

# Reflexiones acerca del desempeño del rol del psicólogo clínico en un centro de Salud Mental

- **Dificultades en la práctica asistencial en las relaciones interprofesionales médico psiquiatra/psicólogo clínico**

Marina Albadalejo Fosar

Psicóloga Unidad de Salud Mental de Gandía  
Servicio Valenciano de Salud

En primer lugar, lo primero que se plantea es el grado de responsabilidad relativa sobre el paciente. Jurídica y administrativamente la tiene el médico psiquiatra. El efectuar la primera entrevista, abrir la Historia Clínica, lo realiza el psiquiatra o el psicólogo clínico en función de la patología que se le presupone, al solicitar la persona o familiar o institución que deriva la consulta. Se podría entender que el psicólogo actuaría en este punto como por «delegación de funciones» del médico psiquiatra.

Estamos en el marco de una institución médico-psiquiátrica. Es siguiendo su modelo como se determina quién es «enfermo» o «sano», o hasta qué punto una cosa u otra. Quien establece el diagnóstico admite la demanda como «caso clínico»; y se habla a nivel teórico y práctico de no «psiquiatrar» a una persona no acogiendo la demanda que tiene o no ofreciéndole ayuda asistencial en el caso de que tenga dificultades que no entren dentro del modelo médico en sus diferentes variantes.

En torno al grado y tipo de relación profesional médico-psiquiatra / psicólogo clínico, nos encontramos con que existe una dependencia relativa del segundo con respecto al primero, independientemente de las posibles posturas o actitudes, más o menos autoritarias o democráticas, individuales.

Aunque evidentemente existen

áreas de trabajo específicas del psicólogo clínico, en las que no entra el médico psiquiatra, el contexto es el de un servicio jerarquizado en el que el psiquiatra es el director y coordinador del mismo.

Sobre cuál es la actitud del médico psiquiatra hacia la figura del psicólogo clínico —y viceversa—, profesional recién incorporado a la institución sanitaria pública, y el contenido de las expectativas que pueda tener, hay que contar con lo que puede conocer del posible desempeño concreto del psicólogo y, por el otro lado, lo que pueda conocer —desde fuera— el psicólogo de la institución médica psiquiátrica. De entrada, ¿hasta dónde le puede pedir el uno al otro?, ¿hasta dónde no? En Psiquiatría parece predominar una orientación terapéutica ecléctica. En Psicología Clínica los profesionales tenemos muy distintas tendencias psicoterapéuticas. Todas ellas aprendidas, alguna en la Universidad, más en concreto: La Modificación de Conducta y el Cognitivism, y todas las demás: Psicoanálisis, Análisis Transaccional, Bioenergética, Gestalt, Terapia Humanista, etc., a partir de circuitos no institucionalizados de forma pública, sino siempre en forma privada.

Entiendo que no tiene cabida actualmente la formación en otras orientaciones psicoterapéuticas o, más aún, la elección de orientación

en la Universidad, y no sé si existen perspectivas de que puedan ir teniendo espacio.

Además, no existe una formación oficial de posgraduado para el psicólogo clínico en la institución pública sanitaria en nuestra Comunidad Valenciana. Y en otras entiendo que las posibilidades son bien escasas.

Y es un sobreesfuerzo el intentar aprender de forma privada el desempeño de técnicas y métodos de trabajo que, por sus características específicas, sólo se pueden pensar y ejercer en el marco de un servicio público.

Es claro que no se puede trabajar de igual forma en privado que de forma pública; tienen que darse variaciones en la forma de abordaje, encuadre y técnicas indicadas a la demanda asistencial.

