

## ***Situación actual del papel del psicólogo en las Unidades de Salud Mental de Hospital General en Andalucía***

**Encarnación SANTIAGO MOLINA**  
*Unidad de Salud Mental  
Hospital General Torrecárdenas. Almería*

### ***Resumen***

El presente trabajo tiene como objeto constituir un acercamiento a la actividad laboral que, en la actualidad, desempeña el psicólogo en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental en la Comunidad Autónoma Andaluza. Se hace un recorrido por el devenir histórico de tales unidades, así como una descripción de sus características. El estudio de la actividad laboral que realiza el psicólogo en estos dispositivos se ha realizado a través de un cuestionario dirigido tanto a todos los profesionales que en la actualidad prestan sus servicios como a aquellos otros que lo hicieron en un pasado. A partir de los resultados del cuestionario se realiza un análisis descriptivo y correlacional de las variables implicadas en la situación laboral de estos profesionales, así como un estudio comparativo entre los encuestados que en la actualidad realizan su trabajo en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y aquellos otros que ya no lo hacen. Por último, se exponen una serie de conclusiones acerca de los resultados obtenidos, dejando abierto a debate la situación presente y futura del psicólogo en las Unidades de Salud Mental del Hospital General.

**Palabras clave:** Psicólogo, actividad profesional, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

### ***Abstract***

The object of this paper is to set up an approach to the current work activity of the psychologist in the Mental Health Hospitalization Units in the Spanish Autonomous Community of Andalusia. An examination is made of the previous process of development of such units and also a description of their characteristics. The study of the work performed by the psychologist in these units has been carried out through a questionnaire directed both at the professionals who currently lend their services and those others who have done so in the past. Results allowed a descriptive and correlational analysis of variables involved in these professionals' working conditions, as well as a comparative study between those who currently carry out their work in the Mental Health Hospitalization

Units and those who no longer do so. Finally, a series of conclusions are expounded on the results obtained, leaving the present and future situation of the psychologist in the General Hospital Mental Health Units open to debate.

**Key words:** Psychologist, professional activity, Psychiatric Hospitalization Units.

### **Aproximación histórica a las Unidades de Salud Mental del Hospital General**

El papel profesional que desempeña cualquier miembro de un equipo asistencial viene definido y determinado por las características estructurales y funcionales del dispositivo en el que se encuadra que, a su vez, es fruto de su propio devenir histórico. Si bien, el objeto del presente artículo es realizar una aproximación a la actividad laboral que desempeña un psicólogo en una Unidad de Salud Mental del Hospital General (USM-HG), consideramos imprescindible hacer un recorrido histórico de dichas unidades en España. Tal recorrido permitirá conocer y comprender el marco institucional actual en el que el psicólogo realiza sus funciones.

La atención a los pacientes mentales con carácter institucional se inicia históricamente con los *manicomios* o *asilos para locos*, siendo en el siglo XV, en España, donde se introdujo por primera vez este tipo de institución en el mundo occidental. Alrededor de los siglos XVII y XVIII, estos adquirieron un carácter médico que aún no se venía realizando en el resto de Europa. Sin embargo, toda una serie de avatares socio-políticos convirtieron los *manicomios* en unas instituciones de reclusión de enfermos mentales y de otras personas desprotegidas, con un marcado carácter de beneficencia y alejadas del mundo científico.

El gobierno de la Segunda República Española se hizo eco de las ideas innovadoras y humanizadoras de la asistencia psiquiátrica y así, en 1931, apareció un decreto regulador de la atención al enfermo mental. Con la involución política y social generalizada que supuso la Guerra Civil, se abandonaron las reformas asistenciales que se habían iniciado con anterioridad y el hospital psiquiátrico recuperó protagonismo como estructura única del sistema asistencial. Fue a finales de los sesenta y principios de los setenta, acorde con el desarrollo de nuevas alternativas asistenciales promovidas en Europa y Estados Unidos, cuando asistimos a diversos intentos de transformación de la institución psiquiátrica, constituyendo esto el germen de las actuales reformas psiquiátricas en las diversas comunidades autónomas españolas. Con la llegada del régimen democrático se produjeron intentos institucionales (comisiones ministeriales de 1975 y 1977) para dar solución a la situación asistencial existente. El informe de la *Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* de 1985 constituyó la fuente de inspiración de las actuales reformas en las distintas comunidades autónomas, entre ellas la andaluza. El objetivo hacia el que apuntaba tal informe era el de la integración de los recursos terapéuticos en salud mental dentro del sistema sanitario general, superando la estructura tradicional (el hospital psiquiátrico) mediante un sistema alternativo que daba

prioridad al nivel comunitario y con una orientación preventiva, terapéutica y de reinserción social del enfermo mental.

