

SALUD, ENFERMEDAD, CLÍNICA Y PSICOLOGÍA: UN LABERINTO CON UNA SALIDA SENSATA Y MUCHOS CAMINOS CIEGOS

Vicente Pelechano

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (Tenerife-España)

RESUMEN

Junto a un resumen acerca de consensos y disensos entre los distintos autores que han participado en la monografía, el trabajo ofrece una plataforma de análisis y discusión en donde el papel de las dicotomías investigación/aplicación, funcional /biológico-estructural, bioquímico/psicológico, modelos genéricos frente a modelos específicos y equipos multidisciplinares coherentes frente a equipos con orientaciones teóricas distintas es pre-sentado y analizado desde la perspectiva de la puesta en acción de la psicología de la salud. Se defiende una salida en la que el conocimiento profundo de procesos psicológicos y la incorporación de modelos teóricos distintos formen parte esencial de la formación y entidad de la psicología de la salud del futuro, caso de aceptar la existencia de esta especialidad.

Palabras clave: PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD, VALORACIÓN DE MODELOS, PROCEDIMIENTOS Y RESULTADOS EN CLÍNICA Y SALUD.

SUMMARY

A conceptual framework for analysis and discussion among different authors and positions through explanations on consensus and disagreement is offered. The role of dichotomous positions such as research/ application, functional/bio-structural, biochemical/ psychological, generic models versus specific models and, scientific and theoretically coherent multidisciplinary teams versus divergent theoretical approaches are shown, and analysed from a position in which the praxis in health psychology plays an essential role. A way-out in which a profound knowledge of psychological processes and the incorporation of different theoretical models are a principal part in the development and entity of future health psychology, providing we accept the existence of health psychology as a professional and scientific specialty.

Key words: HEALTH PSYCHOLOGY AND CLINICAL PSYCHOLOGY, EVALUATION OF MODELS, PROCEDURES AND RESULTS IN CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY.

Aunque con divergencias notorias, los autores que han escrito en este monográfico presentan algunas notas en común que no deberían ser pasadas por alto.

La primera nota que tienen en común es que todos ellos denuncian un cierto descontento con el estado actual de hechos en psicología de la salud. Apelando a argumentos históricos anteriores al "acta oficial de nacimiento" de la psicología de la salud en unos casos o a argumentos basados en un análisis lógico y racional en otros, e incluso con llamadas a argumentos profesionales y económicos, todos ellos denuncian que la plasmación de las dos denominaciones en cuanto a contenidos y modos operativos concretos dista mucho de encontrarse en una situación satisfactoria. El profesor Echeburúa con un análisis de los textos publicados a nivel nacional concluye que la denominada psicología de la salud en España es, a nivel de libros, más bien una etiqueta que cubre elementos diluibles en una psicología clínica y, más aún, en unos instrumentos o estrategias de evaluación que poco aportan a todo

el conjunto de conocimientos psicológicos y son apenas relevantes para demostrar que la psicología de la salud es algo distinto a la psicología clínica. La insatisfacción menos doméstica se encuentra justificada en los trabajos de los otros tres autores que defienden claramente una posición teórica similar a la del profesor Echeburúa: A. Belloch, A. Blanco y C. Botella se decantan claramente por una denuncia de cierto oportunismo hacia los psicólogos de la salud aunque también arremeten contra el *statu quo* de la clínica tal y como se encuentra en nuestros días. Los otros dos trabajos, el de los profesores Gil-Roales y Luciano desde una perspectiva más contemporizadora y el de Pelechano probablemente más radical, reconocen que ninguno de los dos campos de trabajo se encuentran en estado boyante.

En un segundo punto se encuentran asimismo todos de acuerdo: que el estado actual de la psicología clínica deja mucho que desear y deberían dedicarse tiempo y esfuerzos encaminados a mejorar ese estado de hechos. No llega a postular ninguno de ellos una "refundación" aunque se deja entrever que debería mejorar mucho para ganarse la confianza de los profesionales del mundo de la salud. La necesidad por ofrecer una imagen más coherente y crítica de la psicología de la salud resulta asimismo compartida por todos ellos.

Una tercera característica que parece común es que se encuentran un tanto alejados del análisis académico clásico dentro de la psicología clínica. De una u otra forma se insertan elementos sociológicos en el discurso de todos los trabajos. Se diferencian entre sí en la insistencia y/o relevancia que dan a estos elementos pero se encuentran en todos ellos.

