementos conceptuales acerca de la salud, la enfermedad, el cambio psíquico, etc. y los dichos y demanda del paciente, lo que le permite un rango de intervenciones sistematizadas y fundamentadas. Este accionar y un marco de trabajo profesional constituyen algunos de los elementos esenciales que distinguen la relación terapéutica de cualquier otro tipo de relación (amistosa, familiar, educativa, etc.).

La psicoterapia puede ser individual, grupal, familiar, de pareja y orientada a las diferentes franjas etarias: niños, adolescentes y adultos, y puede ser llevada cabo tanto en la consulta privada como en hospitales generales y psiquiátricos, clínicas o centros de salud.

Orientación psicológica

Resulta importante destacar que además de las actividades mencionadas, los psicólogos clínicos pueden realizar acciones en el terreno de la promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales.

Estas actividades se diferencian de los tratamientos o la terapia psicológica y son intervenciones de orientación o consejo psicológico, entendidas como:

> *"…una relación de ayuda profesional que se realiza entre un especialista (el psicólogo) y un demandante (el orientado), en una situación específica, sobre un problema particular y durante un período determinado, con el objetivo de facilitar las acciones más prudentes del demandante, en el contexto de un proceso de toma de decisiones vinculadas a un problema para el cual el demandante no tiene una posibilidad actualizada de solución* (Calviño, 2000, pp. 30)".

Se distingue de la psicoterapia en tanto trabaja con individuos predominantemente estables, potenciando sus recursos, en un enfoque centrado en la toma de conciencia de lo que el sujeto puede y no puede respecto de problemáticas no patológicas, sino referidas a la vida cotidiana, a circunstancias o situaciones específicas y en una perspectiva centrada en el presente. (Calviño, 2000)

Algunos autores distinguen específicamente orientación psicológica, de consejo psicológico o asesoramiento, más allá de las precisiones técnicas de cada una de estas intervenciones que exceden los objetivos de este escrito, todas tienen un sentido preventivo y de promoción de la salud y constituyen un accionar posible para los psicólogos clínicos tanto a nivel individual, como grupal o institucional, por ejemplo: talleres para padres de adolescentes, grupos de reflexión sobre crianza o asesoramiento a instituciones para la mejora de los vínculos y la comunicación.

La investigación en psicología clínica

La investigación constituye un quehacer esencial para el avance y desarrollo de la psicología clínica y para el diseño de instrumentos científicamente reconocidos que

contribuyan a la prevención y tratamiento de los padecimientos psíquicos, alejando el accionar del profesional de la especulación y el sentido común.

La investigación en psicológica clínica emplea diversas metodologías y tiene diferentes tradiciones, algunas más experimentalistas y otras más naturalistas, ósea que remiten a la observación del fenómeno en su contexto natural.

Es factible encontrar investigaciones de diseño instrumental, como aquellas dedicadas al análisis de las propiedades psicométricas de nuevos instrumentos psicológicos (validación y adaptación de test), investigaciones teóricas que recopilan los avances conceptuales o metodológicos y de investigación en torno a una temática específica, e investigaciones empíricas, basadas en la experimentación u observación de evidencias (Ato, López & Benavente, 2013)

Dentro de la investigación en psicología clínica actual destacan los estudios de caso único que incluyen tanto el estudio detenido de los reportes de los terapeutas respecto de un paciente, sin variables intervinientes controladas (al modo de la presentación de casos de inspiración psicoanalítica) hasta los estudios de caso único experimentales que ejercen un detenido control de las variables y buscan establecer relaciones causales (Roussos, 2007).

También resulta de interés señalar la investigación en el terreno de las psicoterapias. Aquí se puede distinguir la investigación orientada a evaluar los resultados de los procesos terapéuticos, y aquella dedicada a estudiar los procesos, esto es, a intentar identificar y describir las variables que motorizan los cambios.

De manera suscinta importa resaltar dos consideraciones actuales en el campo de la investigación en psicoterapias: por un lado el consenso en torno a la necesidad de profundizar en la investigación que considera resultados y procesos de manera articulada, y por otro lado, el creciente acuerdo en la comunidad científico profesional que son determinantes de un desenlace positivo de una psicoterapia, más que los factores específicos (por ejemplo la teoría desde la cual se conduce el tratamiento o la técnica particular que el psicólogo utilice), los *factores inespecíficos* tales como la relación que se establece entre paciente y terapeuta y el desarrollo de la misma a lo largo del tratamiento (Ávila Espada & Poch, 1998; Santibañez et al., 2008; Botella & Corbella, 2011, Moix & Carmona, 2018).

Consideraciones finales

Los apartados anteriores describen las principales actividades de los psicólogos clínicos y para finalizar se agregarán algunas consideraciones que resulta importante que el estudiante conozca ya que son condiciones esenciales para el ejercicio profesional en este campo de especialidad.

La sólida formación teórica, el conocimiento preciso de los instrumentos con los cuales se lleva a cabo la tarea, la terapia personal y la supervisión del trabajo por parte de colegas de experiencia, así como un desempeño acorde al código deontológico profesional constituyen el ineludible *background* con el que un psicólogo clínico debe contar para llevar adelante su ejercicio profesional de un modo ético y responsable. Todos estos son aspectos que hacen a la formación académica y personal que resultan necesarios para el quehacer profesional.

Por otra parte, es preciso el entendimiento y observancia de las leyes que regulan y otorgan el marco al trabajo profesional. Así es que además de conocer las Disposiciones para el ejercicio profesional (Ley N 7106) y el Código de Ética, resulta fundamental que el psicólogo conozca la legislación vigente en Salud Mental (Ley Nacional 26657 y Ley Provincial 9848), ya que como profesional es un actor significativo de la reforma que la implementación de estas normativas implica en el sistema de salud, trasformación que pone el eje en la protección de los derechos humanos y la instrumentación de abordajes que propician una conceptualización integral de la salud mental y el padecimiento psíquico, propiciando formas de atención que se alejen de patologizaciones estigmatizantes y garantizando el acceso a la salud a todas las personas que así lo requieran.

Bibliografía

- Alonso, M., Gago, P. & Klinar, D. (2017). *Distribución ocupacional de los psicólogos en Argentina. Encuesta 2017.* Poster IX Congreso de investigación y práctica profesional en Psicología. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/32148477
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología, 29*, 1038-1059.
- Ávila Espada, A. & Poch, J. (1998) *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica.* Bs. As: Paidós
- Ávila Espada, A. & Poch, J. (1998) *Manual de técnicas de psicoterapias.* España: Siglo XXI Editores
- Botella, L. & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico*. Boletín de Psicología*, *101*, 21-33.
- Calviño, M. (2005). *Orientación Psicológica. Esquema Referencial de Alternativa Múltiple.* La Habana: Editorial Feliz Varela.
- Carpintero, H. (2002). Historia de las ideas o historia profesional. Una propuesta integradora. *Anuario de Psicología, 33*, 199-230.
- Courel, R. & Talak, A. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina, en Toro, J. & Villegas, J. (Ed.) *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas* (pp. 21-83). Bs As: JVE Ediciones.
- Leahey, T. (2005). *Historia de la Psicología*. Madrid: Pearson Prentice Hill.
- Ley Provincial 7106/84. *Disposiciones para el ejercicio de la Psicología*. Provincia de Córdoba, (1984).
- Ley Nacional 26.657 *Derecho a la protección de la Salud Mental (2010).*
- Ley Provincial 9.848 *Régimen de protección de la Salud Mental de la Provincia de Córdoba*, (2010).
- Moix, J., & Carmona, V. (2018) Los siete secretos mágicos de la efectividad terapéutica. *Papeles del psicólogo, 39,* 22-30.
- Richard, D., & Huprich, S. (2009). *Clinical Psychology: Assessment, Treatment, and Research*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI.
- Santibáñez Fernández, P., Román Mella, M., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A., Irribarra Cáceres, D., & Müller Vergara, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, *26*, 89-98.
- Trull, T. & Phares, J. (2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (6ta. Ed.), México: Ediciones Paraninfo.

2.3 PSICOLOGÍA JURÍDICA: QUEHACER Y DESARROLLO

Luz Anyela Morales Quintero y Eric García López
(Morales Quintero, L. A., & García López, E. (2010). Psicología Jurídica: quehacer y desarrollo. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 6(2),237-256.[fecha de Consulta 30 de Octubre de 2022]. ISSN: 1794-9998. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67915140004)

Resumen
Este artículo aborda los conceptos de Psicología Jurídica y sus sub-áreas, así como una breve revisión de su desarrollo histórico. Estos puntos se abordan teniendo en cuenta el contexto internacional, en general, y el hispano, en particular. Por último, se analizan los avances y desafíos de la Psicología Jurídica en Latinoamérica.

Palabras clave: Psicología Jurídica, Psicología Forense, estado del arte, revisión, desarrollo.

Abstract
This article deals with the concepts of Legal Psychology and its sub-areas. It also offers a brief review of its historical development along four main topics: (a) Organizations y congresses; (b) research and its publishing; (c) academic training; and (d) the processes of professional accreditation and certification. All of these aspects are discussed within an international framework and, more specifically, the Hispanic context. At last, the current progress and main challenges of Legal Psychology in Latin America are analyzed.

Key words: Legal Psychology, Forensic Psychology, review, development.

Definición y sub-áreas de la Psicología Jurídica

El concepto de Psicología Jurídica se ha utilizado en algunos contextos como sinónimo de otros términos tales como Psicología Legal, Psicología Forense y Psicología Criminológica. En la actualidad, el desarrollo histórico y conceptual de esta área permite realizar algunas precisiones sobre la definición y distinción de unos y otros conceptos.

En primer lugar, la revisión de la literatura sugiere que en los países de habla inglesa se utilizan de forma frecuente los términos: Psicología Forense (Forensic Psychology) y Psicología Legal (Legal Psychology). En países de habla castellana, y en parte del continente europeo, se emplea el concepto de Psicología Jurídica y se le diferencia de sub-áreas como la Psicología Criminológica o la Forense, que se definirán más adelante.

En general, la Psicología Forense en el mundo anglosajón se define como la relación entre la Psicología y la ley (Crespi, 1994). Aunque es de anotar que esta relación suele circunscribirse a la tarea específica de evaluación psicológica, con el propósito de asistir a los administradores de justicia (como un área auxiliar del Derecho) (Otto & Heilbrun, 2002).

En el orden internacional, una de las más prestigiosas asociaciones de psicólogos, la American Psychological Association, APA por sus siglas en inglés, se refiere a la Psicología Forense como un área que aplica los principios psicológicos al campo legal y al estudio de la interacción entre Psicología y ley. Para la APA este campo del conocimiento abarca aspectos científicos y profesionales de la Psicología aplicados a cuestiones relacionadas con la ley y con el sistema legal (APA, 2010). Dada la importancia de esta disciplina, la APA cuenta con una división específica, la 41, que lleva por nombre American Psychology-Law Society. Por otro lado, en España se ha definido la Psicología Jurídica como una rama de la Psicología aplicada al mejor ejercicio del derecho (Mira & López, 1932) y como el área del conocimiento en la que confluyen la Psicología y la ley (Garrido, 1994). Miguel Clemente conceptualizó esta rama de la Psicología como:

> *El estudio de las personas y de los grupos, en cuanto tienen la necesidad de desenvolverse dentro de ambientes regulados jurídicamente, así como de la*

evolución de dichas regulaciones jurídicas o leyes en cuanto los grupos sociales se desenvuelven en ellos (1989, p. 25).

En la actualidad, el Colegio Oficial de Psicólogos de España –COP– (s.f) define la Psicología Jurídica como: "un área de trabajo e investigación especializada, cuyo objeto es el estudio del comportamiento de los actores jurídicos en el ámbito del derecho, la ley y la justicia" (COP, 2010; Escaff, 2002). Además, de acuerdo con el Colegio, esta especialidad comprende el estudio, explicación, promoción, evaluación, prevención y en su caso, asesoramiento y tratamiento de aquellos fenómenos conductuales y relacionales que inciden en el comportamiento legal de las personas, mediante la utilización de métodos propios de la Psicología científica.

En América Latina, la definición de la Psicología Jurídica ha ido en la misma línea. Por ejemplo, en Colombia, Beltrán y Vargas (1993) la entienden como la encargada de los problemas relacionados con el comportamiento humano y que surgen en el sistema jurídico legal (policía, juzgados, tribunales, correccionales para infractores e instituciones carcelarias y penitenciarias, etc.). Hoyos (1999) la ha definido como la Psicología aplicada en el campo del Derecho, que le ofrece al psicólogo un campo de acción interdisciplinario y que le permite asumir su ejercicio, utilizando los instrumentos que le son propios en armonía con elementos ofrecidos por el campo jurídico, como son las actuaciones judiciales y extrajudiciales, el medio carcelario y el conjunto de individuos sujetos de obligación o derecho que los hacen valer.

En México se ha propuesto que la Psicología Jurídica es el estudio, la investigación y el análisis del comportamiento humano en relación con el Derecho y la Justicia (García, Lacalle & Pérez- Marqués, 2006; García, Murueta, Vaca & Pérez-Marqués, 2007, García & Robles, en prensa).

En Argentina, y en particular en los estándares presentes en la Resolución Ministerial 343/09 (Ministerio de Educación de la Nación) se establecen los contenidos curriculares mínimos que deben contener los Planes de Estudio de las carreras de Licenciatura en Psicología. Se ubica la Psicología Jurídica en el Área de Formación Profesional y se definen como contenidos mínimos el Desarrollo de la Psicología Jurídica-Forense y el quehacer del psicólogo en el área; desarrollos de la psicología criminal; la pericia psicológica: ámbitos de aplicación, formas e instrumentos. Interrelación con conceptos provenientes del Derecho relacionados con la intervención profesional. Evaluación e intervenciones en el ámbito de niñez y familia. Las instituciones de internación penal. Desarrollo de la Victimologia. La mediación penal y otras formas de resolución alternativa de conflictos. Abordajes terapéuticos. Daño Psíquico e Insania. En la Provincia de Córdoba en 1984 se sanciona la Ley de Ejercicio de la Psicología, Ley Nº 7106, en la que entre otros temas se especifican las disposiciones para el ejercicio de la Psicología en el área jurídica.

Se considera ejercicio de la profesión de psicólogo en el área de la Psicología Jurídica:

> *"el estudio de la personalidad del sujeto que delinque, la rehabilitación del penado, la orientación psicológica del liberado y de sus familiares, la actuación sobre las tensiones grupales en institutos penales, con tareas de psicohigiene, la colaboración en peritajes, empleando los instrumentos específicos, la realización de peritajes psicológicos, y estudio de adopción y de conflictos familiares."*

Como se puede observar, en las diferentes definiciones existe un punto en común que da identidad a este ramo de la psicología: el estudio del comportamiento humano en el ámbito jurídico (contextos sociales regulados por normas legalmente establecidas).

En general, se puede entender la Psicología Jurídica como un área que, tal como lo explicó Clemente (1989), se ha desarrollado por la necesidad de intervención en determinados ambientes, es decir, ante demandas sociales específicas, y se ha ido consolidando en un

cuerpo organizado de conocimientos, con un uso cada vez más frecuente del método científico.

En este sentido, vale la pena citar a García-Pablos (2000) cuando concede un carácter científico, empírico, interdisciplinario e interprofesional a este campo de estudio, en su tarea de colaborar en la construcción de un sistema legal que "explique y justifique racionalmente sus decisiones, un sistema en el que no se instrumente el saber científico, utilizándolo, ex post, como perversa coartada legitimadora o vacío ejercicio de predicción, sino que erija a aquel en garantía de acierto, de seguridad y de igualdad" (p. 15).

Además, tal como lo define Garrido (1994) en uno de los puntos de encuentro entre la Psicología y la ley, es importante reconocer que la Psicología Jurídica también estudia la manera en que las normas o leyes influyen en las personas. Así, el concepto de Psicología Jurídica debe ser entendido en un sentido amplio y dinámico de relaciones entre la ciencia del comportamiento y la ley.

Con lo anterior, y en atención al desarrollo histórico, práctico y de investigación de la Psicología Jurídica, se propone definirla como un área de la Psicología encargada de describir, explicar, predecir e intervenir sobre el comportamiento humano que tiene lugar en el contexto jurídico, con la finalidad de contribuir a la construcción y práctica de sistemas jurídicos objetivos y justos. Desde esta perspectiva, el comportamiento humano se concibe como un conjunto que incluye no sólo la conducta fácilmente observable, sino también los procesos cognoscitivos y emocionales, y las creencias y actitudes de las personas. Interesan dentro de esta área el comportamiento de diversos actores como los delincuentes, las víctimas, los administradores y procuradores de justica, demandantes, demandados, testigos, guardias, policías y sociedad en general en el marco de la ley y de los sistemas de justicia.

Dentro de esta amplia definición de la Psicología Jurídica, se pueden identificar una serie de sub-áreas en función del contexto y del quehacer de la disciplina.

En países anglosajones, la función de los psicólogos en el ámbito legal se ha relacionado con escenarios como el de la justicia juvenil, las instituciones correccionales, los servicios de atención y la terapia a víctimas (Otto & Heilbrun, 2002). También se ha propuesto que el psicólogo forense debe usar su conocimiento de la conducta humana y varios instrumentos de evaluación psicológica para proveer el sistema legal con una evaluación, un diagnóstico y algunas recomendaciones respecto a la persona evaluada, y que, a su vez, estos datos deben servir para tomar decisiones de la sentencia de una persona o para ayudar a determinar el lugar al que debe ir un joven infractor (Crespi, 1994).

En la división 41 de la APA se propone que los estudiantes entrenados en el estudio de la Psicología y de la ley deben encargarse, entre otras funciones, de investigar y desarrollar políticas públicas y legales en las que trabajen tanto abogados como psicólogos. Así, se han propuesto como funciones de la Psicología Forense (Crespi, 1994):

- La aplicación de pruebas psicológicas para proveer información al sistema legal.
- La intervención en poblaciones en el ámbito forense (para lo cual es importante conocer las ventajas y desventajas de diferentes intervenciones), además, se establecen de manera novedosa los planes de tratamiento persuasivos, dado que en el contexto legal son muy frecuentes los casos en que las personas no desean participar voluntariamente en un programa de tratamiento.
- La consultoría en la que se provee información a diferentes instancias como las cortes, los departamentos de policía, los jueces, los abogados y, en general, el personal de escenarios psiquiátricos forenses y correccionales.
- La investigación, que permite proveer al Sistema de Justicia de respuestas a preguntas sobre el comportamiento humano, por ejemplo: ¿qué intervención es más efectiva con los delincuentes sexuales?, ¿cuáles son las implicaciones de un prolongado abuso sexual?,
- ¿Cuáles son los efectos de ser testigo de repetidos actos de violencia en el hogar o de vivir en un vecindario caracterizado por la violencia callejera?, ¿qué factores

afectan las decisiones de los jurados? y ¿qué características conductuales afectan las deliberaciones en el Sistema de Justicia?

A este respecto, Crespi concluye diciendo que la investigación psicológica puede ser de tremendo valor para los sistemas de justicia y para la sociedad al ofrecer mayor precisión científica y entendimiento acerca de las maneras más efectivas en que se puede intervenir en el sistema de justicia en casos que involucren dinámicas psicológicas.

En Iberoamérica, específicamente en España, se hizo una primera aproximación a las áreas de la Psicología Jurídica al proponer que sus funciones correspondían al estudio de los testimonios y su veracidad, la obtención de evidencia delictiva, la comprensión del delito (a través del descubrimiento de la motivación psicológica para cometer actos delictivos), los informes forenses y la reforma moral de los delincuentes en previsión de posibles delitos ulteriores (Mira & López, 1932).

Soria (1998) también propuso una clasificación de posibles áreas de la Psicología Jurídica en la que destacó las áreas penal, judicial, policial, penitenciaria, del menor, delincuencial, de victimización, civil, de resolución alternativa de conflictos, militar, del ejercicio de la abogacía y de la norma jurídica.

Romero (1995) llamó la atención sobre otra área menos referenciada que obedece a la influencia científica en las reformas de ley, en aras de ajustarlas mejor a los hallazgos psicológicos para que haya correspondencia y unos términos en común entre el Derecho y la Psicología.

De acuerdo con el Colegio Oficial de Psicólogos (2010), la Psicología Jurídica cubre distintos ámbitos de actuación que se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. *Ámbitos de actuación de la Psicología Jurídica propuestos por el COP (2010)*

a) **Los tribunales:**

- **Psicología Jurídica y el Menor:** explicación, evaluación y tratamiento de los menores que han cometido delitos.

b) **El contexto penitenciario:** evaluación, explicacióne intervención en personas que se encuentran privadas de la libertad por la comisión de un delito.

- **Psicología Aplicada al Derecho de Familia:** evaluación, asesoría e intervención en procesos de separación y divorcio, en particular en lo relacionado con medidas a adoptar respecto a los hijos, nulidades, matrimonio de menores, acogimientos yadopciones.

c) **El contexto judicial (testimonio, jurado):** evaluar el testimonio y las declaraciones de actores en el sistema de justicia. También se trabaja en la valoración de jurados, así como en los procesos de toma de decisión, influencia social, etc.

- **Psicología Aplicada al Derecho Civil:** asesorías y peritajes en temas como la capacidad civil en la toma de decisiones (contratos, testamentos tutelares, cambio de sexo, esterilización de deficientes,etc.).

d) **El contexto policial y de las Fuerzas Armadas:** selección y formación del personal policial y de Fuerzas Armadas en general.

- **Psicología Aplicada al Derecho Laboral y Contencioso Administrativo:** asesorías respecto a las secuelas psicológicas en accidentes laborales, simulación y problemas psicofisiológicos relacionados con los riesgos laborales. También incluye la mediación laboral.

e) **En el ámbito militar:** evaluación y peritajes de personal militar.

- **Psicología Aplicada al Derecho Penal:** evaluación, diagnóstico y tratamiento de personas implicadas en procesos penales, en temas como la responsabilidad criminal, daño moral, secuelas psíquicas, etc. También se incluyen evaluaciones e investigación sobre credibilidad del testimonio de víctimas y testigos, sobre selección y características de losjurados y jueces, etc.

f) **El contexto victimológico:** atención e intervención en víctimas, prevención de los procesos de victimización.

g) **La mediación:** la Psicología contribuye a la solución pacífica de conflictos.

Fuente: Colegio Oficial de Psicólogos de España, recuperado en enero de 2010.

En concordancia con lo anterior, el COP propone algunas funciones del Psicólogo Jurídico

que se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. *Funciones del psicólogo jurídico propuestas por el COP (2010)*

Evaluación y diagnóstico en relación con las condiciones psicológicas de los actores jurídicos.

a) **Asesoramiento.** Orientar y asesorar como experto a los órganos judiciales en cuestiones propias de su disciplina.
b) **Intervención**. Diseño y realización de programas para la prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los actores jurídicos, tanto en la comunidad, bien en el medio penitenciario, tanto a nivel individual como colectivo.
c) **Formación y educación.** Entrenar y/o seleccionar a profesionales del sistema legal (jueces y fiscales, policías, abogados, personal de penitenciarías, etc.) en contenidos y técnicas psicológicas útiles en su trabajo.
d) **Campañas de prevención social ante la criminalidad y medios de comunicación.** Elaboración y asesoramiento de campañas de información social para la población en general y de riesgo.
e) **Investigación.** Estudio e investigación de la problemática de la Psicología Jurídica
f) **Victimología.** Investigar y contribuir a mejorar la situación de la víctima y su interacción con el sistema legal.
g) **Mediación.** Propiciar soluciones negociadas a los conflictos jurídicos, a través de una intervención mediadora que contribuya a paliar y prevenir el daño emocional, social, y presentar una alternativa a la vía legal,donde los implicados tienen un papel predominante.

Fuente: Colegio Oficial de Psicólogos de España, recuperado en enero 2010.

En Latinoamérica, las sub-áreas que se han contemplado son básicamente las mismas. Si bien cualquier clasificación corre el riesgo de ser incompleta y limitada, dado que difícilmente puede abarcar todas las posibilidades, y que los subtipos establecidos obedecen a uno o varios criterios en particular, aquí se realiza una propuesta de sub-áreas de la Psicología Jurídica con base en los contextos en los que tiene lugar y en las funciones o diferentes posibilidades de su quehacer. Las sub-áreas que se proponen son las siguientes:

a) Criminológica: estudia el comportamiento antisocial y delictivo. En este sentido son de interés los procesos y variables implicadas en el inicio, mantenimiento y desistimiento de la conducta delictiva.

b) Correccional, penitenciaria y de prevención en el ámbito de menores y adultos: esta área está directamente relacionada con el ámbito criminológico, sin embargo, se le puede contemplar como un área de trabajo distinta, en la medida en que se encarga de los esfuerzos específicos de intervención sobre el comportamiento delictivo. Este apartado incluye todos aquellos esfuerzos de control social informal y formal, dirigidos a la reducción del comportamiento delictivo, por ejemplo, los programas de prevención e intervención dirigidos tanto a menores como a adultos, a individuos y a grupos, a instituciones y a comunidades.

c) Victimal, victimológica o de la víctima: esta área se encarga del estudio de las personas que han sido sujetos pasivos del delito. Interesa aquí la identificación de factores de riesgo y protectores asociados con la victimización, la prevención de la victimización, así como la reducción de las secuelas producto de la comisión del delito. Además, esta área se preocupa por la victimización causada por el aparato de justicia y por su prevención.

d) Testimonio: en esta área, la Psicología se encarga de identificar las variables relacionadas con la validez y fiabilidad de los testimonios de víctimas y testigos, el proceso de toma de decisión de operadores y administradores de justicia, así como de los factores implicados en las tomas de declaraciones y de interrogatorios judiciales.

e) Forense: aunque generalmente se toma el concepto de forense como sinónimo de jurídica, tal como se ha señalado antes, este último es más amplio y genérico, mientras el término forense está circunscrito —en especial en el idioma español— a las funciones de evaluación con valor probatorio. En este sentido, la Psicología Forense se refiere a la valoración y aporte de pruebas respecto al comportamiento de un sujeto de interés para la toma de decisiones en el sistema legal. Así, la Psicología actúa como experta en casos que requieren de su competencia en el estudio del comportamiento humano.

f) Normativa o de atribución: es la menos citada de las áreas, aunque es de por sí la columna vertebral de la Psicología Jurídica, ya que contempla el estudio del comportamiento humano en el marco de la normativa jurídica y, a su vez, del comportamiento en respuesta a las normas establecidas o por establecerse.

g) Civil: se refiere al estudio del comportamiento en procesos del área del Derecho Civil.

En relación con las acciones o funciones de la Psicología Jurídica se plantean:

- Comprender, explicar y desarrollar modelos teóricos. Esta función se refiere a la conceptualización y desarrollo de modelos teóricos basados en la evidencia científica, que permiten comprender y explicar el comportamiento humano dentro del contexto jurídico.

- Evaluar y realizar diagnósticos. Desarrollo de instrumentos de evaluación, de técnicas y de procedimientos de peritaje (como auxiliares de justicia y como generadores de conocimiento). Esta área corresponde a la Psicología Forense, propiamente dicha.

- Realizar consultorías y asesorías. Con base en el conocimiento disciplinar de la Psicología se aporta información útil en el proceso de toma de decisiones importantes en el contexto legal. Sin tener carácter probatorio, ya que esto sería competencia exclusiva de la Psicología Forense.

- Diseñar, desarrollar, validar, aplicar, dar seguimiento y evaluar programas de prevención e intervención. Dirigidos a las víctimas para reducir el daño sufrido por el delito, a los agresores para disminuir su probabilidad de reincidencia y a la sociedad en general para prevenir los fenómenos delictivos y victimológicos.

- Realizar perfiles. Se realiza la descripción y la predicción del comportamiento de poblaciones forenses (delincuentes, víctimas, operadores de justicia, etc.).

- Investigar. Se refiere a la búsqueda de evidencia y generación de conocimiento respecto a las relaciones entre Psicología y ley, así como de su quehacer.

- Diseñar, evaluar, dar seguimiento, modificar, analizar y promover (papel disuasorio) políticas públicas. En este sentido, la Psicología opera como fundamento de la ley, con el fin de coadyuvar en el desarrollo de una administración y procuración de justicia equitativa, y en la construcción de sociedades menos violentas y más justas.

- Desarrollar estrategias, participación activa y seguimiento de procesos de mediación. Se busca la mejora y la promoción de estrategias que contribuyan al desarrollo de sociedades más hábiles en la resolución pacífica de conflictos.

- Participar en la selección y capacitación de personal en el sistema legal. Se contribuye en estos procesos con el objeto de que quienes laboren en la administración

y procuración de justicia sean personas idóneas y con capacidades acordes con sus funciones y con el objetivo último de contar con un sistema legal justo y equitativo.

Desarrollo de la Psicología Jurídica

El origen de la Psicología Jurídica no es independiente de la historia de la Psicología en general. Algunos autores sostienen que los primeros intentos de aplicación de la Psicología al campo del Derecho datan de los años 1800 a 1900, en Alemania, donde se propuso aplicar el conocimiento de la Psicología experimental al ámbito legal. En estos años se destacaron los trabajos pioneros de Stern, Bidet y Müstemberg sobre los procesos psicológicos del testimonio (Garrido, 1994). Sin embargo, autores como Codón y Esbec (1994) señalan, refiriendo a Bonnet (1983), que existen antecedentes de esa vinculación entre ley y comportamiento humano desde mucho antes. Se señala, por ejemplo, un tratado pericial chino del Siglo XIII a.C, que trataba sobre la veracidad del testimonio en casos de homicidio, o bien el Código de Hammurabi; igualmente señalan la Constitutio Criminalis Carolina, de 1532, como el punto de partida de la psicopatología forense, “como disciplina al servicio del Derecho” (p. 51). Codón y Esbec (1994) también indican referencias históricas como el Digesto, cuando señala “Impune puto admittendum quod per furorem alicuyos accidit” (p. 52); el Fuero Juzgo (año 634), los trabajos de psicopatología realizados para el Tribunal de la Rota desde 1422 (p. 54), entre otros antecedentes más lejanos.

Aunque a finales del siglo XIX los psicólogos prestaban servicios clínicos en escenarios correccionales y de atención a delincuentes, éste no fue significativo hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la Psicología Clínica se posicionó tanto como práctica, como profesión (Otto & Heilbrun, 2002). Entre los años 1940 y 1950 se reconoció la Psicología como una ciencia importante en el campo jurídico probatorio (en las áreas penal y civil) y los psicólogos empezaron a testificar regularmente en el sistema de justicia (Soria, 1998).

En Estados Unidos el área de la Psicología Forense tuvo un antecedente muy importante en el año 1962, con el caso de “Jenkins contra Estados Unidos”. En este caso el testimonio sobre la enfermedad mental esquizofrénica de una persona inculpada, elaborado por tres psicólogos peritos, fue rechazado en primera instancia por los Tribunales. Junto a ello la Asociación Psiquiátrica Americana protestó y presentó su oposición a la admisión del psicólogo como perito. En el recurso de casación se admitió la pericia psicológica de la información presentada por los tres psicólogos, que se comprobó acertada. Desde ese momento el rechazo del psicólogo como experto en su campo de especialización se consideró un error. A este respecto la Corte de Apelación Federal reglamentó que:

- Los psicólogos con apropiado entrenamiento y pericia fueran cualificados para ofrecer testimonio experto en materias de trastornos mentales.

- La posesión del grado de médico no era necesaria para el testimonio experto.

Desde ese año el trabajo de los psicólogos se extendió a correccionales, procesos de individuos inimputables, Psicología policial, custodia de niños, así como a diversas áreas legales donde la experticia era requerida en temas psicológicos. En la actualidad, los psicólogos forenses son las únicas personas calificadas para contribuir a la experticia psicológica en el proceso legal en los Estados Unidos.

Los años setenta se caracterizaron como la edad de oro de la Psicología Jurídica, hubo mayor cantidad de publicaciones, conferencias y congresos internacionales en este campo, especialmente en temas que tenían que ver con la selección y procesos de decisión de jueces y jurados, el comportamiento policial, etc. Esto es consistente con el auge de la Psicología Experimental en general.

En este contexto internacional, aunque la APA mucho antes de los años noventa había reconocido áreas de práctica especializadas en la Psicología como la clínica, la

educativa y la organizacional, no fue hasta el 2001 que la Psicología Forense se incluyó en la misma categoría.

A partir de la práctica profesional de un grupo de psicólogos que trabajaban en el ámbito forense, y de sus esfuerzos por conceptualizar esta área como independiente de las ya reconocidas, se solicitó a la APA que se diera el carácter de especialidad a la Psicología Forense. En el año 2000 esta petición fue hecha por dos organizaciones: la división de ley y Psicología de la APA (the Amercian Psychology Law Society, Division 41) y la American Board of Professional Psychology, a través de la junta directiva de la especialidad en el área de Psicología Forense. Al final, se decidió que la petición para la especialización debía definir la Psicología Forense de manera restringida o delimitando campos específicos de acción que incluyeran la evaluación, el tratamiento y la asesoría en el contexto forense. Después de la evaluación de la petición, el Council of Representatives de la APA votó en agosto del 2001 para reconocer a la Psicología Forense como una especialidad (ver The Minutes of the Council for Representatives meeting, SectionIX, Subsection B). Este reconocimiento ha tenido varias implicaciones:

- El área ha crecido rápidamente dado que se ha expuesto más y ha contado con mayor número de escenarios académicos para mostrarse.

- Ha sido más claro para los psicólogos en qué consiste esta área y han podido reconocer si su ejercicio profesional o investigativo lo realizan en ella. Esto también ha llamado la atención sobre la necesidad de formación tanto en el cuerpo de conocimiento asociado al ámbito forense como en estándares de práctica propios de los contextos forenses.

- Se inició un proceso de acreditación de programas formales para la formación y entrenamiento en la especialidad de Psicología Forense, especialmente en el nivel de posgrados (en Estados Unidos se ha propuesto que esto se lleve a cabo primero en el nivel de posdoctorado, luego doctorado, posteriormente maestrías y finalmente en pregrado) (Otto & Heilbrun, 2002).

La división 41 de la APA sobre Psicología Forense o Sociedad Americana de Psicología y ley (American Psychology Law Society) es una organización interdisciplinar dedicada a la educación, práctica y servicio público en Psicología y ley. Esta Sociedad promueve las contribuciones de la Psicología al entendimiento de la ley y de las instituciones legales, así como la educación de los psicólogos en temas legales y del personal del área legal en temas psicológicos, y la aplicación de la Psicología en el sistema legal. La división realiza una reunión anual en la que se realizan sesiones plenarias y se presentan documentos de trabajo. La APA difunde entre sus miembros, tres veces por año, la Law and Human Behavior. La mayoría de las publicaciones son acerca de investigación con jurados, el testimonio y temas de sentencias y encarcelamiento. En los últimos años, se ha incrementado la investigación sobre evaluación forense, competencias y evaluación de riesgo. Aún son escasas las publicaciones sobre algunos temas de interés para la APA como la Psicología Organizacional-Industrial y ley, discriminación en la contratación laboral y el acoso sexual.

En Hispanoamérica los orígenes de la Psicología Jurídica se localizan en España, documentados en obras como el Manual de Psicología Jurídica de Emilio Mira & López en 1932 (Romero, 1990).

A partir de 1976 (año en que se realizaron las Jornadas de Psicología Jurídica en el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona), y en especial desde fines de los ochenta, España se ha caracterizado por un desarrollo importante y cada vez mayor de la Psicología Jurídica. Por ejemplo, se cuenta con una creciente oferta de posgrados en Psicología Jurídica y Forense.

También han surgido revistas especializadas en castellano. Por ejemplo, del año 1996 al 1999 se publicó la Revista Española de Psiquiatría Forense: Psicología Forense y Criminología. Ésta constituyó una publicación multidisciplinar sobre ciencias antropológicas asesoras del derecho, especialmente la psiquiatría, la psicología y la criminología.

Desde el año 1991 y hasta la fecha se publica la revista Anuario de Psicología Jurídica, editada por el COP. Desde el año 2000 la Universidad Complutense de Madrid y la Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense editan anualmente la Revista de Psicopatología Clínica y Forense. Muchos de sus contenidos corresponden a la producción científica del máster y del doctorado en Psicología Clínica, Legal y Forense de esta misma universidad.

En Latinoamérica, los inicios de la Psicología Jurídica son más recientes, aunque es de destacar que desde hace un par de décadas, y en especial en los últimos diez años, se ha observado una creciente participación de los psicólogos en el ámbito de la justicia en estas latitudes.

En el Primer Congreso Iberoamericano de Psicología celebrado en Madrid en el año 1992, fue evidente la proliferación de trabajos en áreas relacionadas con el ámbito jurídico y forense de la psicología. Un año después, en el Congreso Interamericano de Psicología realizado en Santiago de Chile, nuevamente fue evidente la participación de psicólogos que trabajaban en estas áreas. Una semana después del encuentro chileno, varios de los asistentes al Congreso fueron a Buenos Aries (Argentina) a participar en un Curso Internacional de Psicología Forense. Al término del curso se fundó la Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica (A.I.P.J) y se acordó la realización de congresos bianuales, efectuándose el primero en Santiago de Chile en 1995. El segundo en la Habana (Cuba) en 1997. Dos años más tarde en Sao Paulo. Posteriormente en Madrid (2001), Santiago de Chile (2003), Bogotá, Colombia (2006), Tenerife (2008) y el próximo programado para el 2010 en Guadalajara, México.

Aunque lo anterior ha contribuido al crecimiento y reconocimiento del área, su historia en Latinoamérica está marcada con la ausencia de posgrados, escasas investigaciones y pocas publicaciones. Sin embargo, la comunicación entre profesionales de diversos países ha generado un desarrollo interesante e importante de la Psicología Jurídica y Forense. El número de publicaciones y eventos académicos ha crecido en los últimos años.

La historia de la Psicología Jurídica en Latinoamérica ha estado directamente relacionada con la oferta de seminarios o asignaturas específicas dentro de programas de pregrado de Psicología, que aunque en principio no fueron formales, se ofrecían como optativas. Esta situación ha tenido una importante evolución. Hoy, en países como Colombia, la Psicología Jurídica se ha reconocido oficialmente como un área aplicada independiente. En este país, hasta el año 2000 sólo el 2% de los programas de Psicología incluía la Psicología Jurídica como un área de práctica profesional (Puche y Castillo, 2001) y en la actualidad es obligatoria en todas las Facultades de Psicología.

Además, esta área de la Psicología ha estado vinculada con la práctica profesional más que con la investigación (para una revisión de la historia de la Psicología Jurídica y Forense en Latinoamérica ver Jiménez, 2006).

Después del año 2000 el área de la Psicología Jurídica se ha abordado desde posgrados, a través de diplomados y especialidades. En años más recientes se han empezado a ofrecer programas de maestría, por ejemplo en Colombia, México y Chile.

Adicionalmente, la incursión de los psicólogos en diferentes áreas aplicadas al ejercicio del Derecho y a las propuestas de políticas legales, así como el interés afortunado y cada vez mayor de los poderes públicos por contar con psicólogos formados en las áreas jurídica y forense, han contribuido a su expansión y desarrollo. Un buen ejemplo de esto son las reformas en los Códigos de Procedimiento Penal de países como Chile, Colombia y México (con la propuesta de juicios orales). Esta coyuntura abre un abanico interesante de posibilidades para la participación de los psicólogos como testigos expertos y peritos. Por un lado, estas modificaciones legales hacen explícitas las características y formación

necesarias para ser perito dentro del proceso penal y, por otro, describen situaciones y condiciones en las que el conocimiento acerca del comportamiento humano es imprescindible.

En el caso de Colombia, la Ley 906 (2004) explicita los criterios básicos para desempeñarse como perito o testigo experto. El énfasis de estos criterios está en la necesidad de una formación técnico-científica que acredite su idoneidad durante el proceso en el que participa (Artículos: 278, 406, 408, 410, 413, 417, 420, 422). Además, esta Ley describe algunos conceptos, situaciones y procedimientos que competen al saber de la Psicología (Art. 252, 253, 267, 271,304, 306, 308, 311).

Otro fundamento legal para la existencia de psicólogos formados tanto en el nivel profesional como investigativo, es el marco de las leyes penitenciarias y carcelarias que incluyen formalmente la necesidad de profesionales del comportamiento en estos establecimientos y que propone variables y acciones específicas y propias del quehacer de la Psicología Jurídica, por ejemplo, el estudio científico de la personalidad de los internos, los factores a tener en cuenta para valoraciones previas a otorgar permisos de salida o libertad condicional, etc. Un ejemplo de ello es la Ley 65 de 1993 de Colombia.

El Derecho Civil no es la excepción, los juzgados de familia han incorporado psicólogos practicantes y la ley también permite la incursión de esta profesión en su ámbito de acción, aunque la legislación mexicana no es tan específica en cuanto a la actuación del perito psicólogo, pues se señala de forma general para todos los peritos, en el capítulo V del Código de Procedimientos Civiles lo que implica la prueba pericial, que está definida en los artículos 143 a 160 del citado ordenamiento jurídico. Ocurre de forma similar en el artículo 137, capítulo segundo, del título tercero, denominado “de la prueba”, del “Código de Procedimientos Familiares” para el estado de Hidalgo, México, así como en los artículos 172, 173, 174, entre otros, del ordenamiento jurídico en comento. En cualquier caso, es práctica común que los psicólogos, presentando sólo su cédula profesional, emitan informes periciales en ámbitos civiles, familiares y penales principalmente.

El contexto descrito ha propiciado una cadena de oferta y demanda de psicólogos en el área de la Psicología Jurídica y Forense que plantea la pregunta de la acreditación de la idoneidad para que el experto del comportamiento participe como testigo y como perito dentro de los procesos legales. Como se explicó en el apartado internacional, la historia muestra escasez de programas reconocidos para formar y acreditar a los profesionales en esta área.

En general, en los países latinoamericanos se ha considerado que el psicólogo de por sí está acreditado por el aval de un título universitario de una universidad reconocida para impartir la carrera de Psicología. Una propuesta de los autores de este artículo es que la experticia de los psicólogos en este ámbito debe estar respaldada por su desempeño profesional, sus publicaciones y demás actividades académicas y profesionales, además del aval que consideramos debe ser dado por el Consejo de acreditación profesional del Colegio Nacional de Psicólogos de cada país.

En el ámbito investigativo y de publicaciones (reconociendo que todavía carecemos de por lo menos una revista especializada en el tema) el área de Psicología Jurídica ha tenido grandes deficiencias en Latinoamérica. Sin embargo, debe reconocerse que los últimos años han mostrado un avance importante. Las investigaciones realizadas en el área de la Psicología Jurídica se interesan en temas de Psicología Criminológica, Penitenciarismo, Victimología, Conciliación y Testimonio.

Por último, tanto el ejercicio profesional como el de investigador en el área de la Psicología Jurídica y Forense, al igual que las demás áreas de la Psicología, se guía por principios éticos que velan por la reducción del sufrimiento humano y por el desarrollo de sociedades más justas y menos violentas. El área de la Psicología Jurídica y Forense es relativamente joven, por eso es importante llamar la atención sobre el hecho de que muchos de los dilemas éticos que se pueden presentar en ella aún no son claros para los profesionales. Si bien se ha avanzado en el desarrollo de códigos y guías deontológicas (vgr. El Código Ético del Psicólogo, elaborado por la Sociedad Mexicana de Psicología

(SMP); la Comisión Nacional de Ética en Psicología, CONAEP, de la misma SMP; el Código de ética profesional del psicólogo, de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay; el Código de ética del psicólogo en Colombia, Ley 1090 de 2006; el Código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires; el Código deontológico del psicólogo de España, entre otros), aún desconocemos situaciones y soluciones apropiadas específicas del ramo que nos ocupa.

Será tarea del desarrollo del área jurídica, documentar las situaciones que impliquen tomas de decisión y acciones de los profesionales y científicos en esta área, discutirlas y generar normas claras y ajustadas a nuestro objeto de estudio, nuestros contextos y nuestros países; tarea en la que los Colegios y Asociaciones de Psicólogos tendrán un papel fundamental, de manera específica los gremios especializados en Psicología Jurídica y Forense, como la Asociación de Psicólogos Forenses de la República Argentina, la Asociación Venezolana de Psicología Judicial y las asociaciones subcontinentales de la disciplina. Cabe destacar en este punto, la urgencia de áreas específicas, más operativas y con mayor presencia dentro de los colegios nacionales de psicólogos en cada país.

Avances y desafíos

En el ámbito internacional el área de Psicología Jurídica ha tenido un desarrollo importante. Esto es evidente por el creciente número de programas académicos que ofertan profundización en esta área de la Psicología, publicaciones, revistas y textos especializados, asociaciones profesionales, espacios públicos y privados (contextos) en los que se requiere experticia en el ámbito jurídico, etc. Estos elementos han sido fundamentales para diseminar los hallazgos de la investigación y de la práctica, y para proponer sistemas de acreditación y certificación de competencias y habilidades profesionales en el área de la Psicología Jurídica.

Sin embargo, es urgente que en América Latina se cuente con un proceso de certificación y acreditación de calidad en el campo de la Psicología Jurídica y especialmente en el de la psicopatología forense, ello redundará en un mejor afrontamiento de retos por venir, por ejemplo, una entidad federativa de México reformó recientemente (febrero, 2010) sus ordenamientos jurídicos para señalar como imprescriptible el delito de abuso sexual infantil, que significa un avance y simultáneamente un desafío de consideración para la psicopatología forense, pues habrá que contar con instrumentos diagnósticos que permitan sustentar ante los tribunales la acreditación de estos hechos. Ante este panorama cabe preguntarse: ¿está preparada la psicopatología forense en América Latina para afrontar el desafío del procedimiento acusatorio adversarial, la justicia restaurativa, la mediación intrajudicial y la imprescriptibilidad del abuso sexual infantil? Debe estarlo, porque es ineludible su contribución a un objetivo común: la justicia.