La política sanitaria en salud mental que inspiró a la reforma psiquiátrica andaluza (López *et al.*, 1988) asumió el paradigma teórico de la salud comunitaria. Tal paradigma surge a partir de la crisis conceptual y organizativa de la experiencia psiquiátrica tradicional, contemplando un concepto ecológico de la salud desde el que se enfatiza la importancia que tiene el entorno social en el surgimiento, desarrollo y resolución de los problemas de salud mental. En este sentido, se optó por sustituir el hospital psiquiátrico por una red de servicios de orientación comunitaria, entre los que se encuentran las USM-HG. La puesta en práctica de tales ideas produjo un aumento del número de psicólogos clínicos en los equipos asistenciales de la red de dispositivos de salud mental (así como la aparición e incremento de otras profesiones).

### **Características de una Unidad de Salud Mental del Hospital General**

La USM-HG, junto con la Unidad de Rehabilitación de Área (URA) y la Unidad de Salud Mental Infante Juvenil (USMI), aparece como una unidad especializada de apoyo al Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD), que es el núcleo de la red de dispositivos sanitarios para la atención a la salud mental en Andalucía.

Las funciones de una USM-HG, según vienen recogidas en el decreto de ordenación de los servicios de atención a la salud mental (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1989), son las siguientes:

1. Desarrollar programas de atención en régimen de hospitalización respecto de la demanda derivada desde los ESMD comprendidos en el área hospitalaria correspondiente y, también, desde el servicio de urgencias del propio hospital.
2. Desarrollar programas de atención en régimen de interconsulta en relación con la demanda procedente de otros servicios hospitalarios.
3. Participar en el diseño de los programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización psiquiátrica y asesorar en la ejecución de los mismos a los dispositivos de salud mental que, en el ámbito comunitario, se encargan de desarrollar tales programas. Igualmente, las USM-HG deben supervisar la implementación de los programas que se efectúen en el ámbito hospitalario.

El Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) estableció, tal y como recogía en uno de sus documentos (López *et al.*, 1988), que el equipo de trabajo de las USM-HG era multiprofesional, estando constituido por psiquiatras, personal de enfermería, auxiliar administrativo y psicólogos. La dotación de dicho personal viene determinada por el tamaño de la unidad en número de camas, siendo, en lo que respecta a los psicólogos, de uno o dos por unidad, dependiendo de que ésta cuente de quince a veinte ó veinticinco a treinta camas respectivamente.

Tras un análisis previo de la frecuencia hospitalaria en salud mental y unos criterios de ocupación y estancia media prefijados, fue veinticinco el número óptimo de USM-HG que se determinó para Andalucía.

## La función del psicólogo clínico en una USM-HG

La función que realizaba tradicionalmente el psicólogo en el área de la clínica estaba directamente determinada por el modelo médico-organicista que caracterizaba la atención al enfermo mental en décadas anteriores. Desde este modelo era el médico la figura principal en el proceso diagnóstico-terapéutico; y así, el papel que se le asignaba al psicólogo clínico era el de complementar la evaluación psicopatológica del psiquiatra, quedando en un segundo plano las intervenciones terapéuticas.

Ya en la última década, el psicólogo clínico en España (independientemente de su orientación paradigmática) pasaba a priorizar su labor terapéutica frente a la de psicodiagnóstico; siendo ambas funciones las más realizadas en su práctica profesional (Camarero y Ferrezuelo, 1986; Ferrezuelo, 1985; Avila, 1989).

Afortunadamente, en la actualidad la función del psicólogo en la clínica se ha visto enriquecida y diversificada. En Andalucía ha ayudado, sin duda, a tal proceso las nuevas directrices tomadas por los servicios de salud mental desde que se inició la reforma psiquiátrica andaluza en 1984.

El *Comité de Expertos para la Reforma Psiquiátrica Andaluza* (IASAM, 1986) manifestaba que *las funciones que debían de realizar los psicólogos desde los distintos equipos de salud mental eran las de identificar y poner en marcha mecanismos orientados a la resolución de los distintos problemas de salud mental, tanto individuales como colectivos, que la comunidad canaliza hacia el sistema sanitario* (pg. 74). Este mismo comité minimizaba las diferencias entre el perfil del psiquiatra y del

psicólogo en su práctica clínica, salvando la especialización en la utilización de técnicas que son propias de cada disciplina. El IASAM en 1989 proponía los perfiles profesionales de forma amplia, señalando las competencias clínicas, administrativas, de docencia e investigación de cada uno de ellos, pero sin que quedaran definitivamente establecidos.

Las funciones clínicas específicas del psicólogo de una USM-HG que apuntaba el IASAM, vienen a coincidir con aquellas que se contemplan como propias de tal unidad (IASAM, 1989). Son las siguientes:

1. Atender las urgencias derivadas por los ESMD.
2. Atender las crisis agudas producidas en el mundo hospitalario en la medida que no requieran intervenciones biológicas.
3. Desarrollar programas de atención a los pacientes hospitalizados.
4. Establecer programas de atención en régimen de interconsulta a los problemas de salud mental procedentes de otros servicios hospitalarios.
5. Participar en el diseño de programas de pacientes con alto riesgo de hospitalización psiquiátrica.