Ello no significa que se defienda una posición sociologista, ni que se entienda que el lugar "natural" de la clínica es la psicología social. Antes al contrario, en todos ellos se reconocen elementos sociales que *se insertan dentro del discurso en la medida en que tanto la clínica como la salud se encuentran socialmente contextualizadas*. Más aún, con el fin de aclarar posicionamientos, se defiende que la apertura social de la clínica y la salud no significa que esta especialidad, en el caso de ser aceptada, tenga que correr a cargo de los psicólogos sociales en cuanto a supervisión y cultivo.

Junto a la propuesta de una psicología de la salud, también se proponen otras especialidades: la sociología de la salud, la economía de la salud y hasta la política sanitaria. La existencia de otras tantas especialidades no elimina el valor que la clínica posee dentro de la psicología de la salud.

Bien es verdad que deberían potenciarse las estrategias preventivas, que deberían incrementarse las intervenciones directas... pero todo ello no quita un ápice de valor a la posición de que en la salud deben ocupar un lugar prioritario los clínicos, si bien ampliando sus modelos, reinterpretando muchas de sus prácticas y, en definitiva, refundiendo partes sustanciales de su propia entidad.

A partir de estos acuerdos mínimos comienzan las divergencias; unas de matiz y otras de fondo.

Por lo que se refiere a diferencias de matiz, aparecen unas ciertas acusaciones mutuas desde la clínica y desde la salud en el sentido de que unos denuncian la falta de coherencia teórica de los otros y a la inversa. Es posible pensar que esta falta de coherencia se encuentre en los dos campos y, en opinión de quien esto escribe, que ello refleje un cierto "estado de la cuestión" más que una imposición anárquica de desorden sobre las cosas.

Por otro lado, existen dos posiciones bastante claras respecto a la posibilidad o no de promover una psicología de la salud relacionada con la psicología clínica: una, admite la diferenciación y la otra la niega. Las posiciones reflejan, pensamos, el estado actual de hechos. Y no solamente en España: no hace mucho y comentando este problema con un ilustre profesor estadounidense de vocación clínica indudable (M. Mahoney), este profesor expresaba la opinión de que la psicología de la salud viene a tener un valor estrictamente testimonial y de hecho, es poco más que una sociología médica sin viabilidad inmediata, con una representación testimonial en el panorama científico-psicológico y sin futuro profesional ni científico. En esa misma charla expresábamos nuestra posición disconforme con la suya en la medida en que argumentos similares podrían esgrimirse respecto a la psicología clínica y la psiquiatría y no por ello se invalidan los trabajos, los modelos seguidos, ni los resultados obtenidos por parte de los psicólogos clínicos. Los dictámenes respecto a especialidades y contenidos no se erradicán

con la simple enunciación sino con la demostración de opciones operativas mejores y, obviamente, a *nivel operativo y no solamente verbal*.

* * * * *

El autor de estas líneas piensa que la proliferación de posicionamientos teóricos puede representar un comienzo adecuado que permita la generación de modelos alternativos y líneas de trabajo diferenciadas, incluso de aquellas posiciones negadoras de la existencia de determinada especialidad. Sin embargo, la discusión teórica carente de datos en este tema no parece especialmente fructífera. Y menos aún, cuando se entrecruzan elementos crematísticos y de poder profesional. En buena medida, la existencia de especialidades dentro de cualquier campo de conocimiento tiene sentido en la medida en que se reconozca que los profesionales dedicados a este campo de conocimiento poseen una capacidad limitada y, por esa limitación, deben ocuparse de aspectos progresivamente más parciales. La tensión entre profesionalización, especialización y generalismo en la formación y en la oferta de un "producto profesional" adecuado a las demandas reales no se ha resuelto todavía en la actualidad.

