

SUPLEMENTO AL BOLETIN DE LA SECCION PROFESIONAL DE PSICOLOGOS DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DOCTORES Y LICENCIADOS EN FILOSOFIA Y LETRAS Y EN CIENCIAS DEL DISTRITO UNIVERSITARIO DE MADRID. FEBRERO 1976.

introducción

# psicología clínica: problemas, problemas...

j. a. i. carrolles

La psicología clínica está siendo objeto de amplios y apasionados debates por doquier. Estos debates están orientados principalmente a esclarecer la contribución diferencial de la psicología clínica al objetivo general y de carácter netamente social de salud o sanidad que cualquier comunidad se plantea, así como a precisar definitivamente las líneas o principios básicos de su rol dentro del contexto de las múltiples especialidades médicas o asistenciales cuya finalidad primordial es la consecución de ese mismo objetivo social general.

Entre los puntos de debate destaca en primer lugar el que hace referencia a la relación entre psiquiatría y psicología clínica. Ciertamente, este punto es el que ha suscitado las polémicas más vehementes. No cabría esperar, sin embargo, que las cosas fueran de otro modo, dada la situación de privilegio que nuestra sociedad confiere al psiquiatra por lo que a problemas psíquicos se refiere. El psiquiatra disfruta respecto a estos problemas —no se sabe bien si en función del hecho histórico de su mayor antigüedad o del prestigioso halo social de que disfruta la profesión médica en general— de atribuciones excepcionales, dándose la increíble paradoja de considerarse de su competencia problemas o trastornos puramente conductuales —como los problemas maritales, las fobias, ciertas adicciones o las desviaciones sexuales— para los que la psiquiatría tiene muy poco que ofrecer, y todo ello en virtud de que se considera función del psiquiatra el tratar cualquier problema psicológico, habiéndose convertido la psiquiatría en una especie de cajón de sastre de la medicina, sirviendo al propósito de recoger cualquier tipo de problema humano —no importa lo extraño que éste pueda resultar al psiquiatra— para el que no sea posible encontrar una base orgánica que caiga dentro de la competencia de las demás especialidades médicas.

Estoy sugiriendo, naturalmente, que muchos de esos problemas que actualmente agobian al psiquiatra inútil e innecesariamente deben ser considerados más específicamente patrimonio del psicólogo clínico, que ha desarrollado todo un cuerpo de teoría y métodos que le permiten tratarlos con más éxito. El debate está abierto. Mucho se escribe y se dialoga buscando las bases sobre las que delimitar la psiquiatría y la psicología clínica. Ambas especialidades son, por otro lado, en gran medida complementarias y su cooperación mutua ha de ser garantizada para un mejor servicio a la sociedad y una mayor ayuda a los pacientes.

En nuestro país, el problema empieza actualmente a suscitarse, sobre todo entre los psicólogos, los principales afectados por la increíble situación de un nulo respaldo oficial de su profesión y la carencia de una normativa oficial que regule la misma. La relación que el psicólogo mantiene en la práctica con el psiquiatra es fiel reflejo de esta situación anacrónica y ya casi superada en la mayoría de los países. El psicólogo sigue siendo discriminado y limitado fuertemente en sus funciones, que en la mayoría de los casos se reducen a las consabidas aplicaciones

## dossier clínica

---

de tests y cuestiones para el establecimiento de un diagnóstico a requerimiento del psiquiatra. La situación resulta así grotescamente paradójica: la sociedad crea una nueva profesión e invierte en la formación de unos profesionales a los que posteriormente sólo se les permite aplicar una mínima parte de los conocimientos adquiridos.

No vamos a entrar aquí a discutir el tema, preferimos dejarlo para otra ocasión en que podamos abordarlo con más profundidad. Por el momento, sirve adecuadamente como planteamiento del problema el breve pero acertado análisis de Yates, que se incluye en este suplemento del boletín, acerca del rol y las funciones del psicólogo clínico. Es preciso observar que el trabajo de Yates es de 1970, y comenta la situación de ese momento en Inglaterra y Estados Unidos. La situación para los psicólogos clínicos es, afortunadamente, muy diferente hoy en ambos países. El estado de cosas que delata Yates se sigue aplicando, sin embargo, plenamente a la situación actual que vive el psicólogo clínico en nuestro país. Otro de los puntos importantes de debate en torno a la psicología clínica es la consideración de su evolución futura. Si bien la psicología clínica ha tenido mucho que ver en sus orígenes con la psiquiatría, junto a la cual se ha desarrollado, su campo de aplicación se extiende aceleradamente en la actualidad, siendo ya muchos los psicólogos clínicos que trabajan en servicios sanitarios con escasa o nula relación con los servicios psiquiátricos. Nos extenderíamos mucho si pretendiéramos comentar todos los posibles campos de aplicación de la psicología clínica. Por otro lado, esta especialidad se encuentra actualmente en plena expansión y cabe esperar una ampliación rápida de su campo. Nos limitamos por ello a presentar al respecto, como testimonio, el reciente artículo de Eysenck, "El futuro de la psicología clínica", en el que el autor, siempre en vanguardia, sugiere algunas nuevas líneas posibles de desarrollo. Quizás sea útil insistir en que estas sugerencias constituyen solo una pequeña muestra de las innumerables aplicaciones que se adivinan.

El dossier sobre psicología clínica que aquí presentamos incluye, por último, un extracto de la mesa redonda en torno al tema "status del psicólogo clínico" celebrada hace unos meses en el Colegio de Doctores y Licenciados con participación de destacadas autoridades académicas y profesionales relacionadas más o menos directamente con la psicología clínica, entre las cuales me encontraba incluido personalmente. La mesa redonda fue convocada por iniciativa de la sacrificada y laboriosa comisión de psicología clínica, integrada en la también activa sección de psicología del Colegio que tanto está laborando en pro de la consecución del colegio profesional de psicólogos y de la definición precisa del rol y status de éstos. El propósito de la mesa redonda era el análisis de la situación de la psicología clínica en España. Lo obtenido en la misma fue, como quizás cabía esperar, más que un análisis de la situación real de la psicología clínica —ciertamente no se practica una auténtica psicología clínica en nuestro país— un análisis de la situación potencial o incluso ideal, y sobre todo una enumeración de las dificultades y escollos, principalmente oficiales, que habrían de salvarse para que pudiera ser realidad su definitivo establecimiento.

# insatisfacción con el rol del psicólogo clínico

a. j. yates

\*Publicado en A.J. YATES, "Terapia del comportamiento"  
Ed. Trillas.

El argumento central de todo este capítulo es, la afirmación de que el rol de psicólogo clínico se ha concebido erróneamente en su totalidad desde el final de la Segunda Guerra Mundial, especialmente en los Estados Unidos.

Es posible aproximarse mejor al problema, considerando las funciones que tradicionalmente han ejercido (y con frecuencia todavía ejerce) el psicólogo clínico, para luego pasar a delinear brevemente por qué éstas funciones son en una gran parte innecesarias e insatisfactorias, y cuál, desde el punto de vista de este autor, *debería* ser el rol del psicólogo clínico.

## A) FUNCIONES TRADICIONALES DEL PSICOLOGO CLINICO

Watson (1951) describió con mucha claridad el tipo de trabajo que el psicólogo clínico realiza comúnmente, bajo los siguientes títulos: aplicación de tests mentales (por ejemplo, atraso en el rendimiento escolar); evaluación de la personalidad (especialmente mediante el uso de técnicas proyectivas); pruebas de diagnóstico (la evaluación diferencial entre esquizofrenia e histeria, por ejemplo); evaluación del déficit o deterioro intelectual y de lesiones cerebrales; evaluación de métodos de tratamiento; guía y selección vocacional; psicoterapia, e investigación.

Sería una tarea tediosa pero reveladora, calcular la infinidad de horas-hombre que se emplearon en la década 1950-1960 en evaluación diagnóstica en todos los Estados Unidos, más las horas-hombre empleadas en intentar validar diversos tests de diagnóstico. Sería igualmente tedioso calcular el tiempo y el esfuerzo empleados en la evaluación de la personalidad, principalmente mediante el uso de técnicas proyectivas que consumen demasiado tiempo en la aplicación, calificación e interpretación. En opinión del presente autor, el resultado neto de esta amplia inversión de tiempo y esfuerzo ha sido muy decepcionante. Los esfuerzos por construir tests confiables y válidos de lesiones cerebrales, por ejemplo, a lo largo de un periodo de quince años, han sido demasiado

infructuosos (Yates, 1954, 1966), como lo han sido los intentos de medir la deficiencia intelectual (Yates, 1956). Es más, salvo unas pocas excepciones, los psicólogos clínicos parecen haberse contentado con usar los tests disponibles, sin preguntarse por el objetivo de ese trabajo. Nuevamente resulta evidente la influencia del modelo médico, según el cual, poner un rótulo en el paciente recibe toda la importancia, haciendo caso omiso de las consecuencias (o la falta de consecuencias) que se derivan de dicha rotulación. Además del hecho de que los tests psicológicos que indican lesiones cerebrales sólo pueden identificar a aquellos pacientes que se identifican ya fácilmente por medios menos costosos (mientras que los tests serían útiles sólo si identificaran a aquellos sujetos *no* identificables fácilmente de otra forma), se suma el hecho de que casi siempre se presenta el caso de que de esos diagnósticos no se derivan consecuencias importantes (por ejemplo, quirúrgicas o de reentrenamiento). Pero, si esto es así, ¿por qué desperdiciar tiempo precioso para llegar a un diagnóstico?