Las funciones administrativas, de docencia e investigación que proponía el IASAM eran comunes a los psicólogos de todos los dispositivos de la red de salud mental.

Tal y como se ha expuesto anteriormente, a la aproximación del perfil del psicólogo clínico en una USM-HG han contribuido diversos factores, tales como las tendencias profesionales de los psicólogos clínicos en las últimas décadas, las

orientaciones aportadas por el comité de expertos y las funciones apuntadas por el IASAM. A pesar de esto, las funciones del psicólogo de unidad hospitalaria han sido de las más debatidas -y en ocasiones cuestionadas- de entre todas las desempeñadas en el circuito de salud mental. Ello ha ocurrido, en la mayoría de las ocasiones, desde la subjetividad e incluso por personas alejadas de este ámbito profesional. Dadas las circunstancias, entendemos que una aproximación realista de la actividad laboral que se realiza desde la psicología en estos dispositivos nos la puede aportar los propios implicados.

El objeto de este estudio es permitir un acercamiento a la realidad laboral que tienen (o tuvieron en el pasado) los psicólogos en una unidad hospitalaria de salud mental de la Comunidad Autónoma Andaluza. Ello se realiza a través de la información aportada por los mismos profesionales mediante un cuestionario elaborado a tal fin. En él se efectúa un recorrido por distintas áreas que dibujan la actividad laboral de los encuestados.

### **Método**

**Material.** Se elaboró el cuestionario como instrumento de recogida de información. El contenido del mismo versa sobre

hechos relativos al propio profesional (tiempo en el puesto de trabajo, tipo de tareas que realiza de forma habitual y porcentaje de tiempo relativo dedicado a las mismas), a su ambiente laboral (tradicción de la unidad en la inclusión del psicólogo clínico, número de psicólogos que trabajan en una misma Unidad) y a sus opiniones en relación a cuestiones laborales (satisfacción y deseos de cambio de su puesto de trabajo y problemas señalados en su integración y adaptación a la USM-HG). El tipo de preguntas utilizadas han sido cerradas (dicotómicas y de filtro) y preformadas en abanico de respuesta.

**Muestra.** Para la constitución de la muestra no se realizó una selección de psicólogos previa al envío del cuestionario, sino que ésta se ha formado por todos aquellos que dieron respuesta al mismo. Por tanto, la muestra del presente estudio está constituida por trece psicólogos clínicos de las distintas USM-HG de Andalucía, de los cuales nueve realizan en la actualidad tal actividad laboral, constituyendo un 75% del universo. El período durante el cual se han prestado los servicios, en el momento de la recogida de información (Julio de 1993), oscila entre los distintos encuestados, así como el año de integración de la figura del psicólogo en el equipo asistencial (ver tabla 1).

*Tabla 1. Número de psicólogos de la muestra en función del período de prestación de servicios y del año de integración de la figura profesional en el equipo.*

		Período de prestación de servicios							
Período (años)		2	3	4	5	6	7	8	9
Nº psicólogos		2	6	1	0	2	0	1	1

		Año de integración en el equipo					
		1981	1987	1988	1989	1990	1992
Nº psicólogos		5	4	1	1	1	1

**Procedimiento.** La administración del cuestionario se realizó por correo, bien contactando previamente de forma telefónica con los encuestados, bien a través de unos interlocutores válidos, con objeto de maximizar el número de la muestra.

De la información obtenida a través del cuestionario se realiza un estudio descriptivo de esta serie de factores: tareas que se realizan en la práctica habitual, tiempo dedicado a cada una de ellas, nivel de satisfacción hacia el puesto de trabajo, problemas que haya podido encontrar para la integración y adaptación en el dispositivo. Por otra parte, se ha analizado si algunas otras variables intervienen en los resultados obtenidos. Entre estas están la presencia de un psicólogo o más en el mismo dispositivo, el tiempo desde que está integrada la figura del psicólogo en el equipo asistencial y el momento de prestación de servicios.

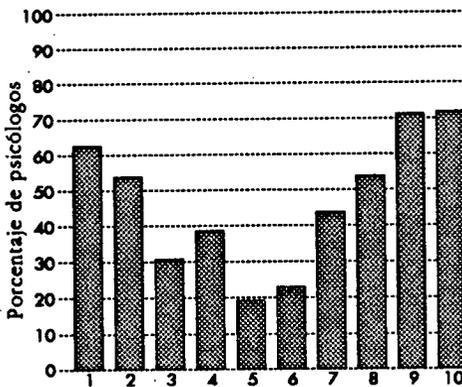


Figura 1. Actividades desarrolladas por los psicólogos en una USM-HG.

