

Funciones del psicólogo en una Unidad de Salud Mental de Hospital General

Salvador PERONA GARCELAN
Francisco D. CASADO CAÑERO
Psicólogos programa PIR.
U.N.E.D (Centro Asociado de Sevilla)

En el presente artículo se pretende ofrecer un doble objeto de análisis: a) las insuficiencias del modelo médico aplicado a los trastornos de conducta, y b) desde la reflexión anterior, la ubicación como psicólogos en un dispositivo como la Unidad de Salud Mental de Hospital General.

Visión general del psicólogo en salud mental

Las unidades de psiquiatría son un campo nuevo de actuación para el psicólogo, lo que implica que sus funciones actualmente se encuentran en un proceso de definición y encuadre dentro del modelo de salud. Esta integración es de suma importancia, pues sería un paso considerable en la aceptación en nuestro país del rol del psicólogo dentro de la sanidad general.

Sin embargo, esto no es tan fácil como a primera vista pueda parecer, pues donde siempre el modelo imperante en la concepción del binomio salud-enfermedad ha sido de tipo médico, modelo que ha condicionado todas las actividades y actuaciones de los profesionales de la salud no médicos (ATS, auxiliares y, evidentemente, el psicólogo).

La filosofía del modelo médico ha sido aplicada a todos los campos de la salud y, por supuesto, también al de la salud mental. Desde esta perspectiva, el trastorno mental es sintomático de un estado patológico orgánico subyacente, suponiéndose que para curar a una persona que sufre la «enfermedad mental» es necesario eliminar ese estado patológico interno (Rimm y Manster, 1974). Desde este marco, la enfermedad mental es un problema médico y la terapia es jurisdicción del individuo entrenado en medicina. Por tanto, la actuación del psicólogo se reduce a servir de mero apoyo al trabajo del médico; esto es, el psicólogo y los otros profesionales no médicos funcionan como satélites alrededor de las acciones de los profesionales de la medicina, estando condicionados a un modelo asistencial en el que el psicólogo, como dice Yates (1970), es una especie de pseudomédico.

Esta dependencia ha determinado el surgimiento de una psicología clínica cuyas bases teóricas y metodología de trabajo es una derivación o copia de métodos clínicos utilizados por los médicos. Entre ellas destaca (y es a lo que se ha reducido tradicionalmente las acciones de los psicólogos de salud mental) el psicodiag-

nóstico. Desde este prisma el psicólogo es una especie de auxiliar cuya función es la de pasar a los pacientes interminables baterías de tests, atribuyéndoles, a través del cotejo entre las respuestas dadas ante dichas pruebas y los indicadores que definen cada una de las etiquetas diagnósticas (esquizofrenia, depresión, etc.), una «entidad psicopatológica interna», a partir de la que el médico tomará las medidas terapéuticas oportunas.

En nuestra opinión, la perspectiva del rol del psicólogo clínico tradicional choca con las siguientes consideraciones:

1) *Insatisfacción por parte de la comunidad científica de la utilidad del diagnóstico psiquiátrico.*

El diagnóstico basado en la psiquiatría presenta serias deficiencias respecto a su fiabilidad y validez. Existen actualmente numerosas investigaciones que informan sobre la reducida fiabilidad del diagnóstico tradicional (para una exhaustiva revisión ver Yates, 1970; Mayor y Labrador, 1984; Fernández Ballesteros, 1981, 1987), pues se basa en criterios puramente intuitivos que se refieren a etiquetas verbales meramente descriptivas, a los que erróneamente se les confieren un valor explicativo de tipo circular.