* * * * *

Con el incremento de especialización se logra un conocimiento más adecuado de esa parcela de realidad, de modos de operar y/ o de elementos comprometidos en el funcionamiento de esa parcela. Pero, a la vez, este incremento de especialización lleva consigo una restricción artificial del campo y la posibilidad de ignorar tanto la estructura como el funcionamiento del sistema total (los "árboles no dejan ver el bosque"). Y, por otro lado, mientras la progresiva restricción del campo de actuación permite la participación de más personas, la integración de la información procedente de personas distintas en un plan de trabajo más general se dificulta en la medida en que los distintos profesionales participantes no son meros instrumentos que aporten datos a una toma de decisiones

general, sino que cada uno de ellos va seleccionando la información que debe recoger en función del modelo implícito del funcionamiento y/o de la enfermedad o problema que trata de resolver, lo que dificulta la formulación de modelos de funcionamiento más general. Aplicado este razonamiento al campo de la salud y de la clínica, todo ello implica que tiende a ser el enfermo quien puede salir más perjudicado¹ en la medida en que la “ayuda profesional” se convierta en una contrastación de hipótesis alternativas. La dialéctica entre homogeneidad teórica, dispersión, ayuda y ciencia no ha encontrado, todavía en nuestros días, una respuesta satisfactoria.

* * * * *

Uno de los desafíos que existen en nuestra sociedad es, junto al reconocimiento de la diferenciación humana, el de la aceptación de modos, estilos de vida y formas de vivir que representan modelos distintos de estar en el mundo y de estar “sanos”. Es muy posible que el patrón de una salud perfecta posea componentes socio-culturales e históricos que representen una fuente de diferenciación

¹ La solución que se tiende se apunta de generación de equipos coherentes no resuelve el problema. Alivia, eso sí, las cuestiones que tienen que ver con el logro de acuerdo de distintas fuentes (esto es, incrementa la validez de consenso) pero deja sin tocar el problema de la validez externa, predictiva, de los datos recogidos puesto que todos los profesionales pueden ponerse de acuerdo en diagnósticos y pronósticos, aunque este acuerdo esté equivocado. Este es uno de los peligros que aquejan a los que buscan una coherencia por encima de todo, con el fin de evitar discusiones. Mientras no tengamos un modelo teórico omnicompreensivo que vaya regulándose a medida que incorpora datos y reflexiones (lo que puede ser un ideal a lograr para algunos, aunque resulta muy alejado de la realidad actual y, pensamos, que serán prácticamente imposible de eliminar las diferencias en competencias entre profesionales, diferencias en competencias que permitirá la emisión de juicios con distinto grado de plausibilidad y cercanía a la solución del problema de que se trate en cada caso), este problema seguirá existiendo. Y, finalmente, por lo que se refiere al mundo en el que nos ha tocado vivir, el científico y profesional no solamente es un generador y transmisor de conocimientos sino, además, representa un conjunto de sistemas motivacionales y afectivos que colorean y pueden llevar a difuminar y anular el valor de los conocimientos que posee en un momento determinado.

entre seres humanos y cuyo poder para la supervivencia y calidad de vida sea asimismo distinto. Los componentes valorativos y creenciales que se encuentran presentes en la interacción humana y en los productos culturales permiten estilos de vida distintos que no suele estar recogidos en los trabajos publicados sobre el tema.

Esto no quiere decir que se niegue la existencia e importancia que poseen los procesos de biología molecular, vaya por caso, para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la vida de una determinada comunidad. Antes bien, lo que queremos decir es que al igual que existen muchas maneras distintas de convivir y afrontar una enfermedad crónica, asimismo existen, muy posiblemente, muchas maneras distintas de "estar relativamente sano" o de padecer una cierta enfermedad que no posee necesariamente un pronóstico mortal inmediato y, durante ese período de mantenerse vivo, operativo y activo, existen una diversidad de posibilidades de acción que tienden a ser ignoradas y pensamos que bien merecerían estudios especiales al respecto (curiosamente este punto fue planteado hace ya algunos siglos entre los enfermos crónicos y se ha renovado con fuerza por parte de enfermos y personas de apoyo en el Sida). Dicho de otra manera: al igual que se está enfermo de muchas maneras, asimismo puede estarse "sano" de muchas maneras. El reconocimiento de esta diversidad puede llevar consigo modos alternativos de pensar y de actuar en el caso de las campañas preventivas de enfermedad y/o de promoción de la salud. Faltan, en nuestros días, modelos científicos en salud que tomen en cuenta esta variabilidad alternativa a la hora de estar sano y/o enfermo, así como la necesaria diversificación en estrategias preventivas diversas, pese a lo cual integradas en un modelo teórico poderoso.

