

# *El psicólogo clínico en el ámbito hospitalario.*

## *Hacia la psicología clínica de la salud*

**José P. DIEGUEZ SANCHEZ**  
*Hospital Universitario Reina Sofía  
E.U. Enfermería. Universidad de Córdoba*

### *Resumen*

Se describen las características de la intervención psicológica en pacientes somáticos de un hospital general. Se sostiene que el ajuste psicológico, familiar y social se encuentra asociado a la propia naturaleza de la enfermedad crónica. Por ello, tanto médicos como diplomados de enfermería comprenden la necesidad de los tratamientos psicológicos. Se describen también la intervención psicológica en los programas de trasplante hepático, SIDA y oncología radioterápica.

*Palabras clave:* Enfermedad crónica, cuidados de salud, psicología de la salud, enfermedad somática.

### *Abstract*

Characteristics of psychological intervention with physically ill patients at a General Hospital are described. It is stressed that psychological, family and social adjustment is found to be associated with the nature of the chronic illness itself. Hence, physicians and nurses understand the necessity for psychological treatment. The psychological intervention in liver transplant, AIDS, and radiotherapy oncology programmes are also described.

*Key words:* Chronic illness, health care, health psychology, physical illness.

Han pasado ya algunos años desde que se empezó a producir una importante incorporación de psicólogos al sistema de salud de la Comunidad Autónoma Andaluza. Aunque es posible que la actividad de psicología clínica desarrollada en estos años haya sido desigual, puede observarse, sin embargo, que en términos globales se ha producido, en

primer lugar, una adaptación a las necesidades organizativas y asistenciales del sistema de salud. A consecuencia de ello, en segundo lugar, se ha ido creando la demanda, antes inexistente, de atención psicológica en el usuario. Por último, y como correlato inevitable de lo anterior, los diversos paradigmas teóricos han ido ajustándose a la práctica de una exigen-

cia terapéutica que debe tender a resolver problemas. Si bien la primera conclusión que se extrae de estas premisas es que el resultado es muy positivo, conviene ser prudentes y observar lo que ha quedado por hacer; en otras palabras, aquello sobre lo que el psicólogo no ha querido o no ha podido intervenir. Aspectos fundamentales, en este sentido, son el abordaje más decidido y capacitado de ciertos grupos de psicopatologías, una mayor colaboración para garantizar la coordinación o seguimiento de los tratamientos y favorecer, colegiadamente con otros profesionales y responsables de organizaciones sanitarias, una mayor presencia de psicólogos en las unidades de hospitalización.

Desde un punto de vista asistencial, la funcionalidad de una unidad de hospitalización se desarrolla en dos vertientes: una interna y otra externa. Internamente desarrolla un conjunto de estrategias y actividades terapéuticas hacia los enfermos ingresados en la unidad, las cuales están influidas por las siguientes características: *a)* elevada proporción de enfermos crónicos que engrosan el número de reingresos, *b)* rango de estancias medias e índices de ocupación muy amplio (Serrano Prieto, Diéguez Sánchez y Romero Comella, 1990), *c)* índice enfermera-paciente generalmente inadecuado. No cabe aquí realizar un análisis más profundo sobre las implicaciones de dichas características (cf. Diéguez Sánchez, 1992), ya que el objeto de este trabajo es destacar la importancia de las funciones externas de la unidad de hospitalización y la aportación del psicólogo clínico en tal sentido. La asistencia externa viene determinada por la demanda de atención psiquiátrica y psicológica a enfermos somáticos en general y, especialmente, por la que es realizada desde servicios o programas hos-

pitalarios que actúan sobre enfermos de alto riesgo (trasplantes de órganos y patologías de mal pronóstico).

Una vez más será preciso adaptarse a las nuevas exigencias del sistema sanitario —y en especial a las de la organización hospitalaria— para llevar a cabo esa asistencia externa. En efecto, hoy día las instancias de gestión hospitalaria hacen mucho hincapié en la eficacia. Existe una preocupación creciente por conocer los costes de la atención sanitaria según las diversas patologías, con el fin de poder predecir tales costes en el futuro y tratar de contenerlos, facilitando también un reembolso del gasto. Hace algunos años se establecieron en Estados Unidos los *diagnostic related groups* con el fin de conseguir tales objetivos, aunque en la actualidad empiezan a ser criticados porque pueden haber introducido desviaciones que se apartan de la necesidad de calidad asistencial (Anchor, 1991). En nuestro ámbito, de forma similar, se empiezan a utilizar conceptos como *gestión privada*, *cartera de servicios* o *contrato-programa*. Con ello la organización hospitalaria se va adaptando a las nuevas exigencias, no sólo económicas, sino también sociales y asistenciales; ello marca la necesidad de desarrollar las capacitaciones profesionales tanto para el psicólogo clínico como para médicos y enfermería. En este momento no caben otros análisis o consideraciones más que las de carácter técnico, a fin de facilitar la adaptación de los profesionales a esos nuevos parámetros de organización.