El grado de acuerdo entre diferentes observadores respecto a diagnósticos *individuales específicos* es demasiado bajo, siendo el acuerdo mayor sobre las categorías diagnósticas más generales, pero dejando aún mucho que desear (Zubin, 1967). Kreitman (1961), al igual que Zubin, encuentra un acuerdo mayor para categorías generales (por ejemplo, 89% para la categoría de psicótico funcional), sin embargo, el acuerdo es muy bajo para categorías específicas (por ejemplo, 46% para la de psicótico paranoide). Por otra parte, tampoco hay demasiado acuerdo en el diagnóstico de un paciente a lo largo del tiempo y, por supuesto, las etiquetas son manejadas de forma diferente por psiquiatras distintos.

Por otro lado, la validez también se pone en duda, pues se ha encontrado una baja correspondencia entre las evaluaciones psicométricas y las clínicas. Respecto a estudios realizados sobre la validez de constructo (Lorr et al., 1963) así como predictivos (Zubin, 1967; Frank, 1975) también aparecen seriamente cuestionados.

En este sentido, si la fiabilidad y la validez de este tipo de evaluaciones son altamente dudosas, podemos cuestionarnos su utilidad, tanto en la aclaración de la etiología de la enfermedad, como en el pronóstico.

2) Olvido de la formación específica del psicólogo.

La psicología clínica nació al amparo de la psiquiatría, lo cual llevaba implícito en la labor del psicólogo la aceptación de que la conducta anormal estaba causada por un agente fisiológico o bioquímico. Esto, evidentemente, determinaba que su papel quedase circunscrito a la aplicación de tests y a la ayuda en el diagnóstico, mientras los médicos psiquiatras supervisaban al psicólogo y hacían la terapia (Maciá y Méndez, 1988).

Como bien dice Yates (1970), es realmente sorprendente el que se empleen en la formación de psicólogos cinco años (más la especialidad postgraduada en psicología clínica) en conocimientos teóricos y empíricos concernientes a temas como teorías del aprendizaje, motivación, percepción, cognición, lenguaje, psicología social, metodología y técnicas de investigación científica, etc., para que después sean completamente ignorados tan pronto como el psicólogo sale al campo clínico.

Esta formación específica del psicólogo (que no tiene el psiquiatra) rompe evidentemente el molde tradicional de actuación, condicionando un modo distinto de trabajar y de entender los problemas de la salud mental.

La psicología clínica actualmente se podría definir como una subdisciplina de la psicología científica que investiga y aplica los principios del comportamiento humano con el fin de comprender, prevenir y/o modificar, con técnicas de evaluación e intervención apropiadas, los trastornos de conducta (Maciá y Méndez, 1988). Si entendemos así lo que es la psicología, aplicada al ámbito clínico, es evidente que, en líneas generales, el rol del psicólogo sobrepasa la mera función testológica y que, por su propia formación científica, trabaja sobre un nivel de segmentación de la realidad distinto al del médico, permitiéndole abordar los problemas de salud mental desde una óptica diferente: la de estudiarlos desde el punto de vista de las interrelaciones entre los individuos y sus entornos sociales (Kantor, 1957, 1977; Ribes, 1985). Un problema de salud mental para un psicólogo clínico no es la búsqueda de una etiología interna en el organismo, sino el estudio funcional y situacional de las conductas problemáticas; es decir, estudiar las relaciones entre las conductas y sus antecedentes y consecuentes tanto ambientales como encubiertos. Ello implica el estudio de la ubicación del paciente, tanto diacrónica como sincrónica, dentro del marco de sus relaciones sociales y familiares, y la determinación que sobre ellas ejerce la

estructura social general y los valores culturales del grupo a que pertenece.

Este nivel de análisis de la realidad, genuinamente psicológico, amplía considerablemente el ámbito de actuación, pues nos permite intervenir en todos aquellos problemas en los que la conducta tenga un papel importante, como por ejemplo todas aquellas enfermedades relacionadas con los estilos de vida como la hipertensión, obesidad, estrés, problemas cardiovasculares, además de los tradicionales problemas psicopatológicos.