Tales críticas se podrían multiplicar indefinidamente. Así pues, la aproximación de batería, como la sostienen Schaefer y Rapaport (Rapaport, Gill y Schaefer, 1946) ha tenido una inmensa influencia en la práctica clínica, hasta el punto de que, en muchas clínicas infantiles, por ejemplo, la práctica rutinaria consiste en administrar una batería de tests en el momento de admisión, sin que interese el tipo de trastorno, y la aplicación de dichos tests puede implicar por lo menos dos días completos en tests de inteligencia, educacionales y proyectivos. Incluso en el caso de que se trate de un niño traído a la clínica con tartamudeo, por ejemplo, ¿interesa realmente saber si su CI resulta ser 140 en lugar de 120 (o aun 100)? Claro está que varios tests pueden constituir valiosas fuentes de información en las circunstancias apropiadas, pero administrar esos tests rutinariamente parece un desperdicio tan increíble de tiempo valioso, que surge la pregunta: ¿por qué los psicólogos clínicos han aceptado ese rol de diagnosticadores, suplementados por detalladas descripciones de la

## dossier clinica

personalidad, generalmente por medio de técnicas proyectivas?

Parecen haber dos respuestas generales a esta pregunta: una se relaciona con lo que el presente autor cree que es *la adopción del rol de pseudopsiquiatra*; la segunda con *el rechazo del rol según el cual el psicólogo clínico capitaliza y utiliza las habilidades y conocimientos especiales que sólo él posee, en virtud del hecho de que él está entrenado como psicólogo*. Fundamentalmente, ambos puntos se reducen al problema de la relación entre el psicólogo y el psiquiatra o el médico, problema que ha sido tema de un continuo debate a lo largo del periodo de posguerra.

La adopción del rol de diagnosticador o pseudopsiquiatra parece haberse debido, en parte a sentimientos de inseguridad profesional por parte del psicólogo clínico, en parte a un deseo de comunicarse en forma significativa con los psiquiatras mediante un lenguaje supuestamente común, y en parte a las demandas provenientes de los psiquiatras de dichos servicios de diagnóstico de acuerdo con los principios del modelo médico. En efecto, el psiquiatra se ha hecho a la idea del rol del psicólogo clínico como el de un auxiliar del médico, cuyo principal objetivo en la vida es el de ayudar a establecer una categoría diagnóstica en la cual pueda encajar al paciente, especialmente en los casos en los que puedan surgir dudas. De ahí la petición común del psiquiatra al psicólogo clínico: ¿puede ayudarme a decidir si el paciente X tiene una lesión cerebral o no; o si el paciente Y es esquizofrénico o histérico; o cuál es la estructura de la personalidad del paciente Z?

Muchos psicólogos clínicos se han comportado como si el recurrir a unos mismos términos indicara una comunicación exitosa. Pero es fácil demostrar que de ningún modo es éste el caso. Un sencillo ejemplo ilustrará este punto. Uno de los test más ampliamente usados en psicología clínica es el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), y no se puede negar que este test fue diseñado y validado cuidadosa y meticulosamente. Ahora, supongamos que se le ha pedido al psicólogo clínico que examine al paciente A y que dé una opinión acerca de si es o no esquizofrénico (que es el diagnóstico tentativo del psiquiatra). El test se administra y se califica, y el psicólogo clínico informa que el paciente obtuvo una puntuación anormalmente alta en la subescala de esquizofrenia del test, mientras que permaneció en la zona normal en todas las otras subescalas. ¿Habrá habido una comunicación exitosa entre el psicólogo clínico y el psiquiatra? La respuesta desafortunadamente es: probablemente no. Porque el uso del mismo término (esquizofrénico) para describir al mismo paciente, de ninguna manera garantiza que el psicólogo clínico y el psiquiatra quieren decir la misma cosa. Esto es importante porque no hay duda de que muchos psiquiatras no están familiarizados *en detalle* con los ítemes individuales que conforman la subescala de la esquizofrenia. Si el psiquiatra fuera a examinar las respuestas reales del paciente a los ítemes individuales, bien podría rehusarse a aceptar dicho patrón como indicativo de

lo que él quiere decir cuando coloca el rótulo de "esquizofrénico" en un paciente. Un hecho que los psicólogos clínicos han ignorado amplia y convenientemente es el de que, a causa de la falta de acuerdo entre los psiquiatras acerca de las referencias empleadas para definir la esquizofrenia, el MMPI no puede usarse válidamente fuera de los aspectos situacionales originados de estandarización, a menos que ocurra una de dos cosas: a) que el psicólogo y el psiquiatra estén de acuerdo en lo que quieren decir con el término "esquizofrenia" respecto a la evaluación diagnóstica psiquiátrica por una parte, y en el patrón de ejecución en el MMPI por la otra; o b) que el test se haya reestandarizado completamente (y hasta reconstruido) para satisfacer los conceptos diferentes de las características de la esquizofrenia en el hospital para enfermos mentales en que está el paciente. Pero ninguna de estas condiciones se satisface con frecuencia. Por tanto, se establece gran cantidad de comunicaciones distorsionadas entre el psiquiatra y el psicólogo en relación con estas actividades de diagnóstico. El psicólogo, sin embargo, mantiene su inseguridad como un trabajador profesional independiente, persuadiéndose él mismo de que está comunicando exitosamente con el psiquiatra, quien, a su vez siente que tiene un auxiliar útil. Se pasa por alto el hecho de que, al asumir el rol de pseudopsiquiatra, el psicólogo clínico está abdicando las responsabilidades que se derivan de sus cualidades especiales. Justamente se pueden plantear objeciones semejantes contra el extendido uso de técnicas proyectivas en las que, una vez más, el objetivo parece consistir en lograr cierto tipo de descripción pseudopsiquiátrica del paciente, en un lenguaje que es lo más semejante posible al del psiquiatra.

### B) EL ROL FUNDAMENTAL DEL PSICOLOGO CLINICO

Si rechazamos este rol del pseudopsiquiatra por insatisfactorio e innecesario ¿cuál debería ser entonces el rol (o roles) del psicólogo clínico? Con seguridad la respuesta se debe deducir directamente de una consideración de la naturaleza de su entrenamiento y cualidades. Francamente resulta algo sorprendente el que comunmente se empleen varios años en enseñar al embrión de psicólogo clínico el conocimiento empírico fundamental (del cual, a pesar de lo que piensen los escépticos, hay ahora gran cantidad) concerniente a la sensación, percepción, aprendizaje, motivación, etc., junto con los principales sistemas teóricos (que, a pesar de la diversidad de lenguaje, tienen mucho en común), sólo para encontrar que este cuerpo básico de teoría y conocimientos es virtualmente ignorado tan pronto como el psicólogo sale al campo clínico. No quiere esto decir, desde luego, que la aplicación de tales conocimientos no sea extremadamente difícil, y hay que reconocer que ciertos médicos psiquiatras hoscos o ignorantes colocan o colocarían obstáculos en el camino de los psicólogos que intentaran hacer esto. Pero es total responsabilidad del psicólogo clínico demostrar que tiene

algo más que ofrecer que una descolorida copia de los procedimientos psiquiátricos; y hasta ahora, los psicólogos clínicos no han cumplido con esta responsabilidad.

La aseveración que debe formularse aquí es que *el rol más importante que puede cumplir actualmente el psicólogo clínico es el de investigador fundamental*. Esta aseveración se deriva esencialmente de las siguientes consideraciones. En medicina general es bien sabido que los descubrimientos básicos no los hacen, por regla común, los practicantes generales, sino los investigadores fundamentales que incluso pueden no estar calificados médicamente, y esta tradición de investigación básica en medicina general se acepta como una situación natural. Pero dicha tradición no existe en el campo de la psiquiatría, donde la investigación básica, en una gran parte, ha sido realizada por el practicante general en psiquiatría (es decir, el psiquiatra empleado por tiempo completo). Es preciso notar aquí dos puntos. Primero, el psiquiatra acosado, generalmente no tiene tiempo de realizar esta investigación fundamental, agobiado como está con la carga de sus casos. Pero, aunque él tuviera tiempo, generalmente no está bien calificado para llevar a cabo esta investigación, ya que no tiene entrenamiento en los problemas del diseño de investigaciones. Pero, si aceptamos la proposición de que muchas anomalías del comportamiento son bioquímicamente determinadas (como parece probable en el caso de algunas psicosis) o resultado de fallas en el aprendizaje o de aprendizaje defectuoso, se desprende entonces que los investigadores fundamentales en el campo de la psiquiatría son los genetistas o los bioquímicos por una parte, o los psicólogos clínicos por otra. El psicólogo clínico tiene (o debe tener) largo y detallado entrenamiento y experiencia, no solamente en los aspectos empíricos y teóricos del comportamiento humano (normal y anormal) sino, lo que es más importante, en los problemas de diseño para conducir investigaciones en estas áreas.