### **Características epidemiológicas de la enfermedad actual**

La enfermedad actual viene determinada por el término *cronicidad* que,

utilizado como sinónimo de seguimiento de los cuidados por un tiempo indefinido —usualmente hasta el término de la propia vida— confiere unas características peculiares al enfermar, tanto en su implicación individual como en lo que se refiere al sistema sanitario.

Como señala Anchor (*op. cit.*), las enfermedades crónicas, tales como las coronarias, cerebrovasculares u oncológicas, han experimentado un aumento considerable frente a los procesos agudos de carácter infeccioso. Si a comienzos de siglo éstos eran la causa principal de muerte, en 1980 el 70% de todas las defunciones eran debidas a alguna enfermedad crónica. Los hallazgos epidemiológicos señalan la existencia de una multiplicidad de factores causales en la génesis de las enfermedades crónicas (estilo de vida, estrés agudo-crónico, dieta, apoyo social, genética, etc.) y ponen de manifiesto la correlación que hay entre las conductas individuales (y grupales) y el enfermar. Esta dependencia, perdida tras el descubrimiento de la terapéutica antibiótica en los procesos agudos de naturaleza infectocontagiosa (Anchor, *op. cit.*), permite y exige la utilización de conceptos y estrategias psicológicas conducentes a enseñar al enfermo a convivir con su enfermedad.

El individuo no sólo tiene que aprender a gobernarse en su calidad de enfermo, sino que tiene que afrontar generalmente las consecuencias indeseables que se derivan de las condiciones de tratamiento. Por poner un ejemplo, el cumplimiento de los tratamientos inmunosupresores en los trasplantes de órganos produce, a su vez, efectos colaterales que influyen sobre la autopercep-

ción, el automanejo o la calidad de vida. Este hecho sobreañadido a la propia condición de enfermo provoca insatisfacción y, en algunos casos, incrementa la posibilidad de desarrollar trastornos emocionales.

Los estudios epidemiológicos hospitalarios detectan elevados niveles de ansiedad y depresión en pacientes postquirúrgicos y colostomizados (Johnston, 1980; Wirsching *et al.*, 1975, citados por Nichols, 1984). Pero, además, también señalan que existe un importante grado de estrés entre los familiares, como ocurre en el estudio de Mayou *et al.* (1978, citados por Nichols, *op. cit.*) con enfermos coronarios. La vivencia del enfermar constituye en sí misma un estresor de primer orden, el cual incluye la separación del ambiente natural; ello resulta aún más dramático, si cabe, para los familiares, cuyo desplazamiento forzado dificulta incluso la realización de un buen número de necesidades primarias.

Por tanto, la enfermedad crónica y los procesos que hemos designado como de alto riesgo tienden a interferir con los mecanismos de ajuste psicológico, familiar y social, evidenciándose estas dificultades en un largo período de tiempo. Ello influye, como señalan Mayou y Hawton (1986), negativamente y en forma notable en la evolución de la propia enfermedad somática.

### **Respuesta de los médicos especialistas**

Naturalmente, ante una reflexión como la anterior, los médicos se muestran sensibles y, más aún, proclives a llevar a cabo las acciones necesarias para contribuir a solucionar los efectos psico-

lógicos de la enfermedad. Igualmente, los diplomados de enfermería, en muchos casos conscientes de que su labor no acaba en los cuidados estrictamente somáticos propios de enfermería generalista, muestran una alta motivación para intervenir en dichos problemas.

Ya a principios de siglo un médico internista, Joseph Hersey Pratt, organizó los primeros grupos de pacientes tuberculosos en el Hospital General de Massachusetts, con los que se reunía todos los viernes. Una enfermera registraba las constantes y el peso de cada paciente y la interacción en el grupo se estructuraba a partir de esos datos y al tiempo de permanencia del paciente en el exterior. Pratt trataba de conseguir que los pacientes *compitieran* así por su salud y cada uno aportaba su propio testimonio sobre el tratamiento (Roback, 1984). La labor innovadora de Pratt difícilmente podría ser hoy día continuada por internistas, oncólogos, nefrólogos, etc., y ello no sólo porque evidentemente la presión asistencial es abrumadora (al menos en el esquema actual de organización), sino, fundamentalmente, porque las técnicas terapéuticas se han vuelto mucho más complejas, necesitándose una formación específica.

