

El psicólogo en Salud Mental

Resumen de una actividad

Manuel Sánchez García
Unidad de Salud Mental de Denia

1. INCORPORACIÓN AL SISTEMA SANITARIO

1.1. Contexto

La figura del psicólogo, unida al concepto de Salud Mental, ha sido incorporada dentro del sistema sanitario. Esto nos sugiere la imagen del clínico dentro de una realidad asistencial; como la que muestran Vázquez Barquero y Col. (1982), señalando que el 23'8% de la población general presenta algún trastorno psiquiátrico. Estos datos coinciden bastante con Goldberg y Cols. (1980), que encuentran una morbilidad psiquiátrica general que es de un 25% (prevalencia estimada para un período de un año); de éstos, sólo el 23% deciden visitar al médico general, que detecta el 14% del total de los casos (morbilidad psiquiátrica efectiva). Efectivamente, un equipo de Salud Mental (ESM) está justificado. La cuestión básica a plantear es que los trastornos mentales pueden ser tratados, mejorados, y el bienestar psíquico debe ser considerado también como salud. Sobre estos aspectos, el psicólogo tiene un papel importante.

Debemos advertir, además, cómo la salud se integra en un enfoque bio-psico-social, siendo la línea básica que sustenta la creación de Equipos de Atención Primaria (EAP). Este concepto del proceso salud-enfermedad y la asequibilidad de las USM hace que la práctica de la Psicología de la Salud sea más que una opción, una tarea presente. Esta aportación de la psicología es factible en varios órdenes:

- Tareas docentes.
- Investigación.
- Tareas asistenciales.

Es un aspecto indispensable si se considera la salud como un todo, donde apliquemos: evaluación y modificación de patógenos conductuales, análisis funcional y modificación

de conducta, etc. (Reig, Rodríguez, Mira. 1987).

Otro aspecto a tener en cuenta es la inclusión en este campo de la psicología comunitaria debido a la interacción con otros profesionales y el amplio espectro de intervención. En especial la aplicación de Programas de Salud y lo que esto supone, en cuanto a control, seguimiento, adecuación ecológica, adaptación de recursos y trabajo interdisciplinar (Costa y López, 1986).

Como resumen de lo dicho, indicaría tres líneas básicas del psicólogo en las USM:

- Salud Mental, propiamente dicha.
- Psicología de la Salud.
- Psicología Comunitaria.

Son tres aspectos entrelazados que marcan el trabajo de un psicólogo en una USM. Tal vez, el principal reto lo plantea la Psicología de la Salud, por lo incipiente de su naturaleza y por las perspectivas de innovación en sus objetivos de trabajo, su medio de desarrollo y sus niveles de implicación.

En definitiva, el psicólogo de Salud Mental se encuentra en óptima posición para que su labor pueda tener el máximo aprovechamiento. Este momento se puede aprovechar para desarrollar las aportaciones siguientes:

1. Acercamiento del psicólogo y de la Salud Mental a los servicios sanitarios.
2. Demostrar que los trastornos mentales pueden ser tratados, mejorados y que el bienestar psíquico también es SALUD.
3. Demostrar y demostrarnos que cumplimos una relación costo-utilidad.
4. Apoyar la asistencia médica dando opciones.
5. Intervenir en la Planificación Sanitaria.
6. Aportar y coordinarse con to-

dos los profesionales de la comunidad para cuidar la salud. Participación en Programas de Salud.

7. Fomentar la actividad preventiva.

8. Compartir nuestros conocimientos con el resto del personal sanitario.

9. Participar en la Promoción de la Salud, tanto en los profesionales de ésta como en la propia comunidad.

1.2. Funciones

Dentro del contexto del Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, donde se regula la prestación de servicios en materia de Salud Mental y ateniéndose al Programa de la Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral; las funciones del psicólogo son las siguientes:

1. Atención especializada, psicoterapias, elaboración de informes psicológicos, psicodiagnósticos.

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

3. Colaboración en las interconsultas con los EAP.

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

5. Realización de los estudios epidemiológicos y otras labores de investigación desarrolladas por las USM.

6. Participación en las reuniones de las USM y en reuniones de coordinación con otros dispositivos asistenciales.

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

2. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE DENIA

Planteemos algunas cuestiones metodológicas:

— Esta Unidad entró en funcionamiento asistencial a mediados de noviembre de 1987, tras un mes de organización, reuniones, tarea administrativa, etc.

— Los pacientes son remitidos, de forma habitual, por los EAP o los médicos de cabecera del ambulatorio mediante ficha de petición, preparada al efecto, con datos mínimos de interés.

— Debido a la confluencia de profesionales dedicados a la infancia y para evitar paralelismos, se envió una hoja de criterios de asistencia a los interesados con disponibilidad para ponernos en contacto y discutirlos.

— Se realizan desplazamientos semanales a los Centros de Salud de Jávea y Pego.