1: Exploración clínica. 2: Intervenciones individuales. 3: Intervenciones grupales. 4: Intervenciones familiares. 5: Evaluación del clima terapéutico. 6: Intervención clima terapéutico. 7: Salud mental de enlace. 8: Actividades administrativas. 9: Docencia e investigación. 10: Actividades de coordinación.

**Resultados**

Los resultados más sobresalientes obtenidos tras la realización del cuestionario por los profesionales que constituyen la muestra, se exponen a continuación:

- Las áreas en las que más psicólogos participan son las correspondientes a actividades de docencia e investigación, exploración e intervención clínica individualizada (figura 1).
- En relación al tiempo medio de dedicación a cada una de las actividades cabe destacar el predominio en intervenciones clínicas (individualizadas, grupales, familiares y ambientales) con un 51'9% del tiempo total, frente a la tradicional función evaluativa que realizaba el psicólogo en un pasado, sin que se desprecie esta última (figura 2).

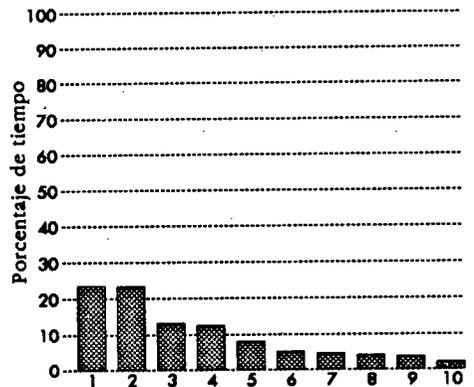


Figura 2. Tiempo medio de dedicación a cada una de las actividades.

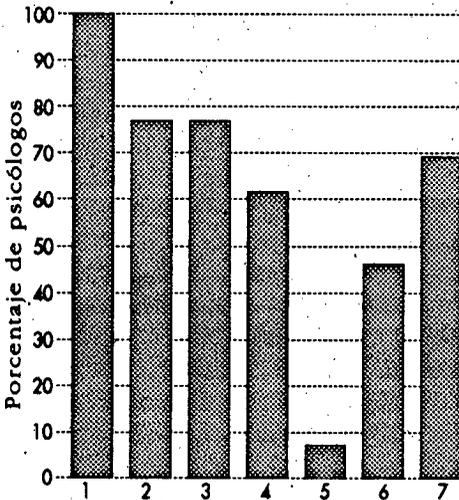
1: Exploración clínica. 2: Intervenciones individuales. 3: Intervenciones grupales. 4: Intervenciones familiares. 5: Docencia e investigación. 6: Actividades administrativas. 7: Actividades de coordinación. 8: Salud mental de enlace. 9: Intervención clima terapéutico. 10: Evaluación del clima terapéutico.

- En cuanto a las técnicas y tipos de actividades concretas de entre las diez evaluadas se aprecia lo siguiente:

- Se suelen utilizar todas las técnicas evaluativas por la mayoría de los psicólogos, a excepción de los registros psicofisiológicos y autoinformes/autorregistros. Entre todas ellas destaca la entrevista clínica, que es utilizada por la totalidad de los profesionales (figura 3).
- La intervención clínica individualizada más frecuente con los pacientes hospitalizados es la de apoyo psicológico y psicoterapia en crisis. Por lo que respecta a la orientación o paradigma psicológico desde el que se interviene, destaca el conductual frente al psicodinámico y sistémico (figura 4).
- Entre las intervenciones grupales realizadas con los pacientes hospi-

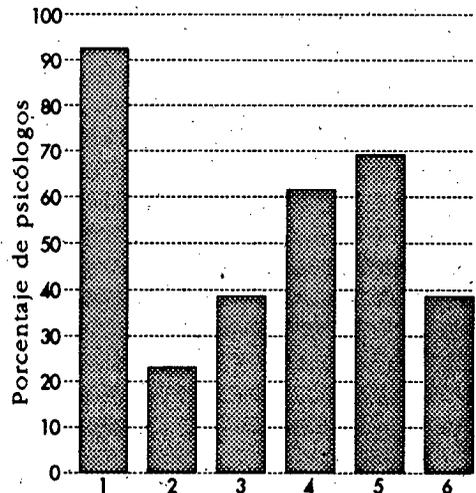
talizados, la que más a menudo se utiliza es la experiencia de grupos de relación. Siendo los grupos de orientación dinámica los más utilizados frente a los de orientación conductual (figura 5).

- La totalidad de los profesionales encuestados realizan intervenciones con las familias de los pacientes, siendo mínima cualquier otra experiencia en este sentido (figura 6).
- Con respecto a las evaluaciones e intervenciones sobre el clima terapéutico de la unidad, cabe destacar que es una de las prácticas que, en conjunto, menos se realiza; ello a pesar de quedar demostrada su importancia en el proceso terapéutico (figura 7).
- Las interconsultas realizadas con el resto de los servicios del hospital son las actividades que más desta-



**Figura 3.** Técnicas evaluativas utilizadas.

1: Entrevistas clínicas. 2: Cuestionarios. 3: Pruebas psicométricas. 4: Observaciones sistematizadas. 5: Registros psicofisiológicos. 6: Autoinforme/auto-registro. 7: Técnicas proyectivas.