Así, se concluye que, sin negar la utilidad de los diversos roles antes descritos por Watson, el rol primario y fundamental del psicólogo clínico es el de investigador científico básico. No hay duda de que la aceptación de este punto de vista está ganando terreno lentamente, tanto entre los psicólogos clínicos como entre los psiquiatras, pero mientras tanto el reconocimiento y utilización de este rol requerirá mucho mayor esfuerzo por parte del psicólogo clínico para justificar su adopción.

Afirmar que la función primaria del psicólogo clínico es la investigación no es explicar las funciones más importantes que puede desempeñar dentro de este rol. Se pueden vislumbrar al menos tres aspectos. Primero, el psicólogo clínico deberá estar especialmente bien preparado para ayudar a solucionar los continuos problemas de diagnóstico en psiquiatría. La utilización del diagnóstico en la situación clínica ha sido criticada anteriormente en este capítulo, pero no se intenta negar el hecho, en el que Eysenck

(1947, 1952a) ha hecho especial énfasis en que, finalmente, la solución del problema de las dimensiones básicas que subyacen al comportamiento anormal tiene una importancia fundamental. Esto es, mientras que el uso de categorías de diagnóstico en el campo clínico puede en la actualidad ser ampliamente inútil, sin embargo, la especificación de las dimensiones básicas puede ser de gran significado en relación con la investigación, especialmente para las teorías referentes a las diferencias individuales en el comportamiento. Puesto que parece seguro que la solución última del problema dimensional se logrará mediante técnicas estadísticas aplicadas a datos apropiadamente reunidos (Lorr y colaboradores, 1964), esta parecería ser un área de investigación peculiarmente adaptada a las habilidades del psicólogo clínico.

Segundo, a este debe importarle de modo especial, el desarrollo de las teorías del comportamiento anormal, a las que obviamente sólo se puede llegar a través de un extenso conocimiento de los hechos y teorías del comportamiento normal. Tercero, y tal vez lo más importante, en lugar de copiar simplemente los procedimientos y el lenguaje del psiquiatra, el psicólogo clínico debe estar vitalmente consagrado a aplicar los hallazgos empíricos y las teorías de la psicología general al paciente individual. Algunos arguirían aquí que el psicólogo clínico con demasiada frecuencia tiene como principal objetivo la descripción del paciente (ya sea colocándolo en una categoría o por medio de una descripción más detallada de la personalidad), pero estos son problemas que se le deben plantear al psiquiatra. El psicólogo clínico más bien debería valerse de su conocimiento de la psicología general para definir, lo más exactamente posible, la naturaleza del trastorno que sufre el paciente, para formular teorías respecto al tratamiento del trastorno, y para llevar a cabo experimentos controlados de laboratorio en un esfuerzo para modificar el comportamiento del paciente.

La pregunta crucial que todo psicólogo clínico debe hacerse es esta: "¿Estoy haciendo algo que un psiquiatra podría hacer igualmente bien por métodos que son poco diferentes a los que yo empleo?" Si no está intentando hacer uso de su conocimiento de la psicología como especialista, entonces en cierta medida está desperdiciando sus años de entrenamiento.

En resumen, el rol primario de un psicólogo clínico es entonces el de un especialista en investigación altamente entrenado, que aplica el conocimiento empírico y las teorías a la comprensión y cambio de patrones anormales de comportamiento, rol que puede ser desempeñado por el psicólogo clínico en virtud de sus habilidades y talentos especiales y que no podría ser desempeñado por ninguna otra persona sin ese conocimiento y entrenamiento. Desafortunadamente, los psicólogos clínicos en lugar de trabajar como dicha clase de especialistas, con mucha frecuencia se contentan con adoptar el rol de pseudopsiquiatras, aureolándose bajo la gloria y el status reflejados por la profesión médica\*.

# el futuro de la psicología clínica

h. j. eysenck  
s. rachman

*(Traducido del Boletín del Departamento de Psicología,  
Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres).*

Los adelantos más importantes que nos gustaría estimular en el campo de los fines y modo de trabajo de la psicología clínica son, primero una expansión a los campos no psiquiátricos de la sanidad, y en segundo lugar un cambio de énfasis del trabajo con casos individuales al desarrollo y puesta en práctica de las técnicas de grupo.

1.— No se puede discutir con la historia. En gran parte la Psicología clínica, se ha desarrollado a la sombra de la psiquiatría, —algunos dirían que como una rama secundaria de esa materia—. No cabe la menor duda de que esta relación fue mutuamente beneficiosa, a pesar de las innecesarias limitaciones que supuso para la psicología. Después de haber adquirido un conocimiento considerable sobre comportamiento anormal, sería absurdo que abandonáramos la aplicación de la psicología clínica a problemas psiquiátricos. Lo que nos gustaría proponer sería una expansión más allá de esta preocupación prácticamente exclusiva por los problemas psiquiátricos. Si se tiene en cuenta el hecho de que la psicología es el estudio del comportamiento y de la experiencia, no existe ya razón alguna para que la psicología aplicada, se limite al campo de las anormalidades psiquiátricas, ni tampoco existe ya un motivo satisfactorio para que los psicólogos clínicos eviten, o no hagan caso del enorme número de problemas de comportamiento que surgen en todos los aspectos de los servicios sanitarios. Alguna de estas nuevas posibilidades se tratan más abajo, pero por el momento todo lo que se necesita es que formulemos la pregunta: "¿Por qué la psiquiatría?"

2.— La necesidad de un cambio de énfasis de las técnicas individuales a las de grupo tiene su origen en la diversidad de problemas que habrá que atender y de la seguridad de que nunca tendremos el número suficiente de psicólogos clínicos capacitados para tratarlos, mientras retenemos nuestro método actual de concentrarnos en pacientes individuales. La imposibilidad de limitar el trabajo clínico a los pacientes individuales se hará cada vez más evidente a medida que empiecen a ganar fuerza los adelantos descritos en el párrafo anterior. Una vez más esta sugerencia, ni insinúa, ni pide que se abandone

el trabajo con casos individuales. Los psicólogos clínicos tienen mucho que contribuir a este nivel. Parece sin embargo que un interés exclusivo en los pacientes individuales conducirá rápidamente a una situación poco realista en la que los psicólogos trabajan cada vez más para un número cada vez más reducido de personas, hasta que nos vemos reducidos a una proporción infinitesimal de la población en potencia.

Uno puede intentar ampliar nuestra contribución clínica de dos maneras evidentes. Primero podemos desarrollar procedimientos encaminados a suprimir o evitar el dolor y estos pueden enseñarse a varias personas al mismo tiempo. O, si vamos a continuar utilizando ejemplos psiquiátricos, la introducción de los sistemas de economía de fichas en las secciones psiquiátricas, geriátricas o MS. de los hospitales, nos permite modificar el comportamiento de hasta 40 o 50 personas dentro del mismo programa de dirección. Y segundo, otra manera corriente de que la contribución de los psicólogos clínicos pueda extenderse a una población mayor es por medio de la realización de la investigación relativa a la solución de problemas, cuyos frutos pueden pasarse a miembros de profesiones dependientes para que los administren a sus pacientes. Si por ejemplo los psicólogos clínicos fueran capaces de desarrollar hábitos perfeccionados de higiene dental entre los niños, estos hallazgos podrían pasar a los dentistas, los médicos escolares, el personal de hospitales, visitantes sanitarios, etc.

Si se aceptaran estas dos sugerencias, esto supondría una serie de cambios. La teoría de la psicología clínica tendría que ser ampliada para que la aplicación de la ciencia psicológica comprendiera los problemas de comportamiento que se presentan en personas psicológicamente normales con problemas médicos corrientes. Este cambio de orientación traería consigo muchas consecuencias prácticas, algunas de las cuales se apuntan aquí.

Primariamente, la formación y preparación de psicólogos clínicos tendría que ser alterada de manera que se les diera una educación clínica más general. También

resultaría que sólo una minoría de psicólogos clínicos continuarían trabajando en hospitales, centros sociales, departamentos del servicio social y agencias afines.

La práctica clínica actual, que se concentra en las evaluaciones psicométricas, asesoramientos y modificación de anomalías de comportamiento tendría que tomar nuevas formas. La relativa importancia de las apreciaciones psicométricas disminuiría, mientras que el asesoramiento y las técnicas de modificación tendrían que extenderse más allá de la esfera de las anomalías de comportamiento. Dos tipos de cometido que serían cada vez más importantes son: el establecimiento de nuevos sistemas de dirección y cuidados dentro de los servicios sanitarios; un mayor énfasis en la evaluación de los servicios que se proporcionan; el desarrollo de psicólogos clínicos investigadores de conflictos que podrían ser llamados a cualquier parte del hospital o de los servicios sanitarios dondequiera que una dificultad de comportamiento esté resultando ser un obstáculo para la administración y buena acogida de tratamientos preventivos, que se necesita o se desea poner en práctica. La investigación que llevan a cabo los psicólogos clínicos, tendrá ciertamente que extender su radio de acción y hacer alarde de audacia para entrar en terrenos desconocidos. Quizás el primer paso, y también el más importante, sea cambiar nuestra opinión sobre lo que constituye un problema psicológico. Estamos convencidos de que el mero deambular durante unos meses por un hospital general, sacaría a la luz una profusión de problemas a investigar para cualquier psicólogo clínico.