2.1. Asistencia especializada

2.1.1. Flujo de pacientes.

Procedencia y derivación

En la tabla 2 podemos apreciar la relación con el sistema sanitario, remitiendo el 88% de los pacientes atendidos. En el apartado de derivaciones, aclarar que:

— Se trata de pacientes orientados, evaluados o con necesidad de un informe concreto, en algunos casos.

— Pueden ser sujetos, que tras la intervención adecuada regresan al profesional de origen, corregido el problema.

— En algunos, simplemente se ha determinado qué atención era más adecuada.

— En especialistas, la mayoría han sido derivados al psiquiatra: tras valoración y/o psicodiagnóstico, excesiva afectación orgánica o psicótica, exigencia/necesidad de fármacos.

— Un buen número eran remitidos por EAP a causa de problemas del área escolar, derivándose a gabinetes, logopedas, etc.

— Algunos compañeros del campo escolar precisaron contrastar su diagnóstico, volviendo el caso a ellos.

— El 37.7% de los pacientes atendidos han sido derivados. Sólo un 6% del total de dichos pacientes ha sido de «ida y vuelta».

2.1.2. Estudio Clínico

Con el diagrama 1 se expone la naturaleza del trabajo realizado.

— Comentario a la demanda por trastornos.

La distribución de sujetos obede-

TABLA 1

Datos básicos de flujo de pacientes

Primeras consultas: 167
 Revisiones: 418
 Proporción: 2.50 revisiones x Prim. Cons.
 Tiempo de espera: 15.08 días (media aprox.)
 Adultos en primera consulta: 89 (53.29%)
 Niños en primera consulta: 78 (46.70%)

Nota: Datos del primer año de funcionamiento.

TABLA 2

A. Profesionales de procedencia (167 pacientes)

EAP.....	75'6%
Médicos especialistas.....	10'0%
Hospital General.....	2'4%
Sanat. Psiquiátrico.....	2'4%
Serv. Sociales.....	3'0%
Gab. Psicopedag.....	3'4%
Otros.....	2'4%

B. Derivaciones

(63 pacientes)

EAP.....	34'9%
(17% de la procedencia EAP)	
Méd. especialistas.....	19'0%
Hosp. General.....	1'6%
Serv. Sociales.....	3'1%
Gab. Psicopedag.....	41'3%

ce a la prevalencia aproximada de estos trastornos. Las mayores diferencias se deben a ansiedad (angustia generalizada, fobias, obsesiones) y a manifestaciones físicas (enuresis principalmente). Son problemas que generan mucha demanda asistencial en medicina. Por defecto, encontramos la baja tasa de demencias, absorbidas por el psiquiatra; y los trastornos psicosexuales, debido a la presencia de terapeuta sexual en esta población.

— Comentario a la modalidad de trabajo.

El planteamiento inicial es que cualquier demanda requiere opción de trabajo. Siendo, en este año, los resultados más favorables en enuresis/encopresis secundaria (21.7% de estos casos), ansiedad infantil (30%), somatoformes (18%); estos últimos, a consecuencia del trabajo de grupo de ansiedad. La solicitud

de atención, poco a poco, es más específica por parte del personal médico. Por contra, comentaremos la necesidad de ahondar en expectativas y motivación, pues no siempre existe voluntad e interés en el paciente, ciertas reticencias a considerar su caso como algo estrictamente no médico, lejanía geográfica de determinadas poblaciones, etc.

2.1.3. Labor de apoyo e interconsulta

Ambas tareas se han realizado en casos individuales. En apoyo es deseable su aplicación a colectivos.

Entendiendo apoyo como una labor de asesoramiento e información de un profesional a otro en su práctica, esto ha ocurrido en determinados problemas médicos (diabetes, alopecia, dolor crónico), manejo de los EAP en determinados trastornos «mentales» (somatizaciones, enuresis, etc.), en medios escolares en problemas de aprendizaje, evaluación en el aula y otros, a asistencia social en acciones individuales en el medio.

Interconsulta ha planteado una vez o más el 17.8% de los pacientes atendidos. Las formas han sido: llamadas telefónicas, reuniones esporádicas, algún contacto personal individual y envío de notas informativas-informes.

2.2. Programa de deshabitación en toxicomanías (heroína)

Programa específico planteado para una demanda concreta, además de completar la asistencia tras la desintoxicación.

Los objetivos son: fortalecimiento del cese de la conducta toxicómana, ajustar los procesos psíquicos (conductuales/cognitivos) del paciente, encauzar su reinserción laboral y social, readaptación familiar y educación sanitaria.