Referencias

- American Psychological Association (APA). (2010). American Psychology – Law Society. Extraído el 15 de enero de 2010, de http://www.apa. org/about/division/div41.html
- American Psychological Association (APA). (2006). The Minutes of the Council for Representatives meeting. Section IX, Subsection B. Extraído el 15 de marzo de 2006, de http:// members.apa.org/governance/crminutes-aug01. html
- Beltrán, E. & Vargas, N. (1993). Psicología jurídica y criminología. En Ardila, R. (Comp). La Psicología en Colombia. (pp. 421 - 438). Bogotá: Tercer Mundo.
- Clemente, M. (1989). La Psicología jurídica. Papeles del Psicólogo, 36, 37.
- Código de ética profesional del psicólogo/a. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Extraído el 5 de febrero de 2010 de http://www.psicologos.org.uy/codigo.html
- Código Federal de Procedimientos Civiles. Extraído el 5 de febrero de 2010 de http://www. diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/6.pdf

- Código de Procedimiento Penal Colombiano. Ley 906, 2004. Colombia.
- Código de Procedimientos Familiares para el Estado de Hidalgo. Extraído el 5 de febrero de 2010 de http://www.ordenjuridico.gob.mx/ Estatal/HIDALGO/Codigos/HGOCOD03.pdf
- Colegio Oficial de Psicólogos de España. (s.f). Psicología Jurídica. Extraído el 6 enero de 2010 de http://www.cop.es/perfiles/contenido/ juridica.htm
- Código Penitenciario y Carcelario de Colombia. Ley 65, 1993. Extraído el 10 de diciembre de 2009 de http://www.secretariasenado.gov. co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0063_1993. html
- Codón, J.M. & Esbec, E. (1994). Psiquiatría legal y forense: introducción histórica y epistemológica. En Delgado, S., Esbec, E., Rodríguez,
- F. & González de Rivera y Revuelta, J.L. Psiquiatría Legal y Forense, Vol. 1, 50-67. Madrid: Colex.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2010). Código Deontológico del Psicólogo. Extraído el 10 de enero de 2010, de http://www.cop.es/perfiles/contenido/jurí- dica.html.
- Crespi, T.D. (1994). Forensic Psychology. Encyclopedia of Human Behavior, 4, 381-386.
- Escaff, E. (2002). La psicología jurídica en Iberoamérica. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, INFOCOP, Suplemento informativo de Papeles del Psicólogo, 81.
- García, E., Lacalle, J. & Pérez-Marqués, A. (2006). La psicología jurídica-forense y los juicios orales en materia penal: perspectivas, riesgos y desafíos en el caso del México actual, planteamientos generales. Jus Semper Loquitur, 50, 23-32.
- García, E., Murueta, M.E., Vaca, J. & Pérez-Marqués, A. (2007). La psicología jurídica forense en México y los juicios orales en materia penal. En Córdova-Osnaya & J. C. Rosales (Eds.). Psicología Social. Perspectivas y aportaciones hacia un mundo posible. México: Amapsi.
- García, E. & Robles, J.I. (en prensa). Psicología Jurídica en México. En García, E. (Ed.). Fundamentos de Psicología Jurídica y Forense. México: Oxford.
- García-López, E. (en prensa). Psicología Jurídica en América Latina. En Ortega, J.J. (Ed.), Psicología para América Latina, ULAPSI. México: UAM.
- García-Pablos, A. (2000). Prólogo. En Esbec, E., Gómez-Jarabo, G. y Nevado, C. Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad. Madrid: Edisofer.
- Garrido, E. (1994). Relaciones entre la psicología y la ley. En Sobral, J., Arce, R. & Prieto, A. Manual de Psicología Jurídica. México: Paidós.
- Hoyos, C. (1999). Manual de Psicología Jurídica. Medellín: Librería Señal Editora.
- Jiménez, E.M. (2006). Introducción histórica a la Psicología Forense. En Sierra, J.C. Jiménez, E.M. & Buela-Casal, G. (Eds.). Psicología Forense: Manual de técnicas y aplicaciones Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mira, E. & López, E. (1932). Manual de Psicología Jurídica. Barcelona: Salvat.
- Otto, R.K. & Heilbrun, K. (2002). The practice of Forensic Psychology: a Look Toward the Future in Light of the Past. American Psychologist, 57(1), 5-18.
- Puche, R. & Castillo E. (2001). Problemas centrales de la psicología académica en Colombia. En Toro, J.P. & Villegas, J. Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas. Sociedad Interamericana de Psicología. Santiago de Chile.
- Romero, J. (1995). Psicología Jurídica en Europa. Papeles del Psicólogo, 61. Extraído el 6 de diciembre de 2009 de http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=464
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). Código ético del psicólogo: normas de conducta, resultados de trabajo, relaciones establecidas. México: Trillas.

- Soria, M. (1998). Psicología y práctica jurídica. Barcelona: Ariel Derecho.

2.4 PSICOLOGÍA SANITARIA. HISTORIA, FUNDAMENTOS Y PERSPECTIVAS

Enrique Saforcada

(Saforcada, E., (2012). PSICOLOGÍA SANITARIA. HISTORIA, FUNDAMENTOS Y PERSPECTIVAS. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 4(2),120-132.[fecha de Consulta 30 de Octubre de 2022]. ISSN: 2250-5490. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382007)

Resumen

La psicología sanitaria surge como necesidad a partir de la presencia en Argentina de cuatro situaciones propias del ámbito de la salud en este país: (a) la naturaleza fundamentalmente psicosociocultural de los factores y procesos que inciden negativamente en la salud de la población; (b) la existencias de tres subsistemas de servicios de salud –privado, de la Seguridad Social y público– que lleva que las universidades formen a los profesionales para el subsistema privado, con lo cual carecen de los conocimientos y destrezas necesarias en el subsistema público de estos servicios; (c) la formación reduccionista de los profesionales de la psicología que les impide integrarse al equipo multidisciplinario de salud; y (d) el ámbito de lo público le requiere a la psicología una gran cantidad de aportes vinculados con la planificación, la ejecución y la evaluación de las políticas y programas de salud, lo cual no es incluido en la formación universitaria de los psicólogos. En este artículo, además de sus fundamentos, se describe el contexto de origen de esta especialidad y las perspectivas futuras, mediatas e inmediatas, que se le presentan como escenario para su consolidación, su desarrollo y sus contribuciones a la sociedad.

Palabras clave: Psicología de la salud – Enfoque salugénico – Psicología sanitaria

Abstract

Health psychology as a need arises from the presence in Argentina of four situations in the field of health: (a) the fundamentally psychosocio factors and processes that adversely affect the health of the population, (b) stocks of three subsystems-private health services, social security and public-leading universities to form professionals to the private system, which lack the knowledge and skills necessary in the public subsystem of these services; (c) training professionals reductionist psychology that prevents them from joining the multidisciplinary health team; and (d) the public sphere to psychology will require a lot of contributions related to the planning, implementation and evaluation of health policies and programs, which is not included in the university training of psychologists. In this paper, in addition to its foundations, we describe the original context of this specialty and future prospects, mediate and immediate, which are presented as a stage for consolidation, its development and its contributions to society.

Keywords: Health psychology – Salutogenic approach – Sanitary psychology

FUNDAMENTOS DE SURGIMIENTO DE ESTA ESPECIALIDAD

La psicología sanitaria surge como necesidad a partir de la presencia en Argentina de cuatro situaciones propias del ámbito de la salud. En primer lugar, debido a la magnitud creciente de los problemas de salud en el país y la naturaleza fundamentalmente psicosociocultural de los factores y procesos que los determinan directa o indirectamente. Por otra parte, los problemas que debe afrontar la Salud Pública provienen de la pobreza y la exclusión social, razón por la cual son insolubles fuera del Subsistemas Público de Servicios de Salud, los cuales no deben ser utilizados para que los profesionales adquieran conocimientos y destrezas a fin de desempeñarse mejor en el Subsistema Privado de Servicios de Salud, como ocurre hasta ahora mayoritariamente, ni para derivar prácticas complejas (tomografías computadas, diálisis renal, psicoterapias prolongadas, etc.) al sector privado –prácticas que ellos mismos hacen imposible en el ámbito de lo público– y los profesionales de la psicología no son capacitados para trabajar con eficacia y eficiencia en estos servicios públicos. Así también, su surgimiento se vincula con el hecho de que la modalidad de la práctica profesional de la psicología que, sistemáticamente, ha implicado

escindirse de la integración al equipo multidisciplinario de salud –por lo menos en lo que hace a los problemas de salud colectiva y al quehacer en el campo de la Salud Pública (exceptuada la actividad clínico-asistencial)–, sobre todo cuando se llega al punto de la ejecución de acciones en terreno. Finalmente, se asocia a la inhabilidad del psicólogo formado por las universidades argentinas para insertarse con legitimidad en el ámbito de la Salud Pública. Legitimidad, en este caso, denota la condición de estar equipado con marcos conceptuales, teorías tecnológicas y tecnologías constitutivas de la disciplina de modo tal de hacer aportes genuinos y exclusivos de la psicología a las tareas de planificación, ejecución y/o evaluación que encara el Equipo de Salud en el ámbito de lo público.

Este modo de entender la legitimidad no proviene de un profesionalismo corporativo, sino de una concepción racional de la formación y utilización de las capacidades técnico-profesionales necesarias. Para que la psicología haga sólo los mismos aportes que la medicina, no es racional formar psicólogos y es ilegítimo incluirlos en los Equipos de Salud de los Subsistemas Público y de la Seguridad Social pues implica gastar innecesariamente dineros de la sociedad.

Esta situación dilemática ha impedido visualizar la enorme eficacia y eficiencia que tiene, para mejorar las condiciones de salud de los colectivos sociales, el trabajo en terreno adecuadamente orientado y centrado en los aspectos relacionados con lo psicosociocultural, la subjetividad y el comportamiento. Es más que razonable pensar que no habrá solución ni atenuación de los problemas crecientes de enfermedad, o sea, no se reducirá la enorme carga de morbilidad de Argentina, si no se da tal orientación y centramiento pues las tres cuartas partes de los problemas de salud dependen de los estilos de vida y del ambiente humano (Alan Dever, 1991).

Desde la mencionada Cátedra I de Salud Pública/Salud Mental de la UBA se llevó a cabo una marcada actividad investigativa y de trabajo comunitario desde la perspectiva de la psicología sanitaria, alcanzando su mayor envergadura en dos programas similares desarrollados uno en el municipio de Avellaneda y el otro en el de San Isidro. El primero, que comenzó en 1990, se denomina Programa de Epidemiología Social y Psicología Comunitaria (Programa Avellaneda) (Saforcada y col., 2001); el segundo, iniciado en 2002, se llama Programa de Epidemiología Psicosocial y Psicología Sanitaria, Comunitaria y Ambiental (Programa San Isidro) (Saforcada y Sarriera, 2011).

Múltiples tareas, a veces no muy sistemáticas, se han llevado a cabo en estos dos programas: trabajos comunitarios, institucionales, asesoramiento a las secretarías de salud de ambos municipios, investigaciones psicosociosanitarias y epidemiológicas, capacitación del personal de salud de las dos municipalidades, organización de eventos internacionales y nacionales, desarrollo de subprogramas intracomunitarios de promoción de la salud con capacitación de pobladores como Agentes Primarios de Salud con relación a diferentes problemáticas, etcétera.

En función de esta actividad diversificada y constante, siempre enfocada en lo comunitario, se fue generando un nuevo modelo de gestión, que denominamos Gestión de Salud Positiva (Saforcada, de Lellis y Mozobancyk, 2010) que parte de la realidad de la vida cotidiana en las comunidades para hacer foco en el potencial de salud de las mismas (no en el riesgo) a fin de trabajar participativamente con la comunidad esencialmente en protección y promoción de la salud, sin por ello dejar de lado la prevención primaria y secundaria, pero teniendo en cuenta que cuando el potencial de salud se actualiza el riesgo tiende a desaparecer o desaparece totalmente.

Antes de pasar al apartado siguiente es necesario dejar claramente expuesto que la Psicología Sanitaria es un capítulo de la Psicología de la Salud, no cuando esta ha sido desarrollada con los lineamientos trazados en Estados Unidos por Matarazzo (1980), que la ubican en la perspectiva de la medicina conductual y como complemento de la misma, sino cuando la psicología de la salud tiene el enfoque cubano, fundamentalmente el desarrollado por Francisco Morales Calatayud (1999) como miembro conspicuo del Sistema de Salud de la República de Cuba, como Vicerrector de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y como Profesor Titular y Consultante de Psicología en esta misma Universidad.

Por otra parte, Cuba tiene un único sistema de servicios de salud, lo cual hace innecesaria una psicología sanitaria que cobra vigencia y se hace necesaria cuando el campo de la salud está fuertemente privatizado, con una permanente presión sobre los poderes del Estado y la población por parte del complejo industrial-profesional corporativo que usufructúa el mercado de la enfermedad.

En países como Argentina, el perfil del psicólogo o psicóloga sanitarista o salubristas (esta última denominación sería más correcta) implica manejar un conjunto amplio de conocimientos entrelazados que, además de dar acceso a una comprensión ecosistémica del proceso de salud, permite que este profesional se inserte en cualquiera de las instancias de la salud pública, sean las de planeamiento y trazado de políticas públicas y programas de acción, las de ejecución de estas planificaciones o programaciones o la evaluación de sus resultados.

Este o esta especialista debe tener una excelente formación de grado en psicología e investigación, de posgrado en Salud Pública, y conocimientos sólidos en Psicología Social General, Psicología Comunitaria, Psicología de la Salud, Psicología Ambiental e investigación-acción participativa. A esta capacitación debe agregar una formación básica en planificación, epidemiología y principios de demografía.

Es muy importante que adquiera una concepción holística, científicamente fundada, del desarrollo humano integral, con buenos conocimientos en neurodesarrollo, todo lo cual le permitirá tener una visión ecosistémica del proceso de salud que lo llevará imperceptiblemente a privilegiar por lejos la protección y promoción de la salud por sobre la atención del daño ya instalado.

Se podrá decir que un perfil profesional como el descripto es difícil de lograr, pero es que alcanzar una buena formación profesional que permita actuar con rigor y solvencia es muy dificultosa en todas las disciplinas universitarias. No debe tomarse como válido el facilismo que las deficiencias pedagógicas y la falta de seriedad académicas han instalado en muchas de las facultades o carreras universitarias de psicología de nuestro país. En síntesis, no es sencillo alcanzar un alto nivel como especialista en Psicología Sanitaria, pero también hay que tener en cuenta que llegar a esta instancia de formación es un proceso gradual que implica muchos pasos y experiencia en terreno; en cada paso hay que cumplir con tres requisitos: saber lo más posible, tener muy en cuenta el sentido común, escuchar a las comunidades y, lo más difícil e importante, saber lo que no se sabe. Esta última condición es la que motiva para avanzar siempre en la formación; además, es la que garantiza que el profesional sea cauto, precavido y respetuoso con las comunidades.

CONTEXTO DE ORIGEN

El 1 de octubre de 1969 se crea, en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), el Centro de Investigación en Psicología Social (CIPS) en función de un proyecto presentado desde la Cátedra de Psicología Social de la Carrera de Psicología.

Este Centro se puso en marcha con tres componentes o líneas de desarrollo: a) psicología social aplicada a la Administración Pública, b) psicología de la conducta desviada o del comportamiento delictivo, c) psicología social aplicada a la Salud Pública.

Las influencias tempranas que impactaron en el liderazgo del grupo de trabajo que integró el CIPS se resumen en tres fuentes de reflexión. Por una parte, una fue las lecturas de los trabajos y propuestas del canadiense Gerald Caplan, que implicaban un enfoque comunitario de la salud mental. En segundo lugar, el libro de James L. Halliday (1961) titulado “Medicina psicosocial”. Esta obra, escrita en Inglaterra en la década del 1940, muestra la incidencia de factores psicosociales y sociopolíticos en la salud al informar de una situación de huelga prolongada que generó en la población obrera un problema dermatológico con características epidémicas, dando así paso a una reflexión generalizadora en cuanto a los condicionantes psicosociales de la salud que están presentes en la vida cotidiana de las personas, las familias y las comunidades. En tercer lugar, los influjos provinieron de la posición del psiquiatra suizo-norteamericano Adolfo

Meyer (1866-1950) para quien la psiquiatría no se tenía que ocupar de individuos sino de personas con experiencias de vida desarrolladas en entornos sociales, con relación a las cuales había que reflexionar nosológica y terapéuticamente en términos psicobiológicos y psicosocioculturales. Meyer había dado origen a un verdadero movimiento de higiene mental que luego, por influencia de otra figura destacada con relación a las concepciones holísticas de lo humano en el ámbito de la salud, Harry Stack Sullivan (1892-1949), se transformó en el movimiento de salud mental en cuyas concepciones se privilegiaban las experiencias sociales de las personas como los aspectos que más poderosamente determinaban sus condiciones de salud.

En la vertiente investigativa del CIPS se fueron desarrollando diversos estudios en el campo de lo que hoy denominamos psicosociología salubrista y psicología epidemiológica. Con la finalidad de que se pueda ver la naturaleza del enfoque investigativo que ahí se tenía vale citar algunos de los trabajos realizados: “Plan de procesamiento y procesamientos de los datos recogidos en el Centro de Estudios de Crecimiento y Desarrollo de la Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Córdoba (Estudio longitudinal de crecimiento y desarrollo de niños de la ciudad de Córdoba) y nueva diagramación de las planillas y fichas de recolección de estos datos” (Saforcada e Infante, 1970; Funes Lastra et al., 1975); “Estudio de las actitudes hacia el alcohol en adolescentes de tres estratos sociales de la ciudad de Córdoba” (Evangelista et al., 1975); “El enfoque sanitarista en Salud Mental, como factor de cambio actitudinal en alumnos de psicología” (Salgado y Saforcada, 1976); “Estudio de la actitud y opinión con respecto a la enfermedad mental, en estudiantes de psicología y psicólogos recién egresados” (Saforcada y Salgado, 1976); “Estudio de la actitud y opinión con respecto al retardo mental, en Maestras Generales, Maestras Especiales y Pediatras” (Evangelista y Saforcada,);”Alcoholismo en un grupo laboral ferroviario” (Molina et al. 1977).

También se diseñaron y se pusieron en ejecución pequeños proyectos de acción en salud en barrios periféricos de la ciudad de Córdoba. En relación con estas actividades en terreno, a fin de ampliar las perspectivas teórico-técnicas, se tomó contacto a fines del año 1970 comienzos del 71 con el Servicio de Psicopatología del Policlínico Aráoz Alfaro del Partido de Lanús (Prov. de Buenos Aires), cuyo Jefe era el Dr. Mauricio Goldenberg. Específicamente, la relación se entabló con el Departamento de Psiquiatría Social de este Servicio, razón por la cual viajó a Córdoba su Director, el Dr. Isaac L. Lubchansky (a fin de su correcta identificación actual es necesario especificar que Lubchansky, en junio de 1971, se fue a vivir a Israel integrándose al Departamento de Medicina Social del Hospital Universitario Hadassah de la Universidad de Jerusalem y al tomar la ciudadanía israelí adoptó el nombre y apellido de Itzhak Levav, por el cual es hoy conocido).

Su visita fue muy fértil y motivadora para el avance de nuestros proyectos y construcción de conocimientos con relación a acciones en salud en medios comunitarios. Lubchansky (Levav) sugirió al CIPS tomar contacto con un psiquiatra salubrista chileno, el Dr. Juan Marconi Tassara, profesor en la Facultad de Medicina de la Regional Sur de la Universidad de Chile y Director del Programa Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago.

El CIPS se vinculó epistolarmente con Marconi y envió a uno de sus integrantes, Miguel Barrionuevo, a hacer una breve pasantía en este Programa Integral a fin de traer a Córdoba las orientaciones conceptuales, estratégicas y prácticas de lo que en Chile se estaba desarrollando.

En 1973 el Director del CIPS invitó a Marconi para que todo el equipo pudiera dialogar con él y para que diera algunas conferencias en Córdoba. Al inicio del año siguiente fue contratado, como Asesor en Salud Mental, por el Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM) gracias a la gestión de un integrante de su Directorio, el Dr. Luís Fábrega. En esta institución Marconi trabajó acompañado por algunos de los miembros del equipo del CIPS. Su trabajo no tuvo ningún reconocimiento de la Facultad ni cabida en la Universidad, pero igualmente capacitó al grupo del Centro para poner en marcha, bajo su dirección, el “Programa Integral de Salud Mental (alcoholismo y neurosis) de la ciudad de Córdoba

(Variante intracomunitaria)", el cual estuvo en funcionamiento hasta comienzos de 1975 en que las circunstancias políticas de la Provincia de Córdoba y del país hicieron imposible trabajar con las comunidades.

En 1972, a instancias del profesor de Psicología Social y Director del CIPS, se contrató en Buenos Aires una profesora para abrir otra asignatura de psicología social de modo de contar con dos instancias de formación en esta subdisciplina, creándose así una Psicología Social I, enfocada en la introducción a la psicología social, y una Psicología Social II orientada a sus aplicaciones.

En 1974, en la cátedra de Psicología Social II, de la cual el Director del CIPS había pasado a ser el Profesor Titular Interino, se diseñó para ese año lectivo un programa de "Psicología Social y Salud Mental"; la clase inaugural la dio Marconi. Luego, para 1975 se modificó nuevamente el programa de la materia que pasó a ser un curso de "Psicología Social aplicada a la Salud Mental en el contexto de Salud Pública".

Es interesante analizar algunas cuestiones de este programa. Estaba encabezado por un epígrafe muy significativo extraído de un libro de Peter y Hull (1975) que decía: "Si no sabéis a dónde vais, probablemente acabaréis en otra parte".

El programa tenía un segundo epígrafe, tomado de un libro de Carrillo (1974): "Hay que abandonar la academia en materia de enfermedad mental, ese tejer y destejer conceptos que esterilizan toda acción positiva".

Estos dos enunciados, en su sentido orientador para quienes llevaban adelante esta cátedra y para quienes la cursaron ese año podrían ser sintetizados con la siguiente aserción, que para el equipo docente era un convencimiento: para trabajar con seriedad y honestidad en el campo de la salud pública es necesario conocer lo más acabadamente posible las propias limitaciones y las acuciantes necesidades de la población.

Este programa tenía siete grandes unidades (hay que tener en cuenta que la materia era anual): a) Salud Pública y Seguridad Social, b) Atención Médica en la República Argentina, c) Distintos sistemas de Atención Médica en la República Argentina. Su evolución histórica, d) Administración y organización hospitalaria, e) Saneamiento ambiental y aspectos psicosociales de la Salud Pública, f) Modelos epidemiológicos en Salud Mental, y g) Programación en Salud Mental. Dada la imposibilidad de tratar integralmente y con rigor ningún tema de Salud Pública sin centrarse explícitamente en el factor humano, en tanto objeto y sujeto del quehacer salubrista, en todo el desarrollo de este programa estaban permanentemente presentes los emergentes teóricos y técnicos de las dos disciplinas que dan cuenta científicamente del mencionado factor: la psicología general y social, y la antropología cultural.

Para dar un par de indicadores concretos de esto último: entre la bibliografía obligatoria de la asignatura estaba el libro de Margaret Read (1968) "Cultura, salud y enfermedad" y el libro de Kenneth W. Newell (1975) "La salud por el pueblo".

Volviendo a Marconi, cabe dar cuenta que regresó a Chile a fines de septiembre de 1974, habiendo permanecido en Córdoba durante nueve meses continuos y dejando en quienes trabajamos con él una clara visión de la responsabilidad social de la Psicología.

Con él se formó un grupo de más de veinte colegas y estudiantes de psicología agrupados en el CIPS, constituyendo un equipo con el cual se puso en marcha en 1974 el Plan de Salud Mental (Módulo Alcoholismo) de la ciudad de Córdoba. Para mantener en funcionamiento este Programa se fundó un centro de estudio y atención de pacientes de Obras Sociales el cual fue nombrado Instituto "Amancio Alcorta" en homenaje al introductor, en el Protomedicato de Buenos Aires, en el primer cuarto del siglo XIX, del tratamiento moral de los enfermos mentales desarrollado por Esquirol, Pinel y otros médicos franceses que habían logrado humanizar un poco los enfoques con respecto a la locura. La elección del nombre de Alcorta es un indicio de la ideología que imperaba en este grupo.

Sería demasiado largo narrar ese intenso período de esperanzas, trabajo y realizaciones que animaban al grupo del CIPS y del Instituto "Amancio Alcorta"; pero es necesario señalar que, si bien todo terminó hacia fines de 1975 por múltiples amenazas de las fuerzas armadas y policiales (allanamientos, persecuciones, etc.) no obstante quedó,

tanto para los que no se fueron del país como para los que se ausentaron, todo un nuevo enfoque del quehacer psicológico en el campo de la salud pública desarrollado durante esos casi siete años de trabajo. Sin lugar a dudas, Marconi fue también parte significativa del proceso que desembocó en la instauración de la Psicología Sanitaria en el mundo, acá en Córdoba, por aquellos años inmediatamente previos al golpe militar de 1976.

Después, fue la noche total, el golpe genocida de marzo de 1976 y la dispersión de todo el grupo del CIPS ya expulsado de la Facultad. Pero en todos o, por lo menos, en muchos de sus integrantes quedó bien asentada la impronta de esta nueva rama de la psicología. La pequeña habitación que ocupaba el CIPS fue allanada por orden del interventor militar de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Mayor Ricardo Manuel Romero, proveniente del Cuartel de Tropas Aerotransportadas del III Cuerpo de Ejército, a quien el Prof. Franco Murat, que se presentó a Romero como Oficial Retirado del Ejército Italiano durante la dictadura de Benito Mussolini, refugiado en Argentina, le presentó la lista de profesores subversivos y le informó que en local del CIPS había un depósito de armas y municiones. Todo lo que había en el Centro fue destruido. Para vergüenza de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la UNC y la Carrera de Psicología, Murat continuó trabajando en la Facultad y llegó a jubilarse mucho después del regreso a la democracia en 1983, oportunidad en que le fue concedida la condición de Profesor Consulto Titular.

Vuelto el país a la vida democrática, esta orientación se reinstala académicamente en abril de 1986 en la Cátedra I de Salud Pública/Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y en 1987 en la Carrera de Psicología de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba al crearse la Cátedra de Psicología Sanitaria cuya conducción se puso en manos de Diego Rapella, a la sazón Director de Salud Mental de la Provincia de Córdoba.

La consolidación de la Psicología Sanitaria desde el punto de vista profesional se produce en 1989, año en que el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba crea los títulos de especialista a través de un Reglamento de Especialidades que involucra, entre otros, el de Psicólogo Sanitarista.

En 1995 el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires reglamenta también los títulos de especialistas, entre los cuales figura el de Psicólogo Sanitarista, concretándose el día 29 de Septiembre de 1996 el primer examen de postulación a esta especialidad ante la Comisión Asesora correspondiente.

PERSPECTIVAS

Lo que se desarrolla a continuación puede parecer un salto discursivo o un abrupto cambio de tema, pero no lo es dado que la psicología sanitaria lleva naturalmente a pensar en el soporte epistemológico que estructura las concepciones y prácticas de la Salud Pública. Al incursionar desde esta perspectiva epistemológica se hace evidente que la Salud Pública como campo disciplinar, desde su origen a comienzos del siglo pasado en Estados Unidos hasta la actualidad, ha recorrido en Indoafroiberoamérica un camino cargado de experiencias y cambios que la han ido aproximando a ponerse al servicio de los seres humanos y sus sociedades dejando progresivamente de lado los intereses egocentrados de los profesionales de la salud y de aquello que se marcó como su razón de ser a partir del siglo XVI: curar la enfermedad. Hoy comienza a ser prestigiante y racional en Salud Pública el proteger y promover la salud, sin descuidar la atención de la enfermedad, pero entendiendo que esto último es secundario desde el punto de vista de los derechos humanos y la ética profesional, también de la racionalidad de los objetivos.

A comienzos de la actual década se empezó a pensar en la necesidad de dar origen a alguna instancia regional que permitiera intercambiar experiencias y emprender el entramado de una red de cooperación y construcción mancomunada de una nueva perspectiva para la Salud Pública. Esta inquietud tuvo como fermento la percepción de que en los distintos países del Mercosur un grupo creciente de colegas (en este caso, por colegas se entiende a todas las profesiones que trabajan en el campo de la salud pública más los pobladores y pobladoras formados como Agentes Primarios de Salud) estaban

hablando lenguajes muy cercanos que emergían de la subordinación de su trabajo a las reales demandas de las comunidades.

En 2005, en una reunión informal llevada a cabo en Porto Alegre, Brasil, surgió la idea de generar una instancia concreta de intercambio. Es así que en agosto de 2006 se llevó a cabo el "Primer Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur" en San Isidro, Provincia de Buenos Aires. A este congreso le siguió en 2007 el Segundo en la ciudad de Montevideo (Uruguay), en 2008 el Tercero en Asunción (Paraguay), en 2009 el Cuarto en Gramado (Brasil), en 2010 el Quinto en San Luís (Argentina), en 2011 el Sexto en Montevideo y en el corriente año, 2012, se realizaría el Séptimo en Franca (Brasil) pero se lo tuvo que correr para el 2013.

Cada uno de estos eventos fue más grande que el anterior y en su organización y desarrollo cada vez se fue integrando un número mayor de instituciones universitarias del área de salud y de disciplinas concurrentes a este campo. También, gradualmente, fueron participando en forma creciente miembros de las poblaciones con experiencia en trabajos comunitarios de salud, sobre todo, pobladores y pobladoras formados como Promotoras y Promotores de Salud o Agentes Primarios de Salud.

En estos eventos y en otras instancias de diálogo entre colegas de nuestros cuatro países se ha observado la presencia de un nuevo paradigma en Salud Pública al cual comenzamos a denominar paradigma de salud comunitaria.

Al respecto, es necesario especificar que antes del surgimiento de esta nueva perspectiva ya se advertían con claridad dos paradigmas dentro del campo de la Salud Pública: el tradicional y el de salud colectiva. En sus comienzos, la aplicación de la Salud Pública por parte de varios de los gobiernos de nuestra región fue desarrollada en función de concepciones y prácticas cuya matriz lógica mantenía la preeminencia del modelo causal lineal desarrollado a partir de la enfermedad infecciosa y epidémica: agente – huésped. A esta matriz, puramente biológica y de causalidad lineal, se le sumaron los principios básicos de higiene general (tratamiento de las excretas, agua potable, higiene corporal y del hábitat, etc.) y, por supuesto, de la prevención primaria (fundamentalmente, los esquemas de vacunación). Era una Salud Pública estructurada alrededor de una medicina clínica orientada por el paradigma individual-restrictivo centrado en la enfermedad (Saforcada, 1999).

A partir del final de la segunda guerra mundial, particularmente desde la década de 1970 en adelante, la irrupción incontrolada de los intereses del complejo industrial-profesional corporativo de la enfermedad (fomentada por poderes locales en los países de nuestra región) cristalizó este modelo ineficaz de Salud Pública al punto que puede afirmarse que hasta hoy, salvo alguna excepción, en la mayor parte de nuestros países es ésta la orientación principal del quehacer de todos los ministerios y secretarías del área en las tres jurisdicciones gubernamentales (Nación, Estado y Municipio). Al paradigma subyacente a este modo de hacer salud pública le llamamos tradicional.

Ante la presencia del mismo, en forma generalizada y sostenida en Indoafroiberoamérica, exceptuada Cuba, y la evidencia de su ineficacia e inequidad surgió como un verdadero movimiento de reforma de la salud pública un nuevo paradigma: el de salud colectiva. Este plantea nuevas concepciones y prácticas que algunos autores, como Edmundo Granda (2004), denominan Salud Pública Alternativa. Brasil ha sido un partícipe esencial en el emerger de este movimiento. No quiere decir que sólo Brasil ha aportado a su desarrollo, también han tenido importante presencia en su modelamiento salubristas de varios países de la región (Ecuador, República Dominicana, Chile, etc.), pero sí ha sido este el país que de forma más sistemática lo ha hecho, inclusive desde ámbitos universitarios y principalmente desde la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), llegando en 2008 a sea instituida por ley nacional la salud colectiva como la única matriz para la Salud Pública del Brasil. No se hacen nombres propios para no cometer injusticias dejando por fallas de memoria alguna persona fuera, no obstante, también es de justicia citar al promotor primigenio de esta orientación en la Salud Pública: Juan César García (1932-1984). Él fue quien introdujo las ciencias sociales en el ámbito de este campo de la salud desde el

Departamento de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, al cual ingresó en 1966. En síntesis, García introdujo en el quehacer en Salud Pública a la Medicina Social –centrada en el paradigma social-expansivo (Saforcada, 1999)– que algo más de un siglo antes habían intentado instaurar, infructuosamente, los médicos que dieron origen en el siglo XIX al Movimiento de la Reforma Médica en Alemania (Rudolf Virchow, Salomon Neumann, Rudolf Leubuscher), Francisco Puccionotti en Italia, Charles Turner Thackrah y Edwin Chadwick en Inglaterra, Ignacio María Ruiz de Luzuriaga y Mateo Seoane Sobral en España, Louis-René Villermé y Jules Guerin en Francia y Ramón E. Betances Alacán en Puerto Rico, entre otras personas y otros países.

El paradigma de salud colectiva implica un enorme avance en el campo de la salud, pero tiene un serio obstáculo: es primordialmente de naturaleza médica, atributo que tiene la particularidad de que al acercarse o contactar con la realidad indefectiblemente la metaboliza médicamente; pareciera que el médico no puede abandonar la medicina individual centrada en la enfermedad, ya sea que se presente como amenaza, como daño instalado o como generadora de discapacidades a rehabilitar.

Esta disciplina profesional, desde finales del siglo XV, está enfocada excluyentemente en lo patológico y, desgraciadamente, es este centramiento en la enfermedad lo que le otorga el poder que detenta en la sociedad, poder casi ilimitado porque se asienta en lo que más debilita la racionalidad y la voluntad humana: el miedo. Por esta razón han sido, la religión católica desde el siglo IV y la medicina desde el siglo XVI, las grandes disciplinadoras de las sociedades occidentales. El paradigma de salud colectiva es ampliamente superador del tradicional, pero esto no alcanza para lograr la mejor condición posible de salud de las comunidades dado que en ambos paradigmas el componente principal de sus programas de acción es el equipo profesional de salud. En el tradicional, este equipo es poco más que monodisciplinar (medicina, enfermería y alguna tecnicatura paramédica; también aparece la psicología, pero no bien integrada y fundamentalmente en tanto psicopatología y psicoterapia); en el de salud colectiva el equipo es multidisciplinar. En el primero el componente comunidad es sólo colaborador, en el segundo es partícipe, entendiendo la participación como tomar parte en los procesos de decisión.

Una cuestión fundamental a tener en cuenta es que el eje teórico-técnico de estos dos paradigmas está integrado por la epidemiología negativa o de la enfermedad, y la gestión de enfermedad o de salud negativa –la prevención primaria es también trabajar con relación a la enfermedad, pues más allá de los planteos de Leavell y Clark (1965) la prevención primaria es de un orden totalmente diferente al de la promoción de la salud–.

Como se señaló antes, desde hace unos años, no más de diez, comenzó a aparecer silenciosamente esta nueva mirada en el ámbito de la salud que es pertinente denominar paradigma de salud comunitaria. Implica un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos sino del contacto con las comunidades y se nos hace evidente, a nosotros los profesionales, cuando logramos trabajar con las poblaciones adoptando una actitud de amplia apertura hacia la coconstrucción de conocimientos y destrezas. El eje teórico-técnico de este paradigma está integrado por la gestión de salud positiva que debe a su vez integrarse con una epidemiología positiva.

Esta nueva forma de concepciones y prácticas de salud la visualizamos con mucha claridad cuando concurrimos a congresos multidisciplinarios de salud con fuerte participación de pobladores, tal como ocurrió en el Congreso Nacional de Equipos de Salud realizado en noviembre de 2008 en la Provincia de Salta, Argentina, en el que el noventa por ciento de las y los participantes fueron este tipo de pobladores capacitados en Salud provenientes de casi todo el país. O en el 2007, en el 2º y en el 7º Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur que se realizó en Montevideo con la participación activa en simposios y mesa redondas de muchas Promotoras y Promotores de Salud.

El paradigma de salud comunitaria no está surgiendo de superestructuras sino del pueblo y, dentro de este, de los sectores más desposeídos, más marginados. Estas

poblaciones tienen una concepción de salud unitaria, su paradigma no separa la mente del cuerpo. Aceptan la separación que les imponen los profesionales y sus servicios de asistencia, pero muchos de sus saberes populares son integrativos, holísticos.
Este paradigma está emergiendo en los ámbitos académicos a través de los aprendizajes que ciertos profesionales, mayoritariamente trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogas y psicólogos, han logrado a través de su quehacer con comunidades de pobreza, sobre todo, de pobreza estructural. No es mérito ni logro de las profesiones, es logro y mérito de las poblaciones.

Ahora, ¿porqué está impactando este proceso sobre todo en la psicología?, sencillamente porque esta profesión, en manos de quienes no se han dedicado dogmáticamente a la clínica y por lo tanto no están subyugados por el modelo médico-clínico y su objeto sacralizado, la enfermedad, ha salido a trabajar con las comunidades teniendo sus estructuras cognitivas vinculadas a la comprensión de lo colectivo todavía vírgenes como para poder ver el proceso de la vida en forma más o menos natural y también sus oídos abiertos para escuchar los saberes populares.

Esto es muy difícil que pueda ocurrir con los actuales profesionales de la medicina y tampoco con los de la psicología desgraciadamente deformados por el modelo asistencialista que domina la vertiente psicopatológica de esta profesión desde su nacimiento hacia finales del siglo XIX.

Se podrían señalar un conjunto numeroso de características del paradigma de salud comunitaria, pero basta con una más que hace a su esencia: dentro de él, el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es solo colaborador o participante.

Esta cuestión de cuál es el componente principal en los programas y políticas de salud es un tema directamente relacionado con el poder y la ética, pero también con la racionalidad científica: la comunidad es dueña de su salud y por lo tanto debe ser poseedora del poder de decisión sobre la misma construyendo los conocimientos básicos necesarios, de este modo será mucho más sana y longeva que aquella que ha enajenado el poder de decisión. La explicación científica de esto se encuentra en la psicología social, en la neuropsicología y en la psicoinmunoneuroendocrinología.

Tal vez sea preciso recalcar que lo expresado en el párrafo anterior se refiere sobre todo a los conocimientos vinculados con la protección y promoción de la salud, como así también a la prevención primaria de la enfermedad.

Este paradigma de salud comunitaria se ha hecho presente o se está haciendo presente en nuestros ámbitos académicos y profesionales casi sin que nos demos cuenta, apenas lo estamos atisbando, lo cual es natural porque no ha nacido de nuestras manos sino de las manos de las comunidades.

A las psicólogas y psicólogos nos cabe la responsabilidad de trabajar cooperativamente con las poblaciones a fin de incrementar su empoderamiento y nuestros conocimientos. También trabajar junto a los profesionales de las otras ciencias sociales, particularmente con quienes provienen de la pedagogía, a fin de mancomunarnos con los pobladores en la coonstrucción de mayores conocimientos en salud.

Es nuestra obligación empeñar esfuerzos ayudando a nuestros colegas médicos a que puedan lograr procesos exitosos de inmersión en las comunidades que les permitan cambiar su paradigma de modo tal que también ellos puedan participar en los procesos de coonstrucción de la salud comunitaria, transformándose en médicos sociales. En síntesis, todo esto implica un proceso múltiple de devolución del poder de decisión sobre su salud a la sociedad. Hace a la razón que nos capacitemos para hacer una devolución que no nos deshabilite en nuestra condición de profesionales.

Devolverle el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades y es también aportar significativamente al desarrollo nacional integral.

Para nosotros, en Argentina, el surgimiento de esta forma de pensar en salud tuvo su origen en ese Centro de Investigaciones en Psicología Social de la Facultad de Filosofía y

Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba hace exactamente cuarenta y tres años, luego se fue entramando con otros arcos convergentes de evolución del pensamiento psicosalubrista en la región de lo que hoy constituye el Mercosur. Tal vez, el trabajo con las comunidades de nuestros países ha dotado a nuestra psicología regional del fermento necesario para aportar a este paradigma de Salud Comunitaria que es más eficaz, más integral y más humano.

¿Que implicará la incorporación del paradigma de salud comunitaria al quehacer en salud? En principio, se comenzará a discutir muchas de las actuales afirmaciones apodícticas de la medicina y la psicología occidental o científica, exigiendo evidencias científicas locales. Por otro lado, se pondrá a la protección y promoción de la salud en el primer escalón jerárquico del quehacer profesional y del prestigio facultativo, muy por encima del quehacer terapéutico. Así también, las universidades tendrán que comenzarán a formar a los profesionales y técnicos de la salud fundamentalmente en higiología (teoría de la salud), tal como lo marcaba John Ryle (1948) cuando se hizo cargo de la primera cátedra de medicina social en la Universidad de Oxford. También se combatirá fuertemente al mercado de la enfermedad y los gobiernos comenzarán a preocuparse por reducir muy significativamente la carga actual de enfermedad pública o artificial. Finalmente, el concepto de proceso de salud será contextualizado en forma contrastante crítica con los de vivir mejor del capitalismo y en forma contrastante integrativa con el buen vivir (Acosta, 2010; Gudynas, 2010, 2011) de las tradiciones indígenas de Indoafroiberoamérica.

REFERENCIAS

- Acosta, A. (2010). El Buen (con) Vivir, una utopía por (re)construir: Alcances de la Constitución de Montecristi. Otra Economía, 4, 8-31.
- Alan Dever, G. E. (1991). Epidemiología y administración de servicios de salud. Rockville: OPS.
- Carrillo, R. (1974). Clasificación sanitaria de los enfermos mentales. Buenos Aires: EUDE- BA.
- Evangelista, O., Saforcada, E., & Marconi, J. (1975). Estudio de las actitudes hacia el alcohol en adolescentes de tres estratos sociales de la ciudad de Córdoba. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 21(2), 101-111
- Evangelista, O. & Saforcada, E. (1976). Estudio de la actitud y opinión con respecto al retardo mental, en Maestras Generales, Maestras Especiales y Pediatras (no publicado).
- Funes Lastra, P.; Agrelo, F. & Guita, S. (1975). Estudio del crecimiento y desarrollo de niños normales de la ciudad de Córdoba a través de una muestra representativa. Córdoba: Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana de Salud Pública 30(2), 391-401.
- Gudynas, E. (2010). Tensiones, contradicciones y oportunidades de la dimensión ambiental del Buen Vivir. En I. Farah H. & L. Vasapollo (Eds.), Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista? La Paz: CIDES-UMSA- Plural.
- Gudynas, E. (2011). Buen vivir: Germinando alternativas al desarrollo, Agencia Latinoamericana de Información), 462, 1-20.
- Halliday, J. L. (1961). Medicina psicosocial. Buenos Aires: Eudeba.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1965). Preventive Medicine for the Doctor in his Community. Nueva York: Mac Graw Hill.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. American Psychologist, 35, 807-817.
- Molina, J. C., Modini, R. A. & Saforcada, E. (1977). Alcoholismo en un grupo laboral ferroviario. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 23(1), 50-62.

- Morales Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós. Newell, K. W. (1975). La salud por el pueblo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Peter, L. J. & Hull, R. (1975). El principio de Peter. Tratado sobre la incompetencia o por qué las cosas van siempre mal. Barcelona: Plaza y Janés.
- Read, M. (1968). Cultura, salud y enfermedad. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Ryle, J. A. (1948) Medicina Social y Salud Pública. En C. Buck, A. Llopis, E. Nájera & M. Terris (Eds.), El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Saforcada, E. (1999). Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (Ed) (2001. El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva. Buenos Aires: Proa XXI.
- Saforcada, E. & Sarriera, J. C. (2011). Esbozos históricos y aplicaciones de la psicología comunitaria en el Mercosur. Buenos Aires: Koyatun.
- Saforcada, E., de Lellis, M. & Mozobancyk, S. (2010). Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. & Infante J. M. (1970). Plan de procesamiento y procesamientos de los datos recogidos en el Centro de Estudios de Crecimiento y Desarrollo de la Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Córdoba (No publicado).
- Salgado, C. & Saforcada, E. (1976). El enfoque sanitarista en Salud Mental, como factor de cambio actitudinal en alumnos de psicología (No publicado).
- Saforcada, E. & Salgado, C. (1976). Estudio de la actitud y opinión con respecto a la enfermedad mental, en estudiantes de psicología y psicólogos recién egresados (No publicado).

2.5 PSICOLOGÍA SOCIAL

Soledad Graglia

Para comenzar…

La Psicología Social ***es*** la ciencia que estudia al hombre en relación con el mundo. Sin embargo, a priori esta definición es poco precisa y suena a poco. Conscientes de ello vamos a trabajar en este texto en la investigación y el análisis del recorrido y los abordajes de la psicología social en pos de poder elaborar una definición de la disciplina que nos permita comprenderla como una teoría científica, un campo de desarrollo especifico del psicólogo y un modo de pensar complejamente la realidad como parte de la caja de herramientas indisociable del rol profesional.

Postulemos qué es una **teoría científica**:

- Una teoría Científica no es el conocimiento, permite el conocimiento.
- Una Teoría Científica no es una llegada, es la posibilidad de una partida.
- Una teoría Científica no es una solución, es la posibilidad de tratar un problema.

Así la Psicología Social es una ciencia que estudia al hombre en relación, pero también y fundamentalmente un modo de pensamiento que permite abordar las diversas problemáticas del hombre desde diferentes modelos y paradigmas que, a su vez, se generan en relación con los desarrollos socios históricos de la humanidad.

Para comprender al sujeto, la ciencia ha ido desarrollando diversos modelos de estudios o mejor llamados **paradigmas epistemológicos** que le fueron permitiendo ajustar y mejorar el enfoque del sujeto, para así tener una perspectiva científica y epistemológica que diera cuenta de ese sujeto en su dimensión de realidad y le aporte al mismo algunas herramientas para atravesar su propia existencia.

En definitiva, la ciencia nace y se desarrolla por una necesidad del hombre, en pos de abordar, contener y mejorar la existencia de su propia humanidad.

La psicología social, como ciencia, se ha desarrollado en ese rumbo.

A modo de repaso…

Los inicios de la Psicología Social podemos ubicarlos en la antigüedad, cuando Aristóteles se preguntaba en qué consiste la naturaleza social del hombre. Cómo transmite una generación su cultura y sus formas de pensamientos a la generación siguiente.
Fue Aristóteles el primero en formular los principios básicos de la influencia y la persuasión social.

A partir de la modernidad podemos citar los comienzos de la psicología social en la Europa del siglo XIX y comienzos del XX, en forma de ensayos especulativos sobre psicología de las masas de la mano de Le Bon, Tarde, Sighele; aunque es postulada ya por Comte como ciencia positivista fundada en la biología y la sociología.

Los primeros psicólogos sociales se preocuparon por los valores de la libertad y los derechos individuales, que se veían amenazados por el auge de industrias y de los cambios sociales, políticos y económicos que traía aparejados.

En Estados Unidos bajo la influencia del período interguerras se comienzan a estudiar los fenómenos de liderazgo, prejuicio, actitudes, rumores, atribución, propaganda, criminalidad y conflictos raciales.

Entre los investigadores más destacados podemos citar a Gordon Allport que escribe uno de los primeros tratados sobre psicología social que plantea las relaciones reales o imaginarias de una persona con otra dentro de un contexto social. León Festinger, por su parte, trabaja la comparación social y las disonancias cognitiva para mostrar como el individuo necesita saber que sus opiniones son correctas y su conocimiento congruente.

En nuestro país debemos destacar el importante aporte del médico psicoanalista Enrique Pichón Riviere, que funda la primera escuela de psicología social en Argentina, centrando su estudio y desarrollo de la técnica de los grupos operativos: el ECRO (Esquema conceptual referencial y operativo), que es la conceptualización original que permite la articulación de la psicología como social, tomando como referentes principales a Freud, Marx, Althusser, Klein, Lewin, Mead.

Pichón Riviere (1972) explica que "La psicología social como disciplina que indaga la interacción en sus aspectos intersubjetivos (grupo externo) intersubjetivos (grupo interno) es significativa, direccional y operativa. Se orienta a una praxis de donde surge su carácter instrumental" (P.206).

A este paso Pichón Riviere trabaja fundamentalmente con la psicopatología de pacientes internados en hospitales psiquiátricos produce una ruptura epistemológica en una doble vía; en el marco del dispositivo psicoanalítico individual y en el territorio de la psicología social. Es entonces la *Teoría del vínculo* lo que le permite cualificar de manera original los dos campos: concibiendo al vínculo como una estructura dinámica, histórica y en continuo movimiento que envuelve a los sujetos participante en él, los condiciona, evoluciona y complejiza.

¿Qué es la Psicología Social? Aproximaciones al campo de la Psicología Social desde una perspectiva compleja.