Los médicos con los que trabajamos entienden la exigencia de dicha formación y conceden gran importancia a la intervención psicológica (Burstein y Loucks, 1982; Millon, 1982; Anchor, *op. cit.*, entre otros). En este sentido, es necesario considerar que tanto los desarrollos científicos de la psicología clínica y de la salud como los de la psiquiatría deben realizar importantes aplicaciones a la problemática de los enfermos que estamos tratando.

Para analizar algo más en detalle la respuesta entre los médicos, citaremos el trabajo de Mayou y Smith (1986). Estos autores aplicaron un cuestionario a 194 médicos —entre clínicos y cirujanos— del Hospital General de Oxford, obteniendo un 88% de respuestas. Su finalidad era conocer la actitud de los médicos hacia la atención psicológica de sus pacientes. El 77% opinaba que los factores psicológicos pueden influir en la evolución y resultado de la enfermedad somática. Todos estaban de acuerdo en que el cuidado emocional es una parte importante de la medicina hospitalaria, de ellos las dos terceras partes estimaron que ese cuidado aumentaba el interés de su trabajo. Respecto a la práctica de esa atención, la mayor parte opinaba que los médicos de hospital deberían ser capaces de usar métodos psicológicos simples como la escucha activa, la discusión de ansiedades y problemas y el diálogo con familiares; sin embargo, menos de la cuarta parte usaban tales métodos y sólo el 55% mantenía encuentros periódicos con los familiares. Entre sus resultados, Mayou y Smith (*op. cit.*) señalan que los médicos que trataban enfermos crónicos se mostraban más propensos a considerar la importancia de las repercusiones emocionales y se sentían más responsables de la atención psicológica, así como de las reuniones con las familias. El 43% de los médicos consideró necesario mantener un mayor contacto con el servicio de psiquiatría del hospital, pero un 24% opinaba que dicho servicio tenía poco que ofrecer. Por su parte, Mezey y Kellett (1971) (citados por Mayou y Smith, *op. cit.*) encontraron tres razones fundamentales que explicaban la no derivación del paciente al servicio de psiquiatría: a) la

creencia por parte del médico de que el paciente no deseaba dicha derivación (75%), *b*) el inconveniente de ser considerado como un caso psiquiátrico (57%) y *c*) la ineficacia de los tratamientos psiquiátricos (45%). Igualmente, McKegney (1989) reconoce que las dificultades que han impedido un mayor desarrollo de la consulta de enlace son: ignorancia y prejuicios sobre la psiquiatría, opinión de muchos médicos sobre la ineficacia de esas consultas, escasas relaciones entre psiquiatras y otros médicos y prejuicios del paciente para aceptar o demandar ayuda psiquiátrica. En nuestra opinión, el origen y mantenimiento de estas dificultades estriba, más que en problemas científicos, en variables relacionadas con el papel que el clínico desempeña en un ambiente extrapsiquiátrico.

En cualquier caso, se pone de relieve la respuesta favorable hacia la intervención psicológica que se produce entre los médicos. No obstante, con respecto a las dificultades en el proceso de derivación, hay que señalar que en un reciente estudio descriptivo de Serrano Prieto, Diéguez Sánchez y Carranza Almansa (1992) se pone de manifiesto que las demandas de interconsultas al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba han ido constantemente aumentando y que, si bien el 56'2% de las intervenciones son de tipo psicofarmacológico, un 7'5% lo son de tipo psicológico y un 10% una combinación de ambas.

### **Respuesta de los psicólogos clínicos**

Probablemente cabría presentar un escenario menos alentador o más som-

brío que el que hasta ahora venimos exponiendo. Es posible pensar que los argumentos principales que aquí se esgrimen (organización hospitalaria, enfermedad crónica, profesionales de la medicina) para justificar y defender la necesidad de abordaje psicológico de los enfermos médicos, se puedan utilizar en contra de ese mismo fin. Sin duda, un razonamiento negativo en tal sentido vendría suscitado por experiencias negativas en el ambiente clínico entre el profesional de la psicología y el de la medicina. Sin embargo, para el autor de este trabajo, un razonamiento así no es posible ni conveniente, lo cual no implica que se deban soslayar las dificultades orgánicas, competenciales y de todo tipo que el psicólogo pueda encontrar. Es por ello por lo que preferimos hablar de respuesta de los psicólogos clínicos más que de la psicología.