Rachman (1980) prefiere dejar de lado el término psicología clínica y utilizar uno más acorde con las posibilidades reales de la psicología científica actual y es el de *psicología de la salud*. Según este autor, con dicho término se reconoce que el psicólogo no tiene que reducir sus actividades necesariamente a los problemas psicopatológicos, se acepta que la psicología puede suministrar concepciones propias sobre la salud y sus problemas, además de considerar que los factores psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina y que, por tanto, los psicólogos pueden colaborar interdisciplinariamente con médicos y otros profesionales de la salud. En definitiva, si tenemos en cuenta que los problemas de salud pueden abordarse desde diferentes niveles (y no solamente desde el médico como se ha pretendido hacer siempre) como son los niveles biológicos, psicológicos y social, el objetivo de la psicología de la salud sería precisamente el abordaje de los componentes conductuales o psicológicos de los fenómenos de salud/enfermedad.

El psicólogo de la salud en la Unidad de Salud Mental de Hospital General

Dentro del modelo de salud desarrollado en nuestra comunidad autónoma, el psicólogo desempeña un importante papel tanto a nivel de intervención primaria como a nivel especializado.

Vamos a analizar a continuación el papel del psicólogo de la salud dentro de un dispositivo asistencial de nivel especializado como son los hospitales generales. Pero antes hagamos una aclaración y es que, si bien vamos a estudiar las funciones del psicólogo en un dispositivo a nivel especializado, no debemos entender su actuación como acciones separadas e independientes de los niveles primarios, pues (por lo menos en teoría) debe existir una coordinación y complementariedad entre el psicólogo que trabaja, por ejemplo, en educación para la salud y el que trabaja en un hospital, dando a las acciones desarrolladas una continuidad y, por tanto, una eficacia de la que carecen los sistemas sanitarios tradicionales o los basados en la sanidad privada.

El conjunto de funciones que consideramos que puede desarrollar un psicólogo en el esquema de salud definido por el modelo de *atención a la salud* son los siguientes:

1) Funciones clínicas del psicólogo.

Su práctica clínica en una unidad de psiquiatría está supeditada por completo a la acción del modelo clínico. Como expresa Peña Martín y García Quintanal (1982) las características de la acción profesional del

psicólogo en las unidades de psiquiatría está limitada por una serie de variables:

a) La estructura médica del equipo, que condiciona tanto el tipo de demanda como el tipo de intervención que va a ser capaz de hacer. En muchos casos puede ser un planteamiento útil, pero con frecuencia chocará con otros modelos no médicos en la confección de la salud mental.

b) La estructura jerárquica y el lugar de «adjunto» del psicólogo dentro del equipo, limitando su posible intervención cuando no la somete a unas directrices no del todo relevantes en la configuración de la función profesional psicológica que en la actualidad se vislumbra.

c) Existencia del riesgo de que se olviden otras alternativas de integración en la sanidad hospitalaria tan válidas como la médica y con la que, en principio, no son incompatibles. Hablamos, por ejemplo, de servicios hospitalarios de psicología, psicólogos miembros de otros servicios no psiquiátricos, etc...

La verdad es que los comentarios de Peña y García se ajustan bastante a la realidad y, aunque muchas veces existen buenas intenciones y se delimitan las funciones de los profesionales, el desfase entre lo que se dice en teoría y lo que se hace en la práctica es grande. En este sentido, puede servir como ejemplo de ello en el caso concreto de la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Valme (Sevilla), en el que han desarrollado su actividad como psicólogos en el programa PIR los autores. Las funciones definidas han sido las siguientes:

- colaboración en el diagnóstico y terapia del paciente a *requerimiento* del psiquiatra responsable.

- evaluar y diseñar programas relativos a la mejora de la calidad terapéutica del equipo, estableciéndose para ello colaboración con enfermería y terapia ocupacional de cara a incrementar el potencial terapéutico de su intervención, sin intrusismo.