La Psicología Social es una ciencia que se enmarca dentro del campo de las ciencias sociales, en un punto de encrucijada entre la Psicología y la Sociología. Punto crítico que le permite desarrollar su objeto y su método de estudio desde un perspectiva problemática y novedosa, que articula de manera compleja diferentes miradas. Por eso es que desde esta perspectiva la Psicología Social es una construcción de conocimientos, siempre provisorios, que permiten analizar, comprender y abordar las **tramas *psico*sociales**. Dichas interacciones son consideradas *psicosociales* porque comprenden lo colectivo y lo singular actuando e influyendo dialécticamente *dentro* del sujeto, *en* los otros sujetos y en las relaciones que *entre* ellos se establecen. Esta trama psicosocial tiene características propias: es como un tejido, hecho de diferentes hilos, con diferentes colores, diferentes grosores e intensidades, distintas resistencias y elasticidad. Así el tejido social es siempre abierto, dinámico, complejo y en transformación permanente. Por todo ello, su naturaleza intrínseca es en *tensión*. Relación tensión entre las necesidades, las posibilidades, las percepciones e ideologías que le dan sentido a la vida cotidiana de las personas y a los modos en que se relacionan entre sí y con la realidad que los circunda y contiene.

Y es con esta dirección que Serge Moscovici (1984) sostiene que la psicología social es la ciencia del conflicto entre el individuo y la sociedad. Describiendo la noción de que el objeto central de estudio de la psicosociología son todos aquellos fenómenos relacionados con la ideología y la comunicación, referenciados según su génesis, su estructura y su función. Los primeros consisten en un amplio sistema de pensamientos y creencias sostenidos colectivamente que determinan y condicionan las actitudes y las conductas de los sujetos. Son ejemplos de ellos los fenómenos familiares o no de prejuicios sociales o raciales, de estereotipos, de creencias, dogmas, etc. En su conjunto las ideologías expresan una amplia gama de representaciones sociales que los individuos y los grupos configuran para actuar y comunicarse. Para el autor son estas representaciones las que dan forman a la realidad mitad material (física) y mitad imaginaria (simbólica) que es la realidad social.

En cuanto a los fenómenos de la comunicación social, estos designan los intercambios de códigos lingüísticos entre los individuos y los grupos. Se trata de los diferentes medios empleados para transmitir una información, describir experiencias y compartir situaciones, todo ello comúnmente llamado *influencia social.*

Ningún límite preciso separa a la psicología social de otros campos de la psicología u otras áreas o disciplinas de las ciencias sociales. En ellos se comparte un mismo interés por las interacciones humanas y los grupos humanos. Pues entonces la psicología social no se distingue tanto por su territorio como por el enfoque que le es propio: *entiende al sujeto –que*

sujeta y que es sujetado- no como un individuo sino como un ser social, un sujeto social; y al objeto como poseedor de un valor simbólico y social, que representa un interés articulado en lo colectivo y plural. Que contiene, a su vez, a un grupo o a una institución. A través de este enfoque específico en todos los casos de estudio nos encontramos ante un sujeto y un objeto influenciado por factores, criterios y condiciones sociales, económicas, políticas, culturales, éticas e históricas.

Este enfoque propio recibe el nombre de visión psicosocial que consiste en una lectura ternaria de los hechos y relaciones. Su particularidad supone superar la relación en dos términos: sujeto y objeto, con una relación en clave de tres términos, sujeto singular, sujeto social, y realidad a estudiar. Esta relación de sujeto a sujeto y en su relación con el objeto es concebida de una manera dinámica que se traduce en modificaciones que afectan el pensamiento, las emociones y el comportamiento de las personas constantemente. A través de este método de análisis partiremos del principio de que el sujeto estará dotado de un mundo interior, con emociones e ideologías que condicionan su relación con el mundo y con los otros, dotados a su vez de una internalización social y simbólica con la que interaccionan. Mediación constante que afecta el comportamiento, las ideas y los sentimientos de los sujetos, los grupos y las instituciones dando lugar a intercambios significativos que permiten comprender, construir y modificar la realidad.

La psicología social desde una perspectiva instrumental

Los psicólogos, sociales, clínicos, educacionales, sanitaristas, del ámbito jurídico u organizacional reciben el aporte de la Psicología Social al ser conceptualizada desde una perspectiva crítica e instrumental. En tanto sus nociones conceptuales nos permiten comprender la dinámica de las interacciones humanas contextualizadas oportunamente. Para ello se torna valioso tener en cuenta tres ejes:

- La estructura social donde tiene lugar la interacción: se trata del escenario simbólico y el territorio concreto donde se produce la interacción. El contexto que sostiene, constituye y atraviesa el tejido social.
- Los mecanismos, procesos y operaciones que mediatizan la interacción: son aquellos a través de los cuales la interacción se concreta, se hace efectiva. Los dispositivos institucionales, las prácticas específicas, las rutinas, los procesos ideológicos y los modos en que se comunican y transmiten, son algunos ejemplos.
- Los procesos psicológicos por los que los sujetos son influenciados: la identificación con mayor o menor influencia inconsciente, la persuasión, la motivación y el aprendizaje.

Desde esta postura epistemológica la psicología social es un aporte al pensar sobre la compleja relación entre el sujeto y el mundo para comprender seres concretos, que producen, erigen e instituyen un tejido social, que a su vez los alberga, contiene y transforma.

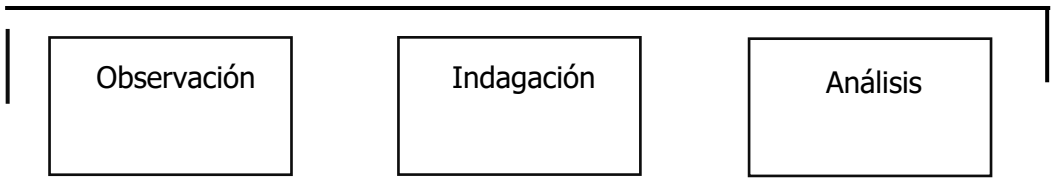
Los psicólogos sociales "*intervienen en procesos grupales, con familias, organizaciones e instituciones para sanear, facilitar o redireccionar los vínculos, las comunicaciones y las percepciones entre los mismos. Para ello tendrá en cuenta como se perciben e influyen los unos a los otros, a través de sus ideas, sentimientos y percepciones de la realidad o situación que atraviesan y comparten. En este marco es que el psicólogo social colabora para abordar, resolver y acompañar las zonas de conflictos y fricciones que generan malestar y desacuerdos en el seno grupal del que se trate. La mirada, el método y el abordaje del psicólogo social permite avanzar en consensos y encuentros que favorezcan la evolución y transformación saludable de la vida cotidiana de los grupos en cuestión".* (Petit, comunicación personal, 15 de octubre 2021).

Por último, conviene situar que la disciplina permite dilucidar como los sujetos estamos atravesados por un mundo simbólico que le da sentido a nuestras experiencias compartidas a la vez que las orienta y condiciona. Y el psicólogo social (aunque también los psicólogos que ejercen en otras áreas y se enriquecen con esta perspectiva) desentraña esas densas significaciones que intervienen en las interacciones para producir novedosos

sentidos y significados que a su vez se entraman en la experiencia o situación compartida en la que se esté trabajando, cuyas características son la heterogeneidad, la diversidad y el continuo movimiento y cambio.

Por ello la Psicología Social se define como una epistemología abierta y problemática que aporta dimensiones instrumentales al modo de caja de herramientas que pueden graficarse de la siguiente manera:

HERRAMIENTAS DE TRABAJO



Dichas herramientas se construyen en su ejercitación y práctica desde una postura epistemológica ética y compleja que la enriquece.

Fragmentos de un territorio escolar

Silvia la reciente directora de nivel primario de una escuela de una localidad pequeña en el interior provincial, consulta por conflictos que se le presentan en los vínculos con los docentes, administrativos y auxiliares, "*sé que si no los resuelvo no voy a poder hacer una buena gestión ni lograr los objetivos que me propongo*". También refiere que los conflictos y malestares en los vínculos "*generan un mal clima de trabajo para todos y eso les va a llegar a los chicos también y va a afectar su aprendizaje".*

A posteriori de algunos encuentros con Silvia y Marisa, la vicedirectora, quienes conforman y se reconocen cómo un equipo de gestión; definimos un plan de intervención:

Tipo de Proyecto: se trata de un trabajo de intervención institucional, que involucra a todos los miembros de la comunidad de la escuela que estén vinculados desde diferentes áreas y responsabilidades a procesos y tareas que tengan cómo destinatarios directos e indirectos a los alumnos y alumnas que allí concurren. Dos meses de duración.

Dirigido a: la comunidad educativa de la escuela XXX integrada en estos momentos por el equipo directivo, el equipo docente, administrativos (secretarios) y auxiliares (cocineros, personal de limpieza y mantenimiento). 18 personas en total.

Objetivos: el objetivo fundamental de este plan de intervención institucional es que las personas que trabajan en la escuela puedan reconocer sus dificultades, posibilidades, limitaciones y potencialidades involucradas en la construcción de los vínculos y las situaciones que los tienen como protagonistas; y en su relación con los diferentes procesos que atraviesa cualquier institución educativa, lo que se expresa en los vínculos entre los diferentes actores de la comunidad y con los procesos de aprendizaje que allí se despliegan.

Modalidad de trabajo: Se realizaron encuentros presenciales y virtuales grupales e individuales. Las herramientas de trabajo fueron las entrevistas abiertas y semidirigidas, las encuestas, los talleres dirigidos a través de dinámicas y juegos planificados específicamente según cómo fueron desplegándose los conflictos y su abordaje; la reflexión y el diálogo. Análisis de datos y devolución a todos los participantes a medida que el proceso transcurría.

Equipo coordinador: está formado por dos personas, Soledad y Rosario. Los roles que desempeñan es el del coordinador y facilitador de la intervención y el de observador participante y realización del registro escrito. El coordinador es el responsable de desarrollar las tareas pautadas. Toma a su cargo el manejo del clima grupal y la gestión grupal/vincular de los conflictos que emergen. El observador registra no sólo lo manifiesto sino lo que percibe como producto de su funcionamiento mental. Participa acercándole al grupo y/o al coordinador el efecto de ello cuando lo cree necesario.

El primer encuentro (a modo de ejemplo): Después que Silvia nos presenta cómo equipo de intervención y plantea cuál es su objetivo al convocarnos, tomo la palabra, nos presentamos

entre todos y planteo un encuadre de trabajo. "*Soledad encuadra el taller: la escuela es el escenario. El objetivo es poder ver los conflictos, ponerlos a la vista. No porque no los sepan…sino porque trabajaremos sobre ellos, lo que se puede/lo que no se puede. Cómo se arman y alimentan, que efectos producen y que posibilidades se pueden encontrar para achicarlos o alivianarlos"… Soledad propone una tarea introductoria, les cuesta hacer silencio y escucharse y escuchar al coordinador. Se ríen ¿ansiedad frente a lo desconocido? (Del cuaderno de registro. Primer encuentro).*

La tarea eje en este encuentro fue un juego que llamamos "nativos y exploradores". Dividimos geográficamente la escuela en 3 territorios que llamamos lúdicamente Narnia, Azcaban y Zootopia. Formamos 3 grupos divididos a través de papeles de tres colores que iban obteniendo. Cada grupo fue nativo de un territorio que le correspondió al azar, tenía que planificar la expedición para los otros participantes con la siguiente tarjeta/consigna:

NATIVOS
¿Cuáles son las características particulares tiene el continente?
¿Cuáles son las características de las personas que habitan este continente?
¿Cómo se comunican y se entienden los que habitan el continente?
¿Cuáles son las referencias históricas del continente?

¿Y qué más?...

Por su parte los exploradores recibían su propia tarjeta/consigna:

Exploradores

"Todos tenemos un explorador dentro"
Prepárense para ser ustedes mismos los antropólogos exploradores protagonistas de esta expedición.
Sólo hacen falta algunas características a desarrollar en esta aventura:
- Abrir bien los ojos, los oídos y todos los sentidos.
- Poner en juego las emociones.
- Ser curioso y preguntón. (toma notas si quieres)
- Disfrutar de la expedición

La dinámica aparece cómo la tarea que organiza a cada uno de los grupos. Al ser planteada cómo un juego apela a lo lúdico que las personas tenemos incorporado en mayor o menor medida a través del proceso de socialización. Propone un "cómo si "que favorece la aparición de las tensiones y los conflictos entre los grupos "jugando", en otra dimensión.

Emergen debates en torno a lo que ocurre en cada territorio, cómo lo vivencian, se señalan las concordancias y diferencias cognitivas y emocionales. En varias ocasiones que consideramos oportunas propicio la confrontación. La escucha y atención constante del coordinador y la observación activa y participante del otro miembro del equipo permite ir haciendo intervenciones que hagan visibles los modos de vincularse entre los participantes y con la tarea que están realizando. Las relaciones en tensión que se despliegan en ambas direcciones provocan en cada uno de los participantes –incluido nosotras- una serie de emociones, ideas y fantasías ligadas a la experiencia actual que transcurre cómo también a sus trayectorias personales. El trabajo procesual y estratégico de ello fue generando que el grupo pudiera ir visibilizando sus mecanismos puestos en juego en las tensiones y las emociones concomitantes. Por ejemplo:

Conflictos…
Competencia entre ustedes, ausencia de compañerismo sincero, desconfianza hacia el/lo desconocido. Territorialidad y fuerte resistencia a los cambios…
Las tensiones en los vínculos que hemos ido desintrincando en estos encuentros: ser nativos y/o exploradores. Las territorialidades y los temores de moverse de ciertos lugares. Los desencuentros. La desconfianza básica en los otros.
Posibilidades…
Visibilizar lo que pasa, tolerar las dificultades y trabajar en componer otros modos de estar en el territorio escolar. Jugar otro juego. El mismo juego lleva al mismo resultado. Nuevas estrategias de encuentro. Decisiones consensuadas.

Tarjeta realizada por el grupo en una instancia de cierre de un taller

Palabras finales: Hemos realizado un trabajo exitoso en tanto nos ha permitido visibilizar lo los conflictos y tensiones en los vínculos dentro del territorio escolar y potenciar a las personas como responsables de los encuentros y soluciones. Uno de los conflictos centrales encontrados es la fragmentación del territorio escuela y los efectos que ello produce, aún más allá de las fronteras de la escuela que está ubicada en una localidad pequeña. El territorio escuela es un territorio de vínculos. Y esos vínculos con su entramado son los que construyen y potencian el aprendizaje. Sin vínculos sustentables no hay aprendizaje significativo.

A la par de ello hay que tener en cuenta que las crisis que generan los cambios en las rutinas y en lo dado, cómo son en este caso el cambio del equipo directivo y en medio de la situación de pandemia, generan defensivamente un endurecimiento de las formas, los protocolos, rigidizando las relaciones, las situaciones y los intercambios. De allí a los conflictos asegurados.

La propuesta final es que los aprendizajes efectuados en esta intervención puedan ser capitalizados a futuro para activar modalidades de prevención de situaciones conflictivas: Insistimos propositivamente que se trabajen los vínculos, las jerarquías transversales colaborativas y la escucha activa. En el entretejido entre los nativos de diferentes territorios, en el entretejido entre las dificultades de los alumnos y las posibilidades de los docentes, en el trabajo colaborativo entre el equipo docente, en el pensamiento grupal y en las acciones específicas para el abordaje de problemáticas específicas; donde cada uno de los participantes se apropie reflexivamente del territorio escuela y de su quehacer en ella, tanto cómo de su posición en el entramado social en el que está inmerso.

Bibliografía

Berger, P. & Luckmann, T. (1993). La construcción Social de la realidad. Amorrortu. Buenos Aires.
Correa, A. Paulín, H. & otros. (2003). *Notas para una Psicología Social.* Editorial Brujas. Córdoba.
Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa Editorial. Barcelona.
Moorin, E. (2008). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Belem Rumet. España.
Moscovici, S. (1991). *Psicología Social*. Tomo 1 y 2. Paidos. Barcelona.
Petit, C. & Graglia, S. (2011). *Manual de Psicología Social*. Editorial Brujas. Córdoba.
Pichón Reviere, E. (2011). *El proceso creador.* Nueva Visión. Buenos Aires.
Pichón Reviere, E. (2012). *El proceso grupal*. Nueva Visión. Buenos Aires.

2.6 PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y LAS ORGANIZACIONES

Mgter. Antonella Di Paola Naranjo

Introducción

El presente texto tiene como propósito acercar al ingresante de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, nociones básicas acerca del campo de acción de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones y acerca del rol del psicólogo en este ámbito.
Dado que el destinatario de este texto se encuentra estableciendo un primer contacto con la disciplina y con el área, se pretende introducirlo en la temática considerando que durante el cursado de la Licenciatura en Psicología transitará por asignaturas específicas que podrán brindarle los elementos para una comprensión acabada del tema.
El recorrido guiará al lector por la dimensión histórica y social del trabajo, para luego poder mencionar las características del campo y del rol en la actualidad. Por último, se brinda información acerca del atravesamiento normativo en relación al rol del psicólogo del trabajo y las organizaciones, y a las trayectorias posibles de formación.

Dimensión histórica y social del trabajo

Para comprender la importancia del psicólogo en relación al trabajo, resulta indispensable comenzar afirmando que el trabajo es una actividad humana que produce transformación, tanto del sujeto que la realiza como del objeto (a veces tangible y a veces intangible) sobre el cual el sujeto trabaja (De la Garza Toledo, 2001).

Partiendo de esta idea, resulta lógico pensar que el trabajo no es una categoría que permanece fija y estable a través del tiempo. Por el contrario, es una construcción social situada (ya que asume diferentes características en las diferentes sociedades) en permanente cambio. Por ello, es conveniente historizar brevemente los cambios que esta actividad ha ido experimentando, en función de la sucesión de los diferentes modelos productivos, y las diferentes características que ha asumido cada época.

El modelo Taylorista: tal como plantea Echeverría (2000), a comienzos del siglo XX el trabajo manual representaba el sustento de la mayoría de las actividades productivas. Quien entonces resolvió el problema de la productividad del trabajo manual fue Frederick Taylor. Propuso un rediseño de los movimientos y tiempos de demora de los trabajadores en su actividad laboral, con base en la división del trabajo, con el fin de estandarizar todos los trabajos manuales individuales y así ganar efectividad y eficiencia. Básicamente esto significa que un trabajador que realizaba una sola tarea de manera repetitiva adquiría tal destreza física para hacerla que disminuía el tiempo que invertía en realizarla. Recordemos que en este momento histórico se vivía la reciente Revolución Industrial, por lo cual este tipo de trabajo se daba preponderantemente en las fábricas. Los movimientos estaban tan cronometrados que hasta se contabilizaba el tiempo que los trabajadores utilizaban para ir al baño.

El esquema de trabajo propuesto por Taylor consistía en separar a los operarios que aportaban la destreza física (sin permitirles que piensen o que innoven), de los ingenieros que realizaban el diseño de las actividades (quienes realizaban el trabajo no manual). En sus propias palabras “se debían separar músculo y mente, destreza física y pensamiento”. Este modelo subsistió hasta la década del 30.

El modelo Fordista: fue entonces cuando importantes sectores sindicales, políticos e intelectuales acusaron a Taylor de propiciar un tratamiento inhumano a los trabajadores. En los primeros años, muchos trabajadores no se adaptaron y ello produjo una ola de rotaciones. Una gran cantidad de trabajadores fueron despedidos o renunciaron a sus trabajos para buscar otros menos exigentes.

Entonces para reducir la rotación, Henry Ford propuso elevar a cifras sin precedente el salario del obrero y poco a poco la movilidad social ascendente hizo a los trabajadores

abiertos defensores del taylorismo. Al mismo tiempo, Ford propuso un elemento clave para la coordinación de los trabajos individuales: la línea de ensamblaje, aumentando considerablemente la producción en masa. Ya no era el trabajador quien debía desplazarse, sino que el producto llegaba a él por medio de una cinta automática, reduciendo los tiempos de producción e imponiendo el ritmo de trabajo óptimo.

Se buscaba entonces que el trabajador rindiera al máximo de su capacidad, mediante el mecanismo del mando y control (ordenarle exactamente lo que debía hacer y controlar mediante el capataz su estricto cumplimiento). En este tipo de organizaciones cobraba gran importancia la jerarquía, y las decisiones siempre se tomaban desde arriba (gerente) hacia abajo (capataces y luego operarios).

El modelo Toyotista: pero con el cambio de las sociedades, los avances tecnológicos y la globalización de los mercados, este tipo de organizaciones se volvieron lentas y poco eficaces en la toma de decisiones, lo que afectó su capacidad de adaptación al medio. Esto obligó, alrededor de la década del 60 a un cambio de paradigma en el modelo productivo.

Entonces se comenzó a poner el énfasis en el trabajo no manual, el cual se sustenta en el conocimiento y no en la destreza física. En este nuevo modelo se propone valorar la participación activa y autónoma del sujeto en la toma de decisiones, la construcción del aprendizaje colectivo y la innovación, el poder de las conversaciones en el trabajo. Ya no se pide al trabajador que no piense, sino todo lo contrario. La organización del trabajo comienza a estar centrada en proyectos y objetivos, con apoyo en dispositivos de gestión grupal de las actividades. Esto reconfigura los espacios y los tiempos en los cuales se desarrolla el trabajo, surge el trabajo en casa, el trabajo virtual, etc., todo ello posibilitado por el desarrollo tecnológico. Las estructuras se vuelven menos jerárquicas y más horizontales. Se pone en valor el trabajo en equipo, en células o en redes. También se informatizan o automatizan varios procesos, entre ellos las comunicaciones.

El toyotismo se caracteriza por producir series pequeñas de productos heterogéneos, que se desarrollan una vez que los productos ya han sido vendidos (just in time). Promueve una producción integrada -con escasa división de tareas- y mayor participación funcional de los trabajadores en la concepción y programación de las actividades, tendiendo a reducirse las actividades repetitivas, monótonas y poco creativas. Su aporte principal es lograr producir a bajo costo, volúmenes limitados de productos diferentes. Este nuevo modo de producción requiere de trabajadores capaces de responsabilizarse por su tarea y de autoactivarse, es decir, de asumir la iniciativa frente a los problemas, fallas o evento que interfiera en el proceso de trabajo. Esto significa que el trabajador obediente y sin iniciativa propiciado por los modelos anteriores, no tiene lugar en estas nuevas organizaciones, se requiere de él todo lo contrario (Bartolini 2017).

Recapitulando, y tal como expresa Natalia Bartolini (2017), se puede advertir que la cuestión del trabajo condensa diferentes características y significaciones según la sociedad y el momento histórico del que se trate. Desde el 1.900 en adelante se puede hablar de la emergencia de tres modelos productivos con características bien definidas: el taylorismo, el fordismo y el toyotismo o paradigma flexible. Cada uno de ellos se caracteriza por una forma particular de concebir el trabajo, a la organización y a las personas que trabajan.

Ahora bien, habiendo historizado al trabajo y los modelos productivos que lo albergan surge la pregunta ¿Qué papel cumple la psicología del trabajo y las organizaciones en cada una de estas épocas?

Según Edgar Schein (1982), en el taylorismo el operario no era reconocido por su singularidad o por aquello que lo diferenciaba, sino al contrario. Se le exigía adaptación a la norma, igualándolo al resto de los trabajadores y sin posibilidad de creatividad. Las primeras preguntas que se hicieron los psicólogos en ese contexto tenían que ver con la problemática de evaluar y seleccionar trabajadores. Así por ejemplo, los primeros esfuerzos en los que los psicólogos industriales tuvieron éxito estaban relacionados con la administración de pruebas que permitieran a las organizaciones, tales como el ejército o las grandes industrias, mejorar sus métodos de selección.

Con esta forma sistemática de hacer la selección, los psicólogos se acercaron a los problemas de carácter organizacional y trataron de ponerle un orden y estandarización al proceso de diseño y organización del trabajo. Se comenzó a trabajar en las características básicas de cada trabajo intentando lograr asignarle a cada persona el cargo que optimizara sus capacidades físicas y humanas. Se hicieron estudios acerca de tiempos y movimientos, acerca de la influencia en los trabajadores de los niveles de ruido, la fatiga, la monotonía y otros aspectos para determinar su posible efecto en la cantidad y calidad del trabajo. Tal como logra vislumbrarse, esta primera etapa tendía hacia la *homogeneización de los procesos psicológicos, el establecimiento de normas y el máximo aprovechamiento de las capacidades del trabajador.*

De esta manera, los psicólogos comenzaron a aplicar al campo del trabajo, el estudio y la experimentación sobre el aprendizaje animal y humano. Por ejemplo, descubrieron que el sistema de premios y castigos afectaba considerablemente la eficiencia del trabajador. Los tipos de incentivos que los empresarios utilizaban se convirtieron entonces en materia de estudio de los psicólogos industriales. Ellos estaban centrados en la conducta individual de cada trabajador.

Al comenzar a estudiar los sistemas de incentivo y las motivaciones de los trabajadores, se llegó a la conclusión que la relación entre ellos afectaba a la productividad. Se puso en evidencia entonces, la presencia de grupos dentro de la organización que guardan patrones de cooperación, competencia, o relaciones de indiferencia. En consecuencia y como parte de la crisis de la organización tradicional, comenzó a surgir el interés por la organización como un sistema total y el interés por la “calidad de vida laboral”. Mientras más estudiaban los psicólogos el comportamiento de las personas en entornos de trabajo, más pruebas reunían sobre la complejidad de este fenómeno social. La introducción de conceptos sociales y antropológicos en el campo de la psicología influenció este recorrido y generó nuevas preguntas que el área tuvo la necesidad de responder para poder lograr alguna comprensión del fenómeno.

Si analizamos este recorrido desde el punto de vista teórico y epistemológico, podemos observar como el campo de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones surge de la mano de una fuerte tradición positivista, cuyos valores han sido la homogeneidad, individualidad y racionalidad. También observamos que con el advenimiento de teorías constructivistas se comenzó a incorporar la complejidad del fenómeno social del trabajo y la influencia de múltiples elementos en su devenir. Este mismo movimiento epistemológico se evidenció en la Psicología en general y en sus diferentes áreas, como por ejemplo la Social, campo del cual se nutre permanentemente la psicología organizacional y del trabajo.

De esta manera, el campo se ha ido complejizado hasta dejar de presentarse como unívoco y (según algunos autores) reduccionista, para albergar en su seno múltiples objetos de estudio, posiciones teóricas, metodológicas y epistemológicas que guían las praxis.

¿Por qué los psicólogos se interesan hoy por el mundo del trabajo? ¿De qué manera pueden intervenir?

A partir de la complejización de la mirada sobre el trabajo, parece obvio mencionar que éste resulta ser un espacio de configuración de subjetividad para los trabajadores. En las sociedades actuales, los sujetos definen su lugar social a partir de la posición ocupada en la estructura productiva. Como todo proceso de cambio y transformación, las situaciones nuevas generan la necesidad de redefinirse, en tanto se deben dar respuestas a problemas nuevos para los cuales ya no sirven los esquemas incorporados (Fretes Frey, 1997, en Longo, 2004). El trabajo adquiere entonces un papel central como organizador y articulador de sentido en la vida cotidiana, es una parte fundamental de la vida en sociedad e interactúa con sus tiempos, sus valores y sus estructuras sociales y políticas.

A partir de lo expuesto, podemos agregar que la psicología siempre se interesará por aquellos fenómenos que por ser humanos, se reconozcan como productores de subjetividad.

En esta línea, las configuraciones de trabajo "posfordistas", son productoras de nuevas tensiones, malestar, sufrimiento y contradicciones, y es preciso que el psicólogo las aborde y comprenda, a la vez que comprenda las posibilidades de aprendizaje de los trabajadores, que les permiten intervenir y transformar esta realidad (Programa de cátedra Psicología Laboral, 2017).

Ahora bien… si el trabajo imprime al sujeto un lugar en la trama productiva ¿Qué ocurre cuando el sujeto no se encuentra empleado por el sistema? ¿Cómo impactan en la subjetividad de las personas el desempleo y la informalidad en el trabajo?. El psicólogo también puede hacerse estas y otras preguntas y principalmente recordar que no todo trabajo es empleo; en tanto el empleo es entendido como una categoría socio-histórica, una modalidad de trabajo predominante a partir del desarrollo industrial y del capitalismo que implica la obtención de un salario por una contraprestación.

El trabajo como objeto de estudio de la psicología, se inscribe hoy en el campo de la psicología del trabajo y de las organizaciones. Esta denominación resulta de la evolución del conocimiento en el campo que se reflejó históricamente en otras referencias: psicotécnica (1914), psicología industrial (1925), psicología del trabajo (a partir de 1946), y finalmente psicología del trabajo y de las organizaciones (a partir de 1980).

Según la ENOP (European network of organizational and work psychologists), la denominación actual del campo implica tres niveles de análisis:

1) La relación del hombre con la tarea o la actividad de trabajo en su contexto;

2) La relación entre el sujeto y la organización; y

3) Las relaciones interpersonales en referencia a la estructura y los dispositivos socio-técnicos de organización, es decir, las comunicaciones, los procesos de decisión y las relaciones de autoridad, los conflictos y el cambio organizacional, la cultura (Programa de cátedra Psicología Laboral, 2017).

Un psicólogo organizacional y del trabajo puede intervenir en organizaciones públicas, privadas o de la sociedad civil. Puede desempeñar su rol desde el interior de la organización (formando parte de ella) o como externo.

Algunas problemáticas en las que interviene podrían ser: reflexionar acerca de la manera en que se organiza el trabajo para lograr los objetivos de la organización, seleccionar y proponer planes de desarrollo para las personas que realizarán el trabajo, generar las condiciones propicias para que el trabajo se realice de manera saludable, estudiar y proponer la manera en que puede cambiar una organización para dar respuesta a las exigencias del medio en el que está inserta, proponer maneras de gestionar el conocimiento en una organización (procesos de formación y aprendizaje en el trabajo), construir e implementar políticas públicas en relación al trabajo, etc. Estas problemáticas se mencionan solo a modo de ejemplo y no agotan la totalidad ni complejidad del campo de intervención.

Toda participación del psicólogo organizacional y del trabajo comenzará por un adecuado diagnóstico de la situación, del que luego se desprenderán las decisiones metodológicas posteriores. Para la realización del diagnostico y la posterior intervención se despliegan múltiples técnicas acordes a los supuestos filosóficos, metodológicos y epistemológicos que guían a cada profesional. Incluso la formulación de la problemática y el objetivo profesional que el psicólogo se proponga estarán determinados por su posición teórica y por la correspondiente manera de abordar la problemática. La prevención de situaciones dañinas para la salud de los trabajadores, también es una actividad que pueden realizar los psicólogos del área.

La interdisciplinariedad es la única manera de abordar un objeto tan complejo como el mundo del trabajo y las organizaciones. Por lo tanto el psicólogo deberá ser capaz de trabajo en equipo, reconociendo los saberes que las múltiples disciplinas pueden aportar a este campo.

El atravesamiento normativo de la psicología del trabajo y las organizaciones

El desarrollo de la profesión del psicólogo fue un proceso de conquistas académicas, gremiales y legales. Estas últimas otorgaron institucionalidad a la disciplina y al rol y reconocimiento formal a nivel social. Por ello se considera importante mencionar el marco normativo que habilita al área de de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones de manera local y que, además de definir las actividades que los psicólogos podrán realizar en el área, refleja el nivel de desarrollo de la misma.

La Ley 7106 del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, sancionada en el año 1984, establece las disposiciones para el ejercicio de la Psicología. Entiende por área de la Psicología Laboral (nótese que no se incluyen las dimensiones organizacionales en esta denominación sino solamente a los sujetos en relación al trabajo), a la esfera de acción que se realiza en las instituciones donde están implicadas actividades vinculadas al trabajo y en la práctica privada de la profesión.

Considera como actividades para su ejercicio *"la selección, organización, distribución y desarrollo del personal; evaluación de puestos y tareas; estudio de motivaciones, investigación y propuesta de sistema de producción a través de los cuales el hombre encuentra un medio de realización creando el clima más favorable para la adecuación del trabajo al hombre; investigación de las causas psicológicas de accidentes en el ámbito laboral, y asesoramiento sobre la prevención de los mismos; la actuación sobre las tensiones de grupos propendiendo a prevenir, conservar y promover la salud psíquica de los integrantes de la institución laboral".*

En relación a la especialidad "Psicología del trabajo y las organizaciones" el Colegio de Psicólogos amplia esta descripción incorporando: actividades realizadas en organizaciones ligadas a la producción de bienes o servicios, privadas o públicas, ejerciendo su rol en relación de dependencia o como profesional independiente, con el objetivo de prevenir y promover la salud mental y el mejoramiento de la calidad de vida laboral.

En dicha reglamentación se considera ejercicio del Psicólogo del Trabajo y las Organizaciones:

- Elaboración de políticas, normas, organigramas y procedimientos de puestos de trabajo.
- Asesoramiento en selección, capacitación, desarrollo y administración de recursos humanos.
- Higiene y seguridad en el trabajo.
- Desarrollo y cultura organizacional.
- Diagnóstico, intervención y resolución de conflictos interpersonales en la organización.
- La investigación y la docencia en el área (Reglamento de especialidades. Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba)

¿Qué instancias de formación específicas puede seguir el estudiante interesado en el área?

El plan de estudios de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (OHCD 1/2013) establece que el estudiante debe atravesar tres etapas en su formación de grado: área de formación básica, área de formación general y complementaria y área de formación profesional. En este último tramo, se encuentra incluida la asignatura Psicología Laboral, la cual aborda conocimientos sobre el desarrollo actual de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones, sus diferentes paradigmas, el concepto de trabajo y las significaciones actuales respecto al mismo, la cultura y el clima organizacional, los campos de intervención del psicólogo laboral, la intervención en organizaciones, los procesos de selección de personal, la salud y el trabajo, la subjetividad y trayectorias laborales del trabajador, la formación profesional y la orientación ocupacional, los procesos de inserción y reinserción laboral, entre otros. Tal como se logra ver, esta asignatura enfatiza principalmente en el eje a) de la clasificación de la ENOP (descripta en el apartado anterior), por ello su denominación. Tanto los ejes b) como c) de dicha clasificación se abordan luego

en el tramo optativo de la carrera de Licenciatura en Psicología, cuando el estudiante de nuestra Facultad puede elegir cursar una asignatura denominada Psicología Organizacional. En dicha materia se pone a disposición de los estudiantes herramientas de trabajo psicológico en organizaciones.

Existen en la carrera asignaturas que complementan la formación del psicólogo interesado en el área, tales como Teoría y Técnica de Grupo, Entrevista Psicológica, Orientación Vocacional y Ocupacional.

Las instancias de formación luego del egreso pueden ser variadas y van desde cursos formales a instancias informales de aprendizaje colectivo (generalmente construido en la práctica).

En la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba se dicta la Especialización en Psicología del Trabajo y las Organizaciones (CEPTO). La misma tiene una duración de dos años y su principal objetivo es constituir un ámbito que garantice la producción, transmisión y difusión del conocimiento científico-técnico de la disciplina, formando especialistas reflexivos que contribuyan al desarrollo del campo disciplinar.

La formación en el área también puede nutrirse de otras disciplinas como las Ciencias Económicas, la Sociología, las Ciencias de la Educación, las Ciencias de la Comunicación Social, Derecho, Administración de Empresas, Antropología, Ciencias Políticas, Ingeniería en Sistemas, Ingeniería Industrial, etc.

La formación del psicólogo organizacional también se nutre de otras ramas de la misma psicología, esencialmente de la psicología clínica y social. La primera, en tanto permite abordar los procesos de salud en el trabajo y los recursos con que cuenta el sujeto para afrontar las condiciones adversas, y la segunda, en tanto permite comprender los procesos sociales implicados en la conformación de la subjetividad (Bartolini, 2017).

Por otro lado, los colegios profesionales de la Argentina, están habilitados a extender la matrícula de Especialista en Psicología del Trabajo y las Organizaciones a todo psicólogo que, cumpliendo con los requisitos estipulados por la institución, hayan logrado la profundización de conocimientos y desarrollo de habilidades y prácticas en el área.

Para finalizar, es preciso agregar que independientemente del modelo productivo, de las condiciones socioeconómicas, de los acontecimientos políticos y del marco epistemológico adoptado por cada profesional, el psicólogo tiene ante todo un compromiso con la protección de la salud mental de la población y el pleno goce de los derechos humanos (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657). Este valor debe guiar las trayectorias de formación en el área a la vez que debe primar en cualquier práctica profesional.

Bibliografía

- Bartolini, N. (2017) Manual del curso de nivelación. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Asociación Cooperadora de la Facultad de Ciencias Económicas.
- Battistini, O. (2004) Las interacciones complejas entre el trabajo, la identidad y la acción colectiva en el Trabajo frente al espejo. Prometeo. Buenos Aires.
- De la Garza Toledo, E. (2001) Problemas clásicos y actuales de la crisis del trabajo. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires.
- Echeverría, R. (2000) La empresa emergente, la confianza y los desafíos de la transformación. Granica. Buenos Aires.
- Ley Provincial 7106/84. Disposiciones para el Ejercicio de la Psicología. Provincia de Córdoba (1984)
- Ley Nacional N°26.657. Decreto Reglamentario 603/2013. Ley Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. Argentina.
- Longo, M. (2004) Los confines de la integración social. Trabajo e identidad en jóvenes pobres. Informe de Proyecto. IDICSO, Buenos Aires. República Argentina.
- Pujol, A. (2017) Programa de cátedra Psicología Laboral RHCD Facultad de Psicología UNC 120/2017.

- Reglamento de especialidades. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Disponible web: http://cppc.org.ar/formacion/#!/especialista
- Schein, E. (1982) Psicología de la organización 3ra edición. Traducción de Víctor E. Cruz Cardona. Prentice Hall Hispanoamericana S.A.

2.7 ÁREA EDUCATIVA. APUNTES SOBRE LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO/A EDUCACIONAL.

Dra. Claudia Torcomian
Lic. Ezequiel Olivero

Introducción

En este trabajo se presenta a la Psicología educacional como una de las áreas de intervención de la Psicología. Se puede ubicar su origen a mediados del siglo XX, cuando se crea a nivel Nacional la Dirección de Psicología educacional y Orientación Vocacional. Esta dirección tiene como objetivo resolver la emergencia de los principales problemas de la escuela: problemas de aprendizaje o fracaso escolar y los problemas de conducta. Había que avanzar en la alfabetización nacional y educar a los futuros ciudadanos argentinos con elementos homogéneos. Era el momento donde imperaba el modelo del alumno normal. En este sentido, la falta de educación se consideraba origen de una serie de males a encauzar. Como respuesta el Estado propone una política asistencial de la infancia y construye escuelas especiales, colonias de vacaciones, clubes, reformatorios. Las ciencias que otorgaban saber sobre los niños y niñas eran la medicina, la educación y la criminología. En ese escenario comienza a requerirse el saber psicológico, por ello está especialidad está vinculada a los orígenes de las carreras de Psicología en la Argentina.

De esta manera, se pretende exponer algunas aproximaciones que posibiliten adentrar al estudiante ingresante a la Carrera de Psicología en la función e incumbencias de la psicología educacional no olvidando que la misma implica una construcción continua en el desarrollo profesional. Para ello, se describen las problemáticas psicoeducativas y su vinculación con la función de los y las psicólogos/as en esta área de intervención, se sistematizan acciones que los y las psicólogos/as pueden realizar en este ámbito y se focalizan situaciones específicas para ejemplificar acciones psy en los campos educativos (En este texto se considera a las problemáticas psicoeducativas como los problemas de agenda de la psicología educacional. Se puede definir a dicha agenda como aquellas problemáticas críticas involucradas en los escenarios donde se inscribe la educación en general y las instituciones educativas en particular).

El enfoque de este escrito considera al campo educativo y a los procesos de aprendizaje como fenómenos complejos. Esto convoca a pensar en el marco de un paradigma interpretativo que posibilite observar, escuchar, comprender, analizar e intervenir en un escenario que albergue dicha complejidad. En este sentido, se consideran oportunos los aportes de Morín (2001) quien plantea al paradigma de la complejidad como un marco conceptual que facilita comprender lo múltiple causal, analizar las contradicciones, las incertidumbres, los opuestos y hasta los contradictorios. El autor expresa que posibilita analizar tanto los elementos que constituyen los fenómenos como el todo.

Contemplando dicha complejidad, se quiere explicitar que el posicionamiento teórico de este escrito pone en diálogo la teoría psicológica con los problemas educativos en su contexto.

Es menester explicitar, que este artículo busca presentar el área educativa, reconociendo que la misma posee una marcada amplitud, razón por la cual no pueden ser abarcadas en su totalidad en este escrito. Se invita a los y las estudiantes que inician este trayecto formativo, a continuar investigando y ampliando su conocimiento a lo largo del recorrido de la carrera.

1- Las problemáticas psicoeducativas a comienzos del siglo y su vinculación con la demanda a la psicología.

Este apartado analiza las problemáticas educativas y su vinculación con la Psicología. Se considera que su conocimiento es esencial en la configuración de líneas de investigación, actividades de capacitación y/o asistencia en Psicología educacional.

En este sentido, a lo largo del siglo XX se ha establecido una relación de encuentros y desencuentros entre Psicología y Educación. Al mismo tiempo, en las últimas décadas se producen reformulaciones políticas en Argentina y América Latina que orientan a repensar las necesidades educativas. En este contexto es necesario un trabajo de articulación entre las nuevas demandas, el desarrollo de producciones y prácticas en psicología educacional.

Se hace referencia a aquellas problemáticas críticas involucradas en los escenarios donde se inscribe la educación en general y las instituciones educativas en particular. Se expresan en las demandas de los actores de la comunidad educativa y en los requerimientos que la sociedad hace al sistema educativo en el siglo XXI, las que en algún punto los Estados democráticos transforman, o deberían intentar hacerlo, en políticas públicas.

Dentro de las problemáticas educativas se considera la crisis educativa, en interrelación con otras variables como el contexto socio-histórico, los procesos de fragmentación social, las instituciones educativas y su dinámica de funcionamiento, los cambios en los modos de convivir en las sociedades actuales y el atravesamiento que suponen las nuevas tecnologías en las identidades infantojuveniles. Estas problemáticas se vinculan a dos temas centrales para los y las psicólogos/as educacionales: el aprendizaje, sus características y dificultades, la convivencia escolar y su vinculación con la construcción de ciudadanía en la escuela.

Con la intención de profundizar esta presentación a continuación se propone revisar brevemente algunos de los problemas educativos e identificar sus vinculaciones con la psicología.

a- La crisis educativa y su relación con la segunda modernidad: Los sistemas escolares modernos y la escuela tal como la conocemos surgen de la mano de la edificación de los Estados modernos y la necesidad de construir identidades nacionales, unificar idiomas, tradiciones. En este sentido, en la segunda modernidad hubo un proceso de pérdida de las instituciones. Según Sidicaro (2009) “En la medida que surgen nuevas configuraciones en las estructuras sociales, políticas, económicas y culturales sin que exista sincronización de los respectivos cambios” (p. 125), aparecerá inevitablemente la idea de crisis.

b- La transformación de las instituciones educativas en el contexto socio- histórico actual, y su relación con la crisis educativa: La investigadora Argentina Tiramonti (2008) analiza el razonamiento de Dubet y Martuccelli en el que describen el declive de las instituciones imperantes durante la modernidad, a través del cual muestran la transformación de los procesos de socialización de niños, niñas y jóvenes en su paso por ellas. Afirman que: “Las instituciones habrían perdido la capacidad de marcar subjetividades (…) Se trataría de un proceso de desinstitucionalización que acompaña la crisis de la sociedad como concepto y como realidad” (p.19). Dubet (1998) dirá que la desinstitucionalización se genera a partir de la caída de la centralidad de las instituciones modernas, lo que de algún modo se transforma en una apertura a un conjunto de posibilidades a elegir en materia de religión, familia y escuela. En esta pérdida de la esencia de lo que significa lo escolar se incrementa el malestar en los docentes y adultos que se enfrentan a nuevos modos de socialización. Para comprender el sentido de lo expresado basta pensar el lugar que ocupa la escuela para las nuevas generaciones y comparar con el que ocupaba décadas anteriores.

c- La relación entre la noción de crisis y el problema de la equidad en América Latina. La vinculación del problema de la equidad con los procesos de fragmentación y devaluación del sistema educativo y sus derivaciones: Este eje se relaciona fuertemente con el aprendizaje, sus dificultades y la convivencia escolar. En las últimas décadas la escuela pública viene afrontando una crisis indiscutible, tanto en Argentina, América Latina como en otras geografías. Se plantea que una de las problemáticas críticas de la educación de finales del siglo XX e inicios del XXI en América Latina es la equidad, vinculada al acceso a la información, la inclusión social y a una convivencia que garantice la dignidad humana. En este sentido, Carranza & Aguerrondo (2009) plantean

dos grandes problemáticas en la crisis educativa: las generadas en torno al tratamiento de la diversidad en el sistema escolar y los problemas de liderazgo en las escuelas. El otro gran problema que señalan Carranza y Aguerrondo, está dirigido a las gestiones de los centros educativos. Para explicarlo realizan el análisis vinculado a la historia en los modelos organizativos, la heterogeneidad de los directivos y su falta de formación específica. En el caso de los maestros y profesores alegan el problema de un sistema remunerativo que solo cubre la tarea docente frente a alumno/a cuya situación se profundiza en el caso de la escuela secundaria, ya que los docentes trabajan en varios establecimientos o poseen baja carga horaria por lo que el compromiso institucional es pobre, impactando en la construcción de un proyecto educativo de calidad.

d- La construcción de ciudadanía y su derivación en los modos de convivir desde la escuela a la convivencia en sociedades democráticas: La construcción de ciudadanía es un tema nodal para la educación y la sociedad, vinculado a la convivencia democrática en la escuela y su ciudad. Educar al ciudadano/a debe ser uno de los objetivos de las políticas públicas de los Estados actuales, que a través de la educación atenúen los efectos de los procesos de fragmentación social. No obstante, se observan cambios culturales que interpelan esta tarea. Por citar algunos, la mediatización y la interconectividad. Desde una mirada crítica se puede sostener que la realidad actual aleja y enfría, creando la sensación de estar cerca y simultáneamente en varios lugares y quizás finalmente desconectado. En consonancia con esta idea, Barbero (2008) introduce el concepto de flujo, muy utilizado en otros campos, como complemento del concepto de fragmentación. Esto, estaría indicando que la cultura del zapping da cuenta de estar conectado todo el tiempo, sin embargo lo hace a distintos fragmentos de diversidad de programas, plataformas o redes. En esta misma línea, Tiramonti (2009) realiza un análisis sociológico de los procesos de fragmentación social y segmentación de la oferta educativa en relación al desarrollo social, político y económico particularmente desde las dictaduras en Argentina. Sería entendida como un espacio para construir el orden, en articulación con la comunidad, que, en el caso de Argentina, se ponen en juego junto a los problemas de desempleo y las estrategias de supervivencia, los cambios en el orden social y las normas, comienza un proceso de erosión sobre las convicciones existentes en torno al poder formativo de la escuela.

e- El aprendizaje en ámbitos formales o circuitos informales. La relación entre ambos y su transformación en nuevos modos de aprender en articulación con los cambios tecnológicos e informáticos: La escuela de la modernidad ha ocupado un lugar central en la transmisión de conocimientos. Con la transformación vertiginosa que introducen las tecnologías de comunicación e información, la escuela es desplazada en su protagonismo a un papel secundario. Los aprendizajes informales vía la red o la televisión, modifican los modos de vinculación con el conocimiento y las estrategias que se ponen en juego a la hora de aprender. Otra de las tensiones que se pondría en juego es cómo la escuela va a incorporar las imágenes. El lugar de la imagen, así como el de la cultura letrada, ha estado siempre bajo control. Se estaría ante la necesidad de pensar la imagen desde su nueva configuración socio-técnica, dado que la tecnología informática inaugura un nuevo orden de procesamiento cognitivo.