**Figura 4.** Tipos de intervenciones clínicas individualizadas.

1: Apoyo psicológico. 2: Orientación sistémica. 3: Orientación psicodinámica. 4: Orientación conductual. 5: Psicoterapia en crisis. 6: Otras.

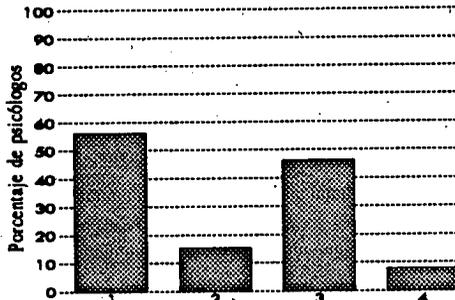


Figura 5. Intervenciones grupales con los pacientes hospitalizados.

- 1: Grupos de relación. 2: Grupos conductuales. 3 Grupos psicodinámicos. 4: Otros.

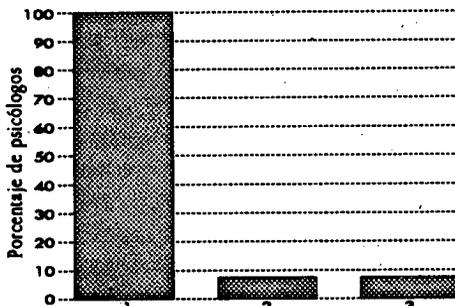


Figura 6. Tipos de intervenciones familiares.

- 1: Grupo familiar. 2: Actividades grupales con familias. 3: Otras.

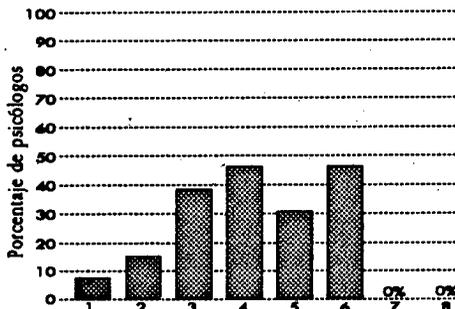


Figura 7. Evaluaciones e intervenciones sobre el clima terapéutico en la Unidad.

- 1: Evaluación ambiental. 2: Intervenciones ambientales. 3: Evaluación de la organización asistencial. 4: Intervención en la organización asistencial. 5: Evaluación en la dinámica funcional. 6: Intervención en la dinámica funcional. 7: Otras evaluaciones. 8: Otras intervenciones.

can dentro de las de salud mental de enlace, llevándolas a cabo más del 61'5% de los psicólogos (ver figura 8). Entre los programas de colaboración que se han elaborado y puestos en marcha con otros servicios aparecen los siguientes: a) Programas de atención a pacientes con distintas patologías (oncológicos, en rehabilitación física, trasplantados, infecciosos -SIDA- y quemados, protocolo de tratamiento interdisciplinar de pacientes con anorexia nerviosa). b) Proyecto de colaboración en el programa de atención integral al niño hospitalizado. c) Programas dirigidos al personal sanitario: personal del servicio de urgencias, docencia para médicos y personal de enfermería del hospital y programas de humanización.

- El psicólogo también participa en las actividades administrativas (elaboración de informes clínicos) y de coordinación (la coordinación dentro del equipo y con el resto de los dispositivos de la red de salud mental). (Ver figuras 9 y 10).
- Destaca la participación en las actividades de docencia e investigación que se realizan en el equipo, en concreto la colaboración en la formación de otros profesionales (psicólogos, médicos y enfermeros). (Ver figura 11).

Entre los problemas de integración y adaptación destacados por los psicólogos encuestados, se señalan como los más significativos, en primer lugar, la dinámica de funcionamiento de la unidad y, en segundo lugar, las resistencias tanto del coordinador como del resto del

subequipo técnico que, a su vez, inspiran y determinan la anterior. Resulta significativo y comprensible que los mayores problemas señalados se hayan encontrados desde dentro hacia fuera. En este sentido, el elemento más significativo es la unidad, con su personal, funcionamiento y puestos jerárquicos; apareciendo el resto de la organización hospitalaria en un orden secundario. De otra parte es interesante señalar que ninguno de los encuestados han valorado la existencia de resistencia alguna entre la jerarquía del programa de salud mental de las distintas áreas hospitalarias de referencia (figura 12). Por último hacer notar que sólo un 15% de los psicólogos no han vivenciado dificultad u obstáculo alguno para su integración en la unidad, señalando una mayoría significativa (85%) la existencia de los mismos. Sin embargo una mayoría de los encuestados (88'8%) se sienten satisfechos con su actividad profesional y no desean realizar un cambio en su puesto de trabajo (55'6%). A pesar de esto, una lectura paralela nos dice que algunos profesionales, aún estando satisfechos con su práctica laboral, desean un cambio dentro de la red de salud mental (figura 13).

