

**UN DESAFÍO VIGENTE PARA EL PSICÓLOGO CLÍNICO:  
EL ENTENDIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN  
INTEGRALES PARA ABORDAR PROBLEMAS DE RIESGO  
PSICOSOCIAL.**

**Ana Maria Haz M.  
Daniel Díaz V.  
Mirra Raglianti H.**

(Revista Terapia Psicológica, 20,1, 37, 23- 28, 2002)

**Resumen**

Este artículo tiene por objetivo discutir el rol actual del psicólogo clínico especialmente en el abordaje de problemas de riesgo psicosocial. Las instituciones que están insertas en la comunidad enfrentan desafíos en dos líneas principales, por un lado, con la estructura, organización y objetivos institucionales, y por otro, ante estrategias de intervención adecuadas a los problemas de orden psicosocial que enfrenta la comunidad. Es en el contexto de estos desafíos, que se enfatiza la importancia de que el psicólogo clínico intervenga con su conocimiento teórico y técnico en el diseño de programas y estrategias de intervención institucional en el área de la salud mental.

**Palabras clave:** rol del psicólogo clínico, estrategias integrales de intervención, abordaje de problemas psicosociales.

**Abstract**

The purpose of this paper is to discuss the clinical psychologist's present role, especially when he (she) is trying to address risky psychosocial problems. Community social organizations face two kinds of challenges: on the one hand, they have to deal with problems of organizational structure and institutional management and objectives, and, on the other, they have to come up with suitable interventions for community psychosocial problems. Within this context, the importance of the clinical psychologist's theoretical and technical knowledge is emphasized when it comes to design intervention programs and strategies in the mental health area

**Key words:** clinical psychologist's role, integral intervention strategies, address psychosocial problems.

## **Introducción**

Las proposiciones que se señalan a continuación surgen como reflexión a partir de la observación de diversos elementos concurrentes al ejercicio profesional de la psicología, y del conocimiento generado a través de la docencia del curso Salud Mental Comunitaria, en la cual los alumnos realizan acompañamientos semestrales en su gestión de salud mental a distintos tipos de organizaciones de salud y comunitarias que se han planteado como objetivo intervenir en demandas o necesidades psicosociales de la comunidad a la cual atienden.

## **Antecedentes.**

La psicología clínica ha estado tradicionalmente acotada a un espacio particular de ejercicio, la “consulta”, y es en ese lugar donde el profesional ha llevado adelante las diversas estrategias en las que ha sido formado con un objetivo claro, tal es la “salud mental” del “paciente”, “cliente”, o “beneficiario”. Fieles a los dictados de los fundadores, el psicólogo clínico ha mirado al individuo con problemas de salud mental en un contexto interpersonal donde establece una relación que, en definitiva y por razones muchas veces inespecíficas, resulta “curativa” (Feixas y Miró, 1993; Fernández, 1992).

Siguiendo a Morales Calatayud (1997) “este modelo de actuación profesional, que surgió de forma justa y pertinente en un momento histórico del desarrollo de la psicología como profesión y como ciencia, es útil, pero solo de manera estrecha, y para la solución de un número limitado de problemas” (op cit. p. 16-17). Tