

Algunas reflexiones sobre la incorporación de los psicólogos clínicos a los servicios de salud

Francisco CASADO CAÑERO
*Equipo de Salud Mental del Distrito
Alcalá de Guadaira-Dos Hermanas (Sevilla).*

Resumen

En este trabajo se reflexiona sobre los cambios en la práctica y en los modelos teóricos de la psicología clínica que han acaecido como consecuencia de su incorporación como prestación sanitaria. Estos vienen dados por el nuevo tipo de sujeto a atender, por la diferente definición de la demanda y por la incorporación a un sistema en el que ha de convivir nuestro enfoque con el de otros profesionales. A la vez se analiza lo que supone de enriquecimiento la incorporación de los psicólogos y la necesidad de una práctica y modelos teóricos que den respuesta a los retos que esta significa.

Palabras clave: salud pública, servicios de salud, psicología clínica, afrontamiento.

Abstract

In this paper we reflect on the changes that have arisen in the practices and theoretical models of clinical psychology as a result of its inclusion among recognized National Health services. These developments have been caused by changes in the type of patient, the manner in which service demands are defined and participation in a system in which our points of view have to coexist with those of other professionals. The way the health service is enriched by the inclusion of psychologists is also considered. The need for new practical and theoretical models in order to respond to challenges posed by the new situation is defended.

Key words: public health system, health services, clinical psychology, coping

En este trabajo intentamos acercarnos a lo que significa la introducción de la psicología clínica como prestación en un sistema general de salud. Consideramos relevante este análisis, y la propuesta de modelos heurísticos para el quehacer en este campo por:

- El importante número de profesionales que trabajan en este marco institucional.

- La relevancia social de la intervención en este marco. Son usuarios directos, indirectos o potenciales, la universalidad de los ciudadanos que caen en el ámbito de cobertura de este sistema.
- El conjunto de exigencias, tanto a nivel de técnicas como de roles, que implica la adaptación a este nuevo marco de actuación de los psicólogos.

Uno de los objetivos de este trabajo es tratar de saber lo que ha cambiado en la forma de actuar de la psicología clínica al incorporarse los psicólogos a un sistema sanitario público y en qué se diferencia del quehacer profesional de los psicólogos en otros espacios bien estudiados y en los cuales se han desarrollado los paradigmas a los que solemos adscribirnos, como son la práctica privada, la institución total, el hospital o la cátedra universitaria.

De tal magnitud consideramos a las mudanzas, que no sería muy aventurado señalar la existencia de un paradigma, más o menos difuso, específico de la práctica en un sistema sanitario público. Tal afirmación estimamos que tiene fundamento si consideramos que, de partida, nuestro sujeto de intervención se diferencia de un modo claro, ya que no constituye un individuo, del tipo cliente o interno, sino una comunidad en la que existe un conjunto de problemas, expresados en demandas, que pueden corresponder o no a una persona física, y esta es atendida en todo caso como ciudadano de esta comunidad y usuario de un servicio de la misma.

El marco en que se desarrolla la intervención asimismo es radicalmente distinto, ya no es la relación terapeuta-paciente, sino un trabajo en un equipo multidisciplinario, en el que el psicólogo colabora con otros profesionales, con una perspectiva y formación diferente, en el abordaje de una misma problemática, y en el que existe una difusión y redefinición de funciones. De manera que el profesional de referencia deja de tener el monopolio exclusivo de la intervención, que pasa a ser desempeñada en cierto grado también por otros miembros del equipo. Éste a su vez se encuentra integrado en una red en la que existen otros servicios diferentes que actúan sobre el mismo sujeto, desde otras perspectivas. Así aparece un nuevo ámbito

de prácticas, tan sólo posible en este marco, en el que pasan a ser intervenciones nucleares el trabajo de coordinación, la preparación de programas conjuntos, y la realización de actuaciones comunes entre varios dispositivos de una misma red.

Este ámbito de práctica se diferencia más aún si consideramos las características del sujeto de intervención y la adscripción a un servicio público. La tarea antes descrita, por su propia dinámica, no se limita a los servicios de la red sanitaria, sino que la intervención sobre los problemas de una comunidad lleva necesariamente a la coordinación, e idealmente, al trabajo conjunto con servicios de otras redes: servicios educativos, servicios sociales, drogodependencias, ayuntamientos, así como con grupos de la propia comunidad.