Se considera que el análisis de los problemas educativos actuales, permite comprender las necesidades presentes en el sistema escolar y los sujetos que lo conforman. Este conocimiento posibilita que los y las psicólogos/as educacionales definan líneas de investigación, capacitación y asistencia, que redunden en el avance y desarrollo de la ciencia psicológica en íntima relación con los requerimientos sociales, permitiendo mejorar las respuestas a las demandas y problemas sociales. Sin lugar a dudas, esta estrecha vinculación facilita la producción de modelos de análisis e intervención posibles, los cuales dialécticamente inciden en el desarrollo del campo de conocimiento en psicología educacional. El planteado aquí viene aplicándose en sucesivas demandas acerca de

problemas de convivencia escolar, facilitando su revisión y posibilitando la promoción de modos alternativos de resolución de los conflictos en las instituciones escolares.

2- La función del psicólogo educativo en las escuelas.

Los y las profesionales de la Psicología que trabajan en instituciones educativas pueden intervenir a través de acciones de asistencia, capacitación e investigación. Estas 3 grandes funciones comprenden la prevención y/o promoción de los aprendizajes y la salud de los actores involucrados en los procesos educativos. Como se explicita en la introducción, se presentan algunos lineamientos que posibiliten visualizar la actividad profesional en este ámbito.

Actualmente se propone la transformación de la intervención del psicólogo en educación. El modelo predominante durante la segunda mitad del siglo XX y de comienzos de este siglo tenía una perspectiva clínica individual asistencialista predominante, que se centraba en los problemas del niño, niña y adolescente con dificultades. El nuevo modelo pretende cambiar hacia un paradigma que profundiza en comprender a los sujetos que aprenden y enseñan en contexto, es decir el aula y la escuela desde una mirada compleja.

Un elemento que acompaña esta migración de perspectiva, remite al cambio en la designación del espacio donde los y las psicólogos/as desempeñan funciones. Pasó de Gabinete psicológico/ o psicopedagógico a Departamento de Orientación Escolar representando éste último la transformación de la mirada. El primer nombre estaba asociado al paradigma asistencialista donde la intervención estaba dirigida a aquellos estudiantes que se alejaban del estándar de alumno/a normal, tenían problemas para aprender o se “portaban mal”. Esto en muchas ocasiones resulta estigmatizante, un rótulo o una marca que incrementa el padecimiento psicológico. En palabras de Greco (2014), se respondía a las problemáticas escolares de modo reduccionista y de manera individualizada. Es posible que algunos lectores puedan recuperar de sus experiencias escolares previas frases o historias que dan cuenta de estas situaciones: “si te portas mal te mando con el gabinete psicopedagógico”. Había una concepción instituida que al hablar con el/la psicólogo/a el estudiante problema podría dejar de serlo (“se iba a arreglar”) asociando la función del gabinete a la del corrector o normalizador. Del mismo modo, cuando aparecía el/la profesional en el aula para solicitar, o sea “sacar” a algún/a estudiante se consideraba que “algo malo pasaba” o “algo mal había hecho”.

Se expone una viñeta para mostrar lo explicitado en una situación escolar: un docente expresa que un estudiante de 3er grado está distraído y no presta atención en la clase -algo cotidiano de escuchar- por lo que presenta dificultades de aprendizaje. Frecuentemente se generaliza indicando que se trata de un “déficit de atención” del estudiante (esto sucede en la literatura popular y profesional). Realizar dicho diagnóstico valorando únicamente las capacidades o características del estudiante, respondería a una interpretación lineal de lo acontecido, recayendo toda la dificultad en el estudiante y desconociendo (negando) situaciones contextuales que seguramente atraviesan e intervienen en dicha problemática. Esto es lo que se define como pensamiento simplista o reduccionista.

Cuando se afirma que el fenómeno educativo y el aprendizaje es complejo, significa que intervienen en él múltiples dimensiones o variables: ¿cómo es el vínculo con su docente? ¿Qué materias o qué contenidos no está aprendiendo? ¿Cómo es la convivencia áulica? ¿Cómo es su situación familiar? Si está distraído, ¿en donde tiene su atención? ¿Tuvo antes dificultades para aprender? ¿En qué aspectos cognitivos estaría presentando dificultades? Será necesario observar las clases, ver la vinculación con los compañeros, revisar su trayectoria académica.

Aún se observan en las escuelas modos de funcionamiento herederos de una vieja psicología, clasificatoria y patologizante que interpelan la formación profesional. Esta visión está siendo deconstruida, acompañando las nuevas leyes y realidades sociales e incorporando una nueva perspectiva que se posiciona desde un abordaje complejo que comprende al estudiante alumno/a en el sistema; desvinculando como único objeto de

intervención a los problemas de aprendizaje o de comportamiento vinculados a las capacidades o déficit de los y las estudiantes.

A su vez, se podría decir que asistimos a tiempos de transformaciones culturales vinculados al apogeo de las tecnologías. Las nuevas generaciones crecen en un mundo diferente- solo basta que cada uno de Ustedes compare sus rutinas y las de sus padres o abuelos- mientras el sistema educativo sostiene una escuela con el mismo formato de más de dos siglos. En este sentido, las infancias y adolescencias actuales transforman sus modos de aprender relacionado a las experiencias con objetos tecnológicos. Esto produce una tensión entre los sujetos de aprendizaje (niños, niñas, adolescentes) y la escuela moderna resistente a cambiar lo establecido. Esta realidad sufrió un empuje durante la pandemia que forzó a modificar las herramientas y puso de manifiesto la inequidad existente. Esta realidad amplía las demandas que llegan de la comunidad (escuelas, familias, estudiantes) a especialistas en psicología educacional. De esta manera, se hace necesario incorporar intervenciones que aborden propuestas instituyentes y cristalizaciones instituidas ("siempre se hizo así") propias de la dificultad para recrear la cultura escolar.

La complejidad de los escenarios educativos, las infancias y adolescencias actuales, requiere que el/la psicólogo/a educativo construya y diseñe un modelo de intervención también complejo. Esto significa trabajar interdisciplinariamente, en equipo y en redes. Interdisciplinariamente remite a la articulación que puede realizar con otras disciplinas o saberes: psicopedagogía, educación especial, psiquiatría, trabajadores sociales entre otras. Trabajo en equipo refiere a la necesidad de generar proyectos institucionales involucrando diferentes actores (docentes, familias, estudiantes) tales como el proyecto de convivencia institucional (PCI). Se entiende por actores institucionales a los diferentes miembros que integran a una institución. En este caso se haría alusión a directivos, preceptores, docentes, estudiantes, personal de maestranza, familias. Trabajo en redes remite a los vínculos con otras instituciones comunitarias que pueden ser externas a la escuela pero sin embargo interactúan con ellas. Pueden ser profesionales, fundaciones, centros vecinales, merenderos, hospitales, universidades, centro de salud, la SENAF (Secretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia), entre otras. Una vez más, se puede observar lo significativo y necesario que resulta realizar articulaciones para evitar reducir el problema a perspectivas individualizantes y patologizadoras (Greco, 2014).

3- Promover aprendizajes y políticas de reducción de daño en la escuela.

Con la intención de visualizar las intervenciones que puede realizar el psicólogo educativo se agrupan sus funciones en 3 grandes bloques: asistencia, capacitación e investigación.

Se hace referencia en este nuevo paradigma a recrear las acciones de asistencia, considerando ahora a aquellas intervenciones que se circunscriben a demandas vinculadas al seguimiento de las trayectorias de los estudiantes en un sentido amplio.

I- Asistencia

Se prioriza presentar dos acciones. Por un lado, la promoción de los aprendizajes y la convivencia escolar y por otro la prevención de situaciones de riesgo con políticas de reducción de daño que permitan adelantarse a la emergencia de los problemas al interior de la escuela: consumos problemáticos y divulgación/ apropiación de la educación sexual integral (ESI). Se define a las primeras como todas aquellas intervenciones que promueven los procesos de aprendizaje, la convivencia escolar, la construcción de ciudadanía, los vínculos, el bienestar con el cuidado de los miembros de la institución. La prevención tiene diferentes niveles a sabiendas que hay dificultades que son inevitables pero que sin embargo el trabajo al interior de la escuela puede reducir su impacto.

Se recuperan a continuación 2 niveles de intervención que se pueden realizar:

a- Intervenciones vinculadas a la promoción y prevención

El/la psicólogo/a puede intervenir generando proyectos y programas institucionales. Las acciones de promoción son aquellas que proponen transformaciones en la cultura institucional. Entre ellos se considera el aprendizaje y la convivencia escolar por su centralidad en los procesos educativos, los vínculos entre pares y con docentes, los consumos problemáticos, la sexualidad dentro y fuera de la escuela (Torcomian, 2014).

Propiciar los procesos de aprendizaje-enseñanza: remite a aquellas intervenciones que bregan por promover y fortalecer los procesos de aprendizaje y las propuestas de enseñanza de todos los miembros de la institución. Es menester resaltar que desde esta perspectiva se considera al aprendizaje como un proceso. Está mediado por una tríada meta-psicológica: el/la aprendiente, el/la enseñante y el objeto de conocimiento. El vínculo que se establece en esta tríada es sustancial en los distintos niveles educativos, incluso en el universitario (Torcomián, 2013). En este sentido, aprender implica una posición activa y dinámica por parte del sujeto. Se hace necesaria la presencia de dos deseos que inexorablemente se manifiestan en el proceso de aprendizaje-enseñanza: el deseo de aprender y el deseo de enseñar. En este sentido, la construcción del conocimiento estará mediado por el vínculo que establezcan el profesor y el estudiante. En este punto, se podrían recuperar aquellas experiencias de aprendizaje que han dejado marcas en las trayectorias: ¿qué tenían esos docentes que hacían que algunos estudiantes encontrarán el gusto y placer por su materia? ¿Cómo era su forma de enseñar?

Diferentes autores (Torcomián, López Molina, Maldonado, Beltrán, entre otros) enfatizan estos puntos y recuperan teóricos constructivistas (Piaget, Vigostki) para articular el aprendizaje con las experiencias, sosteniendo la necesidad de considerar el protagonismo epistémico de los estudiantes, posibilitando en este proceso el “aprender a aprender”. Desde esta perspectiva el error (siempre que no sea sistemático) se considera como una posibilidad de construcción de conocimientos más complejos y no como un síntoma o déficit.

La convivencia escolar: El proceso de aprendizaje está fuertemente vinculado a la convivencia escolar, considerándose como dos aspectos centrales de la escuela (dos lados de una misma moneda). Maldonado (2004) sostiene que una buena convivencia institucional promueve un escenario necesario para que se puedan llevar a cabo los procesos de aprendizaje-enseñanza. El autor presenta un cambio de la concepción desde el paradigma de la disciplina hacia el “paradigma de la convivencia”. El primero desarrolla una cultura autocrática, centraliza el ejercicio del poder, establece vínculos heterónomos, propicia el trabajo individual, entre otras características. En cambio, el paradigma de la convivencia promueve una cultura democrática, una descentralización del ejercicio del poder, establece vínculos autónomos, maximiza el trabajo grupal y la producción en equipo. Aquí se podría hablar de la forma en que se llevan a cabo los vínculos en la institución (vínculo entre pares, estudiantes-profesores, institución-familia, docente- docente). Resulta un horizonte posibilitar un modo de convivir que aborde los malestares, trámite los síntomas institucionales y posibilite la construcción de ciudadanía en los jóvenes. En la misma línea, se podrían tomar los aportes de Bleichmar (2007) quien alude al desafío que transitan las instituciones educativas de pasar de la puesta de límites a la construcción de legalidades.

Promoción del cuidado y la salud: proyectos e intervenciones vinculados a la promoción del autocuidado, el apoyo y cooperación entre pares y la generación de entornos sanos. El cuidado del cuerpo, la alimentación, la metamorfosis adolescente y otras problemáticas de interés infanto juvenil.

ESI (Educación sexual integral): En 2006 se sanciona la Ley 26.150 y se crea el PNESI (Programa Nacional de Educación Sexual Integral) con la finalidad de constituir un espacio de aprendizaje y enseñanza que integre contenidos de diferentes áreas curriculares. Las temáticas o conceptos son abordados en espacios específicos y de manera transversal, respetando las edades y desarrollos de los sujetos desde el nivel inicial hasta la formación docente. Si bien en algunas instituciones se encontraba un desarrollo previo de esta

temática, su incorporación significa (aún) un desafío paulatino, sistemático e irrenunciable. Son muchas las prácticas instituidas vinculadas a estereotipos, preconceptos, designación de roles, prejuicios que son necesarios abordar comunitariamente y en red con otras instituciones. En la actualidad es un aspecto en continua transformación y es un tema de estudio e investigación.
Proceso de Orientación Vocacional y Ocupacional: Estos procesos están orientados al acompañamiento de estudiantes de 5to y 6to año para que puedan informarse y realizar elecciones. También se pueden realizar en otros momentos de la trayectoria educativa, como la universitaria para reorientar una elección lábil o para reiniciar nuevas búsquedas. Asimismo, puede desarrollarse un proceso de reorientación ocupacional en etapas más avanzadas de la vida.

Sin embargo, sería muy interesante lograr una propuesta que desde primer año de la escuela secundaria oriente en procesos de conocimiento de sus intereses, capacidades y la construcción de elecciones que estén vinculadas al desarrollo de un proyecto futuro o de vida.

b- Intervenciones vinculadas a la asistencia propiamente dicha

Se citan aquí a modo de ejemplo, dos intervenciones de asistencia posibles de realizar por el/la psicólogo/a educacional:

b.1- Seguimiento de las trayectorias de los estudiantes: El seguimiento a las trayectorias puede establecerse como acción sistemática a nivel general y/o singular para aquellas situaciones que presentan dificultades para aprender. Requiere contemplar la complejidad de los escenarios, recuperar información para poder realizar un diagnóstico contextual y situacional. Por ejemplo: un profesor o la familia, explicitan que un estudiante no aprende o “está aislado”. El profesional para poder hacer un diagnóstico situacional requiere poner en marcha un proceso con múltiples acciones: observar al estudiante en clase, entrevistar a diferentes docentes, revisar la trayectoria del estudiante, entrevistar al estudiante, entrevistar a la familia, entre otras acciones. Es decir, deberá recuperar la mayor cantidad de información que permita analizar y poder visualizar cuáles podrían ser las diferentes razones involucradas en la dificultad para aprender.

Se pretende también que los estudiantes (niños, niñas y adolescentes) puedan asistir autónoma y voluntariamente a solicitar una entrevista. Para esto es importante que identifiquen y reconozcan al Departamento de Orientación Escolar como un lugar de escucha, acompañamiento, confiable y de protección de sus derechos.

Aquí también se pueden mencionar aquellas intervenciones que remiten a situaciones de violencia o abuso y son necesarias articular con la SENAF u otras organizaciones.

b.2- Procesos de inclusión: La idea de inclusión ha ido evolucionado en las últimas décadas y pasando de limitarse a un porcentaje pequeño de la población escolar a abrir un campo vinculado a la diversidad humana. Sus orígenes se vinculan con la educación especial de hace unos años, superados en la actualidad en pos de la idea de que la educación es un derecho universal al que todos y todas deberían tener acceso. Las infancias y adolescencias difieren vinculadas a las historias y geografías. A partir de esta idea se afirma que la población estudiantil es diversa en múltiples sentidos. La inclusión educativa es una acción que se propone promover mayor equidad e igualdad de oportunidades para los niños, niñas y adolescentes que asisten a la escuela. Su par dialéctico es la exclusión educativa, solo con pensar que 5 de cada 10 niños en Argentina son pobres interpela sobre quiénes serán los excluidos del futuro si no se trabaja en programas intensivos. Para ello, es importante transformar la escuela en un lugar más justo. Esto implica generar opciones a través de acciones específicas que contribuyan a brindar o adecuar las propuestas educativas para que cada estudiante pueda acceder a las mismas posibilidades. Los y las psicólogos/as son los actores fundamentales en estos procesos.

Sin embargo, existen singularidades donde se presentan necesidades derivadas de una situación de discapacidad (éstas también pueden ser muy diversas, permanentes o transitorias); mayormente conocidas como las “integraciones escolares”. Se trabaja en continua articulación con las familias, los centros terapéuticos (profesionales externos) y los actores institucionales involucrados. Esta, es una área prevalente del trabajo del psicólogo/a, equipos multiprofesionales entre los cuales se encuentran también los acompañantes terapéuticos. No obstante, en el marco de la nueva reglamentación es necesario también acompañar situaciones de inclusión que no están desarrolladas en el marco de un certificado de discapacidad pero que sí requieren de intervenciones que aborden las necesidades particulares de dichos estudiantes (Resolución 1825 del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba).

Lo que se busca en ambos escenarios es acompañar las trayectorias escolares reduciendo/eliminando toda barrera física, ambiental y de organización institucional que obstaculice los procesos de aprendizajes.

Se cita aquí una viñeta para analizar: una docente consulta al equipo de orientación preocupado por el dibujo que realiza una estudiante de primer año. Se entrevista a la docente y ante la preocupación se sugiere conversar con la adolescente para ampliar la información. El dibujo expresa sufrimiento, sin embargo es necesario contextualizarlo. Para abordar esta demanda, el/la profesional psicólogo/a necesita diseñar un plan de intervención. Muchas veces el mismo es elaborado en coordinación con el equipo directivo, preceptores y docentes para determinar si existen factores de riesgo y protectores.

En el caso que se confirmen indicadores de riesgo, será necesario convocar a una entrevista con la familia y realizar una derivación a un profesional externo, ya que el/la psicólogo/a educacional no puede realizar psicoterapia en el marco de la institución escolar. Luego, se realizará un seguimiento del proceso desde la escuela en articulación con el profesional externo que se realizó la derivación.

La asistencia, el trabajo en equipo y en red.

El/la psicólogo/a educacional desarrolla continuamente una serie de intervenciones que lo vinculan al trabajo con otros y otras: reuniones con las familias de estudiantes, talleres con grupos de familias reflexionando sobre los procesos de crecimiento de sus hijos e hijas, reuniones/talleres y capacitaciones con el equipo docente y directivo, asistencia en lugares significativos del establecimiento (patio, entrada y salida, etc.), acompañamiento a actividades extra escolares (como las convivencias, salidas educativas, etc.), participación en los procesos de selección e incorporación de personal al establecimiento, entre otros tantos. El trabajo articulado y en red se hace indispensable. Se citan a continuación algunos ejemplos del mismo:

- Con otras instituciones: se puede citar un convenio que realizan algunos colegios de la Ciudad de Córdoba con la Cátedra de Problemas de Aprendizaje de la Facultad de Psicología de la UNC, donde se incorporaron estudiantes avanzados de la carrera que realizan diferentes intervenciones en las instituciones educativas. En algunas oportunidades, estás prácticas de grado se suelen articular también con la instancia de trabajo final.

  Se puede recuperar la experiencia de un colegio que incorporó a 3 practicantes en 2021 para trabajar con estudiantes de 4to año con la finalidad de favorecer la convivencia grupal luego de dos años de aislamiento (sin convivir con su grupo de pares) debido al atravesamiento de la pandemia. En esta, como otras tantas articulaciones, el psicólogo/a gestiona y acompaña el desarrollo de las mismas.
- Con los diferentes actores institucionales: contemplando el abordaje institucional, se hace imprescindible tener reuniones semanales con el equipo directivo de la institución con la finalidad de pensar, planificar y organizar las políticas educativas institucionales. Del mismo modo, en algunas instituciones se hacen reuniones semanales con el equipo de preceptores (o coordinadores de cursos) fortaleciendo el

rol, capacitando sobre problemáticas en la adolescencia y articulando intervenciones de acompañamiento de las trayectorias de los y las estudiantes.

Capacitación: el/la psicólogo/a que trabaja en equipos técnicos externos

Además de departamentos de orientación escolar (ex gabinetes psicopedagógicos) que funcionan en algunas escuelas, existen espacios en el Ministerio de educación de cada jurisdicción donde trabajan profesionales externos a las escuelas.

Estos equipos suelen ser multiprofesionales y desarrollan programas provinciales en algunos de los temas/problemas centrales especificados anteriormente citados como ESI, Convivencia, inclusión educativa.

Desde esta área se realizan capacitaciones y actualizaciones en distintos ámbitos. Asimismo, las escuelas pueden recurrir a estos equipos técnicos para el acompañamiento o asesoramiento ante situaciones que lo requieran y a las Universidades.

La ventaja de estas intervenciones es que las realizan de modo externo a la escuela y eso permite una mirada de mayor distancia profesional. La debilidad es que son insuficientes para ofrecer orientación y/o acompañamiento para todas las escuelas.

También, existen en la Facultad de Psicología programas de extensión y vinculación con la comunidad educativa que ofrecen espacios de capacitación e intervención a escuelas que lo solicitan.

La investigación en psicología educacional

La investigación resulta una necesidad permanente en psicología educacional. Cómo se explicita anteriormente, las instituciones son lugares donde se cristalizan, manifiestan las problemáticas y necesidades que la sociedad atraviesa. Entre ellas emergen conflictos y malestares epocales. Este escenario interpela a los/las profesionales sobre la necesidad de realizar investigaciones que posibiliten observar, conocer, comprender y analizar la aparición de nuevos fenómenos.

En la Facultad de Psicología hay equipos que realizan investigación en el área. En el Instituto de Psicología IPSi - de doble dependencia Conicet-UNC- se radica el Observatorio “EL APRENDIZAJE Y SUS VICISITUDES”. En el marco del mismo, se implementa un proyecto de investigación denominado “Experiencias Educativas y aprendizajes en contextos tecno-culturales” presentado y aprobado por SECyT en el período 2019-2021. Tiene por objetivo identificar la naturaleza de experiencias educativas, su relación con los procesos de aprendizaje que ocurren en espacios formales e informales y las características de las transformaciones subjetivas en los estudiantes. Metodológicamente aborda las distintas fases del estudio desde un enfoque cualitativo, constructivo e interpretativo. Se analizan los entrecruzamientos que se producen entre las historias individuales y grupales de los estudiantes, sus trayectorias educativas y sus experiencias de aprendizaje en las instituciones educativas (Torcomian, 2014).

Entre los resultados se encuentra una relación significativa entre las experiencias de ruptura que se producen durante el ingreso universitario y el primer año de la universidad, que requieren que los y las estudiantes generen y recreen los recursos y habilidades que traen de sus trayectorias previas para poder avanzar en las carreras. Asimismo, se identifica que los y las estudiantes que se encuentran en el último tramo de la carrera consideran que la universidad transforma la forma de ser y mirar el mundo (Torcomian, 2015).

Reflexiones finales

Este escrito tuvo la intencionalidad de introducir al lector ingresante a los estudios universitarios en un campo de intervención del psicólogo/a que resulta fascinante pero al mismo tiempo desafiante. Podrá observar que en la intervención profesional no existen soluciones ni recetas que seguir, sino la posibilidad de realizar análisis que posibiliten

observar, escuchar, interrogar, comprender, realizar intervenciones que propicien y mejoren los procesos de aprendizaje- enseñanza, es decir, breguen por el derecho a la educación de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos/as.

En este sentido, se resalta la imperiosa necesidad de realizar un abordaje que contemple la complejidad que atraviesa al fenómeno educativo. Morín (2004) plantea que la reforma central que debería tener la educación es la del pensamiento, que permita pasar del paradigma disyuntor a uno nuevo, alternativo, que posibilite ver lo uno y lo múltiple. Esto posibilita introducir un dispositivo de intervención que incluya diferentes niveles de análisis para comprender los problemas y actuar en consecuencia. Hasta el presente las razones que explicaban las dificultades eran lo uno u lo otro sin contemplar la multiplicidad. Siguiendo al autor se propone tener en cuenta: el contexto, lo global, lo multidimensional y lo complejo.

Se hace énfasis en la necesidad de realizar intervenciones institucionales que rompan con la lógica patologizante e individualizadora en aquellas situaciones que se observan “problemas de aprendizaje”. Para ello, se hace imprescindible el trabajo en equipo y en red con otras instituciones. Recuperando los aportes de Greco (2014) se necesitan construir intervenciones que posibiliten contemplar lógicas institucionales y logren nuevas condiciones garantes del derecho a la educación. En este punto, será un desafío para el y la profesional transformar los pedidos que le llegan de manera individualizada a demandas que impliquen un abordaje institucional. Para ello, los/las profesionales poseen una serie de herramientas metodológicas (observación, la escucha, la entrevista individual, grupal, talleres entre otras) y conceptuales (referentes y modelos teóricos) que les posibilitarán realizar dichas intervenciones.

En este sentido, como la sociedad cambia, las instituciones también se encuentran interpeladas. De esta forma, sucede que terminan siendo un lugar depositario de síntomas y malestares, donde se cristalizan y hacen visibles problemáticas sociales, económicas, políticas, subjetivas. No obstante, esto marca un gran desafío: la posibilidad de realizar intervenciones que transformen y rompan con lo instituido. Para ello, es imperante que los y las psicólogos/as que trabajan en educación asienten sus prácticas profesionales en la investigación, formación continua y espacios de co-visión de la práctica.

Bibliografía

- Aguerrondo, I & Carranza, A (2009). La gestión de centros de enseñanza obligatoria en Iberoamérica. Publicación de la Red AGE. Red de apoyo a la Gestión Educativa. Universidad Autónoma de Barcelona. AEICD. Uruguay. Universidad ORT.
- Barbero, J. (2008): Reconfiguraciones de la comunicación entre escuela y sociedad. En Tenti Fanfani, E. (comp.) Nuevos temas en la agenda de Política Educativa. Buenos Aires. Siglo XXI editores.
- Bleichmar, S. (2007). La construcción de legalidades como principio educativo”. En Conferencia de Silvia Bleichmar en la Universidad de Rosario, 2007 sobre Ética y Moral, Violencia, Legalidad, Marginalidad, Subjetividad, Escuela, Autoritarismo, Impunidad, entre otros conceptos. LinK: https://www.youtube.com/watch?v=mu7Fua m18
- Dubet, F. (2006): La escuela de las oportunidades. ¿Qué es una escuela justa?. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Greco, M. (2014). Intervenciones de los equipos de orientación escolar: entre la habilitación de los sujetos y la creación de condiciones institucionales. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos. Aires, Buenos Aires, 2014. Link acceso: https://www.aacademica.org/000-035/388
- Maldonado, H.; (2004) APRENDIZAJE Y COMPLEJIDAD, en Escritos sobre Psicología y Educación. Ed. Espartáco, Córdoba, Argentina.

- Morín, E. (2001) INTRODUCCIÓN AL PENSAMIENTO COMPLEJO. Ed. Gedisa, Barcelona, España
- Sidicaro, R. (2009): Reflexiones sobre los sistemas escolares y las desigualdades sociales latinoamericanas en una época de crisis de sentido. En: Tenti Fanfani (comp.). Diversidad cultural, desigualdad social y estrategias de políticas educativas. Buenos Aires. IIPE UNESCO.
- Tiramonti, Guillermina (2008): Mutaciones en la articulación estado – Sociedad. Algunas consideraciones para la construcción de una nueva agenda educativa. En Perazza, R. (comp.) Pensar en lo público. Notas sobre la educación y el Estado. Buenos Aires. Editorial Aique.
- Tiramonti, G. (2009). Comp. Una aproximación a la dinámica de la fragmentación del sistema educativo argentino. Especificaciones teóricas y empíricas. La escuela media en debate. Problemas actuales y perspectivas desde la investigación. Buenos Aires. Editorial Manantial, FLACSO.
- Torcomian C. (2013). El vínculo docente -alumno y la relación con el conocimiento en carreras masivas. En V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.
- Torcomián, C. (2013). La agenda educativa y su relación con la psicología. En revista de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología. Volumen 1. Número 3. ISSN: 2007-5588.
- Torcomian, C. (2014) Descripciones y relatos sobre la experiencia de llegada a la Universidad. Revista de Ciencias de la Educación. Academicus. Volumen II – Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca (iceuabjo). México. ISSN 2079-3715 e ISSN 2309-1088.

2.8 LA FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA

Telmo Eduardo Peña Correal

(Peña Correal, T. E. (2009). La formación en investigación en Psicología. En C. Carpio (Coord.): Investigación, formación y prácticas psicológicas. (pp. 1-22). México: UNAMFES Iztacala.)

Peña Correal, T. E. (2009). La formación en investigación en Psicología. En C. Carpio (Coord.): Investigación, formación y prácticas psicológicas. (pp. 1-22). México: UNAM- FES Iztacala.

El imaginario social del psicólogo es el de un profesional que presta sus servicios relacionados con los aspectos psicológicos de las personas (su salud mental, su adaptación a las escuelas y a los puestos de trabajo) y con el desarrollo de las potencialidades humanas en cualquier escenario.

No obstante, con frecuencia es difícil saber qué es lo que define la “profesión” psicológica en dichos escenarios. Es común encontrar personas que no siempre tienen clara la diferencia (en el campo de lo que conocen como “salud mental”) entre los roles del psicólogo y el psiquiatra. Para muchos, la principal diferencia radica en la gravedad de los problemas que uno u otro profesionista maneja, o bien en el hecho de que, por lo general, los psicólogos no prescriben medicamentos. Algo semejante ocurre con la diferencia entre un “administrador del talento humano” y un psicólogo: ambos aplican pruebas, participan en procesos de selección y evaluación de personal, intervienen en el mejoramiento del clima organizacional. Más aún, probablemente el administrador del talento humano y el psicólogo empresarial manejan una jerga común (con sus respectivos matices) que, a su vez, no es afín con la del psicólogo clínico, pero la de éste es mucho más semejante a la que maneja el psiquiatra.

Se podría afirmar, sin temor a la equivocación, que aunque toda actividad humana tiene una dimensión psicológica, no hay problemática humana alguna que se agite en el discurso de la Psicología. En cualquier problema humano confluyen múltiples dimensiones (social, económica, biológica, antropológica, psicológica), y la asignación social del manejo de determinados problemas que se les da a profesionales y científicos depende de muchos factores, algunos de ellos extrínsecos a las disciplinas. Una implicación lógica de lo anterior es que en el manejo de cualquier problema humano se requiere articular una conceptualización transdisciplinar y, en muchos casos, un manejo interprofesional. Quizá una de las razones para asignar a los psicólogos la responsabilidad de los problemas individuales se debe a la idea de que lo psicológico es equivalente a lo humano.

Hasta aquí se han venido usando algunos términos que requieren su aclaración antes de seguir adelante:

En primer lugar, las profesiones. Una profesión es una actividad que se desempeña para ganarse el sustento de vida. En la actualidad se distingue entre profesión y oficio. Respecto de la profesión, se dice que es el oficio que requiere de una formación especial y de ciertos conocimientos relativamente especializados. De manera más específica, Wilenski (1964) afirma que una profesión es una organización ocupacional basada en un cuerpo de conocimientos adquirido a través de una formación escolar, la cual cumple con cinco criterios: (a) hay una ocupación integral del tiempo como consecuencia de una necesidad social que crea una demanda de determinado tipo de servicios, (b) hay escuelas de formación de los nuevos profesionales, (c) hay algún tipo de organización en la que se definen los perfiles profesionales, (d) hay una reglamentación de la profesión que define las competencias del quehacer profesional y (e) hay un código de ética que regula el ejercicio profesional.

¿A qué corresponde ese cuerpo de conocimientos? Si se examinan las diferentes y más conocidas profesiones como la medicina, la arquitectura, las ingenierías, se encuentra con que ese “cuerpo de conocimientos” que constituye una profesión es de diverso orden:

por una parte están las llamadas “ciencias básicas” de cada profesión que, dependiendo precisamente de la profesión, son una configuración particular de disciplinas (más adelante se dará la definición de éstas) que por lo general proporcionan el lenguaje y los conceptos básicos que usan los profesionistas de determinado campo; por la otra está el conocimiento específico (de tipo conceptual y técnico) que constituye la materia fundamental para la resolución de los problemas que la profesión atiende y, finalmente, los conocimientos complementarios, que permiten al aprendiz de una profesión el logro de una mirada integral de su actividad profesional en el contexto de la problemática general de la sociedad.

Si estos criterios se aplicara al caso de la Psicología, ¿cuáles serían las “ciencias básicas” de la profesión psicológica?, ¿qué es lo que constituye el núcleo propio de la profesión psicológica?, ¿cuáles son los conceptos nucleares de la profesión?, ¿cuáles las técnicas que caracterizan el ejercicio profesional? Es claro que la profesión psicológica cumple con los cinco criterios mencionados (Wilenski, 1964), pero deja de ser tan claro cuál es ese cuerpo de conocimientos que sería la base de la profesión psicológica y sus diferentes ocupaciones. El segundo concepto que se necesita aclarar es el de disciplina. El término tiene su origen etimológico en el verbo latino discere, que significa “aprender”, de donde proviene la palabra castellana discípulo o “el que aprende”. Desde esta perspectiva, una disciplina sería aquel conjunto de conocimientos que al interior de un campo de conocimiento pueden o deben ser aprendidos. Aunque la palabra disciplina tiene diferentes usos en el castellano moderno, el uso pertinente en este contexto es el de “disciplina académica”, para referirse a una rama del conocimiento que se enseña y aprende en una universidad o en un centro de educación superior. En efecto, las universidades acogen en su seno a un gran número de disciplinas: algunas son de tipo científico como la física, la química, la sociología, la antropología; otras son artísticas como la música, la escultura, el cine; otras, humanísticas como la literatura, la filosofía, los estudios culturales; y otras, de tipo eminentemente tecnológico como la medicina, la odontología, las ingenierías.

En el sentido anterior estarían, por un lado, las profesiones, definidas como ocupaciones; por otro, las disciplinas, definidas como saberes particulares que se constituyen en el fundamento de las profesiones. Las instituciones universitarias certifican, por lo general, con un grado que un individuo posee ciertos saberes que le habilitan para el ejercicio de una profesión.

Se puede afirmar entonces que puede haber: (a) disciplinas científicas, humanísticas y artísticas que son monodisciplinas en la medida en que comprenden el conjunto de saberes teóricos y metodológicos alrededor de un objeto teórico del estudio (por ejemplo, la física, la biología, la sociología, la antropología, la filosofía, la literatura); (b) transdisciplinas, que serían un conjunto articulado de saberes teóricos, empíricos y prácticos sobre una problemática humana concreta y en donde confluyen saberes de distintas disciplinas, pero donde el eje de organización es la problemática específica (por ejemplo, la medicina, la arquitectura, la pedagogía); y (c) los saberes “interdisciplinares” que están constituidos por las temáticas de frontera entre disciplinas que plantean preguntas que deben ser resueltas en la interfase de las disciplinas que están en juego (por ejemplo, la fisicoquímica, la bioquímica, la psicobiología o la psicosociología).

A su vez, es posible afirmar que hay profesiones (ocupaciones) fundamentadas en un saber monodisciplinar, es decir, las profesiones dedicadas a la producción del saber de una disciplina científica, profesiones fundamentadas en un saber interdisciplinar que, a semejanza de las anteriores, también están dedicadas a la producción del saber de una interdisciplina; asimismo, profesiones (la mayor parte de ellas) fundamentadas tanto en saberes disciplinares, interdisciplinares como específicamente en un saber transdisciplinar, en el sentido de que la actuación profesional competente depende del conocimiento de una problemática humana concreta en la que confluyen los saberes de diversas disciplinas, pero articuladas sobre la base del análisis del problema en cuestión y no desde las disciplinas en sí mismas. Como lo señalan Ribes y López (1985), se trata de profesiones basadas en un saber “sintético”, a diferencia de las disciplinas científicas que constituyen saberes analíticos y abstractos.

¿Cómo ubicar a la Psicología?, es claro que se trata de una ocupación en el sentido de que hay muchísimas personas en el mundo que obtienen sus ingresos del “ejercicio de la Psicología”, socialmente reconocidos como psicólogos. Pero, ¿cuál es la disciplina psicológica? ¿Se trata la Psicología de una disciplina científica como la física, la biología o la sociología? ¿O se trata de una transdisciplina en la que confluyen saberes de otras disciplinas alrededor de los problemas que se han constituido en el encargo social de los psicólogos?

En primer lugar, es claro que las temáticas psicológicas, como quiera que sean definidas hoy día, han constituido un objeto de atención de los académicos, hay evidencia de que esto ya sucedía en la antigua Grecia desde el siglo v a. C. Aquello que en 1876 pretendió fundar Wundt en el laboratorio de psicología experimental en Leipzig fue una disciplina científica. El desarrollo de una disciplina (en el sentido citado) se puede encontrar en las propuestas de la Escuela de Wursburgo, en la Escuela de la Gestalt o en el Conductismo de Watson, Hull, Tolman o Skinner, e incluso en la teoría psicoanalítica de Freud. En la rama del conocimiento llamada Psicología se estudia un conjunto de fenómenos a los que se les ha dado en llamar psíquicos o mentales (percepción, aprendizaje, emociones, cogniciones, motivación, personalidad). Sobre estos fenómenos hay un discurso particular con conceptos no reductibles al de otras disciplinas que justifican la existencia de una disciplina propia. El conjunto de saberes teóricos y empíricos desarrollados en casi 140 años constituye ese saber disciplinar. Ese saber no es esencialmente de tipo tecnológico y, por tanto, sintético, sino de tipo analítico y abstracto, que cuenta con un cuerpo respetable de investigación empírica que lo respalda. Este saber está vinculado con un saber práctico de carácter técnico que tiene que ver con el desarrollo de procedimientos e instrumentos generados en el contexto de la investigación.

En segundo lugar, se puede decir que hay varias profesiones psicológicas. La primera de éstas es la profesión de aquellos que lo hacen de manera profesional (es su ocupación y de la que dependen sus ingresos); consiste, de manera fundamental, en el desarrollo de la disciplina psicológica: son psicólogos y psicólogas cuya profesión es, en esencia, académica. En una palabra, la profesión de estos psicólogos consiste en investigar. Entiéndase la investigación como la producción de conocimiento teórico y empírico que intenta dilucidar los problemas conceptuales de las distintas temáticas socialmente reconocidas como del dominio de la ciencia psicológica.

Hay otras profesiones psicológicas cuya principal ocupación consiste en prestar diferentes servicios a individuos, grupos e instituciones. Así, es posible encontrar a los psicólogos clínicos, de la salud, organizacionales, educativos, jurídicos y comunitarios, entre otros. La tesis que en esta obra se presenta respecto de estos profesionales es que son psicólogos en un sentido diferente a los primeros. Históricamente, la profesión psicológica se constituyó alrededor de una competencia desarrollada por los psicólogos académicos: la evaluación de las capacidades humanas y de las diferencias individuales (personalidad, inteligencia, aptitudes, actitudes, intereses). ¿Qué los hacía psicólogos?, desde el punto de vista disciplinar, que los objetos de evaluación eran “fenómenos psicológicos” y que los instrumentos utilizados se habían desarrollado en el contexto de la investigación disciplinar. Con el paso del tiempo, la profesión psicológica fue incorporando otras funciones, muchas de las cuales ya eran ejercidas por otras profesiones.

La diversificación estuvo ligada al tipo de escenarios en los cuales los psicólogos realizaron sus tareas de evaluación. A los que trabajaban en una institución de educación se les denominó psicólogos educativos; a quienes laboraban en una organización empresarial se les llamó psicólogos industriales, laborales u organizacionales; en el contexto de la salud mental (hospitales psiquiátricos o nosocomios ligados con la psiquiatría) se les denominó psicólogos clínicos. En los últimos 40 años, las “áreas” de la Psicología se han multiplicado y hoy es posible encontrar, entre otras, la Psicología Jurídica, la Psicología Comunitaria, la Psicología de la Salud, la Psicología del Deporte, la Psicología de la Aviación, etcétera.

El incremento de funciones se ha producido en función de las demandas de los distintos escenarios en los cuales los psicólogos trabajan. Probablemente, el caso más claro

es el de la Psicología Clínica. De la evaluación clínica (la cual se lleva a cabo con el fin de confirmar diagnósticos psiquiátricos), se pasó a la consejería terapéutica y de ésta a la psicoterapia y las terapias psicológicas. Muchas razones tuvieron que ver en ello, algunas relacionadas con la disciplina y otras ajenas a ella. Entre las primeras estuvieron las implicaciones prácticas relacionadas con la modificación del comportamiento a partir del estudio del aprendizaje; entre las segundas estuvieron las demandas sociales ocurridas especialmente después de la II Guerra Mundial, que abrieron el campo de la intervención clínica a profesionales provenientes de disciplinas tan diferentes como la Psicología, el Trabajo Social y la Enfermería. Es bien claro que el oficio u ocupación de la psicoterapia no nació en la disciplina psicológica, aunque ha llegado a ser una actividad emblemática de la profesión psicológica.

Casos semejantes han ocurrido en otros campos profesionales de la Psicología como el de la Psicología Organizacional, donde los psicólogos han pasado de laborar como "seleccionadores de personal" (mediante el uso de pruebas psicológicas) a trabajar en varios campos como el desarrollo organizacional, la promoción del talento humano, la cultura organizacional, el clima organizacional, la motivación laboral, la salud ocupacional. Asimismo, en la Psicología Educativa los psicólogos no se limitan a evaluar el desarrollo intelectual de los estudiantes ni a realizar evaluaciones con fines de orientación vocacional, sino que intervienen en problemas de aprendizaje, en el desarrollo curricular, en el mejoramiento pedagógico y en muchas otras actividades.

En todos los casos anteriores el saber que sustenta directamente la profesión psicológica es de carácter transdisciplinar: los saberes que subyacen a la profesión psicológica son saberes articulados alrededor de las problemáticas que se presentan en los distintos escenarios del quehacer humano. Algunos de esos saberes provienen de la Psicología como disciplina científica, otros provienen de las neurociencias, la sociología, la antropología, la administración y otras. Incluso, buena parte de los saberes "prácticos" se han desarrollado en función de las demandas sociales e institucionales y han venido conformando perfiles profesionales particulares. De nuevo, el ejemplo prototípico puede ser la misma Psicología Clínica que ha desarrollado un buen número de técnicas terapéuticas y generado, además, un importante acervo de conocimientos sobre los procesos terapéuticos en sí mismos, donde el entronque con la disciplina científica de la Psicología puede estar o no presente de manera explícita. Evidentemente, se puede decir que ese saber transdisciplinar está fundamentado en ciencias básicas como la Psicología, las ciencias biológicas y algunas ciencias sociales. Peterson (2006) lo expresa de manera sintética cuando dice:

Lo que [los psicólogos aplicados] necesitan para entrar en el mundo de la práctica es: (a) una concepción del funcionamiento humano desde una perspectiva de desarrollo; (b) aquellos hechos sustantivos que son decisivamente importantes para comprender los procesos funcionales involucrados; (c) estrategias de búsqueda y cambio que proporcionen un enfoque sistemático no sólo para problemas familiares, sino también para nuevas situaciones; (d) un repertorio de técnicas de evaluación y cambio a nivel individual, grupal y organizacional; (e) una disposición para aprender nuevas teorías y métodos en la medida que estén disponibles, y (f) habilidades analíticas –más filosóficas que científicas- que son requeridas para identificar teorías útiles y prácticas sensatas (p. 55).

En síntesis, se asiste a una situación que podría ser mostrada como aparece en el cuadro 1.1. En la primer columna aparecen algunas ocupaciones que puede tener un psicólogo; en la segunda, las disciplinas que fundamentan como "ciencias básicas" dicha ocupación; en la tercera, las interdisciplinas o campos investigativos de frontera de la Psicología; y en cuarta, las transdisciplinas, es decir, los saberes temáticos o técnicos relacionados con la ocupación.

Como puede verse, en todas las ocupaciones de la "profesión psicológica" las disciplinas básicas son las mismas, pero puede haber variación en las interdisciplinas relevantes y pueden haber muchas diferencias en las transdisciplinas tal como han sido

definidas en el presente escrito. Lo que puede deducirse de lo anterior es que: (a) hay diferentes ocupaciones que pueden fundamentarse en las mismas disciplinas; (b) los conocimientos interdisciplinares pueden o no variar de una ocupación a otra; (c) los conocimientos transdisciplinares son específicos para cada ocupación e implican que un individuo que pretenda ejercerla debe conocer tanto el tipo de temáticas o problemáticas a las cuales se refiere su ocupación como los aspectos técnicos de ésta; asimismo, debe recibir un entrenamiento en aquellas habilidades y competencias relacionadas directamente con esa ocupación; y (d) no puede afirmarse (al menos en el mismo sentido) que esos conocimientos transdisciplinares sean en realidad conocimiento psicológico, aunque parte de ellos se deriven de la disciplina psicológica.

Cuadro 1.1. Fundamentos de conocimiento de las ocupaciones psicológicas.

Ocupación central	**Disciplinas**	**Interdisciplinas**	**Transdisciplinas**
Investigación en Psicología	Psicología Cs. Biológicas Cs. Sociales Matemáticas Estadística	Psicobiología Psicosociología	Temáticas específicas dependiendo de los problemas de investigación
Psicoterapeuta	Psicología Cs. Biológicas Cs. Sociales Matemáticas Estadística	Psicobiología Psicosociología Psicofarmacología	Evaluación psicológica Técnicas terapéuticas Problemas específicos (abuso de SPA, depresión,problemas de aprendizaje, etcétera)
Administración del talento humano	Psicología Cs. Biológicas Cs. Sociales Matemáticas Estadística	Psicosociología	Administración Cultura organizacionalSalud ocupacional… Otros…
Trabajo comunitario	Psicología Cs. Biológicas Cs. Sociales Matemáticas Estadística	Psicosociología	Trabajo social Problemática social Desarrollo comunitario Otros

Dadas las consideraciones anteriores es menester centrar el estudio de una de las ocupaciones de la Psicología: la investigación. En primer lugar, cabe aclarar que se pueden considerar con ocupación de investigador a aquellos que se dedican profesionalmente a la investigación en la disciplina básica de la Psicología, en alguna de las interdisciplinas de la Psicología o en la investigación relacionada con aquellas transdisciplinas donde la dimensión psicológica sea relevante. En este sentido, se presentan tres perfiles ocupacionales diferentes: (a) el investigador profesional en los problemas de la disciplina psicológica; (b) el investigador profesional en problemas de frontera o interfase de la disciplina psicológica; (c) el investigador profesional en problemas relacionados con las demandas sociales en las cuales están involucrados los psicólogos y que, por lo general, tienen que ver con la llamada psicología aplicada. Las características de cada uno de estos perfiles se presentan a continuación:

1. El psicólogo que es investigador en los problemas de la disciplina psicológica es fundamentalmente un académico cuyos intereses están centrados en los problemas conceptuales y teóricos de la disciplina psicológica y que desarrolla programas de investigación empírica alrededor de temáticas específicas coherentes con la conceptualización teórica. Su interés no está orientado, al menos de manera inmediata, en la utilidad práctica de sus modelos conceptuales ni en los resultados de sus actividades investigativas. Se trata, como dicen Ribes y López (1985), de una empresa analítica que responde a la lógica de la construcción de una disciplina científica. Peterson (2006) describe la actividad de la investigación básica de esta manera:

La investigación básica empieza con una conceptualización, que guía la investigación, cuyos resultados refutan o apoyan una proposición derivada de dicha conceptualización […] Los científicos son libres de escoger los tópicos que estudian. Con el ánimo de lograr precisión, limitan la amplitud de su búsqueda y controlan la influencia de las variables extrañas […] La ciencia se mueve en su propio y pausado paso. Cada nuevo hallazgo se integra con los hallazgos anteriores, y cada cuerpo de investigación se consolida antes de abordar una nueva área. Aunque hay discontinuidades, la visión científica de la naturaleza se ilumina gradualmente a medida que se desarrolla el proceso del descubrimiento (p. 52).