La psicología, como ciencia aplicada a la salud, ha producido desarrollos muy significativos fundamentalmente en las dos últimas décadas. Como muestra de ello cabe referirse a la revisión de Schofield (1979) sobre un buen número de investigaciones registradas en el *Psychological Abstracts* entre 1971 y 1973, encontrando que el 40% de ellas trataban de temas de cardiología, cirugía o anestesiología, mientras que el mismo autor (citado por Stone, 1979) sólo pudo encontrar un 17% de trabajos dedicados a temas de salud en general en el período comprendido entre 1966 a 1967. Tal desarrollo ha conllevado la incorporación de psicólogos a servicios hospitalarios como cirugía, oncología, cardiología, gastroenterología, hematología o las clínicas del dolor. Como señala Millon (*op. cit.*), la participación de los psicólogos

está siendo activamente buscada por los médicos debido a sus importantes contribuciones a la enfermedad somática.

Es evidente que esa integración de psicólogos en equipos médicos todavía no se ha producido en España de forma tan notoria. La intervención psicológica en los hospitales de nuestro país —y, concretamente, de Andalucía— se desarrolla desde las unidades de hospitalización de salud mental, para lo cual es preciso que en dichas unidades esté incluido el psicólogo clínico. La actividad se puede realizar en dos niveles funcionales distintos: la interconsulta y el enlace (*liason*). La interconsulta surge a posteriori, es decir, cuando se ha instaurado un determinado trastorno mental y no suele permitir una intervención reglada, con duración en el tiempo de forma que se pueda realizar un seguimiento completo. Además, no es frecuente encontrar en dicho procedimiento canales de coordinación o comunicación adecuados que permitan avanzar más en las posibles necesidades del paciente, a excepción de la historia clínica carente siempre de datos pertinentes para la intervención psicológica. Por otra parte, la interconsulta puede exigir, en ocasiones, la derivación del enfermo a un equipo de salud mental. En cambio, la relación de enlace se anticipa a la aparición de trastornos, situándose en una fase psicoproláctica. Tampoco se encuentran en el enlace el resto de los inconvenientes de la interconsulta, por lo que la comunicación con el equipo médico es fluida, está prevista la forma de recoger datos relevantes para la psicoterapia adecuada y, lo que resulta aún más interesante, es posible realizar un seguimiento de los tratamientos dentro del propio circuito hospitalario.

El primer Servicio que demandó una relación de enlace con nuestra Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Reina Sofía fue el de Digestivo. Ello se hizo a través del programa de trasplante hepático que, a su vez, está constituido por hepatología, cirugía digestiva y la unidad de trasplantes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Desde 1989 este programa incluye el informe psicológico en su protocolo de evaluación pre-trasplante para selección del candidato idóneo, juntamente con los informes de cardiología, ecografía, arteriografía, gammagrafía, etc.. Estos y otros datos son considerados por la comisión de trasplantes, donde se toma la decisión última de admitir o no a lista de espera activa a un candidato. Actualmente estamos desarrollando programas de atención psicológica con otros tipos de trasplantes (corazón, riñón, pulmón y médula). Además, también mantenemos relaciones de enlace con el Servicio de Infecciosos, dentro de Medicina Interna, y el de Oncología Radioterápica. En todas estas actividades de *liason* intervienen un psicólogo clínico y un médico psiquiatra.

La experiencia viene siendo interesante y, aunque no hay datos suficientes que puedan confirmar esto, podríamos afirmar que tendrá un efecto multiplicador. Esta impresión se basa en dos hechos fundamentales: en primer lugar, porque desde los propios servicios se pide paulatinamente mayor grado de implicación y, en segundo lugar, porque la respuesta de los propios usuarios está contribuyendo a ello. En nuestra opinión, para desarrollar la intervención psicológica es preciso incidir sobre las siguientes líneas: diseñar subprogramas de in-

formación/formación para los enfermos y sus familiares, haciéndolo conjuntamente con médicos y diplomados de enfermería; implementar técnicas de evaluación grupal que incrementen la validez ecológica de los juicios psicológicos sobre los candidatos a trasplante; estimular y participar en el asociacionismo de los usuarios, como una actividad necesaria de apoyo social o auto-ayuda; incrementar la formación del personal de enfermería como una técnica más para el manejo eficiente del estrés; intervenir sobre el contacto interpersonal que se establece en la relación médico-paciente con el fin de incrementar su potencia psicológica.