Esta especie de declaración de principios confirma, en nuestra opinión, la dependencia del psicólogo respecto al psiquiatra («... a *requerimiento* del psiquiatra responsable»). Parece ser que el psicólogo no está cualificado para ser el responsable y tratar a nivel psicológico a una persona mientras, curiosamente, el psiquiatra —cuya formación y entrenamiento profesional es fundamentalmente biológico— sí. De todas formas, aunque admitamos estos puntos, su cumplimiento en la práctica real se limita solamente a la evaluación diagnóstica psiquiátrica tradicional que, como hemos dicho antes, tiene escasa utilidad para cualquier intervención de tipo psicológico, además de sus deficiencias a nivel de fiabilidad y validez. En definitiva, actualmente se está infravalorando e infrautilizando el potencial profesional que el psicólogo puede aportar al equipo de salud mental de las unidades de psiquiatría de hospital general.

La actuación del psicólogo en un hospital debe centrarse en todos aquellos problemas en los que las variables conductuales y cognitivas tengan un valor funcional primordial en la adquisición, mantenimiento y/o eliminación de tales problemas. Esta actuación se lleva a dos niveles: uno el de interconsulta y otro en la misma unidad psiquiátrica.

A nivel de interconsulta el psicólogo puede funcionar atendiendo a todos aquellos pacientes ingresados en otras unidades, pero que para un mejor tratamiento necesitan de ayuda psicológica. Bayés (1979) describe tres áreas de aplicación de los conocimientos psicológicos que, pensamos, se podrían aplicar en interconsulta. Estas áreas son:

1ª) Conseguir que se cumplan las prescripciones médicas. Es conocido por todos que existen trastornos como los cardiovasculares o la hipertensión, por ejemplo, en las que el cumplimiento estricto de las prescripciones médicas es fundamental para la salud de las personas afectadas. El adquirir el hábito de cumplimiento de las prescripciones médicas es un problema conductual en el que el psicólogo puede tener un papel importante.

2ª) Aliviar el dolor por medio no farmacológico. Existen investigaciones (Beecher, 1959; Rachman y Philips, 1978; Turk y Genest, 1979, por ejemplo) en las que se demuestra la importancia de variables de tipo psicológico en el alivio del dolor. Esto implica la necesidad de un estudio sistemático de estas variables de forma que se consiga, por un lado, la reducción del dolor por medios no farmacológicos, lo que implicaría la eliminación de los efectos secundarios de la farmacoterapia; y, por otro, el uso racional de estas técnicas por los propios pacientes disminuiría los riesgos de la automedicación. En este sentido comenta Bayés (1979, pág. 197): *¿Quiénes más adecuados que los psicólogos clínicos para, en colaboración con los médicos, estudiar y poner en práctica un plan de este tipo?*

3ª) Obtener control psicológico por parte de los pacientes de variables fisiológicas críticas. En los últimos años se ha desarrollado un nuevo enfoque, dentro de la terapia de conducta, en el que se estudia el control por parte de las personas de variables fisiológicas. Esta disciplina se ha denominado *medicina conductual* y, en ella, los psicólogos también tenemos mucho que decir y hacer.

Por otro lado, la labor del psicólogo en la planta de psiquiatría debe estar organizada a dos niveles: uno longitudinal, es decir, debe estar en estrecho contacto con los miembros de los equipos de salud mental para la coordinación conjunta de estrategias de intervención y seguimiento de los pacientes que llegan al hospital; el otro sería transversal, y consistiría en la coordinación profesional con los miembros (psiquiatras, terapeuta ocupacional, ATS, trabajador social) que componen el equipo de salud mental, de forma que se pueda realizar una verdadera intervención bio-psico-social de los problemas de los pacientes que pasan por la unidad psiquiátrica. Una intervención bio-psico-social no consiste en hacer un diagnóstico por parte del psicólogo y, después, la aplicación de un tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra; sino que es, en primer lugar, una valoración funcional de los determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la problemática del paciente, en la que se exploren aquellas variables relevantes que de alguna manera tienen relación con sus conductas problemáticas. Esta valoración abarca, evidentemente, desde el análisis biológico y el análisis topográfico de la conducta del paciente y su