Citando a Alejandro Torres Carballo en su comunicación «La formación de posgraduados en Psicología Clínica. El sistema PIR», en el 1.º Congreso Oficial de Psicólogos, Madrid, 1984: «Es evidente que el psicólogo recién salido de la Facultad se ve con unos conocimientos que no le sirven para nada, o al menos para muy poco; lo que falta en la formación es la transmisión y aprendizaje de medios, técnicas para poder incidir en la realidad,... existe una escisión externa entre el mundo académico y el aplicado... unos investigan datos que están fuera de la Psicología

gía Aplicada, y los que lidian diariamente con el mundo del enfermo hacen terapéuticamente "lo que pueden" en muchas ocasiones. Es así como los psicólogos salen frustrados de su carrera y, lo que es peor, sin disponer de unas técnicas básicas para poder funcionar como un profesional... existe una gran necesidad de modificación de este estado y de formación de posgraduados.»

Cabe pensar si se ha producido alguna variación sustancial del año 84 a la actualidad.

Por otro lado y en lo que hace a la Titulación Profesional y competencias: un médico psiquiatra puede, legal y administrativamente, hacer lo mismo que un médico general —es un médico— o que un psicólogo clínico —en lo que hace a desempeñar una función psicoterapéutica y/o de realizar un psicodiagnóstico—. Por supuesto, no es así a la inversa. Existe un vacío legislativo que dificulta que en la práctica se dé la demarcación clara de competencias y, por tanto, de límites, y es necesario que esta situación de ambigüedad se resuelva.

Ligado a lo anterior encontramos el problema de los criterios con que «evalúa» la institución médico-sanitaria el grado de rendimiento y eficacia de los profesionales del equipo de Salud Mental en el área asistencial (nivel de prevención secundaria): detección, diagnóstico precoz y tratamiento.

En la actualidad se efectúa alrededor de las variables «actos asistenciales», es decir, número de actuaciones por número de pacientes visitados (ambulatoriamente o a domicilio), de forma cuantitativa.

Pienso que no es adecuado que se utilice el mismo patrón para el especialista médico psiquiatra y para el especialista psicólogo clínico.

En relación con esto y con la expectativa sobre el tipo y características de las intervenciones psicoterapéuticas del psicólogo clínico, se da con mucha frecuencia el JUICIO PREVIO en los otros profesionales, que por falta de conocimiento e información y, sobre todo, de experiencia anterior de trabajo conjunto superponen su propio modelo: el médico a las estimaciones que hacen. Por ejemplo: una intervención familiar, del tipo una sesión de Terapia Familiar, está recogida institucionalmente de la siguiente forma:

a) Se considera a la Terapia Familiar como una variante psicoterapéutica; b) a niveles administrativos se entiende como un acto asistencial de una persona, aquella que es «la enferma», «a quien se le ha abierto la Historia Clínica», independientemente del número de personas pertenecientes al grupo familiar con quienes se está trabajando sistemáticamente.

En otro plano, podemos pensar en la superposición del modelo médico, muy distinto, a partir de otro ejemplo. En el perfil de funciones del psicólogo clínico de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Valencia se dice en el primer punto: «Prestar atención especializada a la población del área, tanto en el centro como eventualmente a domicilio, con dedicación especial a *problemas de conducta*, psicodiagnóstico e informe psicológico.»

El término *Problemas de conducta* no queda claro en qué acepción se está utilizando. En sentido vulgar, quizás se podría suponer que se incluye todo tipo de perturbaciones del psiquismo que tienen una manifestación *externa*, p. e.: una persona que en un minuto de desestructuración psicótica agrede indiscriminadamente a otros, o bien un adolescente con una problemática social que roba, o bien un niño que tiene dificultades para controlar esfínteres.

Tenemos además una problemática de indiferenciación en el campo de la Psicología Clínica en cuanto a la especialidad Psicología Clínica de Adultos/Psicología Clínica de Niños y Adolescentes.

La Psiquiatría de Adultos no puede tener englobada dentro de sí la Psiquiatría Infantil. Incluso dentro del modelo médico se toma en consideración la imprescindible demarcación de especialistas: existe la figura del médico general y la del médico pediatra, perfectamente tipificadas.

Haría falta que, urgentísimamente, o bien se dotara a la Institución Pública de una red de equipos especializados en Salud Mental Infantil, o bien, dentro del Equipo de Salud Mental, existieran unos especialistas en la atención y prevención de dificultades en el campo infanto-juvenil.

Finalmente, existen médicos que se dedican a desarrollar su función, siendo en ocasiones de carácter exclusivamente diagnóstica, y tienen asumido que de forma fundamental están al servicio del resto de la profesión y por supuesto de los pacientes, lo cual no supone que su labor no sea fundamental; por ejemplo:



equipos de radiólogos de laboratorio, en servicios de Anatomía Patológica o en servicios de Neurofisiología Clínica, etc. Tomando en consideración esta realidad, quizás pudiera ayudarnos a comprender algunos aspectos del rol del psicólogo clínico, al comparar nuestra mejor situación, ahora sí, con estos profesionales médicos y nuestro trabajo en el área del Psicodiagnóstico. El que se nos pida de un paciente tratado por otro profesional no tiene por qué suponer ser ni más ni menos que el otro, ni va en detrimento de nuestra identidad profesional.

A nivel de la práctica asistencial diaria, quizás sería más importante considerar no tanto la forma en la que al Psicólogo Clínico le derivan o

le llegan los pacientes y quién lo hace, sino si tiene y se le reconoce la suficiente autonomía como para que pueda decidir proponer o no a la persona que demanda un tratamiento o una forma de intervención determinada, y que la manera elegida sea la que considera más adecuada el profesional, teniendo en cuenta, evidentemente, las necesidades asistenciales en el centro en el que trabaja.

## BIBLIOGRAFÍA

*Camp de Morvedre. Experiencia de un Centro de Salud Mental*, 1981. Dra.

Josefa Llinares Llorca, ex médica adjunta del Hospital Psiquiátrico de Bétera. Colabora: Marina Albaladejo Fossar.

*Unidades de Salud Mental. Normas de funcionamiento*. INSALUD. «Papeles del Colegio», n.º 26/junio 86.

*Memoria estadística. 1987*. Centro de Salud Mental La Safor, Área Sanitaria 15, Dr. Alfredo Ortell Sivera, médico adjunto Servicios Psiquiátricos Diputación de Valencia.

*I Jornadas sobre el Rol Profesional del Psicólogo*. Abril 1986, Colegio Oficial de Psicólogos.

*La praxis clínica: el psicólogo clínico y el psicoterapeuta*. Licenciado Xavier Serrano.

*La Formación de Posgraduados en Psicología Clínica. El Sistema PIR*. Licenciado Alejandro Torres Carbajo. XVIII Congreso Oficial de Psicólogos.

## ANEXO

# Unidades de Salud Mental: Normas de funcionamiento INSALUD

Hasta el momento actual, la atención psiquiátrica extrahospitalaria proporcionada por el Insalud se limitaba a la consulta de Neuropsiquiatría. Este tipo de asistencia puede calificarse, en general, como poco eficaz, pero sobre todo muy distante de esquemas de funcionamientos comunitarios y muy poco coordinada con los dispositivos primarios del área de salud. Esta situación ha conducido a modificación de la filosofía asistencial del Insalud, que podría resumirse en:

a) Una concepción más ecológica de la Salud Mental.

b) La necesidad de desarrollar unos patrones de actuación enmarcados en el ámbito de la Psiquiatría Comunitaria.

Teniendo en cuenta estos criterios, el Insalud va a poner en marcha unas Unidades de Salud Mental, que estarán integradas por tres profesionales:

- 1 Psiquiatra
- 1 Psicólogo
- 1 ATS.

Estas Unidades reúnen las siguientes características:

- a) Son multidisciplinares.
- b) Son unidades especializadas en Área de Salud Mental.
- c) Su ámbito de actuación se localiza en la Comunidad, en estrecha

coordinación con los Equipos de Atención Primaria.

Estas Unidades constituyen un primer esbozo de los Equipos de Salud Mental Comunitaria, que asumirán la asistencia psiquiátrica de cada Área de Salud. Por ello, teniendo en cuenta el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, del Ministerio de Sanidad y Consumo, es preciso lograr una *integración funcional* con el resto de los dispositivos asistenciales psiquiátricos dependientes de otras administraciones, con el fin de alcanzar una utilización óptima de los recursos públicos dedicados a Salud Mental. Esta coordinación deberá impulsarse desde los «Comités de enlace y coordinación», tal y como se contempla en las recomendaciones del mencionado informe.

## I. FUNCIONES DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL

### 1. Asistencial

a) En los consultorios.

Podrá ser efectuada por cualquiera de los profesionales integrantes de la Unidad. En su mayor parte se tratará de *consultas programadas*. Cabe admitir la *consulta espontánea* en función de la urgencia y la grave-

dad del cuadro de circunstancias sociales y geográficas (largos desplazamientos).

La labor asistencial se centrará tanto en pacientes remitidos desde los Equipos de Atención Primaria como en el seguimiento de enfermos dados de alta desde las unidades de hospitalización. Esta tarea asistencial incluirá los controles farmacológicos, entrevistas exploratorias, elaboración de informes, así como una serie de actividades, ahora posibles gracias a la adopción de una jornada de 40 horas semanales, como psicoterapias individuales y de grupo, terapias familiares, etc.

b) Domiciliarias.

Será desarrollada fundamentalmente por el ATS, si bien, en caso necesario, el psicólogo o el psiquiatra deberá desplazarse al domicilio del enfermo.

c) Desplazamiento de la Unidad de alguno de sus componentes a otras localidades del Área de Salud, para realizar la atención «in situ».

d) De urgencias, en colaboración con el resto de los dispositivos psiquiátricos de la zona.

e) Colaboración con centros hospitalarios de la red del Insalud. Esta colaboración engloba:

— Realización de interconsultas hospitalarias en aquellos centros

que carezcan de unidades de psiquiatría.

- Colaboración en guardias psiquiátricas.

Asimismo, resulta imprescindible lograr una íntima coordinación entre las Unidades Intrahospitalarias y las Unidades de Salud Mental ambulatorias.

f) Interconsultas con los Equipos de Atención Primaria, que deben tener una doble finalidad:

- Clínica.
- Formativa.

g) Aplicación de técnicas que faciliten la rehabilitación y la reinserción social de estos pacientes. Este tipo de actividad debería realizarse a través de programas conjuntos desarrollados por las Unidades de Salud Mental y los Servicios Sociales comunitarios.

Con todo esto se persiguen los siguientes objetivos:

A. Elevación del nivel de Salud Mental del área.

B. Mejora global de la atención al enfermo mental.

C. Disminución del número de primeros ingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

D. Drástica reducción del número de reingresos.

E. Disminución de la duración de las hospitalizaciones, gracias a la mejora de las prestaciones extrahospitalarias, que deberán permitir altas más precoces, y una reducción en el número de ingresos.

F. Reducción de la marginación y del aislamiento generados por la enfermedad mental (en colaboración con los Servicios Sociales).

G. Incremento de la calidad de vida de los sectores de la población que presenta problemas mentales.

## 2. Apoyo a los Equipos de Atención Primaria

Con el fin de realizar más fácilmente esta función y para una mejor integración en la comunidad, las Unidades de Salud Mental se ubicarán, siempre que sea posible, en Centros de Salud.

La función de apoyo se ejercerá:

A) A través de una labor de información general sobre los profesionales que componen los Equipos de Atención Primaria, con los siguientes objetivos:

- Difusión de la idea de que los trastornos psíquicos deben ser tratados; que estos tratamientos conducen a una remisión total en un alto porcentaje de enfermos y

una mejoría notable en los restantes.

- Modificación de actitudes que favorecen la marginación del enfermo psíquico.