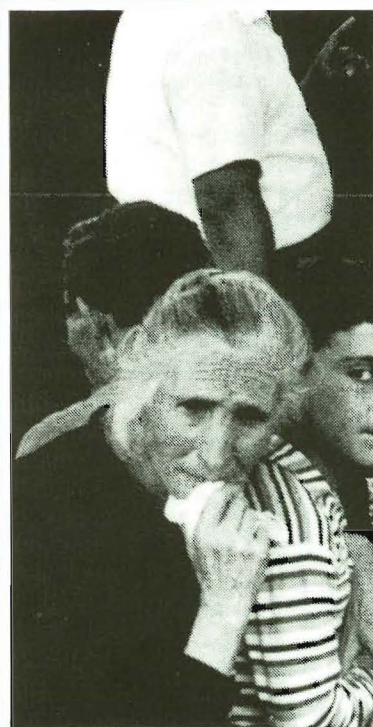
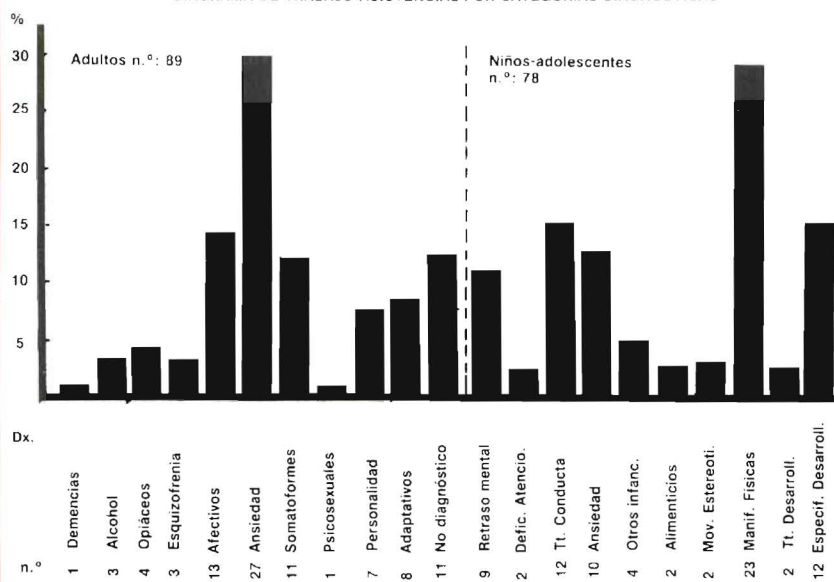
Las fases son: Una fase individual donde se pretende adaptar la asis-

TABLA 3

Profesionales destinatarios de informes

Médicos	68%
Psicólogos (Gabinetes, colegios particulares, etc.)	15%
Profesores, educadores, etc.	9%
Servicios Sociales	7%
Otros (Juzgados, méd. empresa, etc.)	1%

DIAGRAMA DE TRABAJO ASISTENCIAL POR CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS



hacer una intervención que está en estudio. Se pretende incluir en el repertorio conductual del paciente hipertenso una serie de técnicas, al parecer efectivas, y mediante estudio de significación estadística, saber si son beneficiosas realmente, y si lo son, a qué tipo de pacientes más. Se incluye dentro del Programa de HTA propio del centro, que posee otras medidas de intervención.

tencia al individuo. En la fase grupal se realiza una labor de discusión-información, combinada con otras formas más «madurativas»; a pacientes, familias y ambos. Una fase preventivo-terapéutica (en estudio) donde se ejerzan tareas motivadoras de proyección comunitaria, como grupos de autoayuda o voluntariado de «alto-riesgo», etc.

Creemos que plantea opciones para muchos profesionales y, a la vez, da alternativas a cierto número de casos.

2.3. Experiencia piloto en grupos de ansiedad

Es una opción asistencial donde se pretende un máximo beneficio costo-utilidad.

Se ha reducido la ansiedad a la consideración de ésta como una fuerte/frecuente exposición a estímulos aversivos; igualmente, una intensa/frecuente activación de la respuesta fisiológica; cognitivamente, como una interpretación errónea,

además de falta de recursos.

Los objetivos básicos son: comprender la relación ansiedad-malestar, adquisición de autocontrol, conseguir habilidades de manejo ambiental, reducción de la activación fisiológica.

Se ha destinado a: trastornos de angustia, ansiedad generalizada y trastornos por somatización y por conversión.

Esta práctica se realizó en trece sesiones de noventa minutos de duración, aproximadamente. La evaluación se ha realizado mediante encuesta de opinión y valoración de diversos aspectos; aparte del juicio clínico. Dicha evaluación da una impresión favorable, que confirma el seguimiento de estos casos.

2.4. Subprograma de HTA

Surgido ante una demanda espontánea del personal del Centro de Salud de Pego sobre los pacientes del control de hipertensión se planteó

BIBLIOGRAFÍA

Guía para la Elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. 1985.

DOGV 429. 5341-5345.

REIG A., RODRÍGUEZ J., MIRA J. *Psicología de la Salud: Algunas cuestiones básicas.* Información Psicológica. 30, 5-10.

COSTA M., LÓPEZ E. *Salud Comunitaria.* Ed. Martínez-Roca. Barcelona. 1986.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS R., CARROBLES J. *Perspectivas de la psicología de la salud en Europa.* Papeles del Colegio VI-33/34. 3-11.

BUENDÍA J., COY E. y ESTEBAN M. *El psicólogo y la Salud Mental.* Papeles del Colegio.

DSM-III. Masson, S. A. Barcelona 1987.

NOTA

No se incluye bibliografía sobre los temas específicos de toxicomanías, ansiedad e hipertensión.