Como lo dice el mismo autor, los científicos están más preocupados por evitar errores tipo I que errores tipo II, es decir, son especialmente escrupulosos en hacer atribuciones sobre la ocurrencia de fenómenos o de relaciones que de manera posterior vayan a descubrirse falsas. Les preocupa menos que se niegue la ocurrencia de ciertos fenómenos, así sean ciertos.

2. El científico que se dedica de manera profesional a la investigación de temas frontera de la Psicología, ya sea con las ciencias biológicas o con las ciencias sociales, trabaja en esencia con el mismo tipo de lógica analítica que el anterior. La diferencia es que las teorías y los conceptos operativos que usan no se enmarcan exclusivamente en el contexto de la disciplina psicológica, sino también en el de la disciplina biológica o social con la cual se realiza la interfase. Este tipo de actividades investigativas son también actividades relacionadas con la ciencia básica y no tienen un interés práctico de manera primaria.

3. El investigador profesional en problemas aplicados es alguien que se ocupa, fundamentalmente, de generar conocimiento relevante desde el punto de vista social. En este caso, son las necesidades del o los usuarios (individuos, familias, comunidades, instituciones) las que motivan las investigaciones. En lugar de comenzar con la ciencia y aplicar lo que se sabe, se comienza con el usuario (cliente) y se aplica cualquier conocimiento útil que se pueda encontrar. Peterson (2006) dice que si el conocimiento es cualitativo o no proviene de la ciencia, sino de las humanidades, se trabaja con él si permite una mejor comprensión del cliente. El primer paso de este tipo de investigación es la evaluación que incluye el análisis cercano de los problemas en el caso, en el ambiente natural y en tiempo real. Lo que guía la evaluación es una idea o conceptualización del problema en estudio, lo que incluye una identificación teórica de los aspectos del proceso funcional (si es la dimensión psicológica es la dimensión relevante) que se examina, ciertos supuestos epistemológicos y ciertos valores que subyacen a la teoría que se toma sobre el problema objeto de análisis. Entre los conocimientos que el investigador aplicado requiere está la investigación empírica pertinente a las condiciones particulares de la problemática en estudio y los ejemplos de casos particulares de la experiencia previa. Luego de la evaluación se hace una formulación del caso, es decir, una mejor comprensión conceptual, la cual usualmente implica una reformulación del problema a partir de lo que en un inicio presentó el usuario. La formulación implica, por lo general, algún tipo de intervención que tienen como objetivo beneficiar al cliente o una decisión que sea útil para él. Luego, se evalúan los efectos de esta acción y si el cliente y el investigador aplicado están de acuerdo en el cumplimiento de los objetivos planteados,

la investigación concluye. De lo contrario, se prosiguen ciclos de reformulación, intervención y evaluación, hasta lograr un resultado aceptable. En este tipo de investigación cada experiencia se asimila a un cuerpo de experiencias comparables que ese investigador ha acumulado. Si los resultados son inconsistentes con lo que se ha encontrado previamente, se plantea, por lo general, un cambio en las conceptualizaciones que se tienen del problema. Sin embargo, en este tipo de "investigación aplicada" los intereses de los usuarios prevalecen sobre cualquier otro tipo de interés, incluso el del tipo científico, por ello, el rigor en términos de precisión o control de variables se sacrifica en aras de los intereses de los clientes (Peterson, 2006).

Sin embargo, hay que mencionar que hay ocupaciones de investigadores profesionales que están a medio camino entre la investigación básica y la aplicada, se trata de investigación tecnológica, que si bien surge de alguna necesidad social identificada, no ocurre en el contexto inmediato de una demanda específica de un caso concreto. Se trata de actividades investigativas tales como la indagación de los procesos que tienen lugar en la psicoterapia, los factores que pueden afectar la efectividad de las terapias psicológicas, el desarrollo de nuevos métodos de medición y evaluación de capacidades, competencias, aptitudes y actitudes, el desarrollo de modelos de intervención, entre otros.

Las relaciones entre la disciplina básica (la Psicología u otras disciplinas) y la práctica son caracterizadas por el mismo Peterson (2006), al citar tres modelos que según afirma se han desarrollado en las distintas etapas del desarrollo de la profesión psicológica. El primer modelo se dio cuando aún no se había formalizado la práctica profesional: los psicólogos eran básicamente educados como científicos: cuando se vieron confrontados con los problemas prácticos extrapolaron y adaptaron sus hallazgos al campo aplicado, aunque gran parte de sus soluciones se hicieron por ensayo y error. La figura 1.1 representa ese primer modelo. En este caso, se supone que hay un paso directo de la investigación básica a la investigación aplicada y de allí al desarrollo de la tecnología y su aplicación.

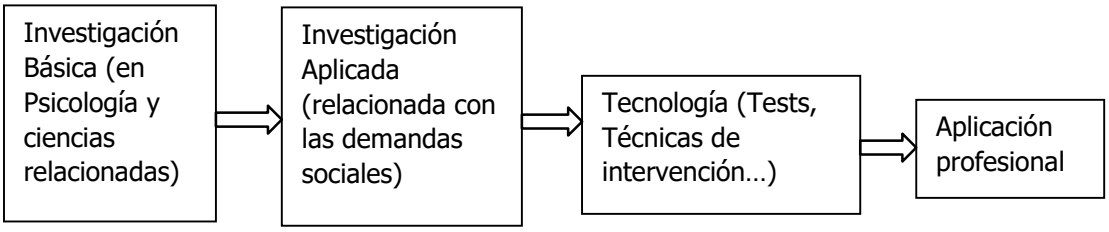


Figura 1.1 Modelo lineal entre ciencia básica, ciencia aplicada y práctica. Adaptación a partir de Peterson (2006).

El segundo modelo reconoce que el proceso entre la ciencia básica y la práctica no es unidireccional, sino que se reconoce una mutua influencia entre la una y la otra. La ciencia básica ofrece teorías y conceptos a la práctica, y ésta genera y plantea problemas que la ciencia debe resolver en aras de un mejor servicio al cliente. Este tipo de modelo está claramente reflejado en el modelo del "científico-practicante" que se desarrolló en los Estados Unidos después de la II Guerra Mundial, cuando el gobierno americano apoyó la creación y desarrollo de programas de entrenamiento en Psicología Clínica y Consejería (counseling). El modelo refleja aún la influencia de departamentos académicos de Psicología controlados por investigadores. La figura 1.2 ilustra esta situación.

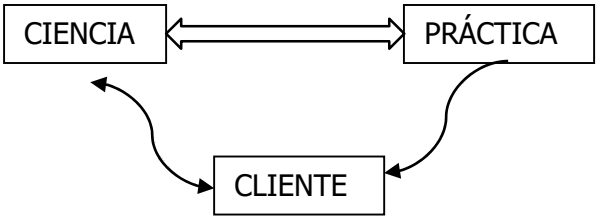


Figura 1.2. Relación recíproca entre ciencia y práctica. La práctica beneficia al cliente y también hay una afectación mutua entre ciencia y cliente. Adaptado de Peterson (2006).

Finalmente, el tercer modelo propuesto por Peterson (2006) muestra el camino típico de la investigación aplicada, donde el proceso empieza con el cliente y termina en la evaluación de las acciones que se llevan a cabo (Figura 1.3). En este caso, la ciencia básica puede aportar los términos y categorías que sirven de lenguaje para conceptualizar los problemas objeto de estudio. Como se ha señalado, estas conceptualizaciones son transdisciplinares en el sentido en el que se articula un discurso "sintético" sobre los problemas.

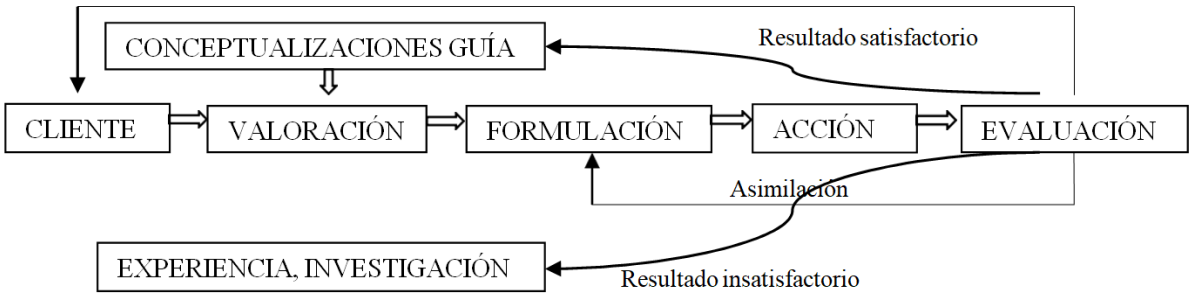


Figura 1.3. Ruta de la investigación aplicada. Adaptado de Peterson (2006).

Como puede verse al comparar los tres modelos, la relación entre la ciencia básica y la práctica es vista hoy de una manera mucho más compleja que antes. Es claro que hoy día no puede verse la práctica como una simple extrapolación de los principios encontrados en la investigación básica, ni que la investigación aplicada tenga como punto de partida la investigación básica. Como se señaló antes, la actividad investigativa, en este caso, empieza y termina con la condición del cliente o usuario. El investigador no escoge el tópico a investigar: lo hace el cliente. Los problemas deben ser enfrentados tal y como ocurren en la realidad, en toda su complejidad y en contextos sociales valorativos que requieren ciertas acciones y prohíben otras. Cada caso es único y lo que importa no es tanto si las diferencias son estadísticamente significativas, sino que las diferencias son importantes para el cliente (Peterson, 2006).

¿Cómo formar investigadores en Psicología? Es curioso que cuando se habla de formación en Psicología a lo que se hace referencia es, por lo general, a la existencia de cursos en estadística, diseños de investigación y psicometría. Ello se refleja en diferentes universidades en la mayor parte de los programas de formación tanto de pregrado como de posgrado. Rossen y Oackland (2008) realizaron un estudio en el que aplicaron una encuesta a 192 programas doctorales acreditados por la APA. Lo que se encontraron fue que la formación en investigación estaba, fundamentalmente, centrada en cursos (obligatorios o electivos).

El cuadro 1.2 muestra los porcentajes de programas doctorales que exigen determinado tipo de cursos "en investigación", dependiendo del perfil del programa. Como puede verse, hay ciertas variaciones dependiendo del perfil que ofrece cada universidad. Aunque hay cursos que son comunes en los diferentes tipos de programas, hay otros que aparecen con más o menos frecuencia dependiendo de si éstos están orientados a la formación de investigadores profesionales o a la de practicantes profesionales.

Cuadro 1.2. Porcentaje de programas que requieren cursos metodológicos dependiendo de la orientación del programa.

	Académico Investiga-dor(N=12)	Académico Investigador/ Practicante (N=52)	Practicante Investigador(N=85)	Investigador Practicante (N=24)	Practicante (N=13)
Introducción a la Estadística	100	98	95	100	92
Diseño Experimental	100	92	90	87	100
Regresión	92	96	93	86	92
Software Estadístico	67	78	77	74	69
Análisis Factorial	55	56	43	55	78
Análisis Cualitativo	25	16	16	40	58
Ecuaciones estructurales	33	17	15	25	38
Introducción ala Medida	92	90	83	96	75
Diseño de Encuestas	13	21	20	30	27
Medición Avanzada	44	26	25	20	17
Teoría de la Respuesta al *Item*	25	15	16	14	57

Buena parte de estos cursos son los que, por lo regular, se ofrecen en los programas de pregrado o licenciatura en Latinoamérica. Esto refleja la idea que usualmente se tiene sobre lo que es “saber hacer” investigación: el investigador en Psicología es alguien que sabe de estadística, diseño de investigación y psicometría. Incluso, en muchas de las universidades (de manera especial en los pregrados) a los estudiantes se les pide como requisito de grado que desarrollen una investigación usando como herramientas los conocimientos adquiridos en el curso de su formación. Parece que el supuesto es que debiera emerger, de manera automática, un “saber qué” (saber procedimental) proveniente de un “saber cómo” (saber declarativo). Usualmente, esto se convierte en un dolor de cabeza para los estudiantes, muchos de los cuales tienen esa experiencia como la única experiencia investigativa de su vida, sin que haya investigadores que modelen el proceso investigativo.

En los programas de posgrado la situación puede ser diferente ya que, por lo general, hay más profesores investigadores y muchos estudiantes se vinculan de manera activa a procesos investigativos que ya están en marcha. Sin embargo, aún existen modelos de formación en investigación en los cuales el estudiante realiza su investigación por sí solo, donde el director o tutor es alguien que meramente retroalimenta y conceptúa sobre el trabajo del estudiante.

Refiriéndose a una tesis doctoral, Peterson (2006, p. 49) narra un incidente con un estudiante en el proceso de defensa de su disertación:

Recuerdo cuando en la Universidad de Illinois asistía a la defensa de una disertación de un estudiante ante los seis miembros de su comité, se trataba de investigadores de alguna importancia, todos muy comprometidos con los rigores de la metodología científica. El estudiante había intentado realizar un estudio factorial de grupos para examinar los efectos de un tratamiento. El experimento tuvo muchas dificultades en su desarrollo. Los sujetos clínicos desertaban y hubo muchas influencias incontrolables. Durante el examen, los miembros del comité, uno tras otro, despedazaron el estudio de manera sangrienta. El estudiante estaba completamente desolado, no sabía qué decir, excepto jurar que nunca haría de nuevo investigación alguna. Después de que dejó el salón al final de la sesión, los miembros cacareaban solemnemente sobre las fallas de esa investigación.

Aunque Peterson utiliza este ejemplo para argumentar que los modelos de formación de los psicólogos clínicos deberían centrarse más en el entrenamiento de habilidades prácticas que en los “intríngulis” del método científico, en el contexto de la presente obra se cita para afirmar que la simple exposición de los estudiantes a cursos metodológicos es por completo insuficiente para formarlos en la investigación, independientemente de si ésta es básica o tecnológica. La creencia de que enseñar diseño experimental y métodos cuantitativos o cualitativos se transferirá de manera automática al mundo de la ocupación de investigadores o de practicantes va en realidad en sentido contrario de lo que la disciplina psicológica ha encontrado sobre aprendizaje y generalización.

Brown, Daly y Leong (2009) plantean que un aspecto importante en la formación de investigadores es la tutoría que realizan aquellos investigadores de oficio respecto de estudiantes de pregrado y posgrado. En congruencia con lo anterior, estos autores consideran que la simple participación en cursos de investigación o en experiencias de laboratorio no es suficiente para que los estudiantes de pregrado entiendan cómo se da la investigación, lo cual puede explicar dificultades para incorporar la investigación en su horizonte ocupacional. Señalan que el hecho de que los estudiantes reciban tutoría por parte de investigadores así como de que participen en grupos de investigación son factores fundamentales en su formación como investigadores. Citan varias investigaciones que muestran que el aspecto más importante de la experiencia investigativa de los estudiantes de pregrado es la relación con su tutor. Estos estudios revelan que los estudiantes de pregrado que trabajan en proyectos de investigación de sus tutores se ven altamente beneficiados en sus habilidades investigativas, su pensamiento crítico, su capacidad de trabajo en equipo y en sus hábitos de trabajo efectivos. Los estudiantes aprenden a plantearse preguntas de investigación relevantes para la disciplina o la práctica, así como a formular hipótesis específicas, escoger los instrumentos adecuados para responder a estas preguntas y, por supuesto, a analizar los datos. El tutor sirve como modelo para el desarrollo de futuros proyectos investigativos, de tal manera que su tarea se parece a la del maestro que guía al novicio a ganar experiencia práctica en hacer investigación.

En el caso de los estudiantes graduados, participar en grupos de investigación con la guía de tutores les permite desarrollar estudios más complejos, asistir a eventos académicos como ponentes, publicar en revistas especializadas e intercambiar con otros investigadores. Un estudio de Clark, Herden y Johnson (2000) en el que se aplicó una encuesta a estudiantes doctorales en programas de Psicología Clínica muestra que 90% de los graduados con tutor evaluaron positivamente su relación con éste, y que se sentían más satisfechos con el programa de formación que aquellos estudiantes que no tuvieron tutoría. A pesar de esto, en muchos programas de posgrado, incluso en los Estados Unidos, no hay una tutoría formal para estudiantes de posgrado.

A manera de ejemplo, cito la experiencia que se ha llevado a cabo en el programa de pregrado en Psicología y en otro programa, éste de maestría, de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, donde se ha desarrollado un programa de formación de psicólogos en investigación. Aunque los estudiantes reciben cursos de Estadística, Psicometría, Metodología y Diseño, la parte más importante de la formación en investigación está constituida por el trabajo continuo con un investigador-tutor durante uno o dos años. Antiguamente, los estudiantes de pregrado debían realizar una práctica profesional durante

un año e iban a hospitales, empresas, escuelas o comunidades a prestar un servicio con la supervisión de un docente. En la actualidad, los estudiantes pueden optar por realizar una práctica investigativa en campos disciplinares, interdisciplinares o aplicados con la tutoría de un profesor que tiene un programa de investigación en una temática particular. Por lo general, los estudiantes participan en proyectos en marcha realizando revisiones de literatura, recogiendo y analizando datos y, de manera eventual, desarrollando un pequeño proyecto que puede servirles como trabajo de grado. Algo semejante pasa con los estudiantes de maestría. Desde que un estudiante ingresa al programa se afilia a un tutor que debe tener como requisito un programa investigativo al que habrá de vincularse el estudiante, tal programa termina siendo su verdadera escuela de investigador.

Sin embargo, es posible percatarse que no todos los psicólogos van a tener como ocupación profesional la investigación, no obstante, es una política sana fomentar la formación de psicólogos que tengan como ocupación central la investigación básica o aplicada y que contribuyan, así, a una mejor comprensión del objeto de estudio de la Psicología, a sus relaciones interdisciplinares y a los problemas humanos que se han convertido en el encargo social de los psicólogos. De hecho, los profesionales de esta disciplina cada vez están más satisfechos con la experiencia porque se han fortalecido los grupos investigativos, ha incrementado el número de nuestros estudiantes enrolados en programas nacionales e internacionales de posgrado, se ha incrementado el número de nuestros egresados que han escogido la vida académica (docencia e investigación) como alternativa de ocupación profesional y, en fin, porque ha aumentado el número de investigaciones que son publicadas en revistas especializadas.

A manera de conclusión, lo que se ha querido relevar en este escrito es la importancia de que un psicólogo profesional ejerza –no sin legitimidad- como ocupación central la investigación, ya sea en el contexto de la disciplina psicológica, las interdisciplinas o los problemas humanos concretos. Ha de reconocerse que la investigación no tiene que ser la ocupación central de todos los que se acercan a la Psicología, pero es importante resaltar el hecho de que la Psicología no es primariamente una profesión dedicada a la prestación de servicios, sino una disciplina que requiere de psicólogos que se dediquen de manera profesional a producir conocimiento.

Referencias

- Brown, R. T.; Daly, B. P. y Leong T. L. (2009). Mentoring in research: a developmental approach. Professional Psychology: Research and Practice, 40, 306-313.
- Clark, R. A.; Harden, S. L. y Johnson, M. B. (2000). Mentor relationship in clinical psychology doctoral training: results of a national survey. Teaching of Psychology, 27, 262-268.
- Peterson, D. R. (2006). Connection and Disconnection of Research and Practice in the Education of Professional Psychologists. Training and Education in Professional Psychology, 8, 47-57.
- Ribes, E. y López, F. (1985). Teoría de la Conducta. México: Trillas.
- Rossen, E. y Oakland, T. (2008). Graduate Preparation in Research Methods: The Current Status of APA-Accredited Professional Programs in Psychology. Training and Education in Professional Psychology, 2, 42-49.
- Wilenski, H. L. (1964). The professionalization of everyone? American Journal of Sociology, 70, 137-158. URL: http://www.jstor.org/stable/2775206

2.9 LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE COMO PROFESIÓN ESPECIALIZADA

Papeles del Psicólogo, 2010. Vol. 31(3), pp. 237-245
http://www.cop.es/papeles

Enrique Cantón Chirivella
Universidad de Valencia

En este trabajo se intenta responder a la cuestión de si la Psicología de la Actividad Física y el Deporte es un campo de aplicación especializado y diferente de otros, como la psicología clínica, educativa o de la salud. Una vez justificado y partiendo de un breve recorrido histórico de su evolución en España, se describen los elementos fundamentales que evidencian su consolidación, como la existencia de organizaciones y de ofertas formativas específicas –caso del Colegio Oficial de Psicólogos-, la presencia habitual de profesionales en este campo de actuación, o la existencia de documentación, textos y publicaciones especializados, algunos de gran nivel y reconocimiento científico. Se concluye indicando algunos de los retos de futuro que se nos plantean en el campo de aplicación especializado de la ciencia psicológica.
Palabras clave: Psicología del deporte, Especialización, Competencias profesionales.

In this paper, we attempt to answer the question of whether the Psychology of Sport and Physical Activity is a specialized application field and different from others, such as clinical, educational or health psychology. Once this question is justified, we present a brief historical perspective of its development in Spain and describe the basic elements that demonstrate its consolidation, such as the existence of organizations and of specific training offers, as in the case of the Spanish Psychological Association, the common presence of professionals in this field of action, or the existence of specialized papers, texts and publications, some of high level and scientific recognition. We conclude highlighting some future challenges as a specialized field of application of psychological science.
Key words: Sport psychology, Specialization, Professional's competencies.

Es la Psicología del Deporte -un término genérico que incluye al ejercicio- un ámbito de la actividad humana lo suficientemente particular como para poder establecer un patrón de actuación profesional diferente al de otras áreas de la Psicología? Vamos a intentar responder a esta cuestión.

Para poder abordar con éxito la consideración y el análisis de la situación actual de la psicología de la actividad física y el deporte, es necesario en primer lugar definirla con precisión. Partimos de la premisa de que la Psicología del Deporte no constituye un área de conocimiento dentro de la ciencia psicológica, sino que es un campo de actuación profesional. Lo que caracteriza a esta disciplina es su orientación aplicada a una faceta de la actividad humana, como es el deporte, en el sentido amplio del término. Se trata por tanto de un ámbito de intervención, de una actividad aplicada para la que es conveniente desarrollar una tecnología específica que incluya instrumentos de evaluación, programas de intervención y técnicas específicas directas e indirectas. Así pues, un primer paso para responder a la cuestión de la identidad profesional es establecer en qué medida viene determinada por la existencia de un ámbito social lo suficientemente distinto al de otros como para entenderlo específico y diferenciado. En ese sentido, no hay duda de que el deporte tiene unas características claras y diferenciadas de cualquier otra actividad humana, como pueda ser el comercio, la docencia, la conducción de vehículos, o la prevención y atención a catástrofes, por mencionar algunos ejemplos. Por lo tanto, y siguiendo a Weinberg y Gould (1996): la Psicología del Deporte es un área de la psicología aplicada que se centra en el estudio científico de las personas y su conducta en el contexto del deporte y la actividad física. Por lo tanto, y siendo el deporte una actividad humana diferenciada, podemos preguntarnos si ello comporta un ejercicio profesional también diferenciado, o al

menos, tanto como cualquiera de los que ya están tradicionalmente reconocidos como especializados.

En suma, no hace falta extenderse mucho para establecer claramente que el deporte es una actividad humana diferenciada de otras. Recurriendo a las definiciones más habituales y diferenciando deporte de ejercicio, podemos señalar que se considera deporte a toda actividad que se caracteriza por tener un requerimiento físico, estar institucionalizada (federaciones, clubes), requerir competición con uno mismo o con los demás y tener un conjunto de reglas perfectamente definidas. Por otra parte, la actividad física o ejercicio se refiere a todos los movimientos naturales y/o planificados que realiza el ser humano obteniendo como resultado un desgaste de energía, con fines de protección de la salud, estéticos, de desempeño, deportivos o rehabilitadores.

Podemos igualmente diferenciar el campo de actuación profesional de la Psicología del Deporte de otros campos de la psicología con los que en ocasiones colinda y comparte trabajo, como ya se recoge en el documento de perfiles profesionales elaborado por el C.O.P. (1998). De entrada, podemos referirnos a la Psicología Clínica, como a un campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o del comportamiento. Se trata pues de un enfoque centrado en lo patológico o disfuncional. Sin embargo, en el ámbito del deporte y el ejercicio, la orientación del trabajo es muy distinta: está enfocada más bien a la preparación o el entrenamiento psicológico y centrada en el desarrollo constante de las capacidades y habilidades psicológicas, sin que ello implique que exista ningún déficit previo (un deportista entrena por ejemplo su fuerza o su velocidad sin que previamente tenga ninguna patología o carencia de las mismas, más bien al contrario).

Evidentemente, en ocasiones se presentan problemas o alteraciones clínicas en el deporte, como en cualquier otra actividad humana, que también hay que tratar. Si la persona especializada en psicología del deporte también está capacitada en el área de la psicología clínica podrá intervenir en ello. Por otra parte, hay a veces cierta confusión entre el uso de determinados instrumentos de evaluación y técnicas de intervención y la consideración de que se está desarrollando una labor clínica. En realidad, muchos de los instrumentos y sistemas de evaluación no tienen objetivamente un uso exclusivo de la psicología clínica -aunque su empleo sea frecuente y tenga mucha tradición- sino que son también eficaces para obtener información en otros campos. Por poner un ejemplo clásico, la reacción emocional de ansiedad como parte de los procesos emocionales básicos de todos los seres humanos puede presentarse en muy diversos contextos y, en algunos casos incluso, con una funcionalidad adaptativa, independientemente de que se hagan esfuerzos por controlarla o reducirla ya que no se desea experimentar malestar. Otro ejemplo en este caso de procedimientos de intervención podrían ser las estrategias de relajación, la desensibilización sistemática o la reestructuración cognitiva. Todas ellas pueden emplearse perfecta y lícitamente para, por ejemplo, facilitar un nivel de activación y/o un estado emocional óptimo previo a una salida de atletismo o un salto de altura, sin que exista ninguna patología o disfunción clínica a tratar.

Otra área de la que cabe diferenciar nuestra área es la de la Psicología de la Educación, cuyo objetivo de trabajo es la reflexión e intervención sobre el comportamiento humano en situaciones educativas, mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones. Se entiende el término educativo en el sentido más amplio de formación y desarrollo personal y colectivo, principalmente en el marco de los sistemas sociales dedicados a la educación en todos sus diversos niveles y modalidades; tanto en los sistemas reglados, no reglados, formales e informales, y durante todo el ciclo vital de la persona (COP, 1998). En relación con esta área, las diferencias fundamentales con la psicología del deporte lo son en cuanto al contexto de la intervención profesional y a los objetivos prevalentes, aunque existan algunos puntos de intersección, sobre todo en algunos subcampos del deporte, en la iniciación deportiva, donde puede producirse cierta confluencia. Pero las diferencias de contexto son claras y tienen que ver con el espacio

físico y funcional donde se realizan las actividades formativas, genéricamente aulas de centros educativos públicos o privados, con excepción de la educación física que es precisamente el elemento en común con la amplia variedad de actividades físico-deportivas. En cuanto a los objetivos, la formación es uno de ellos pero no es el único, también son importantes la promoción de la salud, el desarrollo del bienestar y el disfrute, el facilitar las relaciones interpersonales, el conseguir superar a otros y a uno mismo, o el mejorar la imagen corporal y la autoestima.

En este caso, también nos encontramos con una doble relación entre ambos campos de intervención. Por una parte, en los aspectos más formales, el currículo de la enseñanza obligatoria en España incluye la Educación Física como materia. Por otra parte, la actividad físicodeportiva extraescolar contempla una faceta formativa y de educación indudable. En ambos casos, la actividad físicodeportiva es considerada básicamente como un medio y no como un fin, a diferencia del ejercicio, sin ser la competición y todo lo que ésta comporta un elemento ni necesario ni relevante, al contrario de lo que ocurre en el deporte.

Una de las diferencias más importantes se da quizás en relación con el ámbito de la Psicología de la Salud, que se ocupa de estudiar tanto las conductas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, así las conductas asociadas a ésta, su origen, su curso y su tratamiento. En la medida en que hay una conexión entre la actividad física y la salud, se establecen ciertos paralelismos entre la psicología de la salud y la psicología de la actividad física y el deporte (Rodríguez-Marín, 1991; Rodríguez-Marín, 1995; Rodríguez-Marín y Neipp, 2008). Sin embargo, es necesario disgregar dos aspectos muy diferentes que se entremezclan en esa vinculación. En primer lugar: la consideración del ejercicio y el deporte como una actividad preventiva y favorable para la salud y la prevención de la enfermedad, y en segundo lugar, su papel cuando el problema de salud ya se ha presentado. En este segundo caso, estaríamos hablando del deporte como un recurso más para atender y mejorar la salud dañada, generalmente englobado dentro del subcampo de intervención de la psicología del deporte en poblaciones especiales (personas con diabetes, con obesidad mórbida, con trastornos cardiovasculares, depresivas, etc., etc.). En cuanto a la relación preventiva, es obvio que una buena práctica de ejercicio y deporte puede contribuir a mejorar la condición saludable de la persona (también empeorarla cuando se realiza mal o se sufre algún tipo de lesión o accidente), pero en el mismo sentido que alimentarse bien, trabajar de forma segura y satisfactoria, mantener buenas relaciones personales, experimentar un positivo y equilibrado estado de ánimo, viajar con seguridad y un largo etcétera de cuestiones que contribuyen a que una persona viva de manera más satisfactoria y saludable. Dicho de otra forma, la salud es un ámbito en el que también se incluye –o se debe incluir- el deporte y el ejercicio a todos los niveles de práctica, no existiendo pues coincidencia en cuanto a la especialización profesional. Se trata de niveles diferentes, que se engloban uno en el otro, junto con otros muchos campos de aplicación de la psicología y otras áreas científicas. En conjunto, podemos señalar que no habría una equiparación entre la psicología de la salud y la psicología del deporte como profesión, ya que o bien se trata de una relación de subordinación, como la de cualquier actuación profesional ética y socialmente defendible, es decir, saludable, o se trata de un subcampo de intervención, el de las poblaciones especiales, que ni tan siquiera las agota, ya que algunos de estos grupos diferenciados lo son por cuestiones sociales y no por enfermedad (como los ancianos, menores en riesgo de exclusión social, población reclusa, etc.).

Partiendo de estas aseveraciones, se derivan toda una serie de reflexiones y conclusiones importantes que nos llevarían a tratar de despejar otras dos cuestiones fundamentales: a qué colectivo le corresponde ejercer esta profesión, y vinculada a ella, cuál debería ser la formación y la capacitación requerida para poder ejercerla. Para tratar de dilucidar ambas cuestiones, haremos primero un breve repaso histórico del desarrollo de esta disciplina que, aunque joven, ha crecido y sigue creciendo de forma significativa.

BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

Lo más significativo que hay que destacar en los inicios de esta disciplina es la gran relevancia que tuvo la demanda proveniente del propio entorno deportivo. Podríamos afirmar que surgió antes la demanda que la oferta. Fueron los propios deportistas y entrenadores los que demostraron un gran interés por conocer cómo funcionaban los procesos psicológicos en todo lo relativo a su actividad, cómo aprender a controlar los pensamientos y emociones para aumentar el nivel y el rendimiento, etc. Es por esta razón que la asignatura de psicología del deporte se impartió en sus inicios en los centros educativos relacionados con las ciencias del deporte (los INEFS, Institutos Nacionales de Educación Física), en tanto que su presencia era inicialmente nula en las facultades de psicología, comenzado su incorporación a éstas en la década de los 80, normalmente como materia optativa de segundo ciclo, impartida en muchas ocasiones por los mismos que ya se hacían cargo de la asignatura en las Facultades de Ciencias del Deporte. En cuanto a la investigación, inicialmente se realizaban estudios descriptivos, muy aplicados, buscando responder a preguntas o problemas muy concretos de los deportistas. Con el desarrollo de la disciplina, se mantuvo ese carácter aplicado pero se desarrolló la investigación de carácter básico que dio solidez a las aplicaciones.

Hay que señalar también que del trabajo directo, realizado casi exclusivamente con deportistas, se pasó al trabajo con todas las personas pertenecientes al entorno deportivo (entrenadores, preparadores, profesores de educación física, padres, árbitros, responsables de los clubes,…) y poco a poco se tomó conciencia del papel fundamental que éstos juegan en muchas ocasiones. Hoy en día, el campo de la psicología de la actividad física y el deporte ha abierto notablemente su campo de acción y se aplica en muy diversos ámbitos, desde programas deportivos dirigidos a mejorar el estado de salud de determinados colectivos (personas con diabetes o riesgo cardiovascular, por ejemplo), hasta programas para desarrollar actividades físico-deportivas para los más mayores o en las etapas de infantil.

En cuanto a su encuadramiento dentro de las ramas de la psicología, hay que señalar que la psicología del deporte se desarrolló inicialmente en el área de la psicología básica y de la psicología educativa, al menos en España (Cantón, 1990), seguramente debido a una combinación de factores intrínsecos a este campo de aplicación, como que inicialmente se considerara un área que ya estaba suficientemente especializada y en la que destacaban aspectos como los procesos motivacionales, emocionales y de aprendizaje, y también que estuviera vinculada con los aspectos didácticos, formativos y del desarrollo humano. De ahí que, por ejemplo, en los estudios de la licenciatura de educación física, aparecieran dos materias: una básica general de primer curso, y otra relacionada con los aspectos evolutivos. Sin embargo, al ser un campo de aplicación, con el tiempo y con un mayor desarrollo de los diferentes subcampos o áreas de intervención dentro de la propia psicología del deporte, esta disciplina se fue abriendo a las diferentes áreas de conocimiento y los distintos enfoques de la psicología, desde la psicobiología hasta la psicología organizacional. Este proceso corrió paralelo a una mayor formación especializada, con un peso sustancial y relevante de contenidos propios de la psicología, que de hecho es otra característica indicadora de la situación actual: una oferta formativa especializada amplia.

Hay algunos trabajos que podemos consultar para conocer con más detalle la historia de la psicología del deporte a nivel nacional e internacional (Cantón, 1998, 2001; Cruz y Cantón, 1992).

INDICADORES POSITIVOS DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE. UNA REALIDAD ACTUAL

En los inicios de este siglo XXI, podemos afirmar con seguridad que el área de intervención profesional de la psicología de la actividad física y el deporte está consolidada, al menos en el sentido de que está reconocida, tanto por los miembros del colectivo del mundo del deporte como por las entidades profesionales, académicas y las instituciones públicas con competencias en este ámbito.

Indicadores clásicos del desarrollo de un área (Tortosa y Civera, 2001; Tortosa, Mayor y Carpintero, 1990) son aspectos tales como la existencia de organizaciones estables específicas, la realización frecuente de encuentros científicos y profesionales, y la presencia de instrumentos de comunicación y difusión especializados (revistas, libros, páginas web,…) Estos tres elementos quedan reflejados a la perfección en la situación actual de la psicología del deporte.

Para perfilar los aspectos característicos que definirían este campo de actuación en la actualidad, podemos reseñar algunos de los indicadores positivos más significativos. Empezaríamos por señalar la creciente demanda por parte de los agentes sociales vinculados con el deporte (clubes, deportistas, entrenadores,…), especialmente desde el sector privado, de intervención profesional sobre los factores psicológicos, no sólo en relación con el rendimiento deportivo (aunque sea la demanda más relevante), sino también en otras áreas, como por ejemplo en las fases iniciales del aprendizaje deportivo (solicitando orientación para mejorar la motivación y el aprendizaje), en el manejo de estrategias para relacionarse adecuadamente con los familiares de los deportistas, o la forma de aumentar la satisfacción y la rentabilidad de una instalación deportiva. Cualquiera de estos aspectos ya se encuentra integrado de manera bastante normalizada en el amplio abanico de posibilidades, aportaciones y recursos científico-técnicos de las diferentes disciplinas que intervienen en el deporte, incluyendo la Psicología.

Para llegar a la situación actual, ha sido fundamental la labor pedagógica, formativa e informativa de muchos profesionales que, poco a poco, hemos ido mostrando y demostrando nuestros conocimientos y los sistemas rigurosos de trabajo empleados, alejando esa idea inicial prototípica que nos situaba casi exclusivamente al lado de las patologías y los trastornos, o en la ineficacia e ineficiencia de un conocimiento relacionado únicamente con lo “profundo” del ser humano pero alejado de las actividades y necesidades prácticas.

Un segundo elemento que cabe reseñar como indicador positivo de la profesión de la psicología del deporte es el enorme esfuerzo que se hace para desarrollar métodos, técnicas e instrumentos específicos, útiles y válidos. Sin embargo, debemos señalar que el principal aumento en la producción de instrumentos de evaluación ha sido para su utilización fundamentalmente en el ámbito de la investigación y que, aunque hay algunos instrumentos de elaboración española, la mayoría son traducciones de otros preexistentes, normalmente en lengua inglesa. Si nos centramos en aquellos que han pasado por la fase de adaptación, teniendo en cuenta las características de la población española, nos encontramos con que la cuantía disponible se reduce. Y si a eso le añadimos el factor de que sólo algunos se publican y se ponen a la venta, la reducción es sustancial. Aquí interviene un factor estrictamente comercial, ya que al ser proporcionalmente la psicología del deporte un área pequeña, cuenta con un número potencial de compradores de pruebas de evaluación reducido, lo que seguramente lleva a muchos editores a no propiciar la comercialización de estos instrumentos.

En cuanto a la formación, podemos afirmar que en estos momentos, hay una gran oferta de formación especializada en el campo de la psicología del deporte, que seguramente se halla en el límite de sobrepasar su demanda potencial. A esto cabe añadir las reestructuraciones y las incógnitas que se abren con el actual cambio de los estudios superiores, lo que se conoce como el proceso de Bolonia. El gran grueso de la oferta de nivel Master se centraliza en los centros universitarios, en las facultades de psicología, con la excepción del Master de Psicología de la Actividad física y el deporte que se organiza desde el Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana y, más recientemente en el de Cataluña, dirigidos exclusivamente a psicólogos/as y totalmente enfocado a la práctica profesional.

Otro indicador actual es la cantidad de organizaciones que se enmarcan en el ámbito de la psicología del deporte. Existen al menos dos organizaciones importantes de ámbito estatal: la Federación Española de Asociaciones de Psicología del Deporte(FEPD) creada en 1987, y la Coordinadora Estatal de Psicología del Deporte del Colegio Oficial de

Psicólogos de España (COP-E), formalizada en 1992 y que acaba de convertirse en una División profesional. A éstas cabe añadir otras de carácter autonómico, nacional e internacional, bien específicas como la Sociedad Iberoamericana de Psicología del Deporte (SIPD) o la International Society of Sport Psychology (ISSP), o bien como una sección/división que forma parte de organizaciones más amplias de psicología, como la American Psychology Association (APA) o la Federación Iberoamericana de Psicología(FIAP).

En lo que hace referencia a los encuentros, jornadas y congresos, todos los años, desde las últimas décadas, se vienen celebrando varios, y también hay una frecuente participación de trabajos e investigación de psicología del deporte en eventos no específicos del área. Esta panorámica de encuentros científicos y profesionales no sólo puede constatarse analizando los años previos sino también comprobando la previsión de los diferentes encuentros futuros, donde de manera específica o tomando parte de las áreas temáticas del evento, está presente la psicología del deporte. Y en tercer lugar, en lo referente a las publicaciones especializadas, son ya muchas y muy relevantes, no sólo en lengua inglesa, también en nuestro idioma. Entre ellas, cabe destacar la Revista de Psicología del Deporte, editada ininterrumpidamente desde 1992 y recientemente indexada en el relevante ISI-Thomson, o la publicación Cuadernos de Psicología del Deporte, editada desde la Dirección General de Deportes de la comunidad murciana y la Universidad de Murcia desde el año 2001.

Podemos concluir el repaso de algunos de los indicadores de la consolidación del campo profesional de la psicología del deporte haciendo referencia a otra característica del desarrollo y afianzamiento de una disciplina: el aumento de su especialización, su subdivisión en otros campos más específicos. Este fenómeno puede observarse en el transcurso de apenas tres décadas, desde aquellos momentos en que hablar de psicología del deporte era referirse a un campo muy específico, hasta la actualidad, en que ya se considera un concepto genérico que engloba otras subespecialidades que están dando lugar a nuevas posibilidades de desempeño profesional y llevando a un mayor grado de especialización. Este fenómeno, relacionado con nuevas demandas o la generación de diferentes “nichos de mercado”, se concreta en la participación de psicólogos del deporte en ámbitos tales como la práctica de la actividad física en poblaciones especiales, como los ancianos, las personas con alguna discapacidad, o los menores en riesgo de exclusión social; la práctica deportiva como factor coadyuvante en tratamientos de mejora de problemas y alteraciones biomédicas (trastornos cardiovasculares, diabetes, obesidad,…); la prevención e intervención sobre conductas de riesgo para la salud (vigorexia, anorexia, dopaje,…); o el amplio abanico de posibles intervenciones dentro del área de la psicología de los recursos humanos y de las organizaciones deportivas, un campo emergente con un fuerte desarrollo y una necesidad de establecer con claridad las competencias necesarios de los profesionales (Cantón y Sánchez, 2003; Sánchez, 2006).

UNA MIRADA AL FUTURO. NUEVOS RETOS

Ha quedado patente la consolidación de nuestra profesión en la actualidad pero aún es mucho el trabajo que queda por realizar. Son varios los nuevos retos que se nos plantean y debemos estar en disposición de afrontarlos, de responder de la mejor manera posible a los requisitos y a las exigencias de nuestra labor profesional, para así evitar o reducir algunos riesgos potenciales. Ciertamente, algunos de estos factores de riesgo son comunes a toda la psicología, pero ello no quita que intentemos abordarlos desde nuestra perspectiva.

Aumentar el control de la eficacia y la eficiencia de nuestras intervenciones constituye uno de los grandes retos de nuestra área. Para ello, se hace imprescindible que establezcamos los objetivos de trabajo de forma evaluable, objetivizando al máximo la información, utilizando los instrumentos adecuados, acotando a priori las posibles limitaciones, y regulando las expectativas sobre los efectos de nuestro trabajo. Tenemos que ofrecer siempre una información válida, exacta y fiable. Si queremos ser realmente unos

profesionales bien considerados, debemos mostrar sin ambages lo que sabemos hacer, lo que podemos hacer y todo lo que ya se ha conseguido, sin apelar a ningún factor subjetivo de fe o de creencia en nuestra labor. Que nuestro cliente pueda comprobar claramente y sin margen de interpretaciones dispares los resultados de nuestra actividad profesional. Somos conscientes de que esta tarea de avanzar en la objetivización es común a toda la ciencia psicológica y pasa por seguir desarrollando métodos y sistemas de trabajo cada vez más precisos y certeros. Es necesario seguir creando instrumentos o procedimientos de evaluación válidos y fiables, mejorar los ya existentes; y seguir esforzándonos en delimitar conceptualmente y con claridad nuestra área de conocimiento, buscando el consenso científico en nuestros términos y conceptos, algo necesario para que cada profesional que trabaje un aspecto psicológico humano concreto esté ejerciendo una labor similar. Sin ello, se hace difícil aprovecharse de algunas de las ventajas de la ciencia: la acumulación del conocimiento, la posibilidad de réplica y la verificación/descarte de las hipótesis.

Otro importante reto que se nos plantea en nuestra área es seguir mejorando nuestra formación y capacitación para el desempeño profesional, lo que desde mi punto de vista, implica optimizar tres elementos: aumentar y actualizar la formación, ser capaces de integrar el conocimiento científico con la práctica profesional, y desarrollar nuestras habilidades o capacidades personales implicadas en el ejercicio efectivo de la profesión.

Si bien habría que diferenciar entre lo que es una formación para el desempeño del ejercicio profesional y el lógico derecho al conocimiento que tiene cualquier persona, la formación en psicología del deporte debe tener una base fundamental, sólida y consistente de conocimientos de psicología, de ahí una posición crítica que comparto sobre la oferta formativa abierta a un alumnado que no cuente con esa base. Sería por tanto conveniente que, al menos formalmente, se establecieran distinciones sobre los distintos grados de conocimiento y las distintas capacidades de unos y de otros para no generar confusión y ambigüedad, para evitar que los que no poseen la formación académica específica lleguen a la conclusión de que pueden realizar funciones de psicólogo/a, y también para no confundir a los potenciales clientes, que al fin y al cabo son los que pueden sufrir las consecuencias de una intervención por parte de personal no cualificado. Partiendo de esta base, se pueden implementar los conocimientos específicos de la psicología del deporte con un enfoque fundamentalmente tecnológico y aplicado, centrado en los diferentes ámbitos y subespecialidades que conforman este campo de intervención. A ello, hay que añadir algunos conocimientos básicos de la propia área de intervención, del deporte y de las ciencias que en él intervienen (medicina, teoría del entrenamiento, legislación deportiva,…) ya que la labor profesional se realiza habitualmente en colaboración multidisciplinar. Obviamente, este esquema general es susceptible de mejora y ajuste, aunque ha venido demostrando su eficacia en algunos casos, como por ejemplo en la formación de nivel Master que se ha ofrecido desde el Colegio Oficial de Psicólogos de la C. Valenciana y que ha seguido este esquema, sin menoscabo de la calidad indudable de otras ofertas formativas de postgrado existentes en nuestro país.

Por otra parte, la formación especializada no debería concluir con la realización de un curso de postgrado, por bueno que sea, sino que se hace imprescindible mantener un nivel de actualización constante, recurriendo para ello a la gran variedad de fuentes de información que disponemos, especialmente las revistas especializadas, a la participación en foros y encuentros científico-profesionales, o a la realización de cursos de menor duración, ajustados a las demandas concretas de la labor profesional del día a día y por lo tanto con mayor grado de especificidad.

La integración del conocimiento científico en la práctica profesional es una necesidad constante, no exenta a lo largo de la historia de nuestra disciplina de cierta polémica y controversia, ejemplificada en sus inicios en el clásico trabajo de R. Martens (1979) en el que planteaba una cierta disyuntiva entre la investigación de laboratorio y el trabajo de campo. Afortunadamente, en la actualidad, esto ya no es motivo de controversia. Los profesionales recurren cada vez más a revistas y textos especializados, y asisten a los congresos y foros científicos para actualizar su formación y conocimientos. Asimismo, se

realizan investigaciones de campo centradas en lo puramente profesional: métodos de trabajo, instrumentos de medida, resultados de intervenciones, etc., hasta el punto de que muchas publicaciones científicas ya incluyen alguna sección específica destinada a presentar a la comunidad científica y profesional los trabajos realizados desde esta segunda perspectiva.

Otro factor a tener en cuenta y que a menudo se pasa por alto es el desarrollo de las habilidades personales, es decir, de todas aquellas capacidades que, no formando parte del currículo de ninguna enseñanza superior, tienen una gran importancia e impacto en el desempeño profesional. Nos referimos a aspectos tales como el desarrollo y la mejora de nuestras habilidades sociales y de comunicación, nuestra capacidad de empatía, nuestra habilidad para concentrarnos, o para aplicar adecuadamente el autocontrol emocional, así como otras facetas personales formales, como la capacidad para organizar bien los tiempos, la seriedad en el ajuste a citas y horarios, la puntualidad, la limpieza y corrección en la presentación de los informes, y un largo etcétera.