Cuando un determinado servicio demanda intervención psicológica, suele fijar muy precisamente sus objetivos: generalmente se quiere explícitamente que se solucione el problema emocional o se incremente la colaboración del paciente. De esta forma, implícitamente se está estableciendo límites a la propia intervención. Ahora bien, es muy posible que el análisis de las variables que han originado y están manteniendo la disfuncionalidad lleve al psicólogo clínico a aconsejar modificaciones en el área individual, familiar, social (por ejemplo, en la relación con otros enfermos de características similares) o asistencial (relación médico-paciente, rutinas horarias, régimen de visitas, etc.). No siempre será posible abordar todas esas dimensiones simultáneamente; por ejemplo, aunque se asume que la atención psicológica no es privativa del psicólogo clínico y un componente importante de ella debe ser administrado por el médico o la enfermera, se puede esperar que sea aquél el que la realice completamente. Es por ello que

la estrategia de intervención debe ir desarrollándose gradualmente, favoreciendo la participación e implicación del personal asistencial con el fin de llegar a una situación de máxima eficacia. De esta forma, el psicólogo clínico es asumido como un elemento más del equipo y no como un agente que suscita tensiones o distorsiones. En este sentido, se pueden enunciar tres principios a observar en los primeros momentos de demanda de atención psicológica por parte de un servicio: *a)* no plantear intervenciones que aumenten la presión asistencial, *b)* no plantear estrategias terapéuticas inadecuadas al momento o a los recursos humanos o materiales con que se cuenta (por ejemplo, toda la cuestión de la información a los pacientes suele ser interpretada en términos exclusivamente de diagnóstico y pronóstico, ello no sólo genera ansiedad en el equipo sino que, además, pone de relieve la falta de recursos para su implementación), *c)* por último, el psicólogo clínico debe evitar ser percibido como un elemento distorsionador del equilibrio organizacional del servicio, lo que suele implicar fundamentalmente las relaciones entre médicos y enfermería.

En nuestra opinión, los desarrollos futuros de la psicología aplicada a la salud permitirán perfeccionar el bagaje científico y técnico del psicólogo clínico. Ello contribuirá a un mayor peso de las intervenciones psicológicas sobre los enfermos médicos. Pero lo que estimulará en mayor medida la irradiación en el seno de los hospitales será la respuesta de los psicólogos clínicos. Han pasado algunos años desde que Millon (*op. cit.*) escribió: *aunque la psicología clínica de la salud es nueva para el colectivo médi-*

co, (...) el ambiente hospitalario es el lugar donde más probablemente la profesión encontrará un mayor desarrollo en el futuro (pg. 17). Esta frase sigue teniendo plena actualidad.

## Referencias

- ANCHOR, K.N. (1991). Introduction to medical psychotherapy. En K.N. Anchor (Ed.). *Handbook of medical psychotherapy*. 3-24. Toronto: Hogrefe and Huber Publishers.
- BURSTEIN, A.G. y LOUCKS, S. (1982). The psychologist as health care clinician. En T. Millon, C. Green y R. Meagher (Eds.). *Handbook of clinical health psychology*. 175-184. Nueva York: Plenum Press.
- DIEGUEZ SANCHEZ, J.P. (1992). Intervención psicológica en un hospital general con unidad psiquiátrica. *Papeles del Psicólogo*, 53, 50-54.
- MAYOU, R. y HAWTON, K. (1986). Psychiatric disorder in the general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 149, 172-190.
- MAYOU, R. y SMITH, E.B.O. (1986). Hospital doctors' management of psychological problems. *British Journal of Psychiatry*, 148, 194-197.
- MILLON, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. En T. Millon, C. Green y R. Meagher (Eds.). *Handbook of clinical health psychology*. 1-26. Nueva York: Plenum Press.
- McKEGNEY, F.P. (1989). Psiquiatría de consulta-relación. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.). *Tratado de psiquiatría*. II. 1212-1216. Barcelona: Salvat.
- NICHOLS, K.A. (1984). *Psychological care in physical illness*. Londres: Croom Helm.
- ROBACK, H.B. (Ed.) (1984). *Helping patients and their families cope with medical problems*. San Francisco: Jossey Bass.
- SCHOFIELD, W. (1979). Clinical psychologists as health professionals. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.). *Health psychology. A handbook*. 447-463. San Francisco: Jossey Bass.
- SERRANO PRIETO, F.; DIEGUEZ SANCHEZ, J.P. y CARRANZA ALMANSA, I. (1992). Estudio epidemiológico de interconsultas psiquiátricas en un hospital general. *Folia Neuropsiquiátrica*, 27, 207-216.
- SERRANO PRIETO, R.; DIEGUEZ SANCHEZ, J.P. y ROMERO COMELLA, D. (1990). La asistencia en una unidad psiquiátrica de hospital general. *Folia Neuropsiquiátrica*, 25, 113-120.
- STONE, G.C. (1979). Psychology and the health system. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.). *Health psychology. A handbook*. 46-75. San Francisco: Jossey Bass.