Algunas de las posibles aplicaciones clínicas que vamos a mencionar nos las han contado colegas, o han sido el tema con el cual se han dirigido a nosotros, o están todavía en la esfera de la especulación. Naturalmente la gama completa de problemas más indicados para los psicólogos clínicos sólo surgirá cuando empecemos a extender nuestras actividades más allá de la psiquiatría.

La acción y el significado de los placebos ha sido naturalmente investigada por los psicólogos dentro de un contexto psiquiátrico y por ésta razón no es un nuevo rumbo sino una extensión de nuestro trabajo. Poco resta decir sobre este tema, sólo que ya es hora de que los psicólogos clínicos estudien las reacciones del placebo de la manera que se presentan en todas las ramas de la medicina, y que como es de esperar, ofrecerán sugerencias prácticas. El tema del dolor es otro conocido ya por los psicólogos. Como probablemente es la mayor fuente de inquietud entre la gente que solicita asistencia en los servicios sanitarios, sería razonable que los psicólogos hicieran un esfuerzo mucho mayor en comprender la naturaleza del dolor y su modificación —y no sólo dentro de un contexto psiquiátrico. Un problema relacionado con el anterior pero que es más específico se presenta en la práctica de la cirugía en donde tenemos mucho que aprender sobre como se puede preparar mejor a los pacientes antes de las operaciones, y, todavía

más interesante, como se les puede ayudar para que se restablezcan de una manera más rápida y satisfactoria.

Otros tres temas de los que, en mayor o menor grado, se han ocupado los psicólogos y a los que correspondería una mayor atención incluyen la orientación matrimonial, la terapia de la palabra y la asistencia dental. De ellas la terapia de la palabra ha sido la que ha recibido una mayor atención y es donde los psicólogos han hecho ya una aportación útil. No debería darse más el caso de que se dediquen a éste tipo de intervención terapéutica sólo dentro del contexto de una incapacidad o asignación psiquiátrica. Ahora que se han liberalizado las leyes en lo que respecta al divorcio, la necesidad de una mayor comprensión y habilidad clínica al tratar problemas matrimoniales es tanto más importante. Además la mayor parte de los problemas matrimoniales ni se remiten a las clínicas psiquiátricas ni de hecho se deberían remitir. La reciente y afortunada utilización de la "economía de fichas" para rehacer matrimonios deshechos es una interesante muestra de lo que se podría hacer. De los problemas que plantea la asistencia dental, especialmente entre los jóvenes, se han ocupado desde hace tiempo dentistas y pedagogos, pero ha atraído a pocos psicólogos. Debería ser posible desarrollar técnicas perfeccionadas de enseñanza para crear en los niños hábitos higiénicos de cuidado y prevención. Además es muy probable que las técnicas de reducción del miedo jueguen un papel importante en la disminución y supresión de la ansiedad y la angustia que con frecuencia acompañan a los tratamientos dentales.

Bastante distintos son otros problemas que parecen necesitar de la ayuda de la psicología. Los médicos recetan píldoras y medicinas y consideran que sus obligaciones terminan aquí. Y sin embargo se sabe muy bien que muchos, si no la mayoría de los pacientes de hecho no toman las medicinas como les han sido recetadas. Algunos toman mucho más de lo que debieron (partiendo, sin lugar a duda, de la base de que si un poco sienta bien, mucho sentará bastante mejor), otros no toman nada, y un tercer grupo toma las medicinas de una manera bastante irregular. Parece que no ha sido consultada la opinión de ningún psicólogo sobre la invención de métodos que ayuden a superar esta tendencia a no tomar en cuenta las instrucciones del médico, y sin embargo esto parecería a la vez importante y muy en línea con los métodos modernos de cambio de actitud. El otro problema tiene que ver con el control de la natalidad; aquí de nuevo los médicos recetan la píldora u otros métodos anticonceptivos, por razones médicas, sin tomar normalmente en cuenta importantes aptitudes psicológicas que pueden hacer que una mujer no siga las instrucciones. Aquí, de nuevo, la labor no acaba cuando se ha hecho la receta sino que apenas ha comenzado. Nosotros creemos que ésta situación no es solo característica de estos dos ejemplos sino que está bastante generalizada en la medicina; la frase que habla de "tratar al paciente y no la enfermedad",



## dossier clinica

---

sugiere que la verdad implícita en esta frase, y, que está empezando a ser más ampliamente apreciada, es que el "tratar al paciente" en realidad implica la aplicación de principios psicológicos —¿y quién más indicado que el psicólogo para ésta actividad?

Uno de los servicios más comunes y generales que se proporcionan en este país es el de la orientación que se da a las madres de niños pequeños. Estas clínicas para niños normales desempeñan un papel muy importante dentro de nuestros servicios sanitarios pero curiosamente hasta ahora los especialistas en comportamiento les han prestado poca ayuda. Podría parecer que los psicólogos, que están preparados en lo que respecta al desarrollo de los niños, tendrían que haber contribuido desde hace ya mucho tiempo a que ésta preparación se aplicase a la guía de padres y, desde luego, de enfermeras, tocólogos, y visitantes sanitarios.

El conocimiento de las diferencias individuales juega un papel importante en el tratamiento de muchos de los problemas antes mencionados. Algo se sabe ya sobre las diferencias en las reacciones ante el dolor de, pongamos, los introvertidos comparados con los extrovertidos, o de la gente con un N alto frente a los que tiene un N bajo. También las reacciones de placebo están vinculadas a diferencias de personalidad de parecido tipo. Así probablemente pasa con los hábitos de tomar medicinas y la aceptación o rechazo de tipos particulares de métodos que se utilizan para el control de la natalidad. Estas diferencias de personalidad son probablemente la fuente más importante de dificultades en la práctica médica, sin olvidar la evidencia que las parece relacionar con la probabilidad efectiva de contraer ciertos tipos de enfermedades en lugar de otros. También en lo referente al desarrollo del niño, los padres agradecerían que se les informara sobre las múltiples diferencias individuales que se sabe que existen, el importante papel que tiene la herencia en este campo y las reacciones diferenciales que se dan en niños de tipos diversos de personalidad ante tipos diferentes de control parental.

La manera de aplicar los conocimientos psicológicos sobre el desarrollo de los niños proporciona una manera cómoda de pasar al segundo de los temas tratados en este artículo: la aplicación de las técnicas de grupo. La concentración en el desarrollo aplicado del niño permitirá desde luego a los psicólogos presentar técnicas perfeccionadas de orientación de acuerdo con el personal sanitario que está actualmente suministrándolas. Lo cual ciertamente no requeriría la presencia continua del psicólogo, aunque éste, hasta cierto punto, tendría desde luego que tomar parte en la administración de la técnica. Una de las aplicaciones más prometedoras de las técnicas de grupo hecha por psicólogos ha sido la dirección de secciones de hospitales según el sistema de economía de fichas.

Aunque existe una comprensible reserva sobre los logros a largo plazo de la economía de fichas (Rachman, 1971) estos sistemas han demostrado su efectividad al producir mejoras terapéuticas dentro de esas secciones de hospitales.

La enormidad de problemas del comportamiento criminal requieren soluciones que serán aplicadas de una manera más extensiva que intensiva, aunque ésta última seguirá ocupando una parte del tiempo que la Psicología dedica a este problema. Necesitamos urgentemente comprender mejor este tipo de comportamiento y saber como reducir su existencia. Aquí también los sistemas de economía de fichas van a tener un papel importante. También se necesita urgentemente orientación psicológica sobre como hacer frente mejor a los problemas personales y sociales que resultan de la ejecución de actos criminales por ejemplo: los efectos del encarcelamiento; la eficacia de los servicios de libertad condicional, los efectos psicológicos de los aplazamientos de sentencia, etc.

La utilización de psicólogos en el servicio de prisiones ha sido un buen comienzo, pero las condiciones de trabajo y la paga no son lo bastante atractivas como para que este servicio pueda competir con las otras áreas de la psicología aplicada. Ni tampoco se está utilizando a los psicólogos para investigar estos problemas a una escala lo suficientemente grande como para que tengan posibilidades de éxito.

¿Cuáles son los obstáculos que actualmente impiden la extensión de los servicios psicológicos a estos diferentes campos? La gente en general se ha dado cuenta de que los problemas psicológicos realmente existen, pero se cree con demasiada frecuencia que cierta clase de Psicología de tipo racional junto con un poco de terminología pseudofreudiana es todo lo que se necesita. "Cada hombre es su propio psicólogo" es una doctrina que los psicólogos solo podrán extirpar con una demostración clara de que son capaces de hacerlo mejor que los aficionados; esto no se puede conseguir a base de utilizar manchas de tinta y hacer interpretaciones caprichosas. Tenemos que darnos cuenta que para el profano los logros de la psicología clínica no son tan evidentes como los padres fundadores creyeron que iban a ser, y el entusiasmo con el cual los libros sobre el tema describen nuevos métodos, y se saltan en silencio el problema crucial de la validez y el resultado, no parece haber sido en absoluto afectado por fracasos anteriores. Si tomamos parte en estos nuevos progresos y nos adentramos en estas nuevas áreas, deberá ser sobre la base de aplicar métodos y teorías bien documentadas y de llevar a cabo investigaciones que no sean inferiores en calibre al trabajo experimental tradicional. La alianza entre psiquiatría y psicología ha sido una especie de locura a medias, en la cual una de las partes perdonaba y exageraba las debilidades

del otro. Abandonar esta situación uterina y salir al prosaico mundo cotidiano puede ser un acontecimiento traumático para muchos psicólogos clínicos. Si lo logran superar, estamos seguros de que habrán mejorado mucho a consecuencia de ello.

**LIBROS DE CONSULTA:**

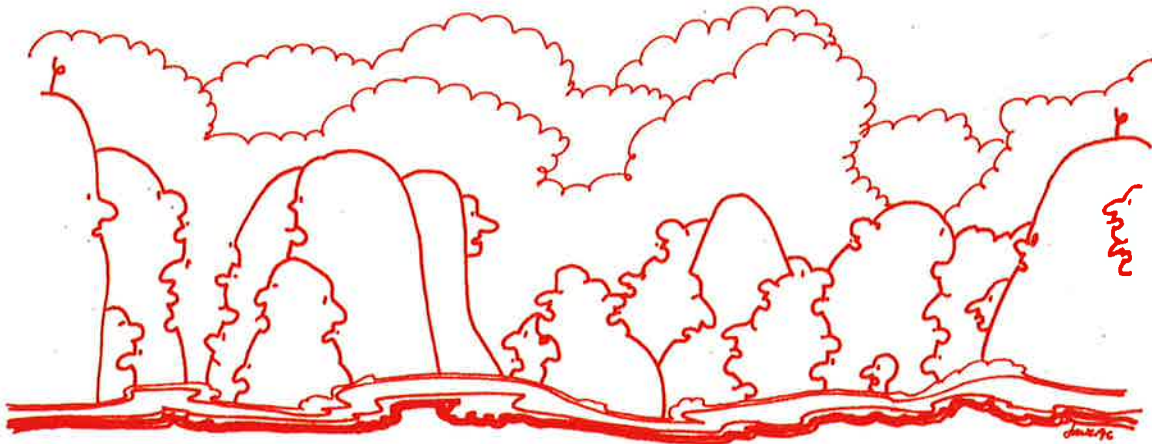
AYLLON, T. & AZRIN, N. (1968): *THE TOKEN ECONOMY*. Appleton Century Wofts.

GARDNER, W. (1972): *BEHAVIOUR MODIFICATION IN MENTAL RETARDATION*. London: University of London Press.

RACHMAN, S. (1971): *THE EFFECTS OF PSYCHOTHERAPY*. Oxford: Pergamon Press.

STERBACH, R. (1968): *PAIN: A PSYCHOPHYSIOLOGICAL ANALYSIS*. New York: Academic Press.

THARP, R. & WETZEL, R. (1969): *BEHAVIOUR MODIFICATION IN THE NATURAL ENVIRONMENT*. New York: Academic Press.



## mesa redonda

Reproducimos aquí un resumen de las principales intervenciones de la Mesa Redonda sobre Psicología Clínica celebrada en el Colegio en junio de 1975 y de la que dábamos cuenta en nuestro anterior Boletín.

### a) ponencia comentarios

#### 1. STATUS DEL PSICOLOGO CLINICO

(Ponente Teodoro del Ser, Licenciado en Psicología)

##### A) Aportaciones del Psicólogo clínico

###### — Rol tradicional:

- \* Evaluación de la inteligencia (mediante aplicación de tests mentales).
- \* Evaluación educacional (diagnóstico de problemas clínicos en el retraso escolar).
- \* Evaluación de la personalidad (mediante aplicación de técnicas proyectivas principalmente).
- \* Diagnóstico diferencial (entre neurosis y psicosis, histeria y esquizofrenia, etc...)
- \* Evaluación del déficit intelectual y lesiones cerebrales.
- \* Orientación sobre métodos de tratamiento.
- \* Orientación vocacional.
- \* Psicoterapia.

###### — Rol y aportaciones actuales

###### a) Perspectiva psicodinámica

Dentro de esta perspectiva es necesario destacar las distintas aportaciones psicoanalíticas que partiendo de la práctica clínica han profundizado en la relación paciente-psicoanalista, así como en los problemas que la psicoterapia profunda plantea.

Asimismo podemos incluir en esta perspectiva distintas técnicas que desarrollan los componentes sociales e intergrupales del proceso terapéutico como sería el psicodrama, la terapia de grupo, etc.

###### b) Perspectivas de la Psicología del Aprendizaje

- \* Conocimiento de las leyes y modelos por los que se rige el aprendizaje.
- \* Separación del modelo psicológico con respecto al modelo médico vigente en la psicología tradicional.

- \* Aplicación del modelo psicológico al tratamiento y modificación de conductas inadaptadas (mediante el análisis de la conducta inadaptada y sus causas de mantenimiento).
- \* Técnicas utilizadas derivadas del conocimiento de las leyes que rigen el aprendizaje.

Algunas técnicas son:

- Desensibilización sistemática.
- Condicionamiento operante.
- Terapia aversiva.
- Terapia implosiva.
- Práctica masiva.
- Entrenamiento asertivo.
- Técnicas de relajación muscular.
- Control de retroalimentación (biobro-feedback)

###### \* Areas de aplicación:

Estas técnicas son útiles y adecuadas en todo aquello que se pueda considerar y analizar como un hábito o conducta (s) mal adaptativo (s) dentro de las áreas de:

- subnormalidad
- normalidad
- trastornos del comportamiento en general

##### B) Necesidad social de la Psicología clínica

- \* La proliferación de los centros privados de Psicología es quizá la muestra más evidente de que la sociedad acusa y requiere los servicios del psicólogo.
- \* La propia estructuración de los centros privados (altos precios) impide la extensión de los servicios psicológicos a capas sociales más amplias, aún cuando cubre un vacío que es realmente necesario.
- \* Cada vez se hace más imperiosa la necesidad de ofrecer los servicios psicológicos como un servicio público más, para lo cual es urgente la incorporación de estos

servicios a los centros hospitalarios a los que pueden acceder todas las capas sociales, esto es principalmente, a los centros de la Seguridad Social.

- \* El psicólogo debe acometer con igual urgencia las tareas de acción preventiva, en colaboración con las instituciones sociales de la colectividad, y con las familia e individuos, sin esperar a que la gravedad de los trastornos exija hospitalización (O.M.S. 1974).
- \* El psicólogo clínico debe igualmente ocuparse de la formación adecuada de los futuros profesionales de la especialidad, y colaborar en el adiestramiento del personal de otras categorías como médicos, psiquiatras, enfermeras, asistentes sociales y funcionarios en contacto con los enfermos hospitalizados o en régimen de libertad vigilada (O.M.S. 1974).

### C) Situación real en España del Psicólogo clínico

En España este problema es realmente agudo y crítico, dado que coexiste una toma de conciencia por parte de la sociedad (como hemos visto) de la necesidad de los servicios psicológicos, con una caótica situación que podemos concretar superficialmente en tres puntos fundamentales:

- \* Problema del estatuto, o mejor, la carencia de un estatuto profesional y jurídico definido, cuyo reconocimiento legal, es una de las tareas más urgentes para los profesionales de la psicología. (Proyecto Estatuto "Cuadernos de Psicología" pág. 29).  
Un problema derivado de la carencia de estatuto, y que se resolverá al resolverse el anterior, es el de la delimitación de roles entre el Psicólogo y otros especialistas afines.
- \* Problema del paro. Es urgente la creación de puestos de trabajo, dado que está clara la necesidad que la sociedad tiene de los servicios psicológicos, y paradójicamente el número de profesionales en paro asciende anualmente. Según datos del Panap (1974) hay 120 psicólogos clínicos trabajando en plantilla en toda España (confrontar estos datos con el número de Licenciados anuales sólo en Madrid).
- \* Problema del intrusismo. La falta de control que hasta hoy se viene ejerciendo sobre el ejercicio de la Psicología, y la ausencia de requisitos que deban reunir quienes quieran ejercer la Psicología, es la causa de este problema grave, ya que puede ir claramente en detrimento de la consideración social de la profesión. En este sentido, es importante el papel de un Colegio Profesional de Psicólogos, hacia el que se camina, que controle el ejercicio de la profesión, e igualmente, la exigencia de un título único o convalidación del mismo con el de Psicólogo, requisito que debe exigirse a las personas que ejerzan la Psicología, como asimismo, la colegiación.