- Concienciación de que los enfermos deben vivir en la comunidad, donde deben ser atendidos.

- Identificación de la magnitud del problema y de los costes sociales y económicos generados por los trastornos psiquiátricos.

B) Información sobre actuaciones específicas que posibiliten el tratamiento de enfermos psíquicos por los Equipos de Atención Primaria.

C) Programación de sesiones clínicas y evaluación conjunta de casos en los que intervengan los Equipos de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental.

## 3. Funciones preventivas y de promoción de la Salud Mental

### a) Educación para la Salud Mental.

Tiene como objetivo la adquisición de una serie de conocimientos y la modificación de hábitos y actividades negativas, con el fin de incrementar el nivel de salud. Esto puede realizarse por:

- Actuaciones directas, ejercidas sobre:

- Colectivos, por medio de charlas, coloquios, etc.

- Sobre las personas que acuden a las Unidades de Salud Mental.

- Actuaciones indirectas: labor ejercida sobre otros profesionales que intervienen en los Servicios de Salud (Equipos de Atención Primaria, Servicios Sociales, etc.).

b) Colaboración en programas preventivos específicos.

## 4. Investigación

La investigación de las Unidades de Salud Mental se centrará fundamentalmente en temas epidemiológicos, persiguiendo los siguientes objetivos:

- Evaluación de las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en un área de salud determinada.

- Determinación de las necesidades asistenciales psiquiátricas y de los niveles de utilización de los Servicios de Salud por parte de los enfermos mentales.

- Determinación de factores ambientales que condicionan la aparición de permanencia y la evolución de trastornos mentales.

## II. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Las Unidades de Salud Mental compartirían con los Equipos de Atención Primaria una misma metodología de trabajo, que puede resumirse en:

### a) Diagnóstico de la situación de salud del área

- Descripción del nivel de salud.
- Identificación de los problemas de salud.

- Determinación de los factores condicionantes (medio físico, estructura socioeconómica, demografía, recursos sanitarios).

- Evaluación de las consecuencias de los diferentes problemas detectados.

### b) Formulación de un plan, que incluye:

- Establecimiento de prioridades en función de la magnitud de los diferentes problemas, de su trascendencia sociocultural, de la relación costo-eficacia, etcétera.

- Establecimiento de objetivos en función de las prioridades.

- Determinación de actividades y elaboración de programas.

- Evaluación de los resultados obtenidos.

- Análisis de los obstáculos.

- Requisitos necesarios para la puesta en marcha del plan.

### c) Abordaje integral del problema salud-enfermedad. d) Situación

*enmarcada en el seno de la Comunidad.*

Esto implica la participación del ciudadano en las tareas de planificación, organización, funcionamiento y control de la Unidad.

## III. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL

### A. Funciones del psiquiatra

1.º Coordinación y dirección de las Unidades de Salud Mental, coordinación con el Equipo de Atención Primaria y con los restantes dispositivos psiquiátricos del Área de Salud.

2.º Atención especializada al sector de la población que le corresponde, desplazamiento a otras localidades del Área de Salud con fines asistenciales.

3.º Indicación de hospitalizaciones y de la derivación de pacientes a otros especialistas o a otros centros.

4.º Participación en interconsultas y en sesiones clínicas con los Equipos de Atención Primaria.

5.º Coordinación y participación de las actividades de prevención y promoción de la Salud Mental.

6.º Coordinación de los estudios epidemiológicos realizados por las Unidades de Salud Mental.

7.º Organización de las sesiones clínicas y reuniones de la Unidad.

8.º Funciones administrativas, realización de informes, estadísticas y memoria.

#### B. Funciones del psicólogo

1.º Atención especializada, psicoterapias, elaboración de informes psicológicos, psicodiagnóstico.

2.º Desplazamiento a otras localidades del Área de Salud, con fines asistenciales; visitas domiciliarias en casos necesarios.

3.º Colaboración de las interconsultas con los Equipos de Atención Primaria.