En lo referente a los requisitos para el ejercicio profesional, vivimos un momento de transición por los cambios y ajustes al espacio europeo de formación superior universitaria, por lo que algunos criterios o condiciones actuales se verán seguramente afectados. De entrada, parece que el requisito para un profesional de la psicología seguirá siendo el haber obtenido el Grado de Psicología, aunque, como comentaremos más adelante, hay dudas y riesgos vinculados con la organización del postgrado y las especialidades, que podrían afectar a nuestro campo de aplicación. Aclarado esto, podemos indicar algunos requisitos que, no siendo formales sí que son, a mi juicio, más que recomendables para cumplir el buen ejercicio profesional. De entrada, es importante aumentar y actualizar la formación, tanto en los contendidos como en los procedimientos y sistemas de trabajo o las técnicas de evaluación. Y tampoco sería descabellado pensar en algún sistema que obligara al reciclado, una vez ya obtenido el título de certificación de especialidad, como ya se hace en otros países.

Uno de los requisitos imprescindibles para el ejercicio profesional es el ajustarse totalmente a la normativa y los criterios establecidos en el código deontológico. Más allá de cumplir una función de normas éticas y/o legales, los aspectos deontológicos actúan como una autentica guía de nuestra labor, señalando y ejemplificando formas de actuar que llevan a demostrar también nuestra capacitación, rigor, seriedad y eficacia en el desempeño, y que además cumple una finalidad humana y social (Bermejo, 2008).

Por último, el avance continuo de nuestra disciplina hacia nuevos subcampos de aplicación y al desarrollo de subespecialidades va a requerir un esfuerzo de ajuste de nuestra formación y de nuestras capacidades profesionales para demostrar, sin lugar a dudas, la adecuación y la utilidad de nuestro ejercicio profesional en libre competencia con otros profesionales con los que seguramente deberemos compartir pero también delimitar las diversas funciones y áreas de trabajo.

Un riesgo común a cualquier campo de aplicación es que, al estar definido socialmente por las tareas y actividades humanas específicas que se realizan (como el área de la psicología jurídica, laboral, militar,…), su acometida puede darse desde diferentes áreas de conocimiento. A esto tenemos que añadir que en muchas ocasiones la demanda requiere colaboración interdisciplinar, estableciéndose espacios de solapamiento en los que la definición detallada y diferenciada de cada rol profesional no siempre es nítida. Por ejemplo, si nos referimos al rendimiento deportivo, es obvio que podemos abordarlo desde diferentes disciplinas: educación física, medicina, biomecánica, fisioterapia… incluyendo, claro está, la Psicología, así como plantearnos su evaluación y/o intervención de manera interdisciplinar (León y Cantón, 2008).

Las dificultades para el establecimiento del rol profesional se ven incrementadas por los intereses, no siempre lícitos, de personas que se arrogan las tareas propias de la psicología del deporte, es decir, por el problema del intrusismo, cuando no del puro y sencillo engaño de algunos “personajes” que dicen actuar en lo “mental o espiritual”.

Como hemos visto, los riesgos son consustanciales a cualquier actividad humana y no tienen por qué suponer un freno, una limitación ni mucho menos abocar a la renuncia o al abandono de las tareas. A veces, el que existan riesgos, actúa como motor impulsor que nos lleva a mejorar nuestras estrategias, a controlar más adecuadamente lo que hacemos y a esforzarnos más para acabar convirtiendo estos riesgos en una oportunidad de mejora, en un reto. Sin embargo, para poder darles un enfoque positivo, es necesario conocerlos lo mejor posible, sin autoengaños o complacencias que no nos lleven a ningún sitio.

CUADRO 1
ÁMBITOS DE ACTUACIÓN PROFESIONAL EN P. DEPORTE
(COP, 1998; 2006)

Ámbitos actuación (COP, 1998)	Ámbitos actuación (COP, 2006)
✓ Deporte de Rendimiento ✓ Deporte Base e Iniciación ✓ Deporte de Ocio, Salud y Tiempo libre	✓ Deporte de Rendimiento ✓ Deporte Base e Iniciación temprana ✓ Deporte de Ocio y Tiempo libre ✓ Poblaciones especiales ✓ Organizaciones Deportivas

CUADRO 2 FUNCIONES A DESEMPEÑAR EN P. DEPORTE (COP, 1998)	
EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	✓ Tests y cuestionarios ✓ Entrevistas ✓ Técnicas y procedimientos de auto-observación y auto-registro ✓ Registros de observación ✓ Registros psicofisiológicos
PLANIFICACIÓN Y ASESORAMIENTO	✓ Variables psicológicas ✓ Rendimiento y/o actuación ✓ Adherencia a la actividad ✓ Consecución de objetivos ✓ Habilidades sociales,....
INTERVENCIÓN	✓ Directa: entrenamiento psicológico ✓ Indirecta: diseño y aplicación de estrategias psicológicas
EDUCACIÓN Y/O FORMACIÓN	✓ Actividades regladas: Cursos entrenadores, ✓ postgrados,... ✓ Actividades no regladas: conferencias, encuentros deportivos,...
INVESTIGACIÓN	✓ Básica ✓ Aplicada

Una de las posibles respuestas a estos riesgos reseña dos consiste en objetivizar al máximo el rol profesional de nuestra área, como ya hiciera, en un primer acercamiento a la cuestión, el Colegio Oficial de Psicólogos de España –COP- (1998), estableciendo los principales ámbitos o áreas de actuación profesional (Cuadro 1) así como las funciones a desempeñar (Cuadro 2). Estas últimas son comunes a toda la ciencia psicológica, aunque especificada y ajustada a las características del área. Los ámbitos de trabajo se modificaron en una reunión realizada en el COP de Valencia en el año 2006, destacando la "desaparición" aparente del ámbito de la psicología del deporte para la salud, ya que se consideró que todas y cada una de las áreas de intervención debían enfocarse de forma saludable.

Como se ha reseñado en otros lugares (Cantón, 1996; 2003; León y Cantón, 2008), la delimitación del desempeño profesional se puede completar abordando aquellas tareas de trabajo conjunto, de colaboración multi o interdisciplinar, en la que las aportaciones del conjunto de especialistas en ciencias del deporte son necesarias para conseguir los objetivos de manera eficaz y eficiente.

Para concluir, hay que mencionar un importante objetivo que se perfila próximo en el horizonte temporal y que va a afectar directamente a nuestra profesión: la creación de divisiones profesionales y el subsiguiente proceso de acreditación o reconocimiento de la especialidad por parte del Consejo de Colegios Oficiales de Psicólogos de España. Al igual que su organización homónima norteamericana, la A.P.A. (que creó la División 47 de psicología del deporte en 1986) y en unos momentos en que la formación universitaria parece diluirse en unos postgrados con especialidades amplias y accesibles a alumnos/as con formaciones diferentes, la creación de Divisiones profesionales con criterios para poder acreditar la especialización, apoyar la formación como expertos y desarrollar el rol profesional, contribuirá sin duda a beneficiar a nuestro colectivo, y también a la sociedad en general, promoviendo que las personas que requieran de nuestros servicio encuentren a profesionales formados, competentes y comprometidos con la ética deontológica.

REFERENCIAS

- Bermejo, V. (2008). Supuesto didáctico sobre ética profesional y deontología en el campo de la psicoterapia. Información Psicologica, 93, 107-115.
- Cantón, E. (1990). Estudio de la Psicología de la Actividad Física y el Deporte a través del Journal of Sport Psychology. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia.
- Cantón, E. (1996). La profesión del Psicólogo de la Actividad Física y el Deporte. Informació Psicológica, 62, 4-8.
- Cantón, E. (2001). La Psicología del deporte en el Colegio Oficial de Psicólogos de España. En J. Dosil (Ed.), Aproximación a la Psicología del deporte (pp. 61- 70). Orense: Edit. Gersam.
- Cantón, E. (2003). La Psicología del deporte profesional. En E. J. Garcés (Ed..), Áreas de aplicación de la Psicología del deporte (pp. 12-20). Región de Murcia: Consejería de Presidencia, Dirección General de Deportes.
- Cantón, E. y Sánchez-Gombau, M.C. (1998). José Roig Ibáñez: los inicios de la Psicología del Deporte en España. En M. Saiz y cols. (Eds.), Nuevas aportaciones a la Historia de la Psicología (pp. 69). Barcelona: Cardellach Còpies.
- Cantón, E. y Sánchez- Gombau, M.C. (2003). La Psicología del deporte en la gestión de las organizaciones deportivas. En E. J. Garcés (Ed.), Áreas de aplicación de la Psicología del deporte (pp. 86-96). Región de Murcia: Consejería de Presidencia, Dirección General de Deportes.
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998). Perfiles profesionales del psicólogo. Madrid: COP.
- Cruz, J. y Cantón, E. (1992). Desarrollo histórico y perspectivas de la Psicología del Deporte en España. Revista de Psicología del Deporte, 1, 53-62.
- León, E. y Cantón, E. (2008). La formación del profesional de la psicología del deporte. En J. A. Mora y F. Chapado (Eds.), Visión actual de la psicología del deporte (pp. 654-660). Sevilla: Editorial Wanceulen.
- Martens, R. (1979). About smocks and jocks. Journal of Sport Psychology, 1, 94-99.
- Rodríguez Marín, J. (1991): Psicología de la salud: Situación en la España actual. Revista de Psicología de la Salud, 3(1), 55-91.
- Rodríguez Marín, J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J. y Neipp, M.C. (2008). Manual de Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis.
- Sánchez, M.C. (2006) (Ed.). Marketing y recursos humanos en organizaciones deportivas. Madrid: Editorial EOS. Tortosa, F. y Civera, C. (2001). Revista y disciplina psicológica. Cien años de encuentro. Papeles del Psicólogo, 79, 27-43.
- Tortosa, F., Mayor, L. y Carpintero, H. (1990). La psicología contemporánea desde la historiografía. Barcelona: Editorial PPU.

- Weinberg, R.S. y Gould, D. (1996). Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico. Barcelona: Ariel.

2.10 LA PSICOLOGÍA DE LAS EMERFENCIAS: UNA NUEVA PROFESIÓN

Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud.
N.º 21, pp. 173-187, 2015

María José Ochoa Cepero

INTRODUCCIÓN

La Psicología de Emergencias es un ámbito profesional cada vez más presente en la sociedad actual, como bien muestran los medios de comunicación. Esto es así porque, por una parte, ha quedado patente que los sucesos vitales no solo atentan contra la integridad física de las personas, causan daños materiales o cuantiosas pérdidas económicas, sino que también generan un profundo impacto emocional en las personas afectadas, en los equipos de intervención y en la comunidad en general, impacto que puede acarrear importantes consecuencias a corto y largo plazo; y por otra, porque se ha reconocido la importancia que una pronta intervención tiene en la recuperación psíquica/psicológica de los afectados.

BREVE RECORRIDO POR LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS

Si bien no hay un único origen en la Psicología de Emergencias (la intervención psicológica en crisis y emergencias siempre ha formado parte de propio hacer del psicólogo) nos parece interesante señalar algunos de los hitos que forman parte de la historia de esta nueva área de conocimiento.

1. Los trabajos de investigación de Eduard Stierlin sobre las reacciones psicológicas de 21 supervivientes de un accidente minero (1905) y de 135 personas dos meses después del terremoto de Messina (Italia, 1908).
2. Los trabajos de Eric Lindermann (1944) con los supervivientes y con las familias de los fallecidos tras el incendio del Club Nocturno Coconut Grove en Boston. Sus informes sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes se convirtieron en la base de posteriores teorizaciones acerca del proceso de duelo.
3. Los trabajos de Friedman y Linn (1957) con los supervivientes del barco “Andrea Doria”. Sus conclusiones subrayan la importancia de tener en cuenta las diferentes respuestas de los afectados dependiendo de la fase en la que se encuentren (choque inicial o recuperación).
4. Los trabajos de Lifton Robert (años 60) sobre los problemas psicológicos a largo plazo tras el bombardeo atómico en Hiroshima.
5. La publicación en 1970 por la Asociación de Psiquiatría Americana del manual de “Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes”.

En España, la psicología de emergencias comienza a ser conocida mucho más tarde. Si bien ya en 1971 encontramos iniciativas de atención en crisis como las ofrecidas por el Teléfono de la Esperanza, no es hasta principios de los años 90 cuando los dispositivos de Protección Civil empiezan a incorporar psicólogos en los planes de actuación ante las emergencias, aunque dentro de una orientación más psicosocial que psicológica. Será el desastre ocurrido el verano de 1996 en el camping de las Nieves en Biescas (Huesca) el que marque un antes y un después en este tipo de intervenciones. Por primera vez en nuestro país se da una demanda social de ayuda psicológica de características nuevas y, posteriormente, una valoración positiva de la intervención de los psicólogos por parte de los afectados y de los medios de comunicación. La presencia de psicólogos pasa a considerarse como un recurso humano más en una gestión eficaz de la catástrofe. Y esto también tiene su reflejo en los Colegios Oficiales de Psicólogos de España, donde empiezan a surgir paulatinamente los Grupos de intervención psicológica en emergencias.

PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿EN QUÉ CONSISTE?

La intervención en psicología de emergencias es una práctica encuadrada dentro de la prevención secundaria. Es decir, si en el área de Salud Pública la prevención suele tomar tres formas —la prevención primaria (dirigida a reducir la incidencia de los trastornos), la prevención secundaria (dirigida a reducir los efectos dañinos de los sucesos que acaban de ocurrir) y la prevención terciaria (dirigida a reparar el daño ya causado)—, la intervención psicológica en emergencias se encuadra dentro de los procedimientos pertenecientes a la prevención secundaria. Es decir, se realiza cuando la persona se encuentra en estado de crisis.

¿Qué es un estado de crisis?

Podríamos definir crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización generado por un evento vital externo que sobrepasa la capacidad de respuesta de la persona; en otras palabras, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica.

La intervención en emergencias irá dirigida a ayudar a una persona a afrontar su crisis de forma que la probabilidad de consecuencias negativas disminuya y la probabilidad de crecimiento personal aumente.

Se podría afirmar que la psicología de emergencias ofrece asistencia psicológica en los primeros momentos del suceso (lo que el proyecto de Ley del Sistema Nacional de Protección Civil (2014) en su artículo 16 denomina “respuesta inmediata”) con el objetivo de atender el dolor inmediato, así como de reducir las posibles consecuencias a medio y largo plazo.

A pesar de la apariencia, la psicología de emergencias no es hacer psicología clínica en la calle. Ambas tienen zonas comunes, pero también contornos propios que las delimitan. Así, podríamos destacar que:

—La psicología de emergencias no se realiza en una consulta sino en el lugar del incidente.
—La intervención se lleva a cabo con una duración limitada en el tiempo (en general no suele exceder de 1 o 2 días).
—La intensidad emocional de las personas con las que se trabaja es mucho más alta.
—Es un trabajo de equipo y que se ejerce en equipo.
—No hay un plan de trabajo al modo de las sesiones clínicas, aunque sí hay protocolos. Se trata de intervenciones que no se pueden preparar de antemano. Las situaciones son tan dinámicas que constantemente requieren de experimentada improvisación.

Aclarando conceptos

Dando un rápido repaso a los nombres de los Grupos de Intervención Psicológica de los distintos Colegios Profesionales de Psicólogos de España comprobamos que en todos ellos aparece la palabra “Emergencias”, en muchos de ellos “Catástrofe” y en algunos “Desastre” o “Crisis”. Llegados a este punto, consideramos necesario aclarar algunos conceptos que muchas veces pueden parecer sinónimos sin serlo.

Cuando nos referimos a la respuesta que da el organismo ante un suceso de alto impacto emocional que sobrepasa sus recursos de afrontamiento, hablamos de crisis. Cuando atendemos al tipo de suceso, hablamos de accidente, emergencia, desastre o catástrofes, dependiendo del número de afectados y de la capacidad de respuesta del sistema. Repasando las definiciones ofrecidas por la Dirección General de Protección Civil, por Robles y Medina (2002), por García Renero (2003) y por Fernández Millán (2005) y comparando los términos entre sí, podemos llegar a la conclusión de que:

—Una catástrofe es una situación resultante de acontecimientos imprevisibles, brutales y repentinos que alteran o interrumpen sustancialmente el funcionamiento de una comunidad o sociedad por ocasionar gran cantidad de afectados, daños e impactos materiales, y cuya atención supera los medios disponibles de la propia comunidad. Se produce una importante desorganización social y se precisa ayuda del exterior. En la catástrofe, los individuos

afectados no podrán contar con ayuda institucional, al menos en los primeros momentos, y tendrá que hacer frente a las consecuencias del fenómeno con sus propios medios. Un ejemplo de catástrofe lo constituyó el Tsunami de Indonesia de 2004.

—Un desastre es una situación en la que toda la población de forma indiscriminada se ve afectada por los hechos: altera el funcionamiento vital de la sociedad (biológico, orden del sistema, sistema moral y motivación de los individuos). En los desastres se produce alarma en toda la sociedad, pero los sistemas de respuesta institucionales, públicos y privados quedan indemnes pudiendo ayudar a la colectividad afectada. Un ejemplo de desastre fue el 11-M (España, 2004). También nos serviría el terremoto de Lorca (España, 2011).

—Una emergencia es una situación que aparece cuando surge un fenómeno o suceso eventual, inesperado y desagradable por su poder para causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medio ambiente. La emergencia supone una ruptura de la normalidad de un sistema, pero no excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Como ejemplo de emergencia sirva el accidente aéreo de los bomberos forestales de la base helitransportada de Alcorisa (Teruel) en 2011.

—Un accidente es un suceso imprevisto y no deseado que implica daños a un menor número de personas, causando, por tanto, un menor estrés en la colectividad. El sistema cuenta con recursos suficientes para afrontarlo. Sirva como ejemplo uno de los muchos accidentes de tráfico en los que perecen una o dos personas. Desde el punto de vista de la intervención encontramos características comunes que comparten tanto las catástrofes como los desastres, emergencias y accidentes.

Estas son las siguientes:
—Son imprevisibles y accidentales.
—Causan sorpresa, indefensión y desestabilización.
—Implican pérdida o amenaza de la vida o de la propiedad, perturban el sentido de la comunidad y provocan consecuencias adversas para los supervivientes.
—Precisan intervención no demorable. Son situaciones de urgencia.
—Aparecen reacciones psicológicas similares.
—Son sucesos o eventos críticos, es decir, potencialmente traumáticos.

La capacidad para causar trauma dependerá de las características personales del afectado (edad, estado vital, experiencias previas, capacidad de afrontamiento, recursos disponibles…) y de las características del suceso en sí. A este respecto hay que señalar que los sucesos de origen humano de carácter intencionado (p. ej. un acto de agresión sexual, un acto terrorista…) tienen mayor potencial traumático que un suceso de origen humano accidental (p.ej. un accidente laboral o un accidente de tráfico) o que un suceso de origen natural (p.ej. una inundación, un incendio).

¿En qué situaciones se interviene?

Si bien esto suele depender del tipo de convenio que cada grupo de intervención establezca con instituciones públicas (p.ej. protección civil) o privadas (p.ej. compañías de seguros), estos son los escenarios más frecuentes de los equipos de intervención en España:
—Accidentes de tráfico, aéreos, navales y ferroviarios.
—Accidentes laborales.
—Accidentes naturales: aludes, inundaciones, incendios, terremotos…
—Intentos autolíticos y suicidio consumado (en este caso se trabaja con los allegados).
—Maltrato de género.
—Maltrato infantil.
—Abuso sexual.
—Actos terroristas.

—Desaparecidos. Secuestrados. Toma de rehenes.
—Situaciones de alarma social.

¿Con quiénes se interviene?

Cuando en emergencias hablamos de afectados no solo nos estamos refiriendo a las personas que reciben directamente el impacto del suceso, sino a todo aquel que de una forma u otra muestra afectación por el suceso. A menudo el suceso repercute a nivel emocional y/o psíquico sobre personas que solo han visto, oído o sentido el suceso, o incluso a personas que no estaban presenten.

De forma general podemos distinguir tres tipos de afectados:
—Afectados directos o primarios: son aquellas personas que han estado expuestas directamente al suceso, tanto si se encuentran físicamente heridas como si se encuentran ilesas.
—Afectados secundarios: son aquellas personas que se encuentran afectivamente unidas a los afectados primarios.
—Afectados terciarios: se refiere a los profesionales que intervienen en la emergencia.
Taylor y Frazer (1981) amplían esta clasificación señalando hasta seis tipos de afectados:
—Primarios: personas que se encuentran expuestas al suceso al máximo nivel.
—Secundarios: parientes y amistades de los afectados primarios.
—De tercer nivel: personal de salvamento y rescate, quienes -en palabras de Taylor- “necesitan ayuda para mantener su rendimiento funcional durante algunas operaciones y hacer frente a los posteriores efectos psicológicos traumáticos”.
—De cuarto nivel: la comunidad implicada. Esto es, desde las personas que altruistamente ofrecen su ayuda, hasta quienes sufren pérdidas y robos en casos de desastre.
—De quinto nivel: personas que, sin haber estado envueltas directamente en el suceso, sufren estados de estrés o perturbación.
—De sexto nivel: personas que resultarían afectadas por estar implicadas de forma directa (podrían haber sido víctimas primarias porque estaban en el lugar del suceso) o de forma vicaria (p.ej. observadores, testigos).

De estas clasificaciones, lo más destacado es tener presente que en una emergencia puede haber afectados que no han estado presentes durante el suceso (p.ej., así lo recoge los criterios del propio Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM-V) así como el hecho de que los propios profesionales que participan en las tareas de rescate y ayuda pueden terminar afectados.

¿Cuándo se lleva a cabo la intervención psicológica?

De modo general, se han identificado cuatro fases sucesivas en el desarrollo de las situaciones de emergencia. Son las siguientes:
Fase pre-impacto: como su nombre indica se trata de la fase previa al impacto. Corresponde a un nivel de prevención primario en el que cabe destacar la capacitación en prevención de desastres de la población (p.ej. el caso de Cuba y los tifones o Japón y los terremotos). Una buena prevención primaria minimizará los posibles efectos adversos.
Fase de alerta: La población se pone en estado de preparación (p.ej. las riadas del Ebro) ante las primeras señales de peligro. Se crean actitudes de vigilancia y defensa que conviven con la tendencia a no creer en la inminencia del peligro y a olvidarse de tomar las precauciones más básicas. Esta fase no siempre es posible porque hay muchos eventos que surgen de manera imprevista (p.ej. accidente de tráfico).

Fase de alarma: Hay una percepción de riesgo inminente. La situación se convierte en peligrosa y tiene poder como para iniciar una crisis. Como en el caso anterior, no siempre aparece o es tan breve que no es perceptible.

Período de crisis: es el momento en el que se da el suceso (incluye las horas posteriores). Esta etapa se caracteriza por el daño, la destrucción, la desorganización y confusión generalizada, el miedo, los sentimientos de vulnerabilidad, la necesidad de supervivencia… Es en esta fase cuando los servicios de los Equipos de intervención psicológica son demandados (prevención secundaria), si bien su presencia podría estar igualmente justificada en las fases anteriores.

¿Cuáles son las reacciones más habituales en los afectados durante la fase inmediata al impacto (período de crisis)?

Cuando el ser humano se encuentra ante un suceso de alta intensidad, el organismo pasa de un estado de indiferencia a un estado de máxima alerta, lo que conlleva la movilización de recursos fisiológicos con el fin de responder a la situación amenazante. Es la llamada reacción o respuesta de estrés y va a implicar tanto al Sistema Nervioso Central como al Sistema Nervioso Autónomo y al Neuroendocrino,

Presentamos a continuación un listado de la sintomatología más frecuente ordenado según el canal de respuesta:

A nivel fisiológico:

- Aumento de la frecuencia cardiaca, de la respiración y de la presión arterial.
- Palpitaciones.
- Sudoración, acaloramiento súbito.
- Necesidad continua de orinar u orinar mucho.
- Accesos de diarrea.
- Náuseas o vómitos.
- Temblor en manos y pies.
- Hiperventilación y sensación de pánico.
- Estupor fisiológico.

A nivel cognitivo:

- Pensamientos y valoraciones irracionales y/o negativas.
- Desorganización en el análisis de la información.
- Dificultades en la toma de decisiones.
- Focalización inadecuada de la atención.
- Dificultades en la concentración.
- Olvido de cuestiones importantes.
- Sensación de falta de autoconfianza.
- Sensación de falta de control. A nivel emocional:
- Shock emocional.
- Embotamiento.
- Ira, irritabilidad, agresividad.
- Negación.
- Culpabilidad.
- Miedo.
- Ansiedad.
- Indefensión.
- Tristeza.

A nivel conductual:

Si imaginamos la expresión conductual a lo largo de un continuo, los polos de este podrían ser los siguientes:

- Polo dilatado: hiperactivo, nervioso, precipitado, agitado, caótico, gesticulante, descontrolado… En el caso más extremo nos encontraríamos a la persona que sufre una crisis de pánico y también a aquella que responde con agresividad.
- Polo constrictivo: hipoactivo, bloqueado, apático, pasivo, rumiante, lento, inmóvil… En el caso más extremo nos encontraríamos a la persona en shock. En la modulación y evolución de estas reacciones no solo influyen las características del suceso (magnitud, origen,

previsibilidad…), sino las características personales de cada afectado (antecedentes psicopatológicos previos, personalidad, estrategias y capacidades de afrontamiento, evaluación subjetiva de la situación, apoyo social…).

Estas reacciones psicológicas suelen mantenerse en los días siguientes al acontecimiento traumático y suelen ir evolucionando en varias fases. A veces algunas de estas respuestas se pueden mantener en el tiempo o irse derivando a otro tipo de sintomatología más persistente por lo que una intervención temprana en esta primera fase puede ser determinante para evitar reacciones diferidas de estrés.

Por otro lado, queremos recordar que, tal y como repiten todos los manuales de intervención en emergencias, "toda respuesta es normal en una situación anormal".

Desmontando mitos: El pánico colectivo

El pánico colectivo se caracteriza por un alto nivel de tensión y angustia intensa, anormal e incontrolable. Normalmente provoca la ruptura de las relaciones cooperativas y desemboca en un incremento del miedo y del peligro. La conducta de la persona se desorganiza y se hace muy desadaptativa: puede existir violencia, agresividad y, en ocasiones, actitudes temerarias. Se acrecienta por la incertidumbre y el rumor.

El pánico colectivo ocurre por contagio emocional: es un proceso interactivo en el que una persona influye en otra y esta, a su vez, en la primera, produciéndose un proceso de escalada emocional. No solo se contagia la emoción, sino que se incrementa la intensidad de la respuesta. Por lo tanto, si no se interviene en el inicio, puede resultar caótica.

En la base del pánico de masas está la despersonalización. Cuando una persona se encuentra en una situación de riesgo vital puede sentir miedo de responsabilizarse de sus actos, de tomar decisiones y tiende, de manera instintiva, a refugiarse en el grupo. Esta despersonalización conduce a un estado colectivo de gran sugestionabilidad, lo que facilita el contagio generalizado.

Es muy frecuente considerar que el pánico es una respuesta típica en situaciones de crisis. Sin embargo, las conductas inadaptadas no son las dominantes en este tipo de contexto. Las más frecuentes son las conductas cooperativas y coordinadas. A pesar del miedo colectivo lo habitual es encontrarse con personas que desarrollan conductas prosociales y que siguen fácilmente las indicaciones de las autoridades. Son colaboradoras.

¿En qué consiste la intervención psicológica en la fase inmediata al impacto?

Los objetivos principales de esta intervención son restablecer la estabilidad emocional de la persona en crisis, aliviar el sufrimiento y prevenir la aparición de
trastornos psicológicos. Para ello la intervención debe ser:

1. Inmediata: cuanto antes se interviene menos probabilidades hay de que se desarrollen psicopatologías futuras.
2. Realizada en un lugar próximo al suceso: se le aleja de la zona del impacto, llevándole a un lugar seguro y protegido de estímulos aversivos (p.ej. que no se tenga visión de los restos del accidente).
3. Sencilla y simple: el estado cognitivo y emocional de la persona en crisis suele estar alterado impidiendo comprender con claridad lo que ocurre, así como tomar decisiones. Por ello, se emplea un lenguaje sencillo de frases cortas y directas con el fin de facilitar la comprensión de lo ocurrido y de su propia reacción.
4. Positiva: Se transmiten expectativas positivas respecto a su capacidad de afrontar la situación y se normaliza, es decir, se insiste en que sus reacciones son las reacciones normales ante una situación excepcional.

¿Cómo se desarrolla la intervención?: Una intervención completa contemplaría los siguientes pasos:

1. Activación del grupo.

Los Grupos de intervención de los Colegios Oficiales de Psicólogos de España son activados por el organismo de Protección Civil de la propia autonomía con quienes

previamente se ha firmado un convenio de colaboración. Dicho convenio recoge el plan de activación donde se refleja en qué situaciones el Grupo de intervención ha de ser activado. Por ejemplo, el Grupo de intervención psicológica en emergencias y catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón (GIPEC-COPPA) es activado cuando el suceso provoca tres fallecidos o hay un menor implicado o se considera que hay alarma social.

2. Llegada a la zona.

El coordinador del Grupo localiza al Jefe de mando del operativo y pone el Grupo a su disposición.

3. Localización de los afectados potenciales.

Se realiza un cribaje para identificar a los afectados sobre los que urge intervenir antes.
Muchas veces se comienza la intervención por aquellos afectados que muestran una respuesta hiperactiva con el fin, por un lado, de facilitar el trabajo de los otros cuerpos de intervención (p.ej. bomberos) y, por otro, de evitar el posible contagio emocional a otros afectados y disminuir con ello las probabilidades de que la situación se descontrole. Sin embargo, desde un punto de vista de prevención de psicopatologías, muchas veces son las personas hipoactivas (p.ej. una persona en shock o ausente) las que antes necesitan de intervención.

4. Organización del espacio.

Lo primero es llevar a los afectados a un espacio seguro y alejado de la zona de impacto (zona cero) con el fin de que evitar que sigan teniendo contacto (visual, sonoro, olfativo…) con estímulos aversivos.
En la búsqueda y organización de estos espacios se ha de tener en cuenta si se espera o no la llegada de familiares (sería ideal que cada familia contara con su propio espacio).

5. Inicio de los PAP (Primeros Auxilios Psicológicos)

Los PAP son la primera ayuda psicológica que se ofrece a los afectados. Es una herramienta que, en la mayoría de los casos, puede ser suficiente para rebajar la activación emocional y lograr una reubicación mental y emocional del afectado.
Consiste en:
—Tomar contacto. En este momento el profesional establece contacto físico, verbal y emocional con el afectado. Esto implica:

- Mirar a los ojos.
- Conducirse con calma. Esto ayuda a serenar la situación.
- Mantener una actitud de empatía, respeto, igualdad y cercanía.
- Identificarse y pedirle el nombre. Esto ayuda a resituar.

—Ayudar a retomar el control y restablecer la capacidad de afrontamiento.

- Aplicar técnicas de desactivación fisiológica (p.ej. respiración con expiraciones más prolongadas).
- Facilitar la ventilación emocional. Es importante que la persona afectada exprese lo que ha vivido, cómo se siente, qué temores tiene… Esto facilita una organización mental y emocional que poco a poco llevará a la persona afectada a empezar a entender lo ocurrido y a integrarlo en su biografía. Para ello, el profesional aplica técnicas de escucha, no juzga ni censura, alivia la culpabilidad, permite expresiones de llanto, de ira…,
- Normalizar las reacciones. Es importante explicar al afectado que su respuesta es una respuesta transitoria, que no es una persona enferma sino una persona afectada y que su reacción es absolutamente normal.
- Dar información (la que se pueda dar) evitando un lenguaje que genere impacto emocional (p.ej. “está destrozado”) o imágenes dolorosas (p.ej. “tiene la cabeza aplastada”). No calificar los hechos como terribles o difíciles de superar.

6. Comunicación de malas noticias

Una mala noticia siempre será una mala noticia por muy bien que se transmita. Aquí el objetivo es tener la habilidad de comunicarla con empatía, sin añadir más trauma, y acompañar al doliente en sus reacciones posteriores.
También se ofrece asesoramiento en el caso de que se haya de comunicar la mala noticia a un menor. Es decir, en la mayoría de los casos, se opta por que sea el familiar más cercano o el familiar emocionalmente más preparado el que transmita la noticia, contando para ello con el apoyo y asesoramiento del profesional.

7. Acompañamiento en la identificación de objetos y/o identificación de cadáveres.
Los objetos para ser identificados no se llevarán en el momento de dar la mala noticia. Se ha de dar un tiempo para asimilar el hecho.
Respecto a la identificación del cadáver lo ideal es que se haga a través de la prueba del ADN para no añadir más sufrimiento a la familia.
Como esta no siempre se practica (por razones de tiempo, de medios económicos…), últimamente se está imponiendo la identificación a través de fotografías a la visualización directa del cuerpo.
Si la familia insiste en ver el cuerpo, lo más frecuente es que el profesional lo vea antes para preparar a la familia. Si hay partes del cuerpo muy dañadas, estas estarán tapadas y se obviarán en la descripción. Solo se describe -usando un lenguaje neutral-, las partes visibles del cadáver.

8. Acompañamiento en tanatorio y rito funerario.
Presencia discreta. Es más importante que los dolientes reciban consuelo y apoyo de su red social (amigos, vecinos, compañeros del colegio…) que del grupo de profesionales emergencistas.
9. Derivación: La intervención en emergencias termina con la facilitación de otros recursos de ayuda (médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales…).
10. En casos excepcionales la intervención podría incluir un seguimiento posterior. El debate que esta cuestión siempre plantea en los Equipos de intervención psicológica en emergencias es si este seguimiento debería considerarse dentro de la Psicología de emergencias o si bien ya pertenecería al área de la Psicología clínica.

LA ATENCIÓN A LOS INTERVINIENTES EN LAS EMERGENCIAS

En las situaciones de emergencia se concentran una serie de factores distintos cuerpos de intervención actuando e intentando coordinarse; fallecidos; el sufrimiento de los supervivientes, familiares, amigos… ; las circunstancias de las muertes (niños, suicidios…); una información escasa o contradictoria; a veces, condiciones atmosféricas adversas; intervenciones en condiciones peligrosas; el cansancio; la presencia de los medios de comunicación…- que activan todos sus recursos físicos, mentales y emocionales. Además, las situaciones de emergencia son situaciones tan cambiantes que el interviniente consciente o inconscientementete está permanentemente activado para poder reaccionar ante los imprevistos que puedan aparecer.

Esta activación les permite concentrarse, tomar decisiones rápidamente y desarrollar una gran actividad para atender con rapidez las variadas demandas que se producen, pero también supone un desgaste importante para el organismo; y las situaciones e imágenes de sufrimiento humano que contextualizan su trabajo pueden terminar afectándoles. De hecho, los profesionales que trabajan en emergencias tienen un riesgo seis veces mayor que la población de desarrollar el Trastorno de estrés postraumático (Parada, 2005).

Atender a los intervinientes en emergencias es prestar atención al estrés.

¿Qué es el estrés?

El estrés es un estado de tensión ante las exigencias del medio. La palabra estrés viene de la mecánica y significa la tensión de resistencia que opone un cuerpo ante una presión o fuerza determinada que se ejerce sobre él. En sentido biológico estrés significa el

esfuerzo de adaptación que hace el organismo ante un agente que lo intenta distorsionar en algún sentido.

Finalmente, tenemos que decir que la tensión o estrés no siempre es dañina: la tensión, hasta un cierto grado favorece el rendimiento, pero pasado ese grado, la tensión se vuelve enormemente perjudicial (Ley de Yerkes-Dodson). El grado de tensión óptimo depende de cada persona y de sus circunstancias.

Las fuentes de estrés pueden ser muchas y hay distintas formas de clasificarlas, por ejemplo:

—estresores externos (p.ej. trabajar a 40 grados centígrados) o internos (p.ej. miedo a sufrir un golpe de calor).

—agentes físicos (p. ej. estar en contacto con sustancias tóxicas…), sociales (p. ej. malas relaciones laborales), personales (p.ej. estar en un proceso de separación) o psicológicas. Respecto a estas últimas, hay cuatro causas importantes de estrés:

1. Frustración: como resultado de no conseguir nuestros propósitos o de no satisfacer nuestras necesidades. P.ej. tras dos horas de intento de rescate, el intervenido termina falleciendo.
2. Conflicto: cuando nos enfrentamos a una situación en la que hemos de elegir entre dos respuestas incompatibles a un mismo tiempo (p.ej. hacer lo que me dictan las normas, por ejemplo, impedir que los familiares toquen el cuerpo del fallecido, o lo que humanamente me gustaría hacer).
3. Presión: Por la premura de tiempo, por la competencia de otros, por la sobrecarga de trabajo, por la responsabilidad, por las circunstancias extremas de la situación, por las posibles consecuencias de la intervención…
4. Estrés autoimpuesto. Nace de creencias irracionales que cada uno se autoimpone e impone a los demás. P.ej.: tenía que haberlo salvado.

Presentamos a continuación los principales factores de riesgo que acompañan a los equipos de intervención en emergencias. Se trata de un listado general al que habría que añadir los que cada operativo, por sus propias características, aporta.

A) Factores relacionados con el incidente:

—Lesiones graves o muerte de compañeros.
—Accidente con múltiples víctimas.
—Intervenciones que originan lesiones o muertes en afectados.
—Muertes o lesiones traumáticas en niños.
—Incidentes con excesivo interés por parte de los medios de comunicación.
—Víctimas conocidas del interviniente.
—Resultados negativos tras intensos esfuerzos.

B) Factores personales:

—Inclinación al perfeccionismo.
—Generar altas expectativas en las intervenciones.
—Baja autoestima.
—Idealización de la ayuda que se presta a las personas vulnerables.
—Minimizar los resultados que se obtienen, aumentando la sensación de impotencia.
—Dificultades para decir “no” a determinadas tareas.
—Excesiva responsabilidad.
—Búsqueda de sensaciones y asunción de riesgos.
—Búsqueda de gratificación inmediata.
—Dificultad para mantener relaciones sociales.
—Escaso desarrollo de habilidades sociales.
—Inadecuados mecanismos de afrontamiento.
—Inseguridad.
—Falta de equilibrio personal.
—Poca tolerancia a la frustración.
—Malas condiciones físicas.

—Vivencia de situaciones similares no elaboradas similares a las que está viviendo ahora.
—Estar atravesando un momento delicado en su vida personal.
—Experiencia de fracaso en intervenciones anteriores.
—Carecer de red de apoyo social y familiar consistente.

C) Factores relacionados con el contexto de trabajo:
—Falta de información.
—Falta de medios (humanos y materiales).
—Desconocimiento del campo de actuación.
—Inadecuación del perfil con la actividad.
—Falta de rotación en la tarea.
—Presiones de trabajo.
—Falta cohesión grupal.
—Condiciones de falta de seguridad personal.
—Existencia de conflictos con los mandos o compañeros.
—Turnos de trabajo inadecuados.
—Carencia de pausas o descansos.
—Climatología adversa.

Estos factores pueden causar estrés. Para detectarlo es importante que el emergercista conozca y (se) reconozca la sintomatología más frecuente:
a) A nivel fisiológico:
Respiración agitada o palpitaciones, náuseas, trastornos digestivos, diarrea y pérdida de apetito, sudores, escalofríos, temblores musculares, contracción muscular, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, temblores, boca seca, opresión en el pecho…
b) A nivel emocional:
Las respuestas más frecuentes son aquellas relacionadas con sintomatología ansiosa y/o depresiva.
Así, es frecuente encontrar estados de tristeza, cambios de humor, apatía, sentimientos de impotencia, vulnerabilidad e inadecuación, frustración, tener dificultad para expresar sentimientos, anestesia afectiva, miedo a perder el control, irritabilidad, agresividad, culpabilidad, nerviosismo…
c) A nivel cognitivo
Nos podemos encontrar confusión, desorientación, problemas de concentración y de memoria, olvidos, lentitud de pensamiento, dificultad para pensar y tomar decisiones, pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro que es visto como desolador, excesiva autocrítica, pensamientos repetitivos e intrusivos, excesivo temor al fracaso, presencia de flashback sobre sucesos impactantes, sueños recurrentes sobre un tema determinado u otros sueños traumáticos, amnesia retrógrada y selectiva, alucinaciones…
d) A nivel comportamental y social:
Es frecuente el aislamiento de la familia y amigos, la pasividad o hiperactividad y la incapacidad para descansar, el llanto, las reacciones impulsivas, la risa nerviosa, el trato brusco hacia los demás, un cambio en el comportamiento habitual, el aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, el aumento o disminución del apetito, la pérdida de interés por cosas que antes eran gratificantes… Las consecuencias serán más o menos graves, más o menos reversibles dependiendo
del grado, de la frecuencia y del tiempo de exposición a la respuesta de estrés.
Si atendemos a las alteraciones psicológicas más frecuentes, nos encontramos con:
—Trastornos del ánimo.
—Trastornos de ansiedad.
—Trastornos de estrés postraumático.

—Transformación persistente de la personalidad.
—Trastornos de adaptación.
—Trastornos de sueño.
—Trastornos sexuales.
—Burnout.
—Fatiga por compasión.

¿Cómo prevenir el estrés?
En la prevención del estrés del emergencista hay dos protagonistas principales:
1. La institución a la que pertenece y que marca, en buena parte, las condiciones laborales en que desarrolla su trabajo.
2. El propio emergencista.

Prevención desde la institución:
Cuidar de la salud y del bienestar del trabajador es una obligación empresarial. Desde este punto de vista, la organización a la que pertenece el profesional de emergencias debería:
1. Ofrecer formación actualizada y continuada sobre:
• Las tareas que implican el desarrollo de la profesión.
• Ansiedad y estrés: qué es la ansiedad/el estrés, cuáles son las respuestas más habituales y las formas de control (ej. técnicas de respiración, de visualización, de relajación, el uso del humor, el pensamiento positivo…).
• Primeros Auxilios Psicológicos: uno de los aspectos que más estresan al emergencista es no saber qué hacer con el dolor y la angustia de los afectados. Cómo tratar a los dolientes. Esto se convierte en un importante estresor que se añade a los estresores propios de su labor principal.
2. Asignar a cada miembro del equipo a una actividad atendiendo a sus capacidades.
3. Crear un buen clima de trabajo y favorecer las relaciones positivas dentro del equipo.
4. Realizar pausas y turnos de trabajo.
5. Si se detectase, in situ, a un compañero con respuestas de ansiedad o manifestaciones de estrés:
• Apartarle y llevarle a un lugar sin estímulos agresivos.
• Preguntarle, escucharle, normalizarle, apoyarle.
• Proporcionarle un descanso (media hora o el tiempo que requiera) o cambiarle de tarea.
6. Tras la intervención, y por protocolo, realizar prácticas de desactivación
como p.ej. defusing o debriefing.

Prevención desde el interviniente:
El propio interviniente juega un papel importante en la prevención de enfermedades relacionadas con el estrés. A este respecto, ofrecemos una serie de pautas que pueden ser de utilidad:
1. Llevar una vida sana: alimentación, sueño, deporte, ocio… que equilibre el desgaste laboral.

2. Preocuparse por formarse y aumentar su profesionalidad.

3. Mantener relaciones sociales que le sirva de apoyo.

4. Conocer los propios límites y rebajar el perfeccionismo.

5. Revisar la forma de pensar: identificar ideas distorsionadas y creencias irracionales.

6. Aprender a manejar un estilo asertivo.

7. Saber manejar la empatía y la ecpatía (La ecpatia es un recurso mental que registra la capacidad de involucrarse con los demás desde un nivel sano. Aplicada en su justa medida, evita el surgimiento de procesos manipulativos, maltrato psicológico y el burnout emocional innecesario).

8. Usar la protección del rol.

9. Recordar que tras una intervención es normal:
- Sentir una activación fisiológica, cognitiva y emocional.
- Tener necesidad de seguir trabajando, de no poder parar ni descansar.
- Sentirse incomprendido por los seres queridos.
- Ser demasiado críticos con la labor realizada.
- Que aparezcan imágenes sobre el incidente o soñar con él.
- Sentir necesidad de contar repetidamente lo sucedido, o lo contrario: no tener ningún deseo de hablar de ello.
- Sentirse aburrido y con necesidad de volver a intervenir.
- Que se produzcan cambios en la escala de valores.

10. Practicar técnicas de manejo de estrés antes, durante y después de la intervención:
- Técnicas de respiración y de relajación.
- Actitud consciente y atención plena (actualmente denominado Mindfulness)
- Expresar lo vivido, ya sea a través del diálogo, de la escritura, de la pintura…
- Buscar apoyo en los compañeros, en la familia, en los amigos.
- Establecer consigo mismo un contrato de recuperación: realizar un calendario con actividades que pueden ayudar a la recuperación y cumplirlo.

11. Buscar ayuda profesional si el malestar se prolonga en el tiempo (a partir de la 5 semana), si la sintomatología en vez de disminuir aumenta de intensidad o si está provocando disrupciones en la vida cotidiana.

REFERENCIAS

- DSM-V: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2010). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Editorial Paramericana.
- BELLOC, A., (2008) Manual de psicopatología II. S.A. MCGRAW-HILL / INTERA- MERICANA DE ESPAÑA.
- FERNANDEZ MILLÁN, J.M. (COORD.) (2005). Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Pirámide.
- FIDALGO, M. (2006). Nota técnica de prevención 390: La conducta humana ante situaciones de emergencia: Análisis de proceso en la conducta. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- FOUCE, J.G., HERNANDEZ-CORONADO, C., NEVADO, M., MARTÍNEZ, R.M.,
- LOSADA, D. Y LILLO, A. Intervención psicológica en situaciones de emergencia. Cuadernos de crisis 1998 (www.cuadernosdecrisis.com).
- GARCÍA RENERO, M., GIL BELTRAÁN, J.M. Aproximación conceptual al desastre.
- Cuadernos de crisis núm.3, Vol.1.Año 2003 (www.cuadernosdecrisis.com).
- HERNÁNDEZ CONDE, M.J. Y OCHOA CEPERO, M.J. (2015). “Psicología y emergencia: el papel del profesional de la psicología en las situaciones de emergencia. FO- CAD-COP.
- LORENTE, F. (2008). Asistencia psicológica a víctimas. Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias. Arán Ediciones.
- PARADA, E. (2005) Psicología y emergencia, habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Editorial Bruwer. Madrid.
- ROBLES SÁNCHEZ, J.L., MEDINA AMOR, J.L. (2002). Intervención psicológica en
- las catástrofes. Ed. Síntesis. Serie guías de intervención. Madrid.