### 2. RELACIONES UNIVERSIDAD COLEGIO PROFESIONAL CENTROS DE TRABAJO

La Universidad debe ofrecer a los futuros profesionales de la Psicología, una formación tanto teórica como práctica, en estrecha vinculación con Hospitales u otros centros de trabajo, en donde los estudiantes deberán realizar unas tareas prácticas que les habiliten para las posteriores exigencias reales de los centros de trabajo.

Esta vertiente práctica deberá concretarse en los Planes de Estudios, que sólo de esta manera podrán preparar eficazmente a los futuros profesionales.

Todo esto exige la planificación urgente y paralela a lo anterior, de una labor de investigación que debe adecuarse, en su vertiente clínica; a las necesidades más sentidas en este área.

El Colegio Profesional debe participar, junto con los diversos estamentos del profesorado, y los estudiantes en la elaboración de los Planes de Estudios, y modificación de éstos cuando fuera necesario.

Del mismo modo, como antes apuntamos, el Colegio debe ejercer un control sobre el ejercicio de la profesión del psicólogo, que se concrete en el requisito de colegiación para todos aquellos que quieran ejercer la Psicología.

El Colegio debe igualmente gestionar, junto con la Universidad, el establecimiento de prácticas para postgraduados, en los organismos sanitarios que requieran los servicios psicológicos.

### Intervenciones en relación a la ponencia presentada por don Teodoro del Ser, en nombre de la Comisión de Psicología Clínica de la sección de Psicólogos.

Doctor don José Luis Pinillos, catedrático  
de Psicología en la Fac. de Filosofía y  
Letras de la Complutense.

A mi modo de ver, el lugar profesional del psicólogo, en lugar de establecerse en competitividad como antes había venido haciéndose con el psiquiatra, una competitividad perdida de antemano, porque, evidentemente, el psiquiatra es el que lleva la línea de curación de enfermos, de los tratamientos, etc. . . ., sería necesario que el psicólogo pudiera apuntar u ofrecer una perspectiva de la enfermedad social producida por la disfunción social, en la que ya paradójicamente no son

## dossier clínica

problemas de fármacos, sino problemas de reaprendizaje y de modificación de estructuras, o de microestructuras o de estructuras comunitarias en las que hay que incidir, para lo cual el psicólogo en su dimensión psicosocial, creo yo que puede ser el árbitro profesional, o uno de los profesionales evidentemente con un cometido más grande

Yo veo ahí, precisamente el porvenir no competitivo, sino complementario del psicólogo con respecto a otras especialidades que también tienen que decir su palabra y ejercer sus técnicas.

**Doctora Fernanda Monasterio, catedrático y doctora en Medicina y Psicología.**

Me parece que el papel del psicólogo clínico no tiene nada que ver con el del psiquiatra y un error enorme es el de salir a la palestra creyendo que es el ayudante del psiquiatra, su colaborador, o alguien de su equipo, subordinado de cualquier manera a él.

El psiquiatra está hoy rebasado por un buen psicólogo, el papel social del psicólogo es más importante que el del psiquiatra, y yo lo digo como médico y como psicólogo. Su papel en cuanto a si queremos un sentido humano, real, moderno, de lo que es la vida, de la vida del hombre, es mucho más importante un papel de higiene mental, un papel preventivo, un papel diagnosticador que un papel curador, de remediar los males; entonces en este sentido el psicólogo es una figura precedente, precedente si quiera en un sentido de prelación de acción dentro de la educación del hombre y por otro lado dentro del papel social que tiene, de conservar la salud total, no sólo la salud mental, la salud total en cuanto a higienista, o en cuanto a antropólogo puro.

El psicólogo tiene y debe de hacer psicodiagnóstico, y psicoterapia, y tiene el papel de asesor de padres, en el sentido del consejero, el que les guía, el orientador, el descubridor, el que previene, en una sociedad en la que, esto es seguro y pase lo que pase, cada vez va a haber más necesidad de psicólogos.

¿Qué imagen de sí mismo tiene el psicólogo? , Yo creo que la tiene muy mala, creo que tiene una noción de inferioridad, se siente inseguro, haciendo una autognosis previa, frente al psiquiatra.

Se ve subordinado al psiquiatra, piensa que tiene mucho que ofrecerle; y el psiquiatra no tiene nada que ofrecer al psicólogo, es el psicólogo quien tiene mucho que ofrecer al psiquiatra, y éste se lo tendrá que pedir. El psicólogo posee unas técnicas que el psiquiatra desconoce: por ejemplo, control de evolución de unos síntomas complejos psíquicos y sociales; cosas que ni el psiquiatra ni el médico están preparados para entender, y que sólo el psicólogo se las puede hacer inteligibles.

El psicólogo es un profesional que no forma parte de ningún modo subordinado, del equipo del psiquiatra.

Es un profesional distinto, que como todos los demás profesionales, trabaja en grupo, pero tiene un papel único e insustituible o indispensable en los hospitales; un hospital no puede funcionar sin Psicólogos Clínicos.

En resumen:

- cambio de actitud del psicólogo con respecto a sí mismo.
- Colegiación a exigir inmediatamente.
- Calidad: formación necesaria.

**Don José María Fernández Pastrana, profesor de Derecho Administrativo y técnico de Mutualidades Laborales.**

Yo me voy a ceñir a la idea de que la Psicología Clínica hoy es de una necesidad imperiosa y que por tanto, el Estado debe intervenir para configurarla como un servicio público.

El problema radica, y tengo miedo de no ser bien entendido, en que nuestra Seguridad Social no puede ser configurada hoy como un servicio público, es decir, nuestra Seguridad Social está en una situación intermedia entre los que son los primitivos sistemas de los seguros sociales, que aunque estatalizados, conservaban la mecánica del seguro privado, y el estado sólo intervenía en que hacía obligatorio este sistema, y se caracterizaban por ir encaminados a proteger a una clase determinada de la sociedad y no a toda la sociedad, concretamente a los trabajadores por cuenta ajena de la industria, de los servicios, esto es al proletariado. Estos seguros otorgaban una protección mínima, cubrían sólo las necesidades más imperiosas; todo otro tipo de necesidades, inmateriales, culturales, psíquicas estaban por completo excluidas.

La Seguridad Social ha venido a suponer un cambio teórico en algunos países y práctico en otros del esquema de los Seguros Sociales.

En primer lugar un cambio en cuanto a la población protegida, que ya no es sólo el trabajador por cuenta ajena, sino toda la población; el título jurídico requerido, ya no es el de ser trabajador, ni siquiera trabajador por cuenta ajena, sino el de "ciudadano", o todavía más, toda "persona". Por ejemplo en Inglaterra, toda persona que reside en ella tiene derecho a la Seguridad Social proporcionada por el Estado.

En segundo lugar ha variado el esquema de lo que se consideran "necesidades que deben ser protegidas". Mientras que el sistema de Seguros Sociales eran las "necesidades vitales" de tipo material, en el esquema de la Seguridad Social se tiende a proteger no sólo esas necesidades sino también las de tipo inmaterial, cultural, etcétera.

En tercer lugar ha variado el papel asignado al Estado. En el sistema de seguros sociales se considera que el Estado sólo debe regular una actividad "privada" que debe ser financiada con cargo al trabajador y al empresario

En el esquema de la Seguridad Social se entiende que el Estado es el responsable de la satisfacción de estas necesidades y que por tanto el debe ser quién las costee.

Esta introducción no sirve para explicar que la Seguridad Social Española se encuentra a medio camino entre un sistema de seguros sociales y un sistema de seguridad social, porque a pesar de que la conciencia pública del país entiende que las satisfacción de estas necesidades debe ser realizada con cargo al Estado, Vds. saben también que el Estado Español no puede satisfacerlas entre otras cosas por la penuria económica, que viene determinada por un sistema fiscal muy regresivo que no permite obtener más que unos recursos muy limitados para la satisfacción de las necesidades públicas.

Entonces el punto primordial para que pueda existir un sistema de Seguridad Social y por tanto un servicio público de la Seguridad Social radica en que nuestro sistema se financia casi exclusivamente con las aportaciones de los particulares, trabajadores y empresarios. El trabajador sigue siendo el principal sujeto beneficiario de la Seguridad Social aunque también, se ha avanzado bastante más que la consignación de trabajador ya no es sólo la de por "cuenta ajena" de la industria y de los servicios, sino que se ha extendido a partes de la población y ya prácticamente a toda la población española. La cifra si no me equivoco es de 28 millones de beneficiarios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Así las cosas, se ha establecido un sistema de prioridades dentro de las necesidades a cubrir por la Seguridad Social. No se trata ahora de cubrir *todas* las necesidades, si no primero de las prioritarias, las que reclamen urgentemente su satisfacción.

Así por ejemplo, es más urgente el comer, que cubrir las necesidades inmateriales, aún cuando éstas puedan ser importantísimas, por eso es prioritario atender la pensiones de jubilación y vejez.