Esta necesidad de trabajo con otros profesionales de un mismo equipo, y con otros equipos, cada uno de ellos con perspectivas diferentes, y sin la posibilidad de establecer visiones unilaterales (lo psicológico, lo social, lo educativo, lo biológico...) sobre el sujeto, determina una positiva descentración, y la ubicación de nuestros paradigmas y técnicas dentro de un marco más general, en el que existen otras perspectivas y otras líneas de actuación, con las que debemos de aprender a trabajar coordinadamente y a la vez.

Este marco institucional asimismo determina un nuevo tipo de demanda a atender, de lo que devendrá a su vez un encuadre de la intervención y unas técnicas diferenciadas. Así, ésta no aparece como la elección individual de un sujeto que contrata un servicio con un profesional liberal, ni es la actuación que padece el internado de una institución total. Es una demanda que nace y es canalizada dentro de un servicio público, que atiende una problemática más general denominada salud, y que ofrece como una prestación la intervención psicológica. Se-

ñalo que es una demanda surgida dentro del propio sistema no porque la presencia de trastornos que necesiten de una intervención psicológica no tenga una realidad factual independiente del sistema, sino porque estos aparecen como objeto de nuestra intervención a partir del juicio de un profesional en otro servicio. La vía de acceso principal a los servicios de salud mental es a través de la derivación de un médico o un equipo de atención primaria, que determina la pertinencia de la derivación o no a nuestros servicios. Ello mediatiza de un modo claro la relación que establecen los usuarios con los profesionales en, por lo menos, cuatro aspectos:

- La *legitimidad* del profesional que realiza la intervención viene otorgada en buena medida por la institución a la que pertenece, no se individualiza en una característica particular de este, ni en la relación particular con el paciente (aunque el terapeuta haya de trabajar desde esta), sino que abarca de un modo indiferenciado a todos los integrantes del equipo. Es significativo que muchos pacientes al inicio del contacto con el servicio hablen del *psicólogo* o del *psiquiatra* del equipo sin que sean capaces de decir su nombre.
- El portador de la demanda es en ocasiones no consciente de la necesidad de una intervención psicológica. Es muy común que nos llegue tras un peregrinaje por otras especialidades en las que ha intentado buscar solución a unas dolencias, que para éste son claramente somáticas, y que muestre perplejidad y extrañeza al encontrarse frente a nosotros. En este caso, si deseamos realizar una intervención, hemos de *intentar hacer comprender* al usuario la pertinencia de un abordaje distinto a sus problemas.

- Las demandas con las que los usuarios acuden a los equipos son demandas por lo general más limitadas y puntuales. No buscan en la mayoría de los casos reorganizar su vida ni solucionar conflictos intrapsíquicos, y generalmente no se encuentran contaminados de una cierta *cultura psicológica*. Son individuos que plantean unos trastornos que inciden en su ajuste social y personal, para los que buscan soluciones concretas. Siendo en muchas ocasiones necesario por nuestra parte señalar la relación entre sus formas de vida y sus trastornos, y acordar con éstos que cambios están dispuestos a realizar para iniciar una intervención psicológica.
- En muchas ocasiones la intervención sobre una problemática no implica un contacto directo con los usuarios finales, sino que es realizada a través del asesoramiento y del desarrollo de programas con otros profesionales, y paraprofesionales, que sí están en contacto directo con los destinatarios o con su entorno inmediato.

En relación a las metas que podemos plantear a nuestra intervención asimismo es necesario plantear una modificación al marco en que se inscriben estas y a su cualidad y extensión. El marco de nuestro trabajo, un servicio público con unos recursos limitados y con la obligación de atender a una demanda potencial extensa, nos lleva a analizar de un modo continuo la utilidad social de nuestro trabajo. Hemos de valorar continuamente las intervenciones con las que vamos a abordar una problemática, para obtener con el menos costo posible, entendido este en medios humanos y tiempo, un resultado que pueda ser social y personalmente aceptable. Ello nos lleva a considerar qué intervenciones son más eficaces, qué elementos de las

mismas son esenciales y cuales son añadidos accesorios que responden más al aspecto de *liturgia* (Marks, 1991), qué recursos del medio natural del usuario pueden ser utilizados como ayuda, qué otros dispositivos podemos utilizar como recursos alternativos, y a delimitar unas metas concretas, no ideales, pero sí suficientes para que el usuario puede desarrollar un desempeño social y personal adecuado, y buscar por sí mismo en su medio los recursos para solucionar sus conflictos.