Por otra parte, se ha observado la relación existente entre algunas variables y la situación laboral de los psicólogos encuestados. Los resultados se exponen a continuación.

- A través de la prueba de U de Mann-Whitney (U crítica de 34 y un nivel de significación del 0'05), se constató que la actividad profesional de los psicólogos integrados en una unidad que contaba con un único profesional de

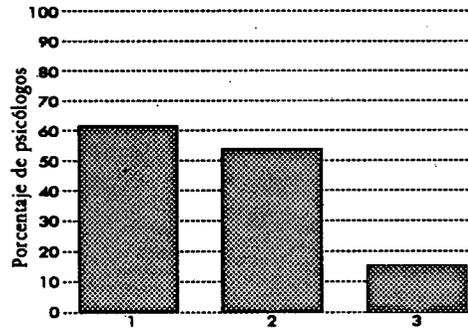


Figura 8. Actividades de enlace realizadas con el resto de servicios del hospital.

1: Interconsultas. 2: Programas de colaboración. 3: Consultas de urgencias.

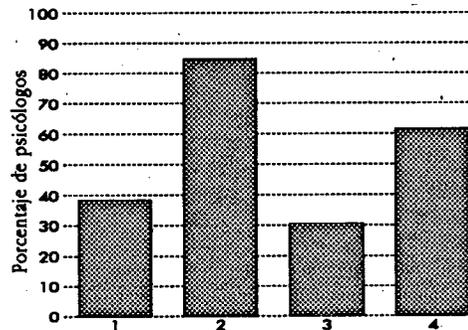


Figura 9. Actividades de carácter administrativo.

1: Formalización de ingresos/altas. 2: Informes. 3: Colaboración en la elaboración de indicadores. 4: Memoria anual.

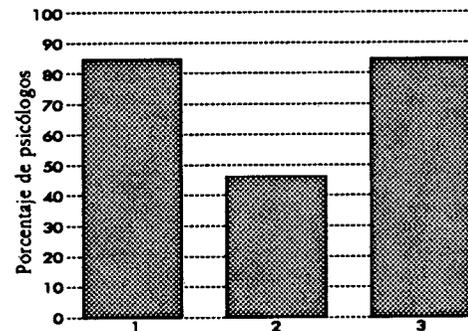


Figura 10. Actividades de coordinación.

1: Coordinación intraequipo. 2: Otros servicios hospitalarios. 3: Con los ESMD.

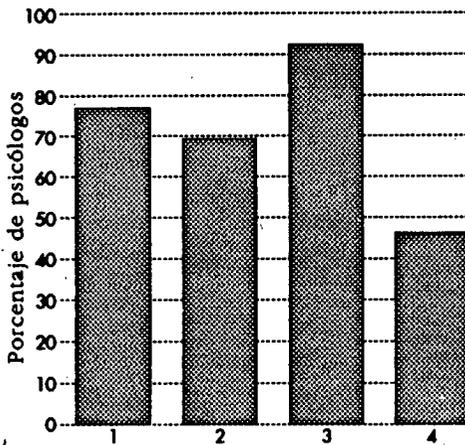


Figura 11. Actividades docentes e investigadoras.

1: Sesiones clínicas. 2: Sesiones docentes. 3: Actividades pre/postgrado. 4: Actividades de investigación.

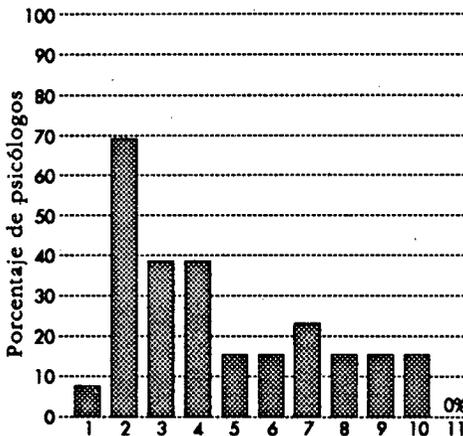


Figura 12. Problemas hallados por los psicólogos en su adaptación a la Unidad.