En tanto en cuanto el Estado se mantenga en su no-intervención, y la Seguridad Social siga en esta penuria económica, será muy difícil la inclusión de la psicología para la totalidad de la población española que es practicamente a quien cubre la Seguridad Social.

**Doctor don Juan Casco,**  
Psiquiatra del Hospital de Leganés.

Para nosotros un motivo de preocupación de los más importantes, ha sido el aumentar las plantillas, el integrar a todas estas figuras que vienen de fuera, pues la figura tradicional en los Hospitales Psiquiátricos ha sido la monja y el psiquiatra y nada más.

Al venir una serie de personas nuevas, ergoterapeutas, monitores de rehabilitación, psicólogos, etc... el integrarlo es un proceso largo y difícil.

Nosotros hemos tenido dificultades con todos los estamentos excepto con los psicólogos clínicos. Aquí, la figura del psiquiatra en su gabinete como profesional liberal cambia, no vale aquí. Aquí no hemos tenido problemas con los psicólogos porque desde un principio, la consideración que se tenía entre las relaciones psicólogo y psiquiatra era prácticamente la misma.

El psicólogo es personal del staff, no es personal contratado, no presta servicios complementarios, sino que forman parte de la plantilla. Y no establecemos ninguna diferencia a no ser en que el psicólogo no manda píldora, no manda psicofármacos.

En todo lo demás es igual: está en el mismo equipo, participa de todas las funciones, hace psicoterapia, por supuesto dentro de su orientación, pues hay psicólogos conductistas, psicólogos psicoanalistas, y cada cual ejerce su orientación práctica. Jamás se plantea por esto ningún problema.

Ahora, en el momento en que se empiece la fragmentación de los hospitales y la asistencia comunitaria, el papel del psicólogo tiene que ser, prácticamente ubicuo, como el de otros estamentos.

Al fragmentarse el hospital, y empezar a plantearse la asistencia domiciliaria, ayuda a las familias, acceso a las escuelas, a todos los sitios donde haya una comunidad integrada dentro de un ámbito determinado, el psicólogo tiene su función que cumplir como tal psicólogo, y para terminar me parece básico señalar dos cosas:

- la necesidad de la colegiación obligatoria.
- la necesidad de que el psicólogo forme parte de las plantillas y nunca esté sujeto a interinidades o subordinación.

**Doctor Torrente**  
Hospital de Diego de León

Quiero intervenir acerca de la necesidad social de la Psicología. Soy cirujano del Hospital de Diego de León, muy conflictivo, con muchos problemas, y con una población que si no son todos de la Seguridad Social, hay muchos de los llamados "enfermos de Beneficencia"; entonces quizá estoy mediatizado por el tipo de psicólogo que creo que necesitaría un Hospital como el nuestro.

Yo creo imprescindible en todos los Hospitales (me imagino que en muchos otros sitios más, pero yo estoy hablando de los Hospitales de ámbito general), un Departamento de Psicología, y no hablo de Psiquiatría para nada. Hablo de un Departamento completo de Psicología con Jefes de Servicio, con Jefes de Sección,

con adjuntos, con enfermeras, con residentes, con internos, todo: un Departamento completo, y además muy bien dotado, porque en la medicina que se debe de hacer aquí en este momento y en este país, el psicólogo tiene una labor fundamental por el tipo de enfermo que utilizamos. La Medicina Psicosomática en los Hospitales es tan imprescindible como la Cirugía, o la Medicina interna. Quizá en muchos casos, más, porque nuestros enfermos, aparte de tener una lesión orgánica,

la cual tratamos nosotros, tiene una serie de problemas, que nosotros no sabemos ni podemos dar solución. Necesitan un Psicólogo. Son los enfermos de Beneficencia, que tienen una cartilla, porque no solamente no tienen para comer, no tienen tampoco para curarse, no tienen para llegar hasta Madrid desde donde vienen, es una penuria espantosa.

Es el subproletariado que nosotros asistimos todos los días, con unos problemas especiales. Y por ello no solamente haría falta un Departamento de Psicología en el Hospital, sino unos psicólogos muy mediatizados ante los problemas de España y de los enfermos que van a ver en nuestro Hospital. No una Psicología cualquiera sino una Psicología que se debe integrar de lleno en los problemas planteados en nuestro sector.

Los psicólogos como labor fundamental dentro de un hospital, yo creo que deben de sacar a la palestra que la Seguridad Social sí debe de tener dinero, y sobre todo para un Departamento de Psicología.

**Don José Antonio I. Carroble**  
**Licenciado en Psicología**  
**Profesor de la Universidad**

Más que como profesor de la Universidad, como aquí se me ha designado, voy a hablar como Psicólogo clínico.

Después de estar integrado en un hospital de la Seguridad Social, no en España, claro, sino en Inglaterra, trabajando con enfermos de la Seguridad Social dentro de un Departamento de Psicología paralelo a uno de Psiquiatría, entonces el que se plantea la necesidad social de la Psicología, y el que la Seguridad Social no tenga dinero para sufragarla, me causa un verdadero trauma. Mi reacción resultará comprensible después de vivir una situación en la que el psicólogo clínico está

plenamente aceptado, con un status plenamente definido en equiparación total con el psiquiatra, no solamente en cuanto a status profesional o económico, sino en cuanto a una consideración paralela, igualarla, por parte incluso de los mismos Psiquiatras.

Evidentemente, entre los psiquiatras y psicólogos existen diferencias, diferencias que yo estimo considerables y que no hay que perder de vista, sino que quizá habría que insistir en ellas y definir las cada vez más, para que no haya tales fricciones, que en mi opinión no deberían existir, y por lo menos en la experiencia que yo tengo, no las había realmente, ni aunque tratáramos tratáramos incluso los mismos pacientes. Creo que nuestra concepción, por lo menos la que yo profeso como psicólogo clínico, no me lleva a chocar con el psiquiatra, ni aún tratando el mismo tipo de pacientes, pues en verdad lo que tratamos son cosas diferentes. Ellos tratan psicosis o neurosis, y nosotros por supuesto, no pretendemos tratar esto. Nosotros únicamente pretendemos tratar, modificar o mejorar conductas determinadas de estos pacientes, conductas más o menos patológicas de estos pacientes. Nuestros fines son distintos como distinto es nuestro nivel de actuación, tanto teórico como práctico; por ello, no deberíamos chocar.

Yo he tratado bastantes pacientes que los psiquiatras me han remitido después que ellos han intentado todo tipo de tratamientos sin éxito. No quiero con esto decir que la psicología sea la panacea, por supuesto. Los psiquiatras tienen sus métodos específicos de tratamiento y pueden ser perfectamente adecuados. Lo cierto es que psiquiatras y psicólogos tratamos cosas diferentes y con métodos totalmente diferentes.

En este sentido es esperanzador el que muchos pacientes empiecen a ser remitidos directamente a los psicólogos por el médico de cabecera. Evidentemente se empieza a reconocer que muchos de los pacientes no son realmente pacientes psiquiátricos y, por tanto, que no existe razón para que asistan a una consulta psiquiátrica. Esto, qué duda cabe, es importante y favorece en primer lugar al paciente que salva así el trauma de verse calificado de "loco". Entre estos pacientes —o clientes, como hoy se prefiere designarlos— que empiezan a considerarse como específicamente nuestros se encuentran, por citar algunos, los problemas matrimoniales, escolares, sexuales, fóbicos, obsesivos, las adicciones, etc.; es decir, los problemas de conducta en general.

## b) la formación del psicólogo

¿La deficiente preparación del psicólogo sería una inconveniencia para su inclusión en la estructura sanitaria del país o acaso la inclusión del psicólogo dentro de esta estructura solucionaría las deficiencias que puede presentar el psicólogo como profesional?

**Doctor don Pedro Díez Domínguez**  
(Ex-director del Hospital Central de la Cruz Roja Inspector de la Seguridad Social)

Yo creo que la pregunta se responde por sí sola, evidentemente si una persona no está preparada para desempeñar una función, difícilmente puede desarrollarla bien, pero también es verdad que desarrollándola adquiere un aprendizaje. Yo creo que las dos cosas son ciertas.

**Doctor Pinillos**

Sí, yo también opino que las dos cosas son ciertas.

**Don José Antonio I. Carroles**

Sí, también opino que las dos cosas son ciertas, pero que se debería comenzar incluyendo al psicólogo dentro de la Seguridad Social o de la estructura sanitaria y que ello resolvería en parte la situación.

Esto es realmente lo que se hace en otros países donde existan prácticas, una especie de rotatorios como sucede en medicina y donde durante un período de tiempo, el psicólogo pasa por centros hospitalarios en los que hay departamentos de psicología. Esto solucionaría en gran parte la deficiente preparación con la que actualmente salen los psicólogos de la Universidad española.