* * * * *

Una consideración que ha sido tratada solamente de pasada pero que posee una importancia asimismo capital es el de la eficacia que para los enfermos y sus familias poseen los resultados alcanzados hasta ahora en psicología de la salud. El estado de cosas presente en nuestros días es que los resultados de la inves-

tigación, los programas que se han promovido para posibilitar la ayuda y los modos concretos de intervención se encuentran más bien en las publicaciones especializadas y no se han incorporado a la práctica usual en los servicios de salud. Pero este estado de hechos está sostenido más por la carencia de recursos asignados, que por la incapacidad de la psicología de la salud por ofrecer resultados y procedimientos adecuados. Y, pensamos que deben pasar todavía algunos años para que estos programas -que se deben seguir investigando y mejorando- se vayan incorporando a la praxis de rutina. Debe tomarse en consideración que los cambios en praxis profesional en los servicios de salud, como sucede en el caso de los cambios en el sistema educativo, requieren más de una década de consolidación para que comiencen a incardinarse en la praxis profesional.

Bien es verdad que los trabajos concretos y específicos publicados bajo la etiqueta de psicología de la salud son relativamente recientes. De hecho, la aplicación de los conocimientos científicos al campo de la salud ha estado dominada hasta fechas muy recientes por modelos de corte básicamente biológico (al menos durante el último siglo ha sido éste el modelo más representativo y hasta casi paradigmático dentro de la medicina). Sabemos, de antiguo, sin embargo, que el cambio que supone una enfermedad representa no solamente una serie de modificaciones en los sistemas orgánicos sino, además, modificaciones de peso distinto a nivel personal (en algunos casos puede llevar, incluso, a una despersonalización). El estudio de esos componentes personales, que en alguna ocasión pueden ser incluso determinantes de aparición de la enfermedad en su conjunto representa una perspectiva que, aunque posiblemente subyacía a la clínica convencional, ha sido dejada de lado en muchas ocasiones y, desde luego, no ha sido una parte sustancial de las publicaciones realizadas hasta el momento desde un punto de vista científico-psicológico. Y estos enfoques, parcelas de conocimiento y modos de entender la realidad del binomio salud-enfermedad forman parte sustancial de la psicología de la salud. También en este punto de necesaria integración de resultados de investigación biológica, psicológica individual y familiar, está por hacer y su olvido no ayuda a mejorar el

estado de la cuestión. Apelar a un modelo biopsicosocial genérico y sin vertebración en este campo perturba, más que ayuda a encontrar micromodelos concretos que representen ayuda eficaz a nivel de funcionamiento biopsicosocial.

* * * * *

Acaba de mencionarse la importancia casi exclusiva que han desempeñado las variables biológicas en la comprensión y definición de la enfermedad hasta fechas muy recientes en medicina (y de hecho todavía en nuestros días este enfoque es el definitorio en la formación de los médicos). El reconocimiento de la psicología de la salud como especialidad ha planteado, de nuevo, el papel de la biología y de los procesos biológicos en el desarrollo de esta especialidad y en la formación de los psicólogos profesionales que se dediquen a esta especialidad.

El problema es que el papel que desempeñen los procesos biológicos y psicológicos se encuentra mediado en función del nivel de discurso. Así, vaya por caso, resulta más difícil encontrar relaciones entre funcionamiento molecular y funcionamiento personal-psicológico, que entre sintomatología y psicología. Entre otras cosas porque, como se ha visto en uno de los trabajos anteriores, existe una mayor "lejanía" entre biología molecular y psicología que entre sintomatología y psicología (la sintomatología refleja, en gran medida, las interpretaciones psicológicas de los signos de la enfermedad); además, en muchas enfermedades la aparición de síntomas no coincide con la aparición de la enfermedad sino que ésta aparece más tarde, cuando el proceso ya ha llegado incluso a "nivel de conciencia". Por esta razón caben esperar relaciones distintas entre conceptos psicológicos y biológicos para distintas enfermedades, distintos momentos de desarrollo de la enfermedad, distintos tipos de personas, distintos modos culturales de entender los signos de la enfermedad y diferente nivel evolutivo de la persona que sufre la enfermedad. Esta diversificación se encuentra, hasta el momento, apuntada tan solo en la bibliografía, pero carece de un análisis sistemático.