Ello obliga necesariamente a romper con las *ortodoxias* mal entendidas de los paradigmas, a buscar, y usar, potenciándolos, los recursos que se encuentran en la propia comunidad, en el medio y cultura de los sujetos, a considerar datos y elementos que no corresponden en un sentido estricto a nuestra disciplina y a valorar en la evolución del sujeto no sólo la clínica, la capacidad de *insight*, o las ideas erróneas que ha sido capaz de superar, sino sobre todo cómo se ajusta social y personalmente en su medio y la capacidad de hacer frente a los problemas que en éste surgen. Asimismo surge la necesidad, no existente en otros marcos, de establecer una escala de prioridades en las demandas, seleccionar cuáles son subsidiarias de atención o no, aunque todas ellas expresen un sufrimiento por parte de los sujetos, qué poblaciones son consideradas de riesgo, y por lo tanto objeto de atención preferente y de programas preventivos, y qué casos pueden ser atendidos por otros recursos. Todo este proceso, no sistematizado en ningún paradigma clásico de la psicología clínica, constituye un punto esencial de nuestro trabajo, tan esencial como el diagnóstico o la programación de la intervención.

Ello nos lleva a plantearnos de un modo claro la cuestión de la *rentabilidad* de nuestro abordaje, sobre todo si consideramos que entra en concurrencia con otros de más anti-

güedad y mayor anclaje, tanto institucional como *ideológico*, con lo que han sido los servicios sanitarios. ¿Qué diferencia justifica la introducción de un abordaje novedoso como el nuestro? Consideramos que esta pregunta no ha de ser abordada ni desde un criterio economicista (es imposible que nuestra intervención resulte de un modo inmediato más barata que otros abordajes) ni desde una vaga y no bien definida reivindicación de calidad o profundidad, sino a partir de dos parámetros que consideramos han de ser fundamentales:

- Un adecuado anclaje en un marco *técnico*, riguroso, bien fundamentado a nivel de conocimiento científico básico y a la vez comprometido con la práctica de los profesionales. En definitiva un adecuado y flexible marco de *ingeniería*.
- Establecimiento de las metas de nuestras intervenciones dentro de unos claros y bien definidos ítems de pertinencia social.

Centrándonos en este segundo punto, es necesario que los psicólogos clínicos en el sistema sanitario público aprendamos a señalar los siguientes aspectos sobre nuestra intervención a otros profesionales y a los responsables sanitarios:

a) La prevención, seguimiento de tratamientos prescritos y las medidas de cuidado higiénico y dietético son conductas a implementar en la mayoría de los casos por los usuarios del sistema sanitario y sus familiares. Conductas que en todo caso hay que enseñar, modificar, reforzar, y mantener en los largos tratamientos. Como señalan Richart Martínez y Cabrero García (1988) en un estudio sobre el seguimiento de prescripciones, el nivel de no-cumplimiento de estas puede llegar en algunas patologías a

más de un 90%, situándose en un 50% el seguimiento de la prescripción farmacológica en enfermedades tan serias como las coronarias; en el caso de prescripciones de otro tipo (dietéticas, disminución de ingesta de alcohol, tabaquismo, ejercicio..) el nivel de incumplimiento es aún mayor. No es aventurado suponer que una actuación de los profesionales dedicados a modificar la conducta pueda ser rentable y significativa en este campo, de gran relevancia a nivel de gasto sanitario si consideramos la importancia cada vez mayor de las patologías crónicas y psicósomáticas, y el crecimiento del gasto farmacéutico -últimamente objeto de serio debate a nivel político y social- y en intervenciones de alta tecnología, facilitando un adecuado y eficaz uso de los recursos y las intervenciones por parte de los usuarios.

b) En el ámbito de salud mental, núcleo del trabajo del psicólogo clínico, nuestra intervención se hace no desde la perspectiva de enfermedad/curación-paliación de síntomas, sino desde el de la intervención sobre un trastorno que nace de la interacción del sujeto, dotado de una biografía, red social, cultura y grupo social de referencia, con un medio que le somete a un conjunto de exigencias. Desde esta perspectiva el trastorno es un problema que incide en su bienestar y ajuste, que ha de afrontar el sujeto y cuya cronificación implica desajustes a nivel:

- *Personal*, con la aparición de procesos crónicos que precisan de una intervención repetida, con el consiguiente gasto continuado de recursos. Siendo significativo que otros abordajes justifican en muchas ocasiones, mediante sanción de un profesional a través de un diagnóstico y un tratamiento, la ubicación del sujeto en un rol de *enfermo* que legitima la adopción de actitudes pasivas, cuan-

do no manipulativas, con relación a su trastorno-problema.