1: Déficit en la formación pre/postgrado. 2: Dinámica de funcionamiento de la Unidad. 3: Resistencia (R.) del coordinador de la Unidad. 4: R. de psiquiatras de la Unidad. 5: R. de enfermeros de la Unidad. 6: R. del personal auxiliar de la Unidad. 7: R. del personal sanitario del hospital. 8: R. de puestos jerárquicos del hospital. 9: R. de psiquiatras de la red de salud mental. 10: R. de los psicólogos de la red de salud mental. 11: R. de los puestos jerárquicos de salud mental del área hospitalaria.

esta disciplina, frente a las realizadas por aquellos otros que trabajaban conjuntamente con compañeros psicólogos en la misma unidad, se caracterizaba por estar más diversificada en la realización de las tareas laborales. Esta tendencia se ha observado en todas las tareas (exploración e intervención clínica, intervenciones grupales y familiares, evaluación e intervención sobre el clima terapéutico, actividades administrativas, docentes e investigadoras) a excepción de las de coordinación. Para este último caso la tendencia tiene un sentido inverso: son los psicólogos que trabajan junto a otros compañeros los que más actividades de coordinación realizan.

A pesar de que todas las diferencias halladas son significativas, no existen gran disparidad en las tareas, apareciendo como una tendencia común en ambos grupos de profesionales el participar en todas las tareas laborales referidas. Las mayores diferencias entre los grupos se han dado en la realización de exploraciones clínicas, evaluación e intervención del clima terapéutico, salud mental de enlace y actividades docentes e investigadoras.

- Se ha detectado cierta correlación positiva entre el número de tareas en las que se implica un psicólogo en su actividad laboral y su satisfacción por el puesto de trabajo que desempeña ( $r=0.26$ ). Sin embargo el valor obtenido nos está indicando que dicha relación no es grande.
- Los datos obtenidos en el cuestionario apoyan las diferencias respecto a la satisfacción en el puesto de trabajo entre los psicólogos que en la actualidad realizan su actividad laboral (88%) y la de los que la realizaron en el pasado (25%). Coincide con tales datos el hecho de que todos

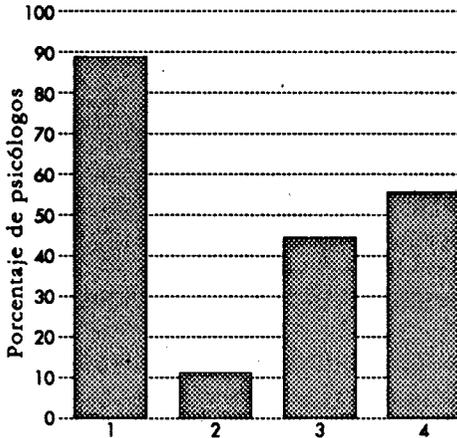


Figura 13. Grado de satisfacción y deseo de cambio de puesto de trabajo de los psicólogos que en la actualidad trabajan en una USM-HG.

1: Profesionales satisfechos. 2 Profesionales insatisfechos. 3: Profesionales que desean cambiar. 4: Profesionales que no desean cambiar.

los cambios de puesto de trabajo realizados por los segundos fueron voluntarios, mostrándose éstos en su totalidad satisfechos por tal decisión y estando sólo uno de ellos dispuesto a reincorporarse de nuevo a la unidad.

En cuanto a la relación que pudiera existir entre el tiempo desde que la figura del psicólogo clínico lleva integrada en el equipo asistencial de una USM-HG y una serie de variables laborales de los profesionales encuestados (tales como la cantidad de tareas que desempeñan, la satisfacción por el puesto y el tipo de trabas halladas para la integración y adaptación al puesto), se ha encontrado lo siguiente:

- No se observa relación lineal alguna entre el tiempo que lleva el psicólogo clínico como miembro del equipo asistencial de una USM-

HG y la cantidad de tareas en las que se implican los profesionales de la psicología ( $r=0'001$ ).

- Se detecta una mínima relación positiva ( $r=0'11$ ) entre la opinión de satisfacción de los profesionales por su puesto de trabajo y el tiempo desde que el psicólogo lleva integrado en la unidad.

## Conclusiones

Las conclusiones que se obtienen a partir de nuestro estudio son las siguientes:

1. Los psicólogos clínicos que desempeñan (o desempeñaron) su actividad profesional en una USM-HG realizan una diversidad de tareas de ámbito clínico, docente y administrativo.
2. Los profesionales encuestados muestran la misma tendencia general que se viene observando en las últimas décadas entre los psicólogos, en el sentido de predominar las actividades de intervención clínica frente a la función evaluativa, tradicionalmente asignada al psicólogo.
3. Se aprecia una perspectiva flexible y adecuada a las características del paciente hospitalizado en cuanto a las técnicas, tipos de actividades concretas y paradigma de referencia desde el que se trabaja.
4. La evaluación e intervención sobre el clima terapéutico es la práctica menos común entre los encuestados. Se podrían argumentar diversas razones aproximativas a tal circunstancia, tales como el desconocimiento por parte de los responsables de la unidad de los recursos curriculares del psicólogo clí-

nico, la dificultad que supone evaluar e intervenir sobre la dinámica funcional del equipo asistencial y, por último, la organización funcional del trabajo, (siendo éste uno de los problemas más señalados para la integración y adaptación del psicólogo a la USM-HG).