4.º Intervención en las tareas de prevención y promoción de la Salud Mental.

5.º Realización de los estudios epidemiológicos y otras labores de investigación desarrolladas por las Unidades de Salud Mental.

6.º Participación en las reuniones de las Unidades de Salud Mental y en reuniones de coordinación con otros dispositivos asistenciales.

7.º Colaboración en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memorias, etc.

#### C. Funciones del ATS

1.º Establecer el primer contacto con el usuario a través de la elaboración de la historia psicosocial (según modelo), valorando la urgencia de la demanda y estableciendo la citación.

2.º Efectuar el control y seguimiento de los pacientes que han sido atendidos por la Unidad, mediante visita domiciliaria o desde la propia Unidad.

3.º Realizar visitas domiciliarias para establecer primeros contactos, efectuar seguimientos y administrar tratamientos.

4.º Administrar tratamientos en la Unidad de Salud Mental.

5.º Participar y colaborar en las distintas terapias que se realicen en la Unidad.

6.º Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación a los Equipos de Atención Pri-

maria y en los programas de prevención y promoción.

7.º Impartir formación de Enfermería en pregrado y posgrado, dentro de la Unidad de Salud Mental.

8.º Participar en la realización de investigaciones epidemiológicas y científicas que se desarrollen en la Unidad.

9.º Realizar actividades de educación en Salud Mental y participar en programas preventivos.

#### IV. DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES

A título orientativo, se propone la siguiente distribución de actividades:

1.º *Actividad Asistencial*: la actividad asistencial ocupará el mayor porcentaje de tiempo del horario laboral, siguiendo la distribución siguiente:

Psiquiatra	45%
Psicólogo	45%
ATS	40%
Esto implica entre 75-80 horas	

mensuales asistenciales para el psicólogo y el psiquiatra y de 70 horas para el ATS

2.º *Funciones de apoyo a los Equipos de Atención Primaria y de promoción de la Salud Mental.*

Psiquiatra	20%
Psicólogo	15%
ATS	15%

3.º *Investigación y Estudios Epidemiológicos.*

Psiquiatra (Coordinación)	10%
Psicólogo	20%
ATS	20%

4.º *Reuniones de la Unidad de Salud Mental y reuniones de coordinación con los Equipos de Atención Primaria con otras Unidades psiquiátricas.*

Psiquiatra	15%
Psicólogo	10%
ATS	10%

5.º *Funciones administrativas, elaboración de informes, estadísticas, memorias.*

Psiquiatra	10%
Psicólogo	10%
ATS	15%

## Funciones del médico psiquiatra

1. Prestar atención especializada a la población del área territorial que le corresponda. Dicha atención podrá prestarla en el propio CSM o a domicilio, así como en cualquiera de las Unidades de hospitalización u otros recursos con que cuente el área.

2. Coordinación con los equipos de atención primaria y restantes dispositivos psiquiátricos o sociales del área.

3. Dirigir pacientes a los médicos de cabecera o a otros especialistas

con el informe correspondiente.

4. Participar en las actividades formativas del equipo.

5. Participar en los programas de promoción de salud y prevención, junto a otros profesionales del área.

6. Efectuar trabajos de investigación, en colaboración con el resto del equipo.

7. Colaborar en la ejecución de las correspondientes tareas administrativas, como emisión de informes, evaluación, registro y memoria anual.

## Normas de funcionamiento de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Valencia

1. Prestar atención especializada a la población del área, tanto en el centro como eventualmente a domicilio, con dedicación especial a problemas de conducta, psicodiagnóstico e informes psicológicos.

2. Colaboración en las interconsultas con los equipos de atención primaria o con otros especialistas del área.

3. Participar con el resto del equipo en las actividades formativas.

4. Colaborar igualmente en los programas de promoción de salud y preventivos.

5. Efectuar trabajos de investigación.

6. Colaborar en las tareas de planificación y administración.