- *Laboral*. La no-resolución desde una perspectiva de conflicto o problema, al eternizar el trastorno incide de un modo negativo en su rendimiento laboral. Ya sea disminuyéndolo en su puesto de trabajo, ya sea introduciendo al sujeto en la dinámica de sucesivas y prolongadas bajas laborales y posteriores peticiones de invalidez, ya sea con el aumento de riesgos de accidentes.

- *Familiar*. La existencia de miembros con un proceso crónico, y sobre todo si llegan a adoptar una actitud de manipulación de éste, constituye una carga sobre el resto de los miembros de la familia, deteriorando la convivencia o impidiendo la búsqueda de soluciones eficaces a una situación de degradación ya existente. Esta circunstancia puede afectar a estos otros integrantes del grupo familiar, facilitando la aparición de trastornos en varios niveles, que aparte de incidir de un modo negativo en su bienestar, perturba su desarrollo y los hace candidatos preferentes a ser usuarios a su vez de distintos servicios.

Estos son elementos que creemos han de ser destacados, y a la vez hechos reales con una práctica bien definida, sería a nivel de compromiso profesional y a la vez bien fundamentada en los conocimientos científicos de cada momento. Entramos así de lleno en la definición de nuestros modelos teóricos de intervención, la primera de las cuestiones antes planteadas. Creemos que esto constituye un reto que hemos de aceptar. Nuestra actuación precisa de marcos claros, dedicados a la búsqueda de soluciones concretas, y a la vez amplias y relevantes, para demandas bien delimitadas: aquellas que se nos hace

desde un sistema sanitario, y las que nacen del servicio que hemos de ofrecer a los ciudadanos que hacen uso de nuestro trabajo, y a los que nos debemos. Por ello es necesario que seamos capaces de delimitar un adecuado marco heurístico, que de un modo razonado guíe nuestra acción ante los diferentes problemas, y haga lectura de estos dentro de un marco general de comprensión. Consideramos que este ha de ser un tópico relevante del debate de la profesión en este momento.

Como aportación, personal y desde un modelo muy definido, a este debate postulamos la validez que poseen los modelos de afrontamiento en sus diferentes versiones: Lazarus y colaboradores, Bandura y Mahoney básicamente. Modelos que parten de la relación de los sujetos con su medio, básicamente social. Valorando la patología como un resultado del desequilibrio entre los recursos del sujeto, tanto objetivos como percibidos, y las demandas, igualmente percibidas y objetivas, de su entorno. Y que poseen las cualidades que a continuación describimos, cualidades que les otorgan un alto grado de utilidad para hacer frente a los retos antes descritos.

- a) Son modelos que tienen tras de sí una amplia y bien fundada argumentación teórica, asentada en toda una tradición definida de trabajo en Psicología Básica. Y constituyen a su vez una de las líneas de desarrollo más relevantes de investigación en Terapia de Conducta.
- b) Permiten la integración de otros modelos potentes a nivel teórico y bien definidos, tanto a nivel general, como es el modelo de competencia de Albee, como modelos más específicos referidos a trastornos concretos: de Vulnerabilidad-Estrés de Zubin y Spring (1977) referido a la esquizofrenia y los diferentes modelos, y sus distintas versiones, de la depre-

sión: Beck (1983), Miller y Seligman (1984), Costello (1984), Lewinshod (1989), Rehm (1977) y Coyne (1976).

c) Poseen una clara apertura interdisciplinar, hace posible integrar, sin necesidad de *lechos de Procustes* teóricos y metodológicos, los datos y esquemas de disciplinas tan relevantes para nuestra tarea como son: antropología, sociología, biología, etc...

d) Son *parsimoniosos*, poseen la virtud de ser especialmente simples, con pocos elementos y mecanismos, y fácilmente definibles.

e) Su potencia como heurístico. Permiten integrar diferentes niveles de análisis de un problema, así como ubicar las distintas intervenciones, a varios niveles y ámbitos, en un todo coherente, dotado de sentido y evaluable.

f) Su comprensibilidad por parte de los usuarios, y la continuidad que muestra con los contenidos más relevantes y legítimos de nuestra cultura.