Sobre este punto resulta plausible pensar que si las relaciones son distintas en función de cada uno de los parámetros que acaba-

mos de apuntar, el tipo de intervención psicológica que cabría esperar debería ser distinta en función de todos ellos. Y no solamente la intervención sino la metodología de investigación que debe ser más útil en cada uno de los puntos de inflexión que se han apuntado, puede ser asimismo distinta. Todo ello, sin embargo no debe hacer olvidar que la psicología de la salud exige un mayor conocimiento del que se está dando en la actualidad a los psicólogos sobre procesos biológicos comprometidos con la salud y la enfermedad (también a los médicos habría que formarles más en psicología científica).

* * * * *

Un elemento de discusión que resulta muy frecuente entre profesionales y presenta una relevancia considerable con los puntos que estamos tratando se refiere a la diferenciación entre investigación y aplicación. Esto es, cuando quien esto escribe ha estado comentando algunos resultados alcanzados con otros profesionales, resulta muy frecuente la pregunta acerca de si esos resultados se encuentran en fase de investigación o, por el contrario “ya se pueden aplicar”. En el caso que nos ocupa esta dicotomía nos parece fuera de lugar. En todas las ocasiones de puesta en práctica de la profesión, la investigación no debe de ser echada de lado sino que debe incardinarse en esa praxis. Dado el estado actual de conocimientos tanto en medicina como en psicología, el proceso de diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de muchas enfermedades resulta un proceso de investigación. Pensamos, además, que echar de lado a la investigación representa una de las principales causas de fracaso profesional al sustituir a la investigación (que implica control y contrastación de las decisiones que se adoptan) por una “experiencia personal” en la que no se dan estos controles. Los problemas de predicción, competencia, utilidad y sentido concreto de las intervenciones no deberían ignorarse. Aunque ello implica que la investigación debería reorientarse a estudiar los fenómenos *en* la persona y no las variables y su relación. Es la persona la que debe ocupar un lugar prioritario.

Esta diferenciación entre investigación y aplicación es la responsable, además, de algunas afirmaciones que no poseen un claro

fundamento real. Así, hacia mitad de los ochenta, el director de la revista *New England Journal of Medicine* escribía en un editorial de esta publicación que la psicología de la salud había tenido un considerable valor para los psicólogos de la salud puesto que con esta etiqueta, muchos habían alcanzado un puesto de trabajo y un cierto bienestar económico, pero que la bondad de la misma para los pacientes todavía tenía que ser demostrada.

Mientras esta afirmación posee algunos elementos positivos (acicate de investigación en situaciones reales, acento en búsqueda de aplicaciones, huida de la palabrería, de las grandes palabras, de la formulación de macromodelos y de análisis introspectivo para analizar la realidad que no es solamente introspectiva o, al menos, no lo es en la medida en que es analizada), posee, asimismo, otros puntos que no se corresponden con la realidad: la acción de los psicólogos en el campo de las "enfermedades físicas" ha aportado datos y soluciones a muchos problemas, ha ayudado a encontrar respuestas y modificar planes de intervención a nivel de prevención y educación para la salud y representa un potencial que todavía no ha llegado a su tope (antes al contrario, parece que va adquiriendo más cotas de poder para prestar ayuda eficaz a los enfermos, a medida que se introduce más en el sistema de sanidad). Se sabe que los "modelos fáciles" y los resultados con "validez aparente" tienden a ser aceptados con relativa facilidad. Sin embargo, un análisis más en profundidad de estas aceptaciones muestra que son rechazadas y dejadas de lado asimismo con facilidad al darse cuenta de que la "validez aparente", la que parece de entrada, tiende a ser modificada substancialmente por la práctica y los efectos que se producen a medio plazo.

Pero nos parece totalmente defendible la idea de que deben ofrecerse modelos y *resultados claros*, recursos operativos y datos científicamente basados que permitan consolidar la especialidad y no solamente palabras que de forma deductiva o inductiva "demuestran" su eficacia.