**Doctora Monasterio**

En el sentido de mejorar la calidad profesional del psicólogo, no existe sólo el aspecto de hacer prácticas en la Seguridad Social, sino que, puesto que las actividades del psicólogo no son exclusivamente las que la Seguridad Social pueda ofrecerle, es necesario extender el nivel de prácticas a distintos sitios de perfeccionamiento profesional, según cada caso. Pero es que yo no creo que la falta de formación del psicólogo tenga que concebirse como un círculo vicioso, sino que problemas como éste hay que solucionar comenzando por la Facultad, por los planes de estudio, por la enseñanza de asignaturas científicas y racionales, por la realización de prácticas en la Universidad. Así se conseguirá un nivel de perfeccionamiento enorme que ahora tal y como están las facultades de psicología, resulta imposible.

**Doctor Torrente**

Haré una intervención muy breve sobre lo que se discutía. Puntualizaré dos cosas:

La preocupación de que los psicólogos no salgan bien preparados no es un problema específico de esta profesión, sino más bien uno general de toda la Universidad española y en general de toda la enseñanza española. Aquí nadie enseña, ni la Universidad, ni la Escuela, no enseña nadie. Salimos a la calle desnudos y todo lo tienes que aprender con el tiempo. A mí no me enseñaron nada.

## c) integración en la seguridad social

**Don Teodoro del Ser**

Nosotros creemos que a corto plazo el psicólogo debe incluirse en la asistencia sanitaria cubriendo funciones de: psicometría, psicodiagnóstico, elaboración y realización de programas de psicoterapia de grupos, logopedia, modificación de conducta, etc., de diagnóstico, información y orientación del tratamiento de los componentes psicopatológicos asociados a cuadros

orgánicos, psicología infantil, orientación psicológica a los padres, etc...

A medio plazo, el psicólogo deberá colaborar con los departamentos de medicina interna y psicopatología, ginecología y obstetricia, sexología, preparación psicológica frente al parto; con el de cirugía, preparación del enfermo cara a una intervención quirúrgica, con otros departamentos como geriatría, rehabilitación,



## dossier clinica

---

traumatología, neurología, etc...; por otra parte, preparación del personal auxiliar, selección, orientación, investigación y estadística.

A un plazo acaso más largo, pero más interesante, debe crearse en los centros hospitalarios un servicio o un departamento de psicología.

A un plazo más lejano, todo el trabajo del psicólogo debe ser canalizado y organizado por medio de un departamento de psicología que se encargue de realizar todas las funciones antes dichas en los centros hospitalarios.

Al frente de este departamento estaría un psicólogo o un médico especializado en psicología, pudiendo funcionar en interconexión con el departamento de psiquiatría. A este respecto podríamos hacer varias consideraciones, en centros sanitarios de pequeño o mediano volumen de enfermos, ambulatorios, etc. el departamento de psicología podría cubrir funciones que hoy se olvidan o se envían al departamento de psiquiatría ya sobrecargado por otro tipo de trabajo. Por otra parte, la diferencia entre la función del departamento de psiquiatría y psicología, podría establecerse en base a diversos criterios:

- Tipo de patología.
- Tipo de tratamiento.
- Tipo de cuidados requeridos por el paciente.

Para esto sería preciso olvidar susceptibilidades que existen entre estos dos tipos de profesionales (psicólogos y psiquiatras), y, por otra parte, el tener un conocimiento adecuado de las actividades terapéuticas de cada uno de estos dos departamentos.

**Doctora Angela Corral,  
Médico y psicólogo**

Con respecto a lo que se decía antes sobre que la Seguridad Social no posee dinero para ampliar la estructura sanitaria con nuevos departamentos, creo que existe un razonamiento muy práctico, el comprender que, dada la enorme cantidad de dinero que las enfermedades psicosomáticas cuestan a la seguridad Social, la creación de Departamentos o secciones o lo que se quiera, de psicología, no sería un gasto, sino realmente un ahorro muy considerable.

## d) aspectos jurídicos

**Señor Fernández Pastrana**

El primer aspecto jurídico desde luego es la configuración de la Seguridad Social como un servicio público dentro de ese esquema como ha hecho y bien desde luego Teodoro del Ser, al considerar la psicología como una necesidad imperiosa de toda la población y por lo tanto, muy evidentemente la necesidad de que el Estado realice y ponga a disposición los medios suficientes e instrumentales para que efectivamente esta prestación de asistencia psíquica a toda la población llegue de una manera o de otra. Con esto quiero decir una cosa, que cuando se está hablando de la perspectiva del psicólogo de que no solamente tiene la Seguridad Social y no solamente tiene al Estado, sino que también tiene el ejercicio privado, los colegios, etc... a mí me parece todo eso muy bien, pero lo que me parece mal es hablar en abstracto porque el pensar que todas esas necesidades, son tan imperiosas que por sí solas se van a imponer y van a dar, por lo tanto, salidas profesionales al psicólogo, me parece un error. No se va a imponer, en tanto, en cuanto, el Estado no establezca medios coactivos y jurídicos de que se imponga, es decir, mientras que el Estado no establezca la obligación de que al frente de cada Colegio de Enseñanza Media o Enseñanza Superior, en cada Centro Universitario, etc...,

existía un psicólogo o dos psicólogos o un equipo de psicólogos o lo que sea...

Lo demás me parece que es en definitiva lo de siempre, es pensar que no hay una necesidad social, al igual que el abogado no puede defender porque habrá gente que vaya a su bufete, habrá gente que vaya al despacho del Psicólogo y me parece distintos entre otras cosas porque mientras que lo uno dependerá de las necesidades de cada individuo en cada momento, lo otro no depende de que se satisfaga o no se satisfaga, sino que es una necesidad que está sintiendo toda la población, que afecta a la salud y al bienestar psíquico de toda la población, incluso al bienestar entendido de una manera más completa y que por lo tanto el Estado tiene una obligación de establecer esta obligatoriedad tanto en lo privado como en lo público.

En primer lugar lo que hay que hacer es reformar una serie de puntos de nuestra legislación.

Bueno, para empezar hay que reformar la Ley General de la Seguridad Social si se quiere de verdad introducir la asistencia psíquica de una manera absolutamente completa porque como veréis resulta que esta ley delimita cuáles son los fines y cual es la acción protectora a la cual se puede extender nuestra Seguridad Social.

Por lo tanto, mientras que no se altera en definitiva los textos legales lo que estará ocurriendo es lo que antes apuntaban aquí de que el psicólogo se va a incorporar como interino pero va a haber dos psicólogos en el hospital y en la Residencia Sanitaria o Ciudad Sanitaria de Madrid o de donde sea, pero que en definitiva, la prestación como tal no va a estar regulada y no va a estar sobre todo extendida a la población como un derecho.

El artículo segundo de la Ley dice "que a través de la Seguridad Social el Estado Español garantiza a las personas que por razón de sus actividades están comprendidas en el campo de aplicación de aquéllas y a familiares o asimilados, la protección adecuada a las contingencias y situaciones que en esta Ley se define", y esas contingencias y situaciones están definidas en el artículo 20. Bueno, pues en el artículo 20 no se dice nada de la asistencia psíquica. Lo único que aquí se habla es de la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, enfermedad común o proteccional y accidentes, sean o no de trabajo, con lo cual el problema a su vez si se quiere que se vaya por vía interpretativa sería el de saber si la asistencia psíquica puede considerarse como una prestación de asistencia sanitaria o no. Lo cierto es que en estos momentos el decreto que regula la asistencia sanitaria en España que es de 16 de noviembre de 1967, tiene una larga lista en su artículo 28 de cuáles son las especialidad de asistencia sanitaria que presta la Seguridad Social. Bueno pues en esa lista no está incluida desde luego la asistencia psiquiátrica y menos todavía la psicológica.

### Doctor Casco

Voy a ser muy breve. Yo no se si habrá dinero o no. Voy a alimitarme a un aspecto económico y a un aspecto legal. Yo no se si habrá dinero o no, pero parece ser que el 7 por 100 del producto Nacional bruto se dedica en este país a gastos de asistencia sanitaria cuando la media de los países comunitarios pasa del 20 por 100 del PNB en gastos de salud. Esto por una parte, y por otra, que la legislación vigente por la que se rige todo tipo de asistencia psiquiátrica y demás es del 3-VII-31. Una Ley que en su día fue muy importante y estuvo considerada como de las más progresistas que había entonces en Europa. Tiene el inconveniente de que es del año 31 y hace muchísimos años y se ha quedado totalmente desfasada. Desde luego no se habla para nada de la figura del psicólogo en ese tipo de legislación y fue una Ley hecha fundamentalmente por Neuro-psiquiatras como se llamaba entonces; tiene aspectos indudablemente positivos pero a través de Congresos y de las Corporaciones y demás se ve la necesidad imperiosa de hacer una Ley nueva adecuada a nuestros días y a nuestras necesidades. Lo que ocurre es que si por ejemplo ahora se plantease hacer una Ley nueva de asistencia psiquiátrica recogiendo todas las aspiraciones, tal y como se programa y como se debaten las Leyes yo mucho me temo que los más interesados no vayamos a tener la más mínima oportunidad de tener un acceso a la discusión de esa legislación, entonces no sabemos como quedará.