relación funcional con los determinantes ambientales, hasta el análisis y evaluación de las características psicosociales de los grupos próximos al paciente, así como de las redes de apoyo social (tanto formales como informales) con las que está o puede estar en contacto. La información que proporcionarían estas evaluaciones no sería una etiqueta diagnóstica (esquizofrenia simple, por ejemplo) que de poco nos sirve a los psicólogos, al paciente y a su familia, sino datos muy relevantes sobre las variables relacionadas con la adquisición y mantenimiento de las conductas problemáticas que, como es lógico, nos permitiría (cosa que con el etiquetaje habitual no se puede hacer) plantear unas estrategias de intervención bio-psico-sociales más efectivas y ajustadas a la realidad social del paciente.

Tal como están organizadas las unidades de psiquiatría es muy difícil realizar este tipo de abordajes pues, por un lado, el personal no está aún preparado para este tipo de prácticas y, además, las unidades de psiquiatría trabajan muy independientemente de los equipos de salud mental, haciendo muy difícil la valoración y seguimiento longitudinal de cualquier problemática. Por otro lado, sería necesario que hubiese un equipo mayor de psicólogos para poder realizar esta labor, creándose un departamento de psicología dentro de la unidad y dejando de ser el psicólogo un mero accidente o un «advenedizo» dentro de la misma.

2) *Función docente del psicólogo.*

Otra función del psicólogo es la de la docencia. Esta labor sería la siguiente:

a) Participar en la formación tanto de estudiantes de medicina de segundo ciclo como los de formación postgraduada.

b) Participar en la formación postgraduada para psicólogos.

c) Participar en la formación de estudiantes de enfermería en aquellas materias concernientes a psicología, haciendo hincapié en enseñarles un modelo de intervención de tipo bio-psico-social.

d) Por otro lado, instruir a terapeutas ocupacionales, enfermeros y auxiliares en los conocimientos básicos de psicología para mejorar su labor profesional en la unidad de psiquiatría y, así, colaborar más eficazmente en la labor terapéutica.

3) *Participación en el diseño ambiental.*

Consideramos relevante esta función ya que ha sido suficientemente reflejada —trabajos en psicología ambiental— la influencia que poseen las variables referidas al espacio físico-social sobre la conducta de los sujetos. Importante a este respecto es el análisis de la estructura arquitectónica de las unidades de psiquiatría de un hospital general. Estas se configuran como un espacio cerrado, que se organiza en torno a un pasillo. Este tipo de diseño entra en la categoría definida por Osmond (1978) como sociófugas (que inducen o desalientan la comunicación interpersonal) frente a los sociópetas (que facilitan el establecimiento de relaciones sociales), que se caracterizan por la organización de la estructura de la edificación alrededor de un espacio común. La importancia que poseen estas variables

consideramos que es grande dado el elevado grado de aislamiento social que suelen presentar los internos.

Sirva ello como ejemplo de la importancia que posee el trabajo que puede ser realizado por el psicólogo en el diseño ambiental de las unidades.

4) *Planificación de las actividades a realizar en la unidad.*

Esta función tiene como objeto el convertir el tiempo vacío, en el que el paciente vaga por los pasillos, en un periodo en el que efectúe actividades que faciliten el mantenimiento de las habilidades que posee y el desarrollo, en la medida de lo posible, de aquellas que se encuentran en un estadio rudimentario. Para ello es necesario la organización de programas de actividades que, abarcando al conjunto de los profesionales de la unidad, se acomoden a las características del interno y a la evaluación actual de su proceso psicopatológico.

Consideramos especialmente relevante la planificación de actividades que faciliten el contacto social y el desarrollo de actitudes cooperativas, las más deficitarias en este grupo de sujetos.