Al autor de estas líneas le llama la atención que mientras en unas ciencias la búsqueda del conocimiento y los hallazgos científicos se toman muy en serio y llevan consigo la aplicación de estos conocimientos a problemas reales y candentes (con las ventajas y

desventajas que ello supone por la premura y la clausura excesivamente rápida de los modelos, métodos y procedimientos de aplicación), en psicología bien sea por el desconocimiento de las variables codeterminantes de los fenómenos, la complejidad de los mismos o la falta de adecuación entre fenómenos a estudiar y resultados que se alcanzan con las metodologías y diseños al uso, el caso es que la mayoría de resultados quedan en las publicaciones sin una aplicabilidad. Las publicaciones especializadas tienden a ser leídas por los que publican o los profesores que indican y en alguna ocasión incitan a la lectura y aplicación aunque con una falta de compromiso excesiva con las recomendaciones que hacen y los alumnos universitarios, para poder superar una materia dada. La contrastación de los resultados, el seguimiento de los tratamientos y estudio de los efectos que se producen a medio y a largo plazo son muy costosos y difíciles de alcanzar en psicología.

Pero esta dificultad no debería llevar a la no publicación de los trabajos sino a la gestación de un sistema de incentivos en el que deberían promoverse la realización, publicación y discusión de estudios longitudinales, de diseño complejo y claro, con procedimientos adecuados y con resultados acumulativos. Los mismos equipos que se comprometan con este tipo de estudios deberían ser incentivados y no penalizados en el mundo occidental.

En lugar de ello, el sistema de creación de conocimientos que tenemos en nuestros días tiende a promover la cantidad de publicaciones, su "difusión social" y la coherencia con líneas editoriales más bien claras y definidas. El marchamo de "científico" tiende a diluirse y confundirse con facilidad idiomática, redes informáticas y la publicación en la que pueda leer un trabajo dado y no por el valor de ese trabajo en y por sí mismo. Este estado de hechos no beneficia especialmente a los enfermos que sufren.

Sucedee, además, que la tentación a "patrimonizar y/o privatizar" la ciencia y/o una parcela de conocimiento de la realidad es una tentación que posee una fuerza considerable entre los que detentan poder. Esta patrimonización tiende a ofrecer modelos paradigmáticos claros y límites claros a lo que es y no es ciencia y lo que debe o no aplicarse. Afortunadamente "la vida se abre camino", la existencia de datos disonantes, de resultados incoherentes con este

intento de control tienden a ser la ruta usual de los cambios de paradigmas. Y, en la actualidad ya existen datos suficientes que limitan el valor de la biologización pensada al modo tradicional como para que se pueda comenzar a pensar en un cambio de paradigma y la entrada de la psicología científica en el campo de la salud como miembro de pleno derecho. Esta "suficiencia" debe ir acompañada, en cada contexto sociocultural por resultados y datos ofrecidos localmente y distribuidos y dados a conocer de manera adecuada a ese contexto con el fin de que esa disonancia y aceptación sean aceptadas.

* * * * *

Posiblemente por una desconfianza básica en la eficacia de los tratamientos psicológicos, los estudios de intervención tienden a suponer un efecto beneficioso de los tratamientos psicológicos sobre los sujetos y, en todo caso, efectos nulos. Desde hace ya unos años venimos insistiendo en el estudio de los efectos que llevan consigo la aplicación de tratamiento psicológicos. Al igual que la ingestión de un compuesto biológicamente activo promueve efectos beneficiosos o perjudiciales, la participación en programas de intervención psicológica lleva consigo efectos muy variados; unos pueden ser positivos pero otros ni siquiera han sido previstos por los investigadores o los profesionales y, al no tomarlos en cuenta, no existe evaluación de los mismos, ni valoración de los programas respecto a ellos. Durante los últimos quince años nos hemos ocupado en la gestación de programas de intervención que han ido acompañados, junto a la aplicación, de un aparato de valoración de efectos complejo que ha permitido rastrear los efectos que se han producido a corto y medio plazo y, mostrar que un mismo tipo de intervención posee efectos a medio plazo radicalmente distintos en función del estadio evolutivo de los sujetos que han participado en él. Y las consideraciones evolutivas parecen encontrarse demasiado ausentes de las publicaciones en psicología de la salud.

* * * * *

Tal y como se puede vislumbrar a partir de las páginas anteriores, existen muchos caminos que no parecen tener una salida adecuada y que representan, más que finales, comienzos de líneas de trabajo. Ya se han visto algunas y probablemente quizá se merezcan algunas líneas dos puntos que poseen una actualidad que puede ser considerada, por algunos, hasta alarmante y, por otros, como la última moda ante la que hay que definirse. La primera cuestión se refiere a la reducción de la ciencia a lo publicado y aparecido en los "círculos y redes informáticas"; la segunda cuestión, la progresión de posicionamientos idealistas dentro de la ciencia psicológica académica.