5. Existe relación entre el tipo de tareas en las que se implican los psicólogos y el número de éstos que trabajan en la unidad. Cuando comparten sus tareas laborales con otro compañero, éstas son más especializadas. Sin embargo, cuando no hay otro psicólogo en la unidad, las tareas son más variadas.
6. Los encuestados destacan como problemas específicos para la adaptación e integración en la USM-HG la dinámica de funcionamiento de dicha unidad, así como las resistencias del coordinador y subequipo técnico de la misma. De otra parte, se ha encontrado una cierta relación entre el número de tareas en las que se implica el psicólogo y su satisfacción por su actividad laboral. De todo ello, cabe pensar que la variable que pudiera estar interviniendo en esta última relación fuera el grado de permeabilidad del equipo técnico-asistencial a la participación e intervención del profesional de la psicología. Cuestión esta que hay que contrastar empíricamente.
7. Si bien es cierto que la mayoría de los encuestados (88'8%) se sienten satisfechos con su actividad profesional y parte de ellos no desean cambiar de puesto de trabajo (55'6%), también lo es que otros, estando satisfechos, cambiarían de puesto si les fuera posible. Por otra parte, todos los psicólogos encuestados que en la actualidad

no realizan su actividad laboral en la USM-HG decidieron tal cambio voluntariamente, hallándose satisfechos de ello la mayoría de aquellos. En estos últimos casos, ha quedado sin cubrir la plaza, con la desaparición *temporal* de la figura del psicólogo en el equipo asistencial de estas unidades.

Dados estos datos, cabe hacer una llamada de atención ante el riesgo que puede suponer el que esto último se generalice a otras unidades; con ello se irían cerrando puertas al psicólogo clínico, aún antes de que, en algunos casos, se hayan llegado a abrir por completo.

Para terminar, tal y como se ha visto en apartados anteriores, las directrices que guiaron la reforma psiquiátrica en Andalucía contemplaban la introducción de nuevos profesionales -entre ellos el psicólogo- en el circuito asistencial de salud mental. Si bien la inclusión del psicólogo en los dispositivos que componen este circuito ha sido aceptada por lo general, no se puede decir que esto haya sido la norma en las unidades de hospitalización. La apertura a la atención psicológica en el seno hospitalario ha constituido, y sigue siéndolo aún, una cuestión harto compleja.

Para el análisis de la situación actual del tema que nos ocupa es imprescindible retrotraernos al devenir histórico de las unidades y su personal. Tal y como se ha señalado más arriba, tradicionalmente la atención a los pacientes mentales y los profesionales que la dispensaban pertenecían al modelo médico, enfatizándose dicha orientación en el caso de las USM-HG. En este contexto, la aparición de otros profesionales, como fue el caso del psicólogo, dio lugar a un proceso com-

plejo del que tendría que resultar un equipo terapéutico interdisciplinar. En nuestra opinión tal proceso conllevaría las siguientes fases:

- Un conocimiento mutuo de los recursos terapéuticos que los profesionales de distintas disciplinas pueden aportar en la atención a un paciente mental en un momento de crisis.
- Una reestructuración de la dinámica de funcionamiento del equipo de trabajo existente que contemple a los nuevos profesionales con sus recursos terapéuticos especializados.
- Una autoevaluación continuada del propio grupo de trabajo que permitiera mantener una actitud dinámica y abierta a introducir modificaciones con el objeto de ir mejorando la calidad asistencial.

Para que este proceso se complete son necesarios ciertos prerrequisitos, tales como una actitud abierta, acogedora de ideas innovadoras y dispuesta al cambio por parte de los profesionales que tradicionalmente han atendido al paciente mental en crisis, un respeto a nuevas aportaciones terapéuticas desde disciplinas distintas a la medicina y, por último, que el objetivo que inspire el trabajo del grupo sea el de mejorar la calidad asis-

tencial integral del paciente mental hospitalizado.

### Referencias

- AVILA, A. (1989). La psicología clínica en España: perspectiva de una década. *Papeles del Psicólogo*, 36/37, 84-89.
- CAMARERO, C. y FERREZUELO, P. (1988). El rol del psicólogo de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 33-34, 19-34.
- FERREZUELO, P. (1985). Definición de psicólogo clínico y funciones que desempeña. *Papeles del Colegio*, 20 (4), 3-6.
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. (1986). *Bases para la Reforma Psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. (1989). Decreto 338-1988 del 20 de diciembre de ordenación de los servicios de atención a la salud mental, *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, número 2, 43-45.
- LOPEZ, M.; CARBONERO, M. V.; FERNANDEZ, Z.; GARCIA, M. A.; LAVIANA, M.; LOPEZ, A.; RUIZ, A. M. y SALICHS, C. (1988). *La Reforma Psiquiátrica en Andalucía: 1984-1990*. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales, Junta de Andalucía.