5) *Función investigadora.*

Este es un papel muy importante del psicólogo en cualquier dispositivo que trabaje. Según Yates (1970), el rol del psicólogo es el de especialista en investigación altamente entrenado, que aplica el conocimiento teórico y empírico de la psicología a la comprensión y cambio de patrones anormales de comportamiento, rol que puede ser desempeñado por el psicólogo clínico en virtud de sus habilidades y conocimiento en metodología y diseños de investigaciones adquiridos durante su formación universitaria.

Todo esto permite al psicólogo realizar las siguientes actividades en el hospital general:

a) Elaboración de diseños de investigación tanto epidemiológicos, básicos o aplicados, así como el análisis estadístico de los mismos.

b) Perfeccionamiento y manejo de instrumentos de evaluación psicológica.

c) Investigaciones sobre validez de técnicas de intervención terapéutica.

Con la definición de las funciones que consideramos puede, y ha de ejercer el psicólogo como especialista en los factores que determinan los comportamientos de los individuos, damos fin a esta exposición. Las ideas que aquí se han presentado son fruto de la reflexión sobre nuestra experiencia profesional y, con ellas, hemos pretendido ubicar el marco paradigmático y práxico de la actividad que desarrollamos como psicólogos en una Unidad de Salud Mental de Hospital General.

Referencias

BAYES, R. (1979): La terapéutica del comportamiento como elemento clarificador de las funciones profesionales del psicólogo clínico y del médico psiquiatra. *Análisis y Modificación de conducta*. 15, 9, 191-221).

- BEECHER, H.K. (1959): *Measurement of subjective response*. Londres: Oxford University Press.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. y CARROBLES, S.A. (1981): *Evaluación Conductual: Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. *El Ambiente. Análisis Psicológico*. Madrid: Pirámide.
- FRANK, G.H. (1975); Psychiatric diagnosis: a review of research, *Journal of General Psychology*, 81, 157-176.
- HELLER, K. et al. (1984): *Psychology and community change III*. Homewood: Dorsey Press.
- KANTOR, J.R. (1959). *Interbehavioral psychology*. Chicago: Principian Press.
- KANTOR, J.R. (1977), *Psychological Linguistics*, Chicago: Principian Press.
- KREITMANN y cols. (1961): The reliability of psychiatric diagnosis. *Journal Mental Science*, 107, 876-886.
- LOOR, M. et al. (1963): *Syndromes of Psychosis*, New York: MacMillan.
- MACIA ANTON, D. y MENDEZ CARRILLO, F.X. (1988). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- MAYOR y LABRADOR (1984): *Manual de modificación de conducta*. Alhambra Universidad.
- OSMOND, H. (1978): La función como base para el diseño de la sala de psiquiatría. En Prochansky et al. (Ed.). *Psicología Ambiental*. Mexico: Trillas.
- PEÑA, C. y GARCIA, R. (1982): La función del psicólogo en la unidad de psiquiatría de hospital general, *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 0,, 87-113.
- RACHMAN, S. PHILIPS, (1978): *Psychology and Medicine*, Harmondsworth: Middlesex.
- RACHMAN, S. (1980): *Contributions to Medical Psychology*, Oxford: Pergamon Press.
- RIBES, E. y LOPEZ, F. (1985): *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- RIMM, D.C. y MASTERS, J.C. (1974). *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas, 1982.
- TUAK, D.C. y GENEST, M. (1979): Regulation of Pain: De Application of Cognitive And Behavioral Techniques For Prevention and Remediation. En Kendall y Hollon (Eds.) *Cognitive- Behavioral Interventions*. New York: Academic Press.
- YATES, A.J. (1970): *Terapia del comportamiento*. México: Trillas.
- ZUBIN, J. (1967): Clasification of the Behavioral Disorders *Annual Review of Psychology*, 18, 373-406.