Parece que un componente importante a tener en cuenta en la conceptualización de lo que significa "ciencia" es la "comunicación", hasta el punto que esa comunicación ha sido esgrimida como la nota esencial de lo que definía la actividad científica. Esta comunicación da sentido a la existencia de docencia sobre la ciencia a todos los niveles, de la existencia de libros y revistas especializadas. El problema aparece cuando se comienza a seleccionar la información a ser comunicada (lo que representa algo tan simple como decidir qué elementos deben ser dados a conocer y cuáles no). Usualmente los criterios de selección se entiende que se encuentran formados por aquellos elementos que definen la actividad científica: temática, metodología de estudio, análisis de resultados, conclusiones y discusión. Usualmente, asimismo, estos criterios deben ser los que se encuentran presentes en la selección de los trabajos remitidos a las publicaciones periódicas (y/o a las editoriales) y formarían los elementos de enjuiciamiento de la calidad de los escritos remitidos para su publicación.

Estos criterios fueron elaborados cuando la publicación era costosa, difícil y más bien escasa. La proliferación de profesionales y del interés de las personas en la ciencia, así como la complejización de la metodología de trabajo, de los modelos teóricos y del incremento en aplicaciones de la ciencia al mundo social (con sus derivados de necesidad de financiación, rentabilidad de los conocimientos y oferta de productos a la sociedad ²) dio lugar a

² Esta "apertura social" de la ciencia no es nueva aunque sí se ha incrementado tan notablemente con la aparición de descubrimientos de relevancia social

dos giros importantes: el primero, que las publicaciones se diversificaran para poder ofrecer satisfacción a demandas de distinta cualificación y el segundo, que la difusión de la información se convirtió en una fuente de poder y control social. La estratificación de fuentes de publicaciones se hizo, de entrada, con la intención de diversificar, cualificar y fomentar la búsqueda de información relevante. De hecho sin embargo, comenzaron a aparecer barreras al poco tiempo. La generación de redes de comunicación y la informatización de esas redes representan una fuerte inversión; el número de las publicaciones que pueden entrar en las redes resulta asimismo cerrado debido a problemas de costo y rentabilidad, el lenguaje en el que las publicaciones deben ser hechas, el estilo de transmisión de los conocimientos, etc. han comenzado a modificarse en función de las exigencias extracientíficas o externas al desarrollo que la ciencia ha seguido hasta ahora. La imagen que se está dando de los conocimientos científicos viene a ser la de que la "inteligencia científica" se encuentra capitalizada tan solo en aquellos que publican en un determinado idioma (inglés), en unas publicaciones determinadas (las que se encuentran aceptadas en las redes de comunicación internacional) y que cumplen los requisitos formales (no ya de contenido) que se estipulan en esos formatos. Y pensamos que es grave y peligroso para el propio desarrollo de la ciencia pensar que solamente existe en ciencia lo que entra en esas redes internacionales de publicación puesto que lo que "aparece" cuando se consulta con esas redes acerca de lo que existe sobre un determinado tema es lo que se encuentra recogido siguiendo las pautas que se han mencionado mas arriba. La "comunicación" científica se ha convertido en un filtro económico muy

que ha llegado a caracterizar y convertirse en criterio de asignación de valor de los resultados científicos. Repárese que la farmacología, por ejemplo, se ha convertido en un negocio que mueve billones de pesetas al año en campos muy diversos. El descubrimiento, desde este punto de vista, se convierte en triunfo y en inversión económica que ya "no se publica" porque los beneficios pueden menguar considerablemente. En psicología organizacional sucede otro tanto aunque el dinero en juego es de mucha menor cuantía.

potente que hace aparecer y desaparecer autores, líneas de trabajo y modelos en función de la adscripción, pertenencia, adecuación o no a los requisitos de esas redes de comunicación científica. El primer intento de facilitar la comunicación se ha convertido en un filtro poderoso y en el que se conoce aquello que cumple con esos requisitos que no son, preciosamente, los que caracterizan a toda la actividad científica seria y rigurosa. En el caso de las ciencias físicas y biológicas estos criterios posiblemente sean menos discutibles. En el de las ciencias sociales, las uniformidades y filtros pueden lograr una ciencia uniformista y sesgada hacia los criterios de "lo que es correcto" para los generadores y propietarios de los filtros, lo que no parece ser especialmente aconsejable y que puede llegar a distorsionar y hasta eliminar la diversificación cultural y de curso histórico.

