

SITUACIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EUSKADI.

Joaquín Ponte. Psicólogo clínico*

RESUMEN: En el siguiente artículo el autor polemiza sobre la situación de los psicólogos clínicos en Euskadi. Se analizan las causas mencionadas en el artículo del doctor Chicharro que explican el escaso papel de la psicología clínica en la red vasca. La falta de resultados documentados, la menor carga de trabajo y la no adecuación de las terapias a los usuarios. Se estudia el papel de los psiquiatras y gestores. Se proponen factores alternativos que aumentan el ángulo de estudio del tema: no entrada de psicólogos jóvenes con orientaciones más probadas, negligencia de los responsables a la hora de exigir resultados. Se finaliza proponiendo alguna salida y apuntando caminos de encuentro futuros.

Palabras clave. Psicología Clínica, estudios de resultados, red pública de salud.

ABSTRACT: In this article the autor contributes to the discussion about the situation of clinical psychologists in Euskadi. He analyzes the causes mentioned by Dr. Chicharro in his paper about the small role played by psychologists in the Basque health system. These are: no proved results, smaller work charges, and that the psychotherapies don't suit the mental health problems. The role of psychiatrists and political administrators in this problematic is studied. Various factors are proposed to open up the angle of vision: no entry in the Health Net of younger psychologists with more efficacy oriented therapies, negligences of medical chiefs when they have to ask for results. In the end there are proposals of encounter and ways out of the situation.

El doctor Chicharro abre una polémica interesante. La confrontación/colaboración de dos disciplinas como la psicología y la psiquiatría. Describe con acierto el devenir histórico y trata de explicar las causas de la situación actual. Así como la situación en el resto del estado va por otros derroteros y la psicología se va implantando como un enfoque complementario en salud mental en Euskadi anda paralizada desde hace mucho tiempo. Sin embargo se aducen causas que tienen que ver solo con los psicólogos. No adecuación de las terapias a los pacientes, menor carga de trabajo, resultados de la psicoterapia no demostrados. En esto tiene bastante que ver con los psicólogos pero también los médicos y psiquiatras en concreto, porque estamos todos en el mismo sistema y como mínimo el origen y las causas creo que son circulares y múltiples.

1. No adecuación de las terapias a los pacientes. Este defecto puede venir de que los psicó-

gos que se incorporaron a la red eran de los años 70 y 80, cuando eran predominantes las escuelas psicoanalíticas. Estas escuelas no se caracterizan por sus estudios de eficacia, su control científico y su eficiencia en la relación coste por trabajo. Por otra parte como muchos psiquiatras que también son de esa orientación y trabajan en la red. Por lo tanto un problema es que casi todos los psicólogos son de una orientación y no se ha dado paso a la gente con orientación más prácticas y de eficacia más demostrada. La responsabilidad de eso es de gerentes, jefes de servicio y políticos la mayoría de las cuales son médicos, que quizás inconscientemente están encantados con los psicólogos que no dan el callo.

Los psicólogos más jóvenes trabajamos de otra manera pero no se nos deja demostrar esa eficacia. Como ocurre en el Hospital de Zamudio, donde el psicólogo es tan solo un evaluador que trabaja como profesional externo, no integrado en pie de igualdad en la plantilla. Como los psicólogos que siguen entran-

do por la puerta de atrás en el sistema, sin garantías, sin puestos estables, sin integrarse de forma real en los equipos.

2. Menor carga de trabajo.

Es un problema conectado con el anterior. La orientación analítica trabaja con unos márgenes de tiempo que la hacen inaplicable al servicio público. Sin embargo aquí la mayoría de jefes de servicio que hacen dejación de sus funciones permiten que el psicólogo trabaje menos son también psiquiatras. ¿Cuánto insisten los jefes en que el psicólogo vea más pacientes o igual de graves?

Otro problema es el del reciclaje profesional, los psiquiatras cuentan con financiación para ello por parte de los laboratorios, los psicólogos hemos de costearnos nuestro reciclaje. ¿Se programa por parte de los jefes y psiquiatras partidas para que los psicólogos estén al día?

Por otro lado está el enfoque de trabajo un psiquiatra puede ver a un paciente en 10 minutos un psicólogo necesita como poco media hora. Luego las cargas de trabajo no pueden ser semejantes. La orientación grupal se intenta practicar pero muchas veces no se cuenta con pacientes suficientes para hacer grupos específicos. Nuevamente aquí es fundamental la coordinación entre hospitales y centros de salud para conseguir los pacientes necesarios para hacer un grupo, la (des)coordinación está en manos de ¿quién nuevamente?

3. Eficacia no demostrada.

La eficacia del enfoque psiquiátrico hace que en un lapso de dos años yo ya me conozca a todos los pacientes de Zamudio porque son en su inmensa mayoría reingresos. Esto no es eficacia, eficiencia ni resultados demostrados. Yo creo podría demostrar que el 70 % de los pacientes ingresados en este hospital han sido vistos en el mismo en los últimos dos años. Luego el enfoque medico es claramente insuficiente. Por no pensar en evaluar el coste por día de un paciente hospitalizado, se pueden pagar varias decenas de terapias ambulatorias con lo que cuesta un ingreso de un mes.

Luego la relación coste-eficacia del tratamiento medicamentoso hospitalario y ambulatorio, psicoterapéutico como mínimo no están tan clara.

En gran parte el enfoque psiquiátrico actual no funciona porque no se realiza un enfoque psicosocial de adherencia y seguimiento de los tratamientos, con lo cual el nivel de adherencia a estos en los problemas graves decae a niveles alarmantes en pocos meses. Luego el resultado de la psicoterapia será una incógnita pero el de los psicofármacos solos con visitas cada tres meses de 15 minutos tampoco es muy eficaz.

Integración y conclusiones

Creemos que efectivamente como se menciona en el artículo es posible coexistir y compartir objetivos, metodologías y colaborar conjuntamente en el bienestar de los usuarios de la red. Hay que tener voluntad de hacerlo claro. Usuarios de la red de salud mental que por cierto piden a veces desesperadamente abordajes psicoterapéuticos sean llevados por el profesional que sea. Creo que todos psiquiatras y psicólogos tenemos que evaluar y justificar la eficacia de nuestro trabajo

La responsabilidad de los psicólogos es decir lo que podemos hacer y delimitar nuestras funciones. Pero hay un buen número de funciones que son de ambos colectivos y lo que hay que hacer es repartirse el trabajo y coordinarse. Véase si no el revuelo en las diversas organizaciones psiquiátricas españolas con el Decreto de la especialidad de Psicología Clínica, donde se afirma que el psicólogo puede "diagnosticar, tratar y rehabilitar las patologías mentales" (y sin estar sometidos al criterio de calidad del psiquiatra). Creo que todas las sociedades psiquiátricas importantes han presentado recurso ante tamaña osadía. La única que defiende el Proyecto es la A.E.N. Con lo cual lo que podían hacer los psiquiatras es dejar de vernos como competidores y dejar de tratar a la psicología como una ciencia menor, y al psicólogo como un profesional subordinado a sus necesidades.

*Hospital de Zamudio. C/Fica 1, 5ºA. Bilbao 48006.

Email: jponte@euskalnet.net