- TAYLOR, A.J.W. Y FRAZER, A.G. (1981). Psychological sequelae of operation overduefollowing the dc-10 aircrash in Antarctica. Victoria University, Wellington, New Zealand: Victoria University of Wellington Publications in Psychology, 27.
- URRUZUNO ECHEVERRÍA, J.M., ESPINOSA NAVAS, I., IZQUIERDO RODRIGUEZ, R. Y DE LA PUERTA RUEDA, C. (2012). Manual psicosocial para intervinientes en emergencias. Academia Vasca de Policía y Emergencia. http://www.proteccioncivil.org

2.11 LA CONFIGURACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN ARGENTINA. Desde la profesionalización de la Psicología hasta la Ley de Salud Mental (1954–2010)

Nicolás Campodónico

(Campodónico, N. (2019). Configuración de las políticas públicas en Salud Mental en la historia de la psiquiatría argentina (1954 – 2010). Perspectivas En Psicología, 16(1), 38-47. Recuperado a partir de http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/409)

Resumen
Reconocemos que en la actualidad nuevas condiciones históricas hacen de la Salud Mental un tópico de creciente preocupación tanto a nivel de política pública como de orientaciones teóricas. En el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales, y las de salud en particular, se ven transformadas en la redefinición de las funciones del Estado. Entonces, nos proponemos analizar los avatares y contextos sociales, políticos, culturales, económicos, por los que ha atravesado en la historia de Argentina, las formulaciones y aplicaciones de políticas públicas en salud mental, tomando como período desde 1954 la profesionalización de la Psicología hasta la formulación de la Ley de Salud Mental en 2010, para de esta forma historizar los avatares e implicancias que se suscitaron en este período.
Palabras clave: Salud Mental, Política Pública, Influencia cultural, Historia

Summary
We recognize that currently new historical conditions make Mental Health a topic of growing concern both at the level of public policy and theoretical orientations. In the context of current changes, social policies, and health policies in particular, are transformed into the redefinition of the functions of the State. Then, we intend to analyze the avatars and social, political, cultural, economic contexts, through which Argentina's history and formulations and applications of public policies in mental health have gone through, taking as a period since 1954 the professionalization of Psychology until the formulation of the Mental Health Law in 2010, in order to historicize the avatars and implications that arose during this period.
Keywords: Mental Health, Public Policy, Cultural Influence, History

Introducción

Para aproximarse a la trama de la historia de la psicología académica y profesional en Argentina, con sus personajes, sus instituciones, el juego de intereses, las transformaciones ideológicas, la diferenciación de períodos y procesos, es necesario acudir a los diferentes trabajos específicos en el tema de autores como Klappenbach, Rossi, Vezzetti, Vilanova, entre otros.

Partimos de reconocer que los problemas que atraviesan el campo de la Salud Mental en Argentina provienen de sus orígenes. El problema en que este trabajo se inscribe resulta del tema más general de las respuestas a través de las políticas públicas en el campo de la salud mental a las diferentes cuestiones clínicas y sociales que se presentan en este campo. Las consultas en el ámbito de la salud pública constituyen una problemática de interés en el campo de la las diferentes orientaciones teórico-clínicas así como una preocupación marcada en el abordaje por parte del Estado en la salud pública. Es así, que en el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales y entre ellas las de salud en particular se ven severamente transformadas en la redefinición de las funciones del Estado. Las prácticas en salud mental son, obviamente, atravesadas por estas políticas que generan preocupaciones y ocupaciones, análisis y reflexiones e implican movimientos y transformaciones constantes en dicho campo. Por este motivo, nos proponemos en el actual proyecto analizar los avatares y contextos sociales, políticos, culturales, económicos, por los que ha atravesado en la historia de nuestro país, las formulaciones y aplicaciones de políticas públicas en salud mental, tomando como período referencia desde:

la profesionalización de la Psicología a partir de 1954 hasta la formulación de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010. Para de esta forma historizar los avatares e implicancias que se suscitaron en este período. Esto resulta importante porque la historia nos ayuda a tener una perspectiva genealógica de los actuales problemas, es decir, en otras palabras, nos ayuda a entender el presente, no solamente, lo que se nos presenta como conflictivo dentro de nuestro campo, sino también aquello que se nos aparece como incuestionable. Cada ciencia y cada profesión tiene un relato de su desarrollo y un mito de sus orígenes, y resulta interesante cómo desde una mirada crítica se puede analizar la "historia oficial" y empezar a reconstruir otras historias, para repensar nuestro presente y proyectar el futuro (Ostrovsky, 2010).

Nos ha parecido importante partir entonces de la referencia de los autores en cuanto a la consideración de las prácticas en salud mental como un conjunto simultáneo de representaciones, saberes y acciones específicas de un campo definido, el de la salud mental, espacio no homogéneo, de contradicciones y antagonismos. Es así que el campo de la salud mental se transforma en un sub-campo de las prácticas de salud en general, cuya especificidad se define por el particular constructo social de sentido con respecto a la locura producido en la modernidad, y sus formas institucionales específicas. (Stolkiner, 2009, p. 172)

Resulta necesario demostrar el contexto por el cual se fue desarrollando el campo de la llamada salud mental. Por consiguiente, se puede caracterizar la configuración del campo de la salud mental como un proceso que se fue dando a través del pasaje de un modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas en el campo de la salud mental que se desarrollan en la actualidad. (Arriaga, Ceriani, & Monópoli, 2013) Ante la crítica al sistema asilar-manicomial, la generación de propuestas asistenciales diversas a ésta, es posible de ser situada en los comienzos de los años cincuenta en el siglo pasado, ligada, por un lado, a la instauración del Estado Social en los países centrales, y por otro, posteriormente, a los movimientos sociales tendientes a cuestionar órdenes reinantes. La redistribución operada por las políticas sociales en esa época tendía a proveer márgenes de salud y bienestar a la población y a mantener los límites de los conflictos sociales dentro del dominio del saber técnico-administrativo. Podemos mencionar que la mayoría de las transformaciones en salud mental se englobaron en reformas sanitarias más extensas. Tal es el caso de la psiquiatría comunitaria inglesa, la Reforma psiquiátrica Italiana, entre otras. Sin embargo, con excepción de la experiencia Italiana, todas estas experiencias terminan coexistiendo con los manicomios y, en algunos casos, viendo reaparecer los supuestos objetivantes y segregativos en el interior de prácticas supuestamente innovadoras.

Partimos de trabajos que han indagado períodos anteriores al propuesto para este proyecto donde se ha abordado acerca de la higiene mental en la Argentina. (Talak, 2005) Y así situarnos a partir de la profesión de la Psicología e inserción en el campo de la salud mental como actores activos en el proceso vinculándose con la formulación de políticas públicas progresivamente. (Courel & Talak, 2001) De esta forma, reconocemos que desde la profesionalización de la Psicología en Argentina (1954) hasta la sanción de la Ley de Salud Mental en 2010 han suscitado importantes cambios en las esferas de nuestra sociedad que se vinculan directamente con las políticas públicas propuestas en el área de salud mental para abordar diferentes problemáticas. Los procesos socio-históricos, las condiciones políticas y económicas, entre otras cuestiones como las relaciones de género, como el consumo problemático de sustancias, se vinculan, a nivel singular y colectivo, con los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. En el campo de la salud mental, las tensiones entre las lógicas manicomiales, judicializantes y la lógica de derechos, emergen en las prácticas y políticas públicas, como así también en la producción de conocimiento. Desde una perspectiva ética que interpele la complejidad de las necesidades y demandas, desigualdades e inequidades en la accesibilidad en el campo de las políticas públicas, proponemos relevar diferentes perspectivas que nos permitan develar nudos y rutas críticas, así como también brechas en el acceso al derecho a la salud mental. Para las políticas de salud mental se mantienen permanencias de objetivos

y formulaciones fundacionales, enriquecidas con los avances en las experiencias de sus realizaciones y del afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la salud mental. Entre ellas las que han tenido un significativo desarrollo en estas décadas son las que vienen impulsadas por las jurisprudencias y las políticas que tienen que ver con los derechos humanos y sociales. Si bien desde los principios de salud mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los "locos" y sus familias, o sobre las personas alcohólicas o con problemas de drogas, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizado como violación a derechos fundamentales. Con lo que se fueron produciendo marcos legales en consonancia con numerosos principios, acuerdos, declaraciones internacionales y recomendaciones de organismos internacionales, a los que nuestro país adhirió y que en algunos colaboró en redactar, comprometiéndose a utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas. (Galende, 1992)

Para poder vislumbrar la actual preocupación por la Salud Mental, tomamos como referencia trabajos anteriores (Klappenbach, 1989; Talak, 2005) donde resulta importante subrayar el recorrido y el pasaje desde el paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos, y para ello sería necesario plantear la configuración del campo de la salud mental en primer lugar desde el abordaje de la locura por el discurso jurídico bajo el paradigma de la peligrosidad, previo a la revolución francesa, después el modelo asilar-manicomial y la medicalización de la locura, pasando posteriormente por el planteo higienista de principios del Siglo XX (que consistía en un movimiento que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios en el conjunto social), hasta llegar a partir de la década del 50´ con las importantes políticas públicas en Salud mental y la Ley Nacional de Salud Mental de 2010 que pone el acento en la interdisciplinariedad e intersectorialidad y donde se reconoce a la salud mental en el art. 3 como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) Reflexionando de esta manera sobre las situaciones y dilemas en las prácticas, y los desafíos frente a las significaciones y representaciones sociales y los discursos hegemónicos.

Psicopatología y campo de la salud mental en el mundo: orígenes y desafíos

Resulta necesario plantear las coordenadas del surgimiento de la psiquiatría, que nace como rama de la medicina a fin de responder a una demanda de época consecuente al nacimiento de los estados modernos. Esto es lo que Michel Foucault (1967) conceptualizó sobre su nacimiento político en el contexto de la revolución francesa. En una ciudad pensada para el deambular por los libres ciudadanos en los espacios públicos, y en una sociedad que se suponía que los sujetos regidos por la razón realizaban las elecciones necesarias para posicionarse libre e individualmente, fue necesario definir un espacio material y simbólico para alojar a la "locura" y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse "alienados". Se suponía una sociedad compuesta por sujetos racionales que tomaban decisiones en función del máximo beneficio al menor costo y que se desarrollaba armónicamente por el motor de la competencia mercantil. El Estado era el garante del cumplimiento de este contrato y debía también definir los espacios para quienes resultaban disruptivos dentro de este esquema. De allí el nacimiento de instituciones asistenciales fundadas en la lógica filantrópica, y sostenidas en una articulación entre ciencia y moral. En este contexto, la nueva rama de la medicina, la medicina "mental", instituyó lo que anteriormente eran establecimientos de reclusión como espacios de curación. La privación de derechos, en la institución de tutela, pasó a ser encubierta por el supuesto de cuidado o de curación. Al respecto nos dice Emiliano Galende (1990): "el gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo

que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia a un tratamiento compulsivo de los enfermos". (p. 134) En esta confluencia se consolida la institución asilar-manicomial que será el paradigma de la medicalización de la locura. Podremos situar que, en primer lugar, en un comienzo "el loco" estaba a cargo del discurso jurídico quien realizaba un abordaje social y no terapéutico, ubicándolo junto al marginal, criminal, entre otros, constituyendo de esta forma un grupo indiferenciado que atentaba contra el orden material y social de la familia y el Estado. Todo ello bajo el paradigma de la peligrosidad. La presencia de la medicina en el tratamiento de la locura, permitió extraer al loco de este grupo, para brindarle una categoría fuera del discurso social y jurídico. Es necesario aclarar, en este punto, que la medicalización no fue privativa de la psiquiatría. Es una faceta de un proceso en el cual la ciencia moderna, que supuestamente produce un conocimiento objetivo y verdadero, externos a los intereses y ópticas de los diversos sujetos sociales, se instituyó como razón de poder, reemplazando el lugar de la religión. El positivismo como pensamiento hegemónico planteó la ciencia como garante de la racionalidad del orden social. En ese preciso lugar, la medicina fue llamada a ejercer un papel ordenador en nombre del bien de los sujetos y del desarrollo de la sociedad.

A principios del siglo XX, este modelo comienza a ser cuestionado por el higienismo mental naciente. De esta manera vemos que el concepto de "campo de salud mental", tan importante hoy, tiene su historia particular. Se encuentra situado como heredero del higienismo, movimiento que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios en el conjunto social. La Higiene Mental surgió como movimiento en un momento y en un lugar determinado: a principio del siglo XX en Estados Unidos. Sus protagonistas buscaban el cambio de la situación de las terapias, de los hospitales y de los enfermos internados en las instituciones asilares, enfatizando la necesidad de la prevención. Este higienismo se oponía al alienismo y al monopolio de las respuestas que daban la psiquiatría y su institución, el manicomio. Las transformaciones de la psiquiatría bajo el influjo del higienismo son descriptas así por Leo Kanner: "lo que solía ser considerado como una entidad patológica circunscripta se miraba ahora como la actividad nociva de una persona, a veces de fundamento orgánico reconocido, a menudo sin esa etiología pero siempre impregnada por los factores de personalidad y el medio. La psiquiatría salió de los manicomios, se divorció de las restricciones impuestas al concepto legal de insanía, de encierro y se dedicó a atender toda clase de conducta humana defectuosa, de cualquier intensidad". (Kanner, 1971, p. 43) Aunque el higienismo mental criticó las condiciones del modelo asilar, no logró modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la reclusión que lo caracterizaba. No obstante, podemos decir que dio los primeros pasos para abrir las perspectivas de las prácticas tradicionalmente circunscriptas al asilo. Pese a ello, recién en la segunda mitad del siglo XX, en la posguerra, se inician los procesos de reforma psiquiátrica en el marco del nacimiento de las políticas públicas en salud mental. (Stolkiner, 2003-2004)

Sobre este proceso, dice Galende (1990): "en los años cincuenta se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. Goffman muestra en los Estados Unidos la creación de una nueva patología por el internamiento. Crecen en todo el territorio norteamericano las socioterapias y las comunidades terapéuticas. Cuando llega la ley Kennedy en 1963, con el Programa federal de Psiquiatría Comunitaria, el terreno estaba abandonado. En Francia, a partir de Saint-Alban y con el apoyo del Frente Patriótico, se promulga la reforma sanitaria y la creación del sector como nueva política en Salud Mental. En Italia, el Frente Democrático, reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas, para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental. Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas de salud mental." (Galende, 1990, p. 146)

Las políticas en salud mental resultaron tan diversas como los contextos y Estados en que se desarrollaron. No obstante, hay algunas tendencias que, en términos generales, pueden señalarse como implícitas o deseables en las propuestas de reforma:

1. Centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no el de enfermedad mental.
2. Romper el supuesto o representación de peligrosidad asociado a la reclusión. Modificar las reglas jurídicas al respecto.
3. Proponer formas ambulatorias o integradas a la sociedad de atención de las patologías psiquiátricas tradicionales.
4. Trabajar sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria en actividades de promoción de la salud.
6. Incorporar la conceptualización de ciudadanía y de derechos como componente de la práctica curativa y preventiva.
7. Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

En los últimos tiempos, nuevas condiciones y concepciones históricas hacen de la salud mental un tópico de creciente preocupación y ocupación. En consonancia con esta realidad, en el año 1996 se desarrolló la Conferencia Internacional de Salud Mental, y el documento final de esa reunión, en acuerdo con la tendencia general en salud destacó la necesidad de reorientar los esfuerzos desde el ámbito institucional hacia el comunitario, y de incluir los servicios de salud mental en los programas de seguro médico. Se estimuló, además, la creación de programas destinados a asegurar el desarrollo social de los niños y los derechos de las personas con discapacidad mental. El 2002 es declarado por la OMS Año, Internacional de la Salud Mental y como parte de ello se anunció el Programa Mundial de Acción en Salud Mental.

La historia de la psiquiatría de nuestro país

La manera de definir las reformas en salud mental en Argentina en distintos momentos históricos, apela a confrontar la idea de la superación de lo tradicional (abordajes psiquiátricos denominados “tradicionales”) por métodos modernos y/o progresistas; independientemente de la antigüedad y de la existencia de antecedentes de las reformas que se pretenden encarar como novedosas y modernizadoras. También resulta una recurrencia que la transformación del sistema de atención de salud mental apele fundamentalmente a la creación de nuevos dispositivos diversificados; como si ello garantizara la reforma en profundidad de los abordajes tradicionales instituidos

En 1854 se creó el Hospicio de Mujeres, hoy “Braulio Moyano” y en 1863 el de Hombres, actualmente Hospital “José T. Borda”, en la ciudad de Buenos Aires. Enmarcado en una visión de la salud de carácter individualista, sostenido por la iniciativa y la dádiva de las sociedades de beneficencia y a menudo dirigido por poderes confesionales. En el caso de los primeros manicomios, en poco tiempo reflejaban imágenes del gran encarcelamiento, desatendiendo las condiciones especiales con las cuales debía contar el alienista para producir el denominado “tratamiento moral”.

Esta situación fue aliviada parcialmente por el alienista Domingo Cabred que creó la Colonia Nacional de Alienados “Open Door” en 1899, y en 1906 la Dirección de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. En 1920, Cabred promovió la construcción de numerosas colonias y asilos, y llevó adelante una serie de reformas que estaban en las intenciones de algunos alienistas progresistas. Cabred pretendía extender este sistema (Open Door) a todo tipo de alienado y remarcaba que la función de los asilos colonia era la de dar asistencia y educación. Prácticamente no había fugas, debido al bienestar que tenía el enfermo. Sostuvo la importancia de un tratamiento donde el enfermo desarrollara tareas variadas al aire libre, con la mayor cantidad de libertad compatible con su estado y con la posibilidad de realizar también un sinnúmero de tareas complementarias que canalizaran habilidades laborales. (Falcone, 2013)

Sin embargo, las transformaciones de la situación social del país comprometieron este panorama. El modelo agro-exportador y el fomento de las inmigraciones implicó un desplazamiento de población hacia las ciudades, que crecieron rápidamente y produjeron nuevos problemas sociales y sanitarios. De ese modo se incorporaron las nacientes ideas del "Higienismo", que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios (desde epidemias hasta delitos) en el conjunto social.

En las siguientes décadas se produjo una transición que fue desnudando los límites de las políticas de alienistas e higienistas debido a la indigencia estructural, propia de la lógica manicomial; y por la insuficiencia crónica de recursos que negaban las clases dominantes.

En 1931 el destacado psiquiatra Gonzalo Bosch publicó un texto sobre "El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina", en el cual criticaba a un Estado que fracasaba, a una crisis de legitimación en la psiquiatría y a sus deudas respecto a la resolución del problema de la psiquiatría en la Argentina. Sin embargo, se crearon nuevas instituciones de asistencia social de grupos vulnerables que fueron paralelas a las ofertas de los primeros servicios de internación psiquiátrica privada: los Institutos Frenopáticos. Mientras los locos pobres tenían que ir a las instituciones públicas abandonadas, los que contaban con recursos económicos podían acceder a lugares de mayor confort y comodidad.

Los movimientos institucionales del siglo XX resultan, como lo señala E. Galende, de los modos históricos en que los problemas de Salud Mental se han planteado y fueron abordados (Galende, 1990), tanto por motivos teóricos, políticos y prácticos. Esto ¿qué quiere decir? Que es a partir de mediados del siglo XX, con el auge y reconocimiento de los derechos humanos y sociales como efecto de la Segunda Guerra Mundial, comienzan a instalarse estas cuestiones frente a la dificultad de la psiquiatría para dar respuesta a los nuevos problemas que se le presentaban y, además, por el cuestionamiento surgido en la sociedad respecto de estas instituciones que el nazismo ayudó a develar; es decir, las relaciones de poder que se producen en las instituciones asilares, similares en algún punto a las de los campos de exterminio. Por eso, hay que partir de la idea de que estos movimientos institucionales no son una continuidad de la psiquiatría en la llamada Salud Mental ya que es el momento en el que se comienza a producir el pasaje de la psiquiatría positivista a las políticas en salud mental, como políticas dirigidas a un sector de las problemáticas humanas. (Galende, 1990) Es en este contexto donde deberían tener plena vigencia los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que los organismos internacionales han promovido desde 1948 y que nuestro país ha incorporado al rango constitucional desde la reforma de la Constitución Nacional en 1994. De allí que, a partir de la incorporación de estos Pactos y Tratados Internacionales sobre Derechos, se agudice la crítica al modelo de atención custodial. Tal como lo señala Kraut (2006), que en 1990, en la Declaración de Caracas, se exhortó a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los parlamentos, los sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y a los medios de comunicación de cada Estado, a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica, asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la región. En dicha Declaración, resultado de la Conferencia impulsada por la Organización Panamericana de la Salud, se reconocieron los derechos de las personas con discapacidades mentales a partir de considerar que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. (González Uzcátegui y Levav, 1991)

En la Argentina, las organizaciones mutuales habían pasado en las décadas del 20 al 40, del agrupamiento por nacionalidad de origen, al ordenamiento por rama de la producción, vinculadas a las respectivas organizaciones gremiales. Esas organizaciones mutuales, formadas por los sindicatos sobre bases de asociación voluntaria, habían sido alentadas desde el poder político, durante el período 1945-55. Por ese motivo, paulatinamente fueron transitando desde la voluntariedad a la obligatoriedad, a través de

Convenios Colectivos de Trabajo. De tal modo que, hacia fines de la década del ´50, crecía la expectativa de que constituyeran la base institucional de un sistema integral de Seguridad Social. Aunque habían sido creadas con objetivos amplios de ayuda social (consultorios propios, proveedurías, colonias de vacaciones, campos de esparcimiento, planes de vivienda), a partir de ese momento la política gubernamental les asignará como misión nuclear, financiar atención médica bajo la denominación genérica de Obras Sociales.

Desde la década del '40 se afianzó el Estado de Bienestar en la Argentina, de característica populista, mediante el surgimiento y consolidación del peronismo. La creación desde el estado de organizaciones burocráticas sindicales que comienzan a administrar las recién nacidas obras sociales, desembocó, para Carpintero (2011), en la alianza de este nuevo actor del campo de la salud con los psiquiatras manicomiales en su defensa del dispositivo asilar. El ministro de salud desde 1946 a 1952 fue el neurólogo Ramón Carrillo. En salud mental intentó dar soluciones materiales a problemas tales como la falta de capacidad hospitalaria y de coordinación entre distintas jurisdicciones responsables del tratamiento de la locura. Así se reformaron e inauguraron nuevos lugares de atención, tales como los nuevos Hospicios construidos por pabellones. En el ámbito de la psiquiatría fue controvertido. Por un lado encontró apoyos en los psiquiatras nacionalistas de los Hospitales y Colonias, especialmente en el Hospicio de Hombres. Estos, junto con los burócratas sindicales, fueron los que echaron a Enrique Pichón Rivière del hospital acusándolo de “comunista” y de “promover la homosexualidad” por haber comenzado a implementar grupos terapéuticos con los pacientes. Pero el gremio médico y la mayor parte de los psiquiatras ligados al Higienismo no apoyaron las reformas de Carrillo. Para el autor, en esos años del gobierno peronista el deterioro de la situación en los manicomios se mantuvo.

En nuestro país, a mediados de la década del '50 las tareas por realizar eran enormes debido a las condiciones desastrosas de los hospicios. Durante el año 1957, en la Argentina, con la imposición del desarrollismo como estrategia económica, política y social en el período del gobierno de Frondizi y durante la dictadura de Onganía se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el “campo de la salud mental”:

1°) se crea el Instituto Nacional de Salud Mental.

2°) el Dr. Mauricio Goldemberg funda el primer servicio de psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir, fuera de un hospital psiquiátrico

3°) se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Ya no era solamente el psiquiatra el único responsable de la salud mental, también aparecieron otros actores, en especial los psicólogos que, a pesar de tener severamente limitada la práctica clínica, fueron ganando importantes espacios en los hospitales y centros de salud mental, aunque en muchos casos debían trabajar gratis. Las conceptualizaciones del Psicoanálisis, la sociología, la antropología, la psicología institucional y la psiquiatría comunitaria comenzaron a interesarse por la realidad de las instituciones manicomiales con una mirada crítica que ponía el acento en la necesidad de desplegar prácticas comunitarias y preventivo-asistenciales. Durante estos años se crearon las primeras residencias de salud mental, las salas de internación en hospitales generales, los hospitales de día y las comunidades terapéuticas. A la vez se difundieron los abordajes terapéuticos que mostraban los beneficios potenciales de extender los límites del Psicoanálisis: los tratamientos grupales, familiares e institucionales, el psicodrama, la psicología social y el Psicoanálisis de niños.

Sin embargo, la estructura manicomial siguió vigente apoyada por los diferentes poderes políticos que atraviesan las décadas del '60 y '70, los cuales prohibieron y reprimieron algunas experiencias. Las reformas de esta época han quedado como el testimonio de experiencias parciales que no fueron integradas a un plan Nacional de Salud Mental.

La dictadura cívico-militar de 1976 instala finalmente el Terrorismo de Estado. Se destruyen los servicios de salud mental ya que las instituciones fueron intervenidas por una

burocracia cívico-militar en el marco de un proyecto abocado a llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional. En este momento empieza a afianzarse una política privatista decidida en el campo de la salud. Es decir, si hasta ahora el Estado se había desentendido de la Salud Mental, empiezan a tomar poder los grupos privados para poner el campo de la Salud Mental al servicio de sus intereses económicos.

Cuando a principios de los ochenta se inicia el período de transición democrática, se intenta generar una política en Salud Mental para recuperar los espacios destruidos por la dictadura. Desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud se realizan experiencias como la del Plan Piloto de Salud Mental y Social (La Boca-Barracas), que se agotan rápidamente por la falta de un presupuesto adecuado y una decisión política para continuarlas. Nuevamente se comienza con planes pilotos que finalizan al breve tiempo por no contar con un apoyo del Estado. En tal sentido, Enrique Carpintero (2011) enfatiza que la historia de nuestro país es la historia de planes pilotos y la continuidad de los manicomios desde fines del siglo XIX. El mayor logro, en esta época, fue la reforma antimanicomial realizada en la Provincia de Río Negro.

Finalmente, en los '90 se reafirma una política neoliberal capitalista regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud queda principalmente en manos del mercado. Es decir, los grandes laboratorios y empresas de medicina. Como señala Maitena María Fidalgo (2008): “El panorama general del sector salud muestra una aguda crisis de seguridad social, desprestigiada y desfinanciada; un sector público que mantiene un presupuesto estable ante una demanda cada vez mayor; un sector privado que atiende las necesidades de los sectores con determinado poder adquisitivo, fragmentando, y diferenciando planes de salud de acuerdo a la capacidad de pago. Así, el ámbito sanitario se consolidó como un mercado más, radicalizándose la puja distributiva que se registraba desde hacía décadas”. (p.34) Su consecuencia es una derechización de la gestión de las crisis sociales que modificará las reglas de juego en el campo de las políticas sanitarias. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública para servir a los intereses privados. De esta manera, se produce el desmantelamiento de las instituciones públicas ya que la salud queda en manos de la iniciativa privada cuyo eje ordenador es la relación costos-beneficios. El proceso de globalización capitalista trae aparejado la exclusión y desafiliación de amplios sectores de la población que quedan así desplazadas a los márgenes de la sociedad.

La salud Pública como paradigma del sistema sanitario argentino

Si hablamos de salud pública tendemos a compararla en contraposición a la salud privada. Mientras la pública está en manos del Estado y supuestamente sirve a los intereses del conjunto de la población, la privada responde a las leyes de costo-beneficio donde sólo pueden acceder a sus servicios aquellos que pueden pagarla. Si bien este planteo es básicamente correcto como nos plantea Enrique Carpintero en su libro La subjetividad asediada… (2011) debemos tener en cuenta que el estado no es neutral ya que responde a determinados intereses políticos y económicos desde el cual privatiza a la salud pública en su beneficio. Cuando hablamos de sector privado debemos destacar que ya no está constituido por los consultorios y las pequeñas empresas médicas. Ahora es hegemonizado por las grades empresas que realizan su inversión en salud bajo la expectativa de la ganancia económica. Los principios de su participación en salud son ajenos a las ideas de lo comunitario y a la prevención de riesgos.

Para la perspectiva liberal conservadora o progresista, lo público es sinónimo de intervención del Estado. En ambas se mantiene la consideración de lo privado de la salud, reservándose la intervención de lo público para aquellos individuos o grupos que no pueden valerse por sus propios medios. El Estado debe ocuparse de las medidas preventivas para grupos marginados y de administrar instituciones para los que no tienen dinero. El resto de las prácticas en salud quedan en manos del mercado. (Carpintero, 2011)

En Argentina, en el Plan Federal de Salud 2004-2007 estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud, el Ministerio de Salud de la República Argentina plantea a la Salud Mental como una de las áreas importantes sobre las cuales es necesario implementar acciones específicas; pero denuncia a la vez "la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina" (Consejo Federal de Salud, 2004, p. 27). De esta manera y en función a la importancia de atender este campo que cobra cada vez mayor relevancia, se recrudece la implementación de programas y planes en el campo de la salud mental desde la llamada Atención Primaria.

Cierta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que no existe actualmente una definición unívoca sobre el término. Hay distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan. Desde cierta perspectiva, se piensa entonces, el trabajo en este nivel de atención como llevado a cabo por distintos profesionales que trabajan las problemáticas de salud desde equipos interdisciplinarios, siendo su objetivo la atención integral de las problemáticas que la comunidad y los sujetos que la componen presentan. Sin embargo, se configura una diferenciación de la prevención de la atención en salud basada en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. La Atención Primaria de la Salud tiene como objetivo la promoción y protección de la salud de la población, una forma de anticiparse a la enfermedad desde acciones preventivas. Entre ellas se encuentran la Educación de la Salud, las Inmunizaciones y el Saneamiento Ambiental. Se realiza esencialmente en los Centros de Salud del Área Programática y los Servicios de Promoción y Protección de la Salud de los hospitales públicos. Constituye el primer nivel de atención de la salud. La Atención Secundaria de la Salud, está representada por la asistencia ambulatoria de enfermos en Consultorios Externos, hasta los casos que necesitan internación clínica y/o quirúrgica de patologías comunes. Constituye el segundo nivel de atención de la salud. La Atención Terciaria de la Salud, es el nivel de máxima complejidad médica, ya sea por la patología que presentan los pacientes como de los recursos técnicos de diagnóstico y tratamiento necesarios. Son pacientes que están internados en Unidades de Terapia Intensiva y/o Unidad Coronaria, como otros servicios como Neurocirugía. Constituye el tercer nivel de atención de la salud.

En este sentido es que la Atención Primaria de la salud (APS) es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. Es allí que la Atención Primaria de la Salud fue definida como: "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". (OMS, 1978)

Analizando el concepto de APS, Yamila Comes afirma que "(...) los organismos internacionales sólo postulan definiciones amplias y muchas veces difusas. La forma en que cada gobierno interpreta lo que es la Atención Primaria de la Salud hace al modelo de Salud Publica en el cual se inscribe". (Stolkiner, 1999) Otros autores piensan el trabajo en Atención Primaria desde una óptica distinta. Uno de los criterios, es la igualdad en la calidad de atención (Galende, 1990); lo que supone pensar que el trabajo en este nivel de atención no es solo "la puerta de entrada al sistema de salud ni es la medicina para los pobres" (Galende, 1990, p. 222) sino que supone asegurar la cobertura en salud a todos los ciudadanos del territorio sin importar su clase social. Se trata de que la cobertura sea para todos. Esta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que hay distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan.

Por consiguiente, podemos reconocer que cada época tiene una forma particular de producción de padecimientos y de responder ante ellos también. Siguiendo esta idea, Galende (1992) plantea, como hipótesis, que en las actuales condiciones es esperable un crecimiento de lo que se engloba bajo la denominación de patologías narcisistas: trastornos del carácter, perversiones, enfermedades funcionales, padecimientos psicosomáticos y adicciones, así como un incremento de la violencia familiar y los suicidios. Conjuntamente con el aumento de las depresiones de diversa índole. No obstante, algunos de estos problemas ya eran relevantes con anterioridad y su aparente aumento en términos relativos, puede provenir de su salida de un espacio de invisibilidad social. El ejemplo más claro es el del maltrato a la mujer, no se puede evaluar su incremento por el de la demanda de asistencia. Como indicador epidemiológico, la demanda es de poco valor dado que hasta hace unos años no existían servicios que brindaran asistencia a este problema y se lo ubicaba consensualmente en la esfera de lo íntimo, no trascendiendo del espacio doméstico. Quizás las modificaciones de representaciones de género y de situación de la mujer tienden a facilitar su corrimiento de la esfera doméstica e íntima y favorecer la aparición del mismo en la esfera pública. Quizás uno de los efectos de la crisis sea transparentar situaciones, desinvisibilizar procesos y desafiar a revisiones teóricas a fin de ajustar las herramientas a las problemáticas. Probablemente haya que pensar en nuevas categorizaciones en función de las nuevas formas de producción de padecimiento. En estas nuevas categorizaciones no puede quedar afuera, también, el malestar difuso (y eventualmente asintomático) de la crisis de las instituciones. (Galende, 1992)

Identidad: profesión y disciplina

Sabemos que las carreras de psicología en Argentina nacieron en la década del ‘50 y en universidades públicas, en tiempos de renovación social, cultural y educativa, favorables para la emergencia de nuevas profesiones. La primera fue creada en 1955 en la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Las siguientes abrieron sus puertas en la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1957, en las universidades nacionales de Córdoba (UNC), de La Plata (UNLP) y de Cuyo (en San Luis) en 1958, y en la Universidad Nacional de Tucumán (UNT) en 1959. Más tarde, en 1966, se abrió la de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMP). (Courel & Talak, 2001)

La transformación social y cultural que se produjo a partir de la segunda mitad de los ’50, luego de la caída del peronismo, implicó renovaciones de la formación universitaria, que trataba de ponerse a tono con los desarrollos que se habían producido en Europa y Estados Unidos durante la segunda posguerra. Las ciencias sociales pasaron a primer plano, y la psicología fue incorporada a los currículos junto a otras disciplinas como la sociología y la antropología. Así, para 1959 ya había en el país seis carreras mayores de psicología en universidades estatales.

Una de las posibilidades para explicar la constitución de una identidad profesional, es analizar el contexto de la generación que encarna su génesis. Otra es considerar las cronologías para revisar cómo el orden de los nacimientos se relaciona con el curso de los acontecimientos, cómo se determinan linajes y relaciones de sucesión. (Uresti, 2002) Entonces, el objeto de análisis es una cohorte, con manifestaciones que expresan en ciertas condiciones y propiedades, experiencias compartidas, acontecimientos, contenidos y vivencias emparentados. Los individuos que la componen co-participan de objetivos afines, manifestaciones colectivas de las voluntades individuales, producciones y prácticas que van absorbiendo las convicciones de su tiempo.

Las profesiones y sus reglamentaciones legales son entidades aglutinantes y complejas. Adquieren su condición de tales a partir de una formación prolongada y acreditada, del juicio de pares, de la valoración social y de la inserción en el mercado de trabajo (González Leandri; 1999). Son evaluadas desde la aptitud para desempeñarse en un campo específico del conocimiento y por la posibilidad de intervenir sobre la realidad. En el caso de la profesión de psicólogo, inexistente con graduados nativos hasta los años ´60, "la inserción profesional no era clara (...) era un poco un intento, sin saber muy bien lo

que iba a pasar a nivel profesional (...) No estaban desarrollados como lo están ahora los equipos donde se incluyen todos los profesionales de la Salud Mental". (Langleib, 1983)

En este contexto deben considerarse algunos hechos que atentaron contra su posibilidad de consolidación y delimitación. Por una parte, la dificultad para acotar la exclusividad del contenido que abordaría, que ya era trabajado por otros profesionales, como psiquiatras y psicoanalistas. Por otra, la consideración del enfoque de la enseñanza en los momentos iniciales de formación, resultado de haber ubicado a la Carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras - de reconocido corte académico - frente a, por ejemplo, la Facultad de Medicina - de definido corte profesional - que se seguía reservando el contenido y la transmisión tanto de la psicología como del psicoanálisis para la formación de psiquiatras y en cursos no formales para graduados y estudiantes. (Malfé, 1969) La carrera creada en 1957, que otorgaba el título de Licenciado, ponía en tensión tradiciones institucionales de enseñanza y expectativas de los alumnos, que fueron mutando con el tiempo.

A ellos originariamente les inquietaban por lo menos dos cosas: o no sabían qué serían una vez graduados, o sabían que querrían dedicarse a algo para lo que no estarían habilitados, que era, en muchos casos, el ejercicio de la psicoterapia. Además, una profesión, para ser considerada tal, debe tener establecido cómo se organiza internamente a partir de los conocimientos con los que opera, la forma en que mantiene su autonomía respecto de otras y de los modos en que controla y dirige la actividad que desarrolla. Ninguna de estas condiciones se cumplía exhaustivamente para la de los psicólogos a comienzos de los ´60.

Si se reconoce que la identidad profesional se conforma a partir de los modelos con los que identifican los aprendices, y que los psicólogos estaban siendo formados por médicos u otros profesionales, se puede anticipar que estos formadores no funcionarían con claridad como referentes para la construcción de una frontera que actuara como límite y como legitimador social y académico, como "vigilante" de las actividades de otros grupos, como regulador de la oferta de trabajo. También la profesionalización es una forma de búsqueda de prestigio colectivo paralela a la formalización, especialización y apropiación de un saber. (Gómez Campo & Tenti Fanfanni; 1989) El hecho de tratarse de un campo disciplinario compartido con profesionales de otras formaciones, complicaba la determinación respecto de quiénes constituirían el grupo de los acreditados para operar con ese saber. En este sentido, los primeros psicólogos debieron participar simultáneamente de dos procesos: el que los ubicó como graduados de una carrera mayor y el que les dio visibilidad y legitimidad social, buscando la forma de instalarse en un campo ya ocupado por otros, que anteriormente fueron habilitados para ejercer lo que ellos también querían hacer. Debieron batallar entre su condición de emergentes históricos y de opositores a estrategias preestablecidas de operación dentro de una disciplina. Compartieron con otros universitarios la idea de operar sobre organizaciones sociales, organismos de conducción en áreas básicas como salud y educación, con el objetivo de promover cohesión social, e impulsar procesos de funcionamiento democrático de la sociedad. En nuestro país, (al menos en la Universidad de Buenos Aires) parece claro que la psicología perdía contacto con ese horizonte externo, carecía de figuras relevantes y quedaba reducida a una enseñanza rutinaria, a la incorporación "técnica" de lo que se llamaba "psicología médica" (que abrió el campo de las psicoterapias médicas) y a un perfil técnico centrado en procedimientos auxiliares, los tests mentales, en el campo de la educación y la orientación profesional. Si el I Congreso Nacional de Psicología, de 1954 puso en evidencia un interés bastante amplio por la disciplina, la inspección de los participantes locales alcanza para ver que se trataba de una confluencia en la que coincidían representantes de disciplinas ya constituidas (la filosofía, la pedagogía, la psiquiatría médica y algunos psicoanalistas) y que, en todo caso, concebían la creación de una carrera universitaria de psicología como una prolongación de lo existente. En todo caso, queda pendiente la investigación del impacto inmediato de ese Ier Congreso en dirección a la efectiva creación de las carreras y, sobre todo, a la definición de un perfil autónomo para la disciplina. Pero en el caso de la Universidad de Buenos Aires,

en esos primeros años, no hay señales claras de que se esté propugnando el nacimiento de una disciplina nueva y con un perfil profesional definido.

El "campo psi", hasta el egreso de los primeros psicólogos universitarios, estaba habitado por médicos psiquiatras y psicoanalistas que se consideraban - y de hecho lo estaban - habilitados para actuar en el terreno de la Salud Mental y aspiraban a hacerlo. Para insertarse debieron enfrentar a quienes ya estaban instalados en él, así como a algunas manifestaciones de hostilidad y se avinieron participar de negociaciones no siempre beneficiosas. A algunos psiquiatras les preocupó mantener distancia respecto de los psicólogos. Otros les encontraron lugares de inserción en sus servicios. Mientras tanto, entre psiquiatras y psicoanalistas también se tramitaban diferencias. No disputaban los mismos espacios, miraban desde perspectivas diferentes al campo teórico y laboral, sobre todo a partir de la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1956.

En este momento de la historia en Argentina surge la legislación nacional que proponía diversas limitaciones a la actividad de los psicólogos para de esta manera delimitar las implicancias que tuvo en la práctica y en la identidad profesional. Entre estas limitaciones estaba claramente especificado el puesto auxiliar que ocupaba el psicólogo respecto del psiquiatra. Veremos cómo a sólo dos meses de haberse producido el Congreso de Psicología en Tucumán, el 12 de mayo de 1954 se firma la Resolución N° 2282, durante el gobierno peronista, comúnmente conocida bajo el nombre de Resolución Carrillo, que otorgaba la facultad del ejercicio de la Psicoterapia y el Psicoanálisis a los profesionales médicos, concretando legislativamente a favor de los médicos en lo concerniente al campo psicológico. De esta manera, vemos que la creación de las carreras de Psicología en Argentina genera un fuerte desafío y un gran interrogante. Para incluirse en el campo "psi" los nuevos pretendientes debían librar dos batallas: la de autorización para ingresar y la de consolidar una cultura propia a partir de antecedentes de otras profesiones sobre el mismo campo.

El título de la resolución era Aprobación del Reglamento para ejercer la Psicoterapia y el Psicoanálisis y decía en sus considerandos:

> “Considerando: que la Ley 12.912 de ejercicio de la medicina ha previsto solamente los casos generales; que, por sus características especiales, el ejercicio de algunas especialidades médicas, tanto por los profesionales como por los auxiliares técnicos, requiere aclaraciones para evitar que unos y otros se extralimiten en sus funciones, como ha ocurrido en la práctica; que, desde este punto de vista, la Psicoterapia en general y el Psicoanálisis en particular ofrecen aspectos aún no reglamentados: que es función y deber de este Ministerio controlar los aspectos deontológicos y legales del acto médico.
>
> Art. l- Aprobar el siguiente reglamento para el ejercicio de la Psicoterapia y el Psicoanálisis:
>
> Título I- De las personas que pueden ejercer la Psicoterapia y el Psicoanálisis. Declarar expresamente que, siendo la psicoterapia un procedimiento terapéutico total o predominantemente sugestivo, su ejercicio está comprendido dentro de lo previsto por el Art.2 de la Ley 12.912, en la parte que se refiere al ejercicio de la medicina.
>
> Art.2- Por lo tanto, sólo podrán ejercerla por sí, integran y directamente, las personas que estén comprendidas en el Art.4 de la citada ley.
>
> Art.3- Los auxiliares técnicos biotipólogos, visitadores sociales, auxiliares de higiene mental o social o asistentes sociales, diplomados por este Ministerio o universidad nacional, podrán colaborar con los médicos o autoridades competentes, en su consultorio o en establecimientos oficiales o privados tales como clínicas, sanatorios, escuelas para niños anormales, clínicas de conducta y otros similares. (…)

Art.8- Los títulos o certificados extendidos por sociedades psicológicas o psicoanalíticas, centros docentes o instituciones científicas particulares, sólo tendrán validez honorífica y en ningún caso habilitarán para el ejercicio de las respectivas especialidades".

La Resolución 2282 se mantuvo vigente hasta 1967, estableciendo que la Psicoterapia como procedimiento sugestivo, debía estar en manos de profesionales de la Medicina. Fue reemplazada por la ley 17.132 que colocó al ejercicio de la Psicología y de la Odontología como actividades de colaboración, reglamentándolas junto con las de terapistas ocupacionales, auxiliares de radiología, kinesiólogos, mecánicos para dentistas, dietistas, auxiliares de anestesia, auxiliares de psiquiatría y técnicos en calzado ortopédico, entre otras (Falcone, 1997). Mientras esto sucedía y se debatía en la Universidad y en los organismos corporativos, los psicólogos trabajaban en el campo de la Salud Mental, batallando con rebeldía por mantenerse en él y sostener el rol profesional (Harari & Musso, 1970). Pertenecer y permanecer era considerado un verdadero desafío, implicaba transgredir las leyes, negociar y al mismo tiempo comprometerse en la preservación de lo acumulado como profesión en el corto tiempo de existencia.

Como hito importante que debemos señalar, recién el 27 de septiembre de 1985 era aprobada la ley 23.277, más conocida como "ley del psicólogo". Allí se establecían ámbitos y condiciones de aplicación así como derechos, obligaciones y prohibiciones en el ejercicio de la psicología en Capital Federal y territorios nacionales. Ahora bien, esa legislación tenía como antecedente la ley 17.132. Más precisamente, la legislación de 1985 derogaba los artículos 9 y 91 de la ley del 30 de agosto de 1967, que a su vez proponía diversas limitaciones a la actividad de los psicólogos. Entre estas limitaciones estaba claramente especificado el puesto auxiliar que ocupaba el psicólogo respecto del psiquiatra. En este sentido esta regulación de 1967, como se ha mencionado previamente, estaba antecedida por la conocida "Ley Carrillo", que era en realidad la resolución N° 2282 del Ministerio de Salud Pública, emitida el 12 de mayo de 1954. Más precisamente, la ley 17.132 no hacía más que precisar y profundizar lo que estipulaba aquella resolución.
En 1985 se produjeron tres hechos de decisiva trascendencia profesional:

- Se promulgó la ley 23.277, que reconoce y habilita la práctica psicológica.
- Se elevó a rango de Facultad la carrera de Psicología de la U.B.A.
- Se aprobaron las incumbencias del Título de Licenciado en Psicología, incluyendo todas las áreas para las que está capacitado el egresado. (Falcone, 2009)

El jueves 12 de septiembre de 1985, la Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología obtiene la media sanción en la Cámara de Diputados y obtuvo su sanción definitiva el 27 de setiembre de 1985, bajo el número 23.277. Fue promulgada de hecho el 6 de noviembre de 1985 y publicada en el Boletín Oficial número 25.806, con fecha 11 de noviembre de 1985. (Falcone, 2009) A continuación transcribo extractos de la mencionada ley:

Título I- Del ejercicio profesional. Ámbito y autoridad de aplicación.

Art.I- El ejercicio de la psicología, como actividad profesional independiente en la Capital Federal, Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, quedará sujeta a las disposiciones de la presente ley. El control del ejercicio de la profesión y el gobierno de la matrícula respectiva se realizará por la Secretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, en las condiciones que se establezcan en la correspondiente reglamentación.

Art.2- Se considera ejercicio profesional de la psicología, a los efectos de la presente ley, la aplicación y/o indicación de teorías, métodos, recursos, procedimientos y técnicas específicas en: a) El diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas. b) La enseñanza y la investigación. c) El desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designaciones de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales. d) La emisión, evacuación, expedición, presentación de certificaciones, consultas, asesoramiento, estudios, consejos, informes, dictámenes y peritajes.

Art.3- El psicólogo podrá ejercer su actividad autónoma en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios. En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas en otras disciplinas o de personas que voluntariamente soliciten su asistencia profesional.

En cuanto a las prohibiciones e inhibiciones en ésta ley fueron quedando pocas:

Título III- Inhabilidades e incompatibilidades. Art.6- No podrán ejercer la profesión:
l- Los condenados por delitos contra las personas y el honor, la libertad, la salud pública o la fe pública, hasta el transcurso de un tiempo igual al de la condena, que en ningún caso podrá ser menor de dos años.
2- Los que padezcan enfermedades psíquicas graves y/o infecto- contagiosas mientras dure el período de contagio.

Título IV- De los derechos y obligaciones.

Art.7- Los profesionales que ejerzan la psicología podrán:
l- Certificar las prestaciones de servicios que efectúen, así como tambien las conclusiones de diagnósticos referentes a los estados psíquicos de las personas en consulta.
2- Efectuar interconsultas y/o derivaciones a otros profesionales de la salud cuando la naturaleza del problema así lo requiera.
3- Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de emergencias.
4- Guardar el más riguroso secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional sobre aspectos físicos, psicológicos o ideológicos de las personas.

Título V- De las prohibiciones

Art. 9- Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la Psicología:
l. Prescribir, administrar o aplicar medicamentos, electricidad o cualquier otro medio físico y/o químico destinado al tratamiento de pacientes.

2. Participar honorarios entre psicólogos o con cualquier otro profesional, sin perjuicio del derecho a presentar honorarios en conjunto por el trabajo realizado en equipo.
3. Anunciar o hacer anunciar actividad profesional como psicólogo publicando falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos; prometer resultados en la curación o cualquier otro engaño.

Art.10- Deróganse los arts.9 y 91 de la norma de facto 17.132, y toda otra disposición que se oponga a la presente ley.

Hasta aquí hemos trazado en algunas pinceladas la historia de la Salud Mental Argentina hasta llegar a la coyuntura actual. Es en este escenario en el que verá la luz la Ley Nacional de Salud Mental a continuación como situación problemática a nivel de lo que política pública se trata.

Discusión y conclusión

La Psicología, en nuestro país, se fue haciendo profesión al mismo tiempo que se hacían los profesionales que de ella se ocuparían. Una profesión puede ser pensada como una forma de organización social y del conocimiento y un profesional será quien forma parte de esa organización por derecho adquirido a través de una formación prolongada y sistemática, un entrenamiento constante, por la validación por parte de pares experimentados y por las posibilidades de incluirse en el mercado de trabajo. Profesión y profesionales adquieren monopolio sobre un recorte del saber, sobre un conjunto de actividades y sobre la formación de sucesores por identificación con sus precedentes. Para el caso de la psicología como profesión estas condiciones fueron resultado de una construcción compleja y paralela. El recorte del saber disciplinario podría considerarse preexistente, pero en manos de otros profesionales. Otros tanto sucedía con las actividades.

Es así que nos encontramos con la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26627, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada en diciembre del mismo año, y es a partir de ésta que se genera un marco de referencia en el cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de internación propias del siglo XIX. Por otra parte, en dicha Ley, el artículo 3° reconoce a la Salud Mental "como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona." (Ley Argentina de Salud Mental, 2010, p. 9) Se puede ver como la concepción teórica que subyace a las prácticas de Atención Primaria de la Salud Mental, descansa en una dimensión bio-psico-social, en donde lo psíquico aparece como paralelo al organismo que sufre las consecuencias del ambiente o los factores externos y los factores biológicos. La Ley Nacional de Salud Mental ha instalado un indispensable debate público respecto de la protección de los derechos cívicos, sociales y culturales en la atención de los enfermos mentales. Además de su relevante dimensión simbólica, la ley expresa una decidida voluntad social por transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado altamente refractaria al cambio y en el cual se ha naturalizado históricamente la violación de los derechos humanos de las personas asistidas. Una de las cuestiones que ha favorecido el nuevo paradigma en salud mental se vincula a la revisión de los tradicionales supuestos de la ética aplicada a la salud a partir de la emergencia de una perspectiva fundada en los principios de la autonomía, la dignidad y la equidad social.

Para Carpintero (2011), el contexto político que posibilita la sanción y promulgación de la ley es justamente el del avance de la globalización de la economía de mercado. En tal sentido, el autor señala que los elevados costos de internación de los grandes manicomios serían el impulsor primordial de las recomendaciones de los organismos internacionales como la OMS o la OPS relativas a la desinstitucionalización de la salud mental. La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental es la primera norma legal que da un marco nacional a las políticas en el área. Como señalan Ana Hermosilla y Rosa Cataldo, "inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental". (2012, p. 134) Entre las principales innovaciones, se encuentran:

- Como punto inicial, es necesario poner en emergencia el cambio de **concepción sobre salud mental**. Desde el marco conceptual de la mencionada ley, se reconoce

a la salud mental como "un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas" (Art.3). Este modo de concebirla cuestiona las tradicionales concepciones de entidades patológicas o trastornos que, aislando solo la dimensión biológica o psíquica, desvinculan la problemática del sufrimiento subjetivo de los determinantes sociales implicados en su producción. Se observa cómo esta definición "supera todo reduccionismo conceptual e invita a recuperar aproximaciones basadas en el enfoque de la complejidad que nutren a su vez estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para su abordaje (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015).

- Entre los cambios más relevantes, se plantea la asunción de un sujeto que ya no es considerado "incapaz" o "enfermo mental", sino que se parte de la **presunción de capacidad** de todas las personas. El consentimiento informado se establece como principio para todo tipo de intervención (Art. 10), ponderándose el derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible en todo lo inherente a su salud y tratamiento, respetándose su derecho a la autonomía para tomar decisiones dentro de sus posibilidades (Art. 7, Inc. j, k). El padecimiento mental, no le quita a la persona su condición de sujeto de derecho, como tampoco puede considerarse este atravesamiento como un estado inmodificable y perpetuo impreso en la identidad de la persona (Art 7, Inc. l, n).
- El **diagnóstico** ya no se encuentra determinado por una mirada fragmentada del sujeto, que sentencia y esclaviza a la persona a formar parte de una clasificación a la que se encontrará atada de por vida, y tampoco puede ser determinado por un padecimiento mental pasado que fomente la discriminación y la exclusión. Contrariamente, este se deduce a partir de una evaluación interdisciplinaria que considera a la salud mental como un fenómeno complejo determinado por las distintas variables que atraviesan esa situación singular, en ese momento particular en que se produce (Art. 5).
- Entre otros **derechos**, se establece que el estado debe asegurar que las personas con enfermedades mentales reciban atención sanitaria, social, integral y humanizada (esto implica un trato de pleno respeto en las prácticas de tratamiento, de comprensión de la problemática, empatía, etc.) a partir de un acceso gratuito, igualitario, equitativo, preservando su identidad y recibiendo una atención basada en fundamentos científicos, ajustada a principios éticos, que no restrinja su libertad y en todo tiempo promueva la integración familiar, laboral y comunitaria (Art.7, Inc. a, c, d).
- Un hito significativo que se va a poner en emergencia a partir de esta ley, es la incorporación de las **adicciones** como parte integrante de las políticas de salud mental. Históricamente, la problemática de las adicciones fue relegada incluso más allá de los límites del sector de la salud, ya que ha sido concebida desde la óptica de la prevención del delito y ha estado abordada principalmente por las fuerzas de seguridad en un contexto altamente judicializado. Hoy, "las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud" (Art. 4). El cambio que se propone es que las personas con uso problemático de drogas dejen de ser concebidas como personas peligrosas, incrementando el rechazo, temor y exclusión social.
- Otro aspecto destacable que da cuenta del carácter complejo e integral de la salud mental, es el de **interdisciplina**. La misma constituye un eje que atraviesa todo el espíritu de esta norma, ya que se considera que los componentes del proceso de salud mental (Art. 3) son objeto de estudio de diversas disciplinas y que deben interactuar entre sí reuniéndose conceptual y prácticamente. En la interdisciplina se

establece un intercambio en métodos y conceptos acerca de la modalidad de atención, y donde el trabajo en equipo se direcciona a la comprensión de la realidad desde una perspectiva conjunta e integral. De esta manera, la ley promueve que la persona que accede al sistema de salud por tratamiento sea atendida por un equipo interdisciplinario que esté integrado por un grupo de profesionales y técnicos de diversas áreas como la psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional u otras disciplinas o campos pertinentes (Art. 8). Se equipara a los miembros de los mismos en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.

- Además de este criterio interdisciplinario, se procura que la **modalidad de abordaje** en salud mental se base en los principios de atención primaria de la salud, preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y apelando al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Art.9). Es por ello que, se hace hincapié en la importancia de desarrollar otros dispositivos de atención (consultas ambulatorias, atención domiciliaria supervisada), así como también otro tipo de prestaciones como lo son las casas de convivencia, hospitales de día, centros de capacitación, entre otros. Se pondera no solo la contención del paciente, su familia y entorno, sino también la inclusión social y laboral como recurso de especial importancia (Art. 11).
- En lo que a la **prescripción de medicación** refiere, la norma es clara en sostener que debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrara exclusivamente con fines terapéuticos. Su indicación o renovación solo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes en el marco de abordajes interdisciplinarios (Art.12).
- La **internación** no está prohibida pero debe relegarse como último recurso posible, es decir, hay que saber cómo, cuándo y por qué internar, y también deberá ser abordada interdisciplinariamente. Hay casos concretos en donde se considera que la persona con padecimiento mental necesita internación, pero hay cambios en la concepción y tratamiento de la misma. En primer término la internación no es castigo ni sinónimo de exclusión social por una patología mental, sino que se la considera como un recurso terapéutico y para beneficio del tratamiento que necesita la persona. Segundo: se debe promover en todo momento que la persona siga manteniendo sus vínculos y comunicación con el entorno familiar, laboral y social, salvo excepciones debidamente fundamentadas por el equipo de salud interviniente. Tercero: Debe realizarse por el tiempo más breve posible, en función de los objetivos terapéuticos y con el consentimiento informado del paciente o del representante legal cuando corresponda (Art. 14, 15, 16).
- En el caso en que sea necesario acudir a una **internación involuntaria**, por ausencia de otra alternativa eficaz para el tratamiento, la ley prevé condiciones estrictas para que la misma proceda. En primer lugar, es concebida como un recurso terapéutico excepcional y solo cuando mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. La decisión ya no depende del juez de la causa o de una decisión de funcionarios policiales, tal como se habilitaba en el régimen anterior. Hoy la decisión y criterios recaen en el equipo de salud que trata a la persona. A tales fines, se requiere de la firma de al menos dos profesionales de diversas disciplinas, uno de los cuales debe ser psicólogo o médico psiquiatra (Art. 20). Una vez dispuesta la internación involuntaria debidamente fundada, el equipo de salud tratante tiene un plazo de 10 hs para notificar la situación al juez competente, quien tendrá un plazo máximo de 3 días para convalidar la internación en esta modalidad, denegarla, o pedir informes ampliatorios. (Art. 21).
- En lo atinente a que toda internación o atención ambulatoria debe ser realizada en **hospitales generales** (Art. 28). En sintonía a esto, se prohíbe la creación de nuevos

manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, debiendo los existentes adaptarse progresivamente a los lineamientos de esta ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (Art. 27).

- Se establece la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.
- En referencia al impacto en el derecho argentino, modifica el Código Civil al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de peligro cierto e inminente como criterio de internación involuntaria. (Carpintero, 2011)

Las principales críticas formuladas a la Ley de Salud Mental han apuntado a la preparación académica de quienes dispongan las internaciones y externaciones, a la imprecisión en la definición del objeto, al riesgo de un cierre definitivo y prematuro de las instituciones monovalentes, a la viabilidad de la ley y a la interdisciplina como práctica cenagosa de escasa factibilidad. Por el contrario, en relación con las críticas válidas, cabe decir que ponen sobre el tapete el problema (y desafío) de delimitar una formación profesional que permita establecer una incumbencia precisa y consistente en cada caso, el problema de los recursos presupuestarios que tornen operativa la ley y la cuestión de la importancia de la especificidad clínica en lo que atañe a la definición del objeto de la Ley de Salud Mental.

Resulta importante subrayar una afirmación incluida en el artículo 3 de la Ley, dedicado a la definición de la Salud Mental. La afirmación a la que me refiero es la siguiente: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) Esta idea es quizás el eje primordial de la Ley.

A pocos años de la formulación de la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental que los Ministros de Salud de las Américas aprobaron en la Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) de agosto de 2009, y a 6 años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, el campo de la Salud Mental en la Argentina cuenta hoy con una multiplicidad y heterogeneidad. Esto habla de que, si bien se ha avanzado respecto a la legislación y en cuanto a las intenciones de reformar la atención de aquellas personas con padecimiento subjetivo, hay carencias evidentes en el plano de la planificación, de la gestión y de la formulación de programas que optimicen, distribuyan y den coherencia al sistema. Además, hay muchas veces otra gran brecha, que pocos se animan a saltar. Esta es la que se abre entre la formulación de políticas de Salud Mental y las exigencias de una clínica que sustente las respuestas que los profesionales del campo ofrecen al sufrimiento subjetivo. Otro punto importante a situar es la relación compleja establecida con las políticas y prácticas de Atención Primaria de la Salud, esto es, la complejidad de las relaciones de quienes gestionan, trabajan, planifican en Salud Mental con los que lo hacen desde el campo de la Salud en general.

Observamos también que por la misma diversidad de disciplinas, prácticas y problemáticas que constituyen el dominio de la Salud Mental, se obliga a ensayar opciones de interdisciplinariedad y transdiciplinariedad tanto en cuanto a la hora de elaboración de estrategias, como cuando se trata de la creación de dispositivos alternativos a la ya perimida práctica de encierro manicomial.

Finalmente, la época en que vivimos ha modificado y ampliado el panorama de demandas al sistema de salud mental, lo que amerita desde el campo sanitario público el relevamiento de las nuevas problemáticas así como la producción de herramientas de trabajo para dar respuestas eficaces (las cuales se espera).

Y como hemos mencionado, es desde la perspectiva que venimos desarrollando, al poder político, ligado al proceso de mundialización capitalista, no le interesa seguir sosteniendo grandes estructuras manicomiales. Por ello los organismos internacionales como la OMS y la OPS recomiendan la desinstitucionalización de la Salud Mental. Es en este contexto que situamos la sanción por la Cámara de Senadores y Diputados de la Nación, de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Ley que plantea en sus artículos

algunas cuestiones cuya importancia implica una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes.
Del recorrido sucinto realizado, nos interesa destacar cuatro cuestiones que consideramos importantes para el análisis de las iniciativas de desinstitucionalización motivadas a partir de la nueva ley de salud mental y su articulación con políticas sociales:

1. Existe una diversidad de antecedentes sobre reformas al sistema de atención de salud mental en Argentina (más particularmente en Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires), en base a criterios compatibles con los que sostiene en la actualidad la nueva ley de salud mental;
2. Se han efectuado experiencias pilotos de internación en salud mental a partir de la crítica al orden asilar;
3. En igual sentido, hubo varios episodios históricos que han denotado el intento por integrar horizontalmente las diversas disciplinas competentes en la atención de la salud mental, a partir de una definición alternativa a la psiquiatría tradicional
4. Existen antecedentes que procuran la explicación y el tratamiento de los problemas de la salud mental en función de características y problemáticas de tipo social, proponiendo la articulación entre las estrategias de salud y las políticas sociales.

Consideramos importante entonces analizar lo que ha sucedido en la historia de políticas públicas en salud mental porque aún cuando existe un extendido consenso en la comunidad científica respecto de la necesidad de dar a tales problemáticas una respuesta integral, compleja y centrada en la dimensión histórico- social, la orientación hegemónica en la formación de los recursos humanos y la práctica de los servicios sanitarios continúa siendo individualista, fragmentada, reduccionista y apartada de lo social. Como consecuencia de la primacía de este enfoque, a menudo los programas asistenciales se organizan según una lógica sectorial en las que prima la focalización de los destinatarios y la fragmentación de las acciones, lo cual se expresa directamente en la dificultad de coordinar objetivos, recursos y acciones entre áreas técnicas que responden a distintas dependencias del propio aparato del Estado. Esta fragmentación reproduce una lógica segmentada que dificulta la articulación de las prácticas que los profesionales desempeñan en cada una de las instituciones comprendidas en dichos programas y refuerza algunas limitaciones propias de las políticas públicas, entre las cuales cabe señalar la concepción acerca de los usuarios como receptores pasivos de la asistencia dispensada. (De Lellis, 2010).

Cabe señalar que el enfoque de la psicología, nuestra profesión, disciplina tradicionalmente excluida del conjunto de los saberes que han operado en el campo de la atención de la enfermedad, presenta indudables potencialidades para sumar su aporte desde una perspectiva que destaque el potencial salutogénico de los individuos y comunidades y no meramente acciones de asistencia o reparación de la enfermedad. Podemos situar este aporte en el marco de lo que actualmente se denomina como política pública saludable. De esta forma el objetivo central se constituye en analizar e historizar los obstáculos materiales y simbólicos, y los diferentes espacios de participación que limitaron, posibilitaron y/o garantizaron el derecho a una atención integral del cuidado de la salud mental.

Referencias Bibliográficas

- Arriaga, M; Ceriani, L; Monópoli, V. (2013). Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Carpintero, E. (2011). La subjetividad asediada. La medicalización para domesticar al sujeto. Buenos Aires: Editorial Topía.
- Consejo Federal de Salud. (2004). Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Buenos Aires: Ministerio de Salud de La Nación.

- Courell, R & talak, A. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina, en Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas (pp. 21-83). Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología.
- De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. Psiencia. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica. II (2).
- Falcone, R. (1997). Historia de una Ley, en Rossi, L. y otros (Comps.). La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas. Buenos Aires: EUDEBA.
- Falcone, R. (1997). Historia de una ley. El Ejercicio Profesional de la Psicología (Ley 23.277) y sus antecedentes. en Rossi, L. y otros (Comps.). La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas (pp. 65-78). Buenos Aires: EUDEBA.
- Falcone, R. (2013). Historia de las prácticas de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis. Resultados de la investigación a partir de casos clínicos (1900-1960). Anuario de investigación. Vol. XX (2).
- Fidalgo, M. (2008). Adiós al derecho a la salud. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Foucault, M. (1967 [2010]). Historia de la Locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica. Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires:
- Paidós.
- Galende, E. (1992). Perspectivas en Salud Mental en Argentina para la próxima década. Buenos Aires: Seminario FLACSO-OPS.
- Gómez Campo, V. M. & Tenti Fanfani, E. (1989). Universidad y profesiones. Crisis y alternativas. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Gonzalez Uzcátegui, R & Levav, I. (1991). Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su implementación, en Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración Psiquiátrica. Caracas, Venezuela: Organización Panamericana de la Salud.
- Harari, R. & Musso, E. (1970). El psicólogo clínico en la Argentina. Revista Argentina de Psicología; I (4). Hermosilla, A. M. & Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. Psiencia,
- Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, pp. 134-140.
- Kanner, L. (1971). Psiquiatría Infantil. Buenos Aires: Paidós.
- Klappenbach, H. (1989). Higiene mental en las primeras décadas del siglo. Principales lineamientos y fundamentos ideológicos. Anuario de Investigaciones, pp. 189-195.
- Kraut, A. (2006). Derechos Humanos y salud mental en Argentina, en Galende, E. & Kraut, A. (Eds). El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- LANGLEIB, M. (1983). Crónica de la creación de la Carrera de Psicología; en Revista Argentina de Psicología; Año XIV; N 34; Buenos Aires.
- Malfé, R. (1969). Intervención Mesa Redonda "El quehacer del Psicólogo en la Argentina de hoy". Revista Argentina de Psicología; I (1).
- Ostrovsky, A (2010). Carlos Octavio Bunge y el feminismo, en Memorias de II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de Psicología-UBA.
- Stolkiner, A. (2003). Nuevos enfoques en salud mental, en XIV Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería. Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2009). Ética y prácticas en Salud Mental, en Fantin, J. C. & Friedman, P. (Comps.). Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis. (pp. 171-186). Buenos Aires: Editorial Polemos.

- Talak, A. (2005). Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina, 1900-1940, en
- Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino (pp. 563-599). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Uresti, M. (2002). Generaciones, en Altamirano, C (Dir.). Términos críticos de sociología de la cultura.
- Buenos Aires: Paidós.

2.12 LA ÉTICA Y LA DEONTOLOGÍA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO

Lic. Gabriela Degiorgi y Lic. Yanina Ferrerya

Regularizar y aprobar esta materia, para ingresar a la carrera de Licenciatura en Psicología o la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico, constituye el primer paso para todo aquel estudiante que aspira y anhela ser un futuro profesional de la Psicología.

Devendrá luego un trayecto académico, cuya estructura curricular de 5 años, le demandará ir aprobando -atendiendo al Régimen de Correlatividades- las materias obligatorias subsiguientes.

El estudiante terminará cumplimentando el curriculum para acceder al título con un Trabajo Final. Va a disponer de tres modalidades diferentes sobre las que podrá optar para llevar adelante este tramo final de formación, ellas son:

- Prácticas Supervisadas
- Prácticas Pre Profesionales
- Prácticas Supervisadas en Investigación

Cualquiera de estas modalidades de egreso, integra una instancia de práctica bajo supervisión y una instancia de realización del Trabajo Integrador Final, que le permitirán al estudiante no solo el desarrollo y adquisición de competencias teórico-prácticas, sino también favorecerán la transición hacia el futuro rol profesional.

Aprobado el Trabajo Final, el estudiante habrá concluido el último paso para lograr el TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA. De esta manera, la Universidad Nacional de Córdoba con aval del Ministerio de Educación, le otorgará al flamante egresado de la Facultad de Psicología la HABILITACIÓN ACADÉMICA para “el ejercicio de la psicología en los niveles individual, grupal, institucional y comunitario, ya sea en forma pública o privada, en las áreas de la Psicología Clínica, Educacional, Laboral, Jurídica, Social y Sanitaria” (Art. 2, Ley Provincial 7.106).

Pero aquí no termina el proceso. Para ejercer la profesión será necesario adquirir la HABILITACIÓN LEGAL. Esta habilitación se obtiene a través de la Matricula Profesional otorgada por el Colegio Profesional de la provincia donde el egresado vaya a desempeñarse como Psicólogo o Licenciado en Psicología.

En el caso de nuestra provincia, quien extiende esta Matricula es el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, constituido en el año 1993 a través de la Ley Provincial 8.312.

Los Colegios Profesionales son corporaciones de derecho público, amparadas por la ley y reconocidas por el Estado, con personalidades jurídicas propias y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, entre los que se encuentra vigilar que los profesionales cumplan con las *normativas legales y deontológicas* vigentes que regulan su práctica.

El conocimiento exhaustivo de estas normativas y su aplicabilidad, comportan una especial relevancia en un quehacer como el del psicólogo, dado que el campo de aplicación de su ejercicio involucra al hombre, sus derechos, su dignidad, su valor como persona y particularmente su salud mental.

El psicólogo, desde cualquier esfera de acción en la que se desempeñe, penetra como ningún otro profesional en la intimidad de las personas, en el conocimiento de su personalidad, en sus conflictos, sentimientos, emociones, creencias, ejerciendo su influencia sobre el otro desde su saber.

Por lo tanto, es necesario conocer desde los inicios mismos de la formación académica, la elevada responsabilidad que dicho accionar involucra y la importancia que las regulaciones deontológicas y la dimensión ética adquieren para un accionar correcto y adecuado cuando se solicita de nuestra intervención profesional.

Es así que a continuación, nos proponemos introducir algunas conceptualizaciones que permitan esclarecer, comprender y diferenciar lo que se entiende por ética y deontología en el ejercicio profesional del psicólogo.

Distinciones entre Ética, Moral y Deontología

La ética suele ser tomada frecuentemente como sinónimo de moral; sin embargo, es importante focalizar la diferencia entre estos conceptos. Etimológicamente, poseen el mismo significado; "ética" proviene del griego *ethos* y "moral" del latín *moris*, por ende, ambos significan "hábito o costumbre" en sentido amplio. No obstante, ambos vocablos han evolucionado hacia significaciones distintas (aunque complementarias) del actuar humano y hacen referencia a ámbitos o niveles diferentes.

La *moral* responde a un interés de regular con normas o leyes las acciones humanas, mientras que la *ética* responde a un interés por reflexionar sobre las normas o leyes existentes.

Hermosilla (2002) expresa que cuando se habla de moral se refiere al conjunto de lo normativizado como bueno o malo en cada época y/o lugar. La palabra ética remite en cambio, cuando se la utiliza como sustantivo, a la rama de la filosofía que tiene como tema el acto moral.

Pero hacia mitad del siglo XX la reflexión ética dejo de ser un trabajo exclusivo de filósofos y paso a serlo también de los profesionales de diversos ámbitos, dándose emergencia a lo que se denomina "ética aplicada".

Cuando se habla de ética aplicada se hace mención a una ética que reflexiona e intenta orientar prácticas concretas a través de un proceso intersubjetivo, es decir, incorporando o teniendo en cuenta las distintas opciones y puntos de vista. En este sentido, el objetivo de la ética aplicada no es tanto reflexionar sobre el fundamento de los principios morales y las acciones, sino de orientar la acción en aquellas situaciones concretas que plantean problemas morales. En otras palabras, Brugué indica que "la ética aplicada se ocupa más bien del qué hacer y de explicar porqué debería hacerse, mientras que la ética a secas se ocupa de reflexionar y profundizar sobre los fundamentos" (Brugué, 2006).

De esta manera, la ética aplicada se distingue de la ética en general por su especial enfoque sobre cuestiones de índole práctica. Es así como dentro de la ética aplicada vienen a inscribirse la ética profesional.

Ahora bien, ¿y quién determina lo que debería hacerse en cada práctica profesional?: la Deontología.

La palabra "deontología" etimológicamente procede del griego *deon* (lo conveniente, lo debido) y *logía* (tratado, conocimiento, estudio), lo que significa el estudio o tratado de lo debido. El creador de éste término fue el filósofo y jurista inglés Jeremy Bentham, quién lo utilizó para designar una ciencia de lo "conveniente", refiriéndose a la rama de la Ética cuyo objeto de estudio son los fundamentos del deber y las normas morales. Es también conocida como "Teoría del deber".

Bentham edifica una deontología sobre la base del utilitarismo. El Utilitarismo en su forma clásica propone el principio de utilidad, como le llama Bentham, que establece que una acción es moralmente buena cuando produce mayores beneficios que perjuicios y un mejor cálculo de buenas consecuencias respecto de cualquier otra acción alternativa. Bentham identifica el "bien" en cuestión con el placer o la felicidad, y el mal con el dolor o la infelicidad" (Mainetti, 2002).

Según el autor, la Deontología estudia los deberes que deben cumplirse para alcanzar el ideal utilitario del mayor placer posible o la máxima felicidad para el mayor número de individuos. De este modo, toda acción que conduzca a ese fin, será aceptada como moralmente correcta.

La concibe como una disciplina descriptiva y empírica, cuyo fin es la determinación de los deberes que han de cumplirse en determinadas circunstancias sociales y muy específicamente dentro de una profesión determinada (Ferrater Mora, 1985).

Existen tantas deontologías como cuantas ramas profesionales existan y en el caso particular de nuestra profesión, la Deontología determinará los deberes y obligaciones de los Psicólogos lo cual incluye el tratamiento de ciertas problemáticas propias de este campo como la confidencialidad, idoneidad, integridad, respeto por las personas, por su autonomía, por su dignidad, etc. y también los deberes y obligaciones en lo referido a la responsabilidad con los usuarios, con los colegas, con la profesión y comunidad, en lo que hace a declaraciones públicas, supervisión, docencia, investigación, entre otras.

En síntesis, la Deontología va a contemplar y establecer las obligaciones, deberes y derechos que deberá atender un Psicólogo para ejercer su práctica profesional. La ética profesional, en cambio, favorecerá la reflexión sobre los deberes involucrados frente a la singularidad de cada situación sobre la cual intervenir, ayudándole al profesional a adoptar un posicionamiento en su actuar que involucra asumir las responsabilidades sobre los efectos de su acto.

Es así que no es posible utilizar de modo intercambiable la deontología con la ética profesional; ésta última tiene un sentido más amplio, sin limitarse a los deberes y obligaciones que se articulan en conjuntos de normas o códigos de cada profesión, para dirigirse a las virtudes y roles profesionales (Bolívar, 2005).

Es el propio colectivo profesional el que se va a encargar de establecer las normas que especifican los deberes mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad. Dichos enunciados normativos se van a plasmar por escrito en leyes y Códigos de Ética o Códigos Deontológicos, y a través de los Colegios Profesionales se controla y supervisa el cumplimiento de estas regulaciones deontológicas por parte de los colegiados.

Los Códigos de Ética o Códigos Deontológicos

Cuando hacemos referencia a los códigos, nos remitimos a un cuerpo de *normas* ordenadas y sistematizadas de forma metódica. Las normas son reglas, proposiciones prescriptivas, guiadas por Principios –fundamentos-, que conciernen a acciones humanas. Cuando adquieren la característica de criterios de juicio coactivos tienen el estatuto de ley. La ley en tanto norma jurídica es un precepto establecido que ordena o prohíbe algo en consonancia con la justicia.

Las leyes son *generales*, de modo que comprenden a todo aquel que se encuentre bajo las condiciones que la misma prevé. Tienen carácter de *obligatoriedad*, por una parte establecen obligaciones o deberes jurídicos y por la otra otorgan derechos imperativos-atributivos-. La ley manda, incluso en contra de la voluntad de sus destinatarios. Su incumplimiento da lugar a una sanción, a un castigo establecido por ella misma. Las leyes se establecen con carácter indefinido, *permanente*, sólo dejan de tener vigencia por razón de su abrogación, subrogación y derogación por otras leyes que le son posteriores y tienen la característica de ser *abstractas e impersonales,* ya que no se emiten para regular o resolver casos individuales, ni para personas o grupos determinados, siendo estos aspectos los que determinan su generalidad. Nadie puede invocar el desconocimiento o ignorancia de una ley por su no cumplimiento.

Los Códigos se fueron construyendo según las visiones y concepciones acerca del mundo y de hombre que hubo en las diferentes épocas, es decir, son construcciones culturales y sociales que han ido variando, cambiando a lo largo de la historia.

De acuerdo con lo señalado podemos decir entonces, que un Código de Ética o Código Deontológico es un conjunto de normas guiadas por Principios, que luego de ser sancionado públicamente, regula y cumple su función normativa y legisladora en el ámbito de una determinada profesión, explicitando lo que los profesionales pueden o bien no pueden hacer ante determinadas circunstancias del ejercicio de su práctica profesional.

De esta manera, los códigos normativos alertan a los profesionales sobre los límites de su práctica, enfatizan los Principios por lo que deben regirse, orientan, sirven de guía, resguardan al profesional responsable, promueven la identidad y respeto profesional, jerarquizando su rol social, garantizando ciertos derechos.

Los códigos no contienen todas las situaciones posibles del acontecer de la práctica, se constituye en un cuerpo normativo y orientador que al contener *Principios Éticos Superiores* facilita que frente a la insuficiencia o ausencia de la norma el profesional enfrentado a un dilema, pueda guiarse por el principio superior. Lo que los principios enuncian son valores o metas valiosas, ofreciéndonos criterios de carácter general a los cuales apelar para resolver situaciones particulares (Degiorgi, 2009).

Varios son los principios contemplados en distintos instrumentos para el ejercicio profesional del psicólogo. No obstante, sin restar importancia a otros, nombraremos aquellos *Principios Éticos Generales*, comunes a todos los códigos que regulan el accionar del psicólogo. Dichos principios son:

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO
2. HONESTIDAD INTELECTUAL
3. DERECHO A LA PRIVACIDAD (del que se desprende la normativa del Secreto Profesional)

Los Códigos de Ética tienen el propósito de resguardar tanto a los sujetos que demandan la pericia del profesional, como a los profesionales mismos, aspira a la excelencia y al respeto por los derechos humanos, que tienen como referencia a la Constitución Nacional. Es decir que los Códigos de Ética tienen como correlato la protección de los derechos de las personas, encontrando su sustento en las leyes del Derecho Positivo y su referencia última a los Derechos Humanos.

Consideraciones Finales

Nuestra profesión, y dentro de ella la Deontología, nos ofrece a través de los principios y normativas un encuadre y herramientas acerca de lo que se debe y lo que se considera correcto y adecuado para la actividad profesional.

No obstante, es importante considerar que el campo normativo está configurado sobre una lógica de lo general, y que como profesionales de la psicología no podemos dejar de contemplar la lógica que se estructura a partir de la singularidad del caso. Desentramar dicha complejidad para adoptar un posicionamiento al respecto, requiere de un análisis reflexivo en el terreno de la ética, donde sea contemplado tanto lo deontológico-jurídico como la singularidad en situación (Degiorgi, 2010).

De esta manera, la ética profesional permea cada acción, cada propósito y cada decisión del psicólogo, tomando esta dimensión un rol fundamental a la hora de direccionar el accionar profesional.

Bibliografía

- Bolívar, A. (2005). El lugar de la Ética profesional en la formación universitaria. *Revista Mexicana de investigacion educativa, 10,* 93-123.
- Brugué, J. C. (2006). La ética aplicada a la intervención social. *Revista de Servicios Sociales y Política Social, 73,* 135-144.
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPRA), 2013.
- Degiorgi, G. (2009). *La Deontología en el ejercicio profesional del psicólogo.* Manual de Deontología y Legislación Profesional. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.
- Degiorgi, G. (2010). *Infancia-Adolescencia: Aspectos Legales y éticos implicados en el ejercicio de la práctica profesional del psicólogo.* Manual de Deontología y Legislación Profesional. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.
- Hermosilla, A. M. (2002). *Mala Praxis y Secreto Profesional. Responsabilidad y Ética profesional.* Ponencia presentada en las Primeras Jornadas Nacionales de Psicología Jurídica. Argentina, San Juan.
- Ley provincial 7106/84. Disposiciones para el ejercicio de la Psicología.
- Ley provincial 8312/93. Creación del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

- Mainetti, J. A. (2002). *Bioética sistemática*. Copyright.
- Martínez, H. (2000). *El lugar de la ética en la formación del psicólogo.* Manual de Deontología y Legislación Profesional. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.
- Zuluaga, A. (2001). *Ética y Conductas Suicidas.* Revista Colombiana de Psiquiatría, 4, 369-382.

2.13 INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD EN PSICOLOGÍA

David González
Gabriel Goycolea

Una viñeta clínica[1] para comenzar

Un joven llega al consultorio presentándose como varón trans no binario y dice encontrarse sin poder decidir si practicarse una mastectomía o no. Cuenta que, desde que se autopercibe varón, encontró un gran alivio en su sentir y en su vínculo con los otros; que en la calle ya no tiene miedo a posibles acosos y que en sus relaciones sexoafectivas disfruta mucho más, ya sea con hombres, mujeres o personas no binarias. No obstante, la duda sobre la extirpación de sus senos, insiste.

¿Qué hacer en este caso? ¿Acompañar la decisión de practicarse la cirugía?, ¿plantear una pausa para analizar lo que está sucediendo en esa duda que insiste? Otro punto importante a considerar: la época ofrece numerosas vías legales, técnicas y médicas para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico mencionado. Además, se trata de alguien que se define como varón trans, entonces… ¿por qué no hacerla?

Antes de responder a estas preguntas -que son inherentes a la ética profesional de las/los psicólogas/os- haremos un brevísimo recorrido por algunos hitos en la historia de la diversidad y el género. Debe tenerse en cuenta aquí que no indagaremos en las luchas de los feminismos y sus grandes logros en la historia, por lo que nos ceñiremos a la diversidad dentro del amplio espectro del género.

Diversidad, subjetividad y leyes

Es fundamental tener en cuenta que los/las profesionales en Psicología se enfrentan con una subjetividad siempre cambiante de acuerdo a la época en la que ésta se desarrolla. Por ende, se debe estar al tanto de las características compartidas por una sociedad que son comunes a quienes la integran. Estas características comunes se acentúan y lo común se amplía a nivel mundial, dado el estado de globalización en el que vivimos: esto ocurre con eventos inmunitarios/biológicos como el virus COVID-19 o también con fenómenos psíquicos y subjetivos. Algo similar ocurre con las identidades sexogenéricas, sus cambios atraviesan -en mayor o menor medida- a gran parte de la población en distintos países y culturas, promoviendo debates al interior de cada sociedad y modificaciones decisivas en las leyes que regulan la convivencia ciudadana.

Durante el año 2006, a partir del trabajo de dieciséis expertos/as en Derechos Humanos a nivel internacional, se presentan ante la ONU los Principios de Yogyakarta[2] (Indonesia). El documento reúne veintinueve principios que orientan a los gobiernos, las instituciones intergubernamentales regionales, la sociedad civil y a la propia organización de las Naciones Unidas para garantizar el acceso pleno de las personas LGBTIQ+ a los derechos humanos universales.

En Argentina, la Ley de Identidad de Género nº 26.743, sancionada en el año 2012, se hace eco de dichos principios constituyéndose en reflejo y resultado de las luchas de diferentes activismos y demandas sociales, bajo la premisa de lograr reconocimiento legal por parte del Estado. En tal sentido, la ley nº 26.743 define a la identidad de género como:

> La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al

[1] Una viñeta clínica es la presentación ordenada y organizada de un conjunto de información o extracto puntual de un tratamiento clínico o, como en este caso, psicológico.
[2] Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género.

> momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales (artículo 2°).

Una de las características que hace única esta ley en el mundo, es que establece que no se requiere ningún diagnóstico médico, psicológico ni psiquiátrico para acceder al cambio registral del documento de identidad ni para acceder a los servicios del sistema de salud, aun cuando estos contemplen procedimientos médico-farmacológicos en relación con un cambio en la apariencia corporal.

Este punto en particular ha sido motivo de numerosos debates, dado que durante décadas era necesario un diagnóstico médico, es decir, definir una patología asociada al género, para que la persona pueda acceder a procedimientos de adecuación corporal con su identidad. En otros términos, la patologización de la identidad de género o de las elecciones diversas, era una oportunidad para las personas trans de obtener un reconocimiento de su identidad aunque más no sea a través de dicho diagnóstico (Peralta, Imhoff, Domínguez y Salama, 2022). Entonces, retomando la viñeta clínica sobre el varón trans no binario, se podría afirmar que hoy no hace falta la aprobación del/de la profesional de la medicina para acceder a una posible mastectomía.

Ahora situándonos en la provincia de Córdoba, para Escudero Salama (2021) se torna necesario seguir trabajando en un cambio cultural -desde el estado, los organismos públicos, las asociaciones civiles y los estamentos educativos- respecto a la ley de identidad de género y la ley de salud mental. La premisa es hacer frente al prejuicio y el desconocimiento, asegurándose de que dichas leyes, en tanto derechos adquiridos, sean de cumplimiento efectivo en la práctica.

Género, Diversidad y Clasificaciones psicopatológicas

¿Qué se entiende por “patologización”?. Para la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, la patologización es:

> La conceptualización de características corporales, identidades, prácticas, hábitos, gestos, personas o grupos de personas como enfermas o anómalas. Se pueden observar dinámicas estructurales de patologización respecto a diferentes características personales y sociales, entre ellas la orientación sexual, las características sexuales, la diversidad corporal/funcional o la salud mental, entre otras. Se puede diferenciar entre formas institucionales de patologización en el ámbito sanitario, educativo y jurídico-administrativo, así como dinámicas de patologización en el contexto social, familiar, educativo y laboral (Suess Schwend, 2020, p. 54).

Atendiendo a esta definición, puede decirse que patologizar conlleva una estigmatización (o etiquetación) que se asienta sobre características que no necesariamente tienen que ver con un sufrimiento subjetivo o alguna perturbación psíquica que requiera tratamiento desde el ámbito de la salud.

Los manuales diagnósticos internacionales[3] formalizan estas prácticas de clasificación patológica, por ejemplo lo sucedido con la homosexualidad en el DSM[4] y el

[3] Los “manuales diagnósticos internacionales” son un conjunto de clasificaciones médico-psiquiatra-psicológicas que estipulan y nombran los padecimientos de las personas según criterios estadísticos.

CIE[5]. Por este motivo, se han tenido que realizar significativas modificaciones debido a la presión de diferentes activismos por la despatologización. En la décima versión (1992) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se eliminó definitivamente a la homosexualidad como patología. En el CIE-11, cuya versión final fue aprobada en el año 2022, se incluye la eliminación de las "condiciones trans" en el apartado "Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo" y la creación del apartado "Condiciones relacionadas con la salud sexual" que se encuentra por fuera del primero, es decir, que ya no es clasificado como un trastorno mental (Robles García y Ayuso-Mateos, 2019).

En cuanto al DSM, de amplio uso y alcance internacional, en la versión revisada de su tercera edición, se eliminó a la homosexualidad como un trastorno pero, en su cuarta versión, aun encontrábamos dentro de los "trastornos sexuales y de la identidad sexual" al "trastorno de la identidad de género", configurando efectivamente a la condición trans como un desorden. En la última versión del DSM, la quinta aprobada en 2013, se elimina la palabra "trastorno" y en su lugar se nombra a la "disforia de género" (Mas Grau, 2017). Este término, aunque más amigable que "trastorno", da cuenta de una insistencia patologizante sobre la cuestión trans, en tanto la hace persistir en un manual de "desórdenes mentales". Desde otro punto de vista, para Cabral (2014), referente internacional del movimiento trans y activo participante en la discusión sobre las reformas de estos manuales, "la 'nueva' categoría podría verse como un avance, puesto que enfoca la atención clínica en la experiencia trans específica del sufrimiento y deja de aplicarse una vez que ese sufrimiento desaparece" (s.p). A pesar de esto, y emulando lo sucedido con la homosexualidad, aún no se ha logrado la total despatologización de las identidades de género en los manuales psicopatológicos. Tal es así, que nuestro caso sería considerado según el CIE-11 dentro del diagnóstico de "Discordancia de Género" y según el DSM-V como "Disforia de Género", poniendo el acento en la condición trans de la persona.

Despatologización: la perspectiva hacia lo singular

Que una persona se defina "trans" o que tenga determinada orientación sexual por fuera del sistema heteronormativo no presupone un diagnóstico ni mucho menos una patologización de su condición. Tampoco debe ser motivo de estigmatización o discriminación.

Como profesionales de la psicología, de lo que se trata cuando estamos ejerciendo la profesión en cualquier ámbito (clínico, sanitario, social, educativo, laboral, político, institucional y tanto otros) es que debemos no dar por sobreentendido tan rápidamente aquello que nos comunican quienes consultan. Por lo que hace falta preguntar, indagar, detenerse a reflexionar con la persona, ¿qué entiende por aquello que nos dice?. Por ejemplo, volviendo a la viñeta clínica, deberemos preguntar ¿qué quiere decir para esa persona -en su singularidad- ser un "varón trans no binario"?. De este modo, iremos localizando las claves sobre el motivo de consulta psicológica.

En la viñeta, la persona dice que se siente como un hombre, así se autopercibe y se muestra, pero hay un sentir en su interior que es más bien femenino, y por eso se llama a sí mismo también como "no binario". Incluso, a veces y según la ocasión, gusta de presentarse con género femenino. Pero esto último no lo acepta del todo. En el transcurso de las sesiones descubre que en otros ámbitos de su vida le gusta este "ir y venir", este deslizarse sin una fijeza que lo encierre, por ejemplo, le gusta un deporte que se practica con patines, o pasar de una tarea a otra, o tener relaciones abiertas, también viajar. Es en este "deslizarse" en diferentes ámbitos de su vida que se siente verdaderamente libre y feliz. Entonces, de repente encuentra una respuesta a su pregunta sobre la intervención quirúrgica: no realizarse la mastectomía, dado que de esta forma quedaría fijado en un solo género, ¡no

[4] DSM significa "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (siglas en inglés) y es editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Actualmente se encuentra vigente su quinta versión, el DSM-5.

[5] CIE significa "Clasificación Internacional de Enfermedades". Se trata de un manual con criterios diagnósticos publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ya lleva once ediciones.

podría deslizarse manteniendo eso “no binario”! Para sus senos podrá usar binder o no, pero no quiere un cuerpo mutilado que lo fije a un género, según sus propias palabras.

Así vemos que de lo que se trata en nuestra profesión es de estar atentos a lo que sucede en torno a las subjetividades, en torno a todo lo humano y lo cultural, pero sin dejarnos sugestionar, necesariamente, por los mandatos sociales al momento de orientar nuestras intervenciones como profesionales de la salud mental en el área que sea.

La diversidad y el género en la trama de lo simbólico

Definir una trama requiere hablar de elementos, de conexiones y redes. En la dimensión del lenguaje -que es propia de lo humano- esto puede ser entendido como una red de signos, palabras y significados, que constituyen la base de los discursos que habitan en las distintas sociedades.

Dentro de la red del lenguaje, existen leyes que organizan los elementos, siendo una de ellas, la categoría de la *diferencia relativa* entre sus elementos. Siguiendo a los lingüistas, Bassols (2021) explica que, sobre la base de esta ley de hierro del lenguaje, se ha construido todo un sistema. Por ejemplo, la palabra “día” se diferencia en relación con la palabra “noche”. Gran parte de estas y otras diferencias habitan en la civilización: “mente/cuerpo, naturaleza/cultura, normal/patológico, yin/yan, endogamia/exogamia, etc” (Bassols, 2021, p. 25). Esto quiere decir que, en el ordenamiento de los discursos, los elementos/palabras se definen por su oposición con otros elementos/palabras, por ejemplo: heterosexual/homosexual, hombre/mujer. Sin embargo, no hay que olvidar que esa diferencia es *relativa* (es decir que debemos diferenciar una palabra con otra para saber qué significado le estamos dando).

Freud dio cuenta de la *relatividad de la diferencia* en diversos escritos, donde teorizó sobre el inconsciente y la sexualidad, identificando tempranamente -a principios del 1900- que la anatomía de los órganos sexuales no determinaba la identidad sexuada de cada sujeto. Profundizando en este punto, Lacan insistió en que no hay un programa previo que comande la relación entre los sexos, que “no hay nada en el ser humano que asegure la existencia de la diferencia entre los sexos para establecer después una relación normativa o no, entre ellos” (Basols, 2021, p. 25). En otras palabras, no existe ninguna ley que determine la identidad de cada ser humano. Más bien, se trata de una diferencia absoluta en cada quien, más allá de los discursos que circulan en la sociedad o los distintos nombres que integran el espectro de los géneros; una diferencia que no requiere oponerse a otra cosa, ni remite a una esencia u origen natural. Una singularidad que es inherente a cada sujeto del lenguaje, aun cuando se la desconozca en sí mismo/a.

Referencias

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013) DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5° ed.) https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf
- Bassols, M (2021) La diferencia de los sexos no existe en el inconsciente. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Cabral, M. (2014, 17 de octubre) Leyendo entre líneas. Día de Acción Mundial por la Despatologización Trans. Diario Página 12. Suplemento Soy. www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3667-2014-10-17.html
- Escudero Salama, A. (2021) Entrevista realizada por Jimena Cattaneo y David González. Observatorio de Género, Biopolítica y Transexualidad. Federación Americana de Psicoanálisis de Orientación Lacaniana. FAPOL. https://fapol.org/blog/portfolio-items/entrevista-a-alejandro-escudero-salama/
- Ley Nro. 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. Diciembre de 2010. https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/35447/20101203?busqueda=1
- Ley Nro. 26.743 de 2012. Ley Nacional de Identidad de Género. Mayo de 2012. https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/70106/20120524

- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. Revista Internacional de Sociología, 75 (2): e059. doi: http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63
- Organización de las Naciones Unidas (2006) Principios de Yogyakarta. Principios sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género. http://yogyakartaprinciples.org
- Organización Mundial de la Salud (2022). CIE 11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a. revisión. https://icd.who.int/browse11/l-m/es
- Peralta, M., Imhoff, D., Domínguez, M. y Escudero Salama, A. (2022) Desigualdades de Género en la Accesibilidad a La Salud Integral en Juventudes Trans y No Binarias De Córdoba, Argentina. PSIENCIA, 14(1), Enero-Junio, ISSN: 2250-550465 http://www.psiencia.com/index.php/revista/article/view/20
- Robles García, R. y Ayuso-Mateos, J. L., (2019) CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health. 12. (2). (Abril - Junio 2019) 65- 67. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-cie-11-despatologizacion-condicion-transgenero-S1888989119300035
- Suess Schwend, A. (2020) La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria. 34, Supplement 1, 54-60 https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.002