El último punto apuntado más arriba se refería al incremento en la ideologización en el sentido de convertir a la ciencia en un fruto del idealismo. Nos estamos refiriendo a las posiciones cognitivas "constructivistas". El arranque parece claro y posee una fuerte dosis de verdad: reconocer que desde el lenguaje nos estamos ocupando de una actividad humana (la ciencia) generada por convención y que posee unas limitaciones y características que vienen determinadas en gran medida por la filogénesis del conocer humano. Si las cosas no fueran más allá de este punto, realmente no habría ningún problema en la medida en que esa posición no representa algo distinto a lo que se decía tradicionalmente en la metodología y en la epistemología científicas. Los problemas aparecen cuando se da un paso más y se defiende no solo a nivel de análisis lógico sino "empírico" que la "realidad" es una creación de la mente. Se ha pasado, con ello, epistemológicamente, de un idealismo trascendental a un idealismo absoluto, con el peligro subsecuente de caer en un psicologismo radical que hace ya tiempo ha sido desechado de la ciencia (pensar que el mundo que existe es el que yo pienso en mi cabeza). Este constructivismo, entendido del modo tan radical como acaba de ser mencionado, se encuentra presente en gran parte de la praxis educativa legal y "oficial" en España y forma parte esencial, asimismo, de muchas prácticas terapéuticas "constructivistas" (que más bien podrían ser calificadas como creacionistas).

Esta disgresión de la metodología científica que representa una de las modas, esperamos que no vaya en aumento y, en todo caso, puede resultar conveniente su cultivo, como decía Stuart Mill hace ya más de un siglo, con el fin de poder encontrar el límite a ese idealismo que se repite cíclicamente en la historia del pensamiento moderno. Resulta muy difícil "salir" de esas posiciones idealistas si no se tienen recursos "materialistas" para contrastar las hipótesis más allá de las cabezas que las formulan. Y, en todo caso, es muy posible que, como se ha dicho más arriba, "la vida busca camino" y, por ello, resulta prácticamente imposible a largo plazo poner barreras a la vida y a la realidad, por lo que la realidad misma termina por imponerse. Y la realidad, como los datos científicos, es mostrenca, no resulta posible doblegarla ni negarla hasta el punto de hacerla depender de la cabeza de unos científicos. La realidad es algo más (y pensamos que mucho más) que la "realidad virtual" y entre lo virtual y lo real se encuentra un espacio que, hoy por hoy, es imposible ignorar. Además, la creación de "lo virtual" alcanza un viso de realidad mayor a medida que se aparta uno de la realidad ideal para ajustarse a la imperfecta, tozuda e impositiva de la que nos rodea (recordemos que ya decía Bacon, para vencer a la naturaleza hay que obedecerla, esto es: descubrir cómo funciona y no imponerle un funcionamiento artificioso que, a la larga, resulta ineficaz).

En suma, apelación a la formación seria en ciencia, trabajo duro y esfuerzo por ir apresando parcelas de la realidad. Y, como sucede en el campo de la salud, capacidad para recoger aquellos elementos que, aunque dispersos, sean valiosos para general modelos más poderosos que los actuales, diversificados y que posibiliten una integración, ni ecléctica, ni meramente sumativa-agregativa de los datos y resultados que se conocen.

En la medida en que se entienda al ser humano como un conjunto no completamente integrado aunque complejo de sistemas funcionales, esta opción que es la que el autor de estas líneas está siguiendo desde hace más de dos décadas, parece que sigue teniendo sentido y permite un trabajo serio y continuado no contradictorio; esto es, bastante sensato dentro del panorama general de opciones existentes. Si esta sensatez (que no es la única posible)

tiene visos de no traicionar a la realidad seguirá perviviendo al margen de lo que piensen y digan los más radicales. Si niega una parte considerable de la realidad, al margen de la moda, no debería ser tomada en consideración. Pero este juicio debe encontrarse asentado en su incapacidad intrínseca y no por su complejidad ni por su dificultad en cuanto a formas concretas de plasmarla en experimentos, estudios y publicaciones.