Todo ello hace que a nuestro juicio sean modelos especialmente indicados para servir como heurísticos que guíen nuestra intervención en el marco definido en este trabajo.

Facilitan así una nueva lectura de lo que significa el diagnóstico, permitiendo superar la estrecha lectura de signos e índices referidos a unos hipotéticos síndromes y trastornos, subsidiarios de un enfoque ajeno a nuestra disciplina, centrando este en la evaluación de conductas, competencias y recursos en relación con las demandas de su medio, básicamente social y simbólico, actual y a las que haya de hacer frente en un futuro previsible. Orientando este hacia el valor de adaptación de sus conductas. Ello lleva asimismo a una relectura radical del significado que desde paradigmas tradicionales se ha

asignado al concepto de biografía y de desarrollo evolutivo, centrandose desde este modelo éstos en un proceso de aprendizaje no sólo de lo que serían contenidos, sino también de roles y de esquemas de auto y heteroevaluación. Esta perspectiva entronca con elementos de las propuestas de Ribes Iñesta y López Valadez (1985), Kantor (1979) y Vygostki (1993).

Asimismo permite orientar la intervención, difícilmente separable en este modelo de la evaluación, como un proceso activo del sujeto, en el que va aprendiendo a hacer frente a las situaciones de conflicto actuales y futuras a través de un proceso de mejora de sus competencias en las siguientes áreas:

- *Lectura de los datos de la realidad*, tanto desde la perspectiva de tener una visión más ajustada, menos deformada por creencias y esquemas irracionales, como en el aprendizaje de la valoración de ítems antes no considerados. Factor este muy enfatizado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- *Control de las emociones* que nos provocan los sucesos vividos. Muy vinculado este a lo antes analizado y al que vendrá después. Aquí se trata de modificar la valoración cognitiva, las atribuciones, que realizamos sobre los sucesos. Este ha sido el ítem sobre el que de un modo tradicional se ha centrado las intervenciones terapéuticas.
- *Aprendizaje de estrategias racionales y eficaces de actuación ante los problemas*. Ítem este que ha sido desarrollado por el Entrenamiento en Resolución de Problemas.
- *Movilización, búsqueda y manejo de los recursos personales, sociales y comunitarios por parte del sujeto*. En este sentido es fundamental la evaluación, y el aprendiza-

je por parte del sujeto de ésta, de la red social y la comunidad a la que pertenece.

Todos estos son elementos fundamentales de cualquier intervención terapéutica, y consideramos que con el marco señalado en este trabajo es posible coordinar en un programa de acción coherente, flexible, adaptado a la evolución de las necesidades y demandas de los usuarios y explícito en relación con las intervenciones efectuadas. Destacando un aspecto fundamental para nosotros, enseña a los usuarios a ser autónomos, a valorar sus propios recursos y a sí mismos y sus necesidades como dignos y legítimos, a buscar soluciones a sus problemas con los objetivos y medios que estimen en cada caso pertinentes.

Con el análisis contenido en este trabajo, y con la modesta propuesta realizada queremos abrir un debate sobre nuestra práctica actual y sobre las perspectivas futuras que se abren a nuestra profesión en los sistemas sanitarios públicos, debate que a nuestro juicio ha de centrarse en una práctica seria, y en su análisis, y en el debate teórico de los mismos profesionales protagonistas de esa práctica.

Referencias

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A.T. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Costello, Ch. (1984). La pérdida como fuente de stress en Psicopatología. En: R.W.J., Neufeld, *Psicopatología y stress*, Barcelona: Toray-Masson.
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.

- Kantor, J.R., (1979). *Psicología interconductual: Un ejemplo de construcción científica sistemática*. México: Trillas.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lewinshon, E.A. (1989). An integrative theory of depression. En: J.M. Hooley (Ed.), *Readings in abnormal psychology*, Nueva York: Wiley.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miller, S. y Seligman, M.E.P., (1984). El modelo reformulado del desamparo y la depresión: evidencia y teoría. En: R.W.J. Neufeld, *Psicopatología y stress*, Barcelona: Toray-Masson.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Ribes Iñesta, E. y López Valadez, F. (1985). *Teoría de la Conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Richart Martínez, M. y Cabrero García, J. (1988). *La psicología en los centros de salud comunitaria*. Valencia: Promolibro.
- Vygotski, L.S. (1993). *Obras Escogidas II: Pensamiento y Lenguaje*. Madrid: Visor-Aprendizaje.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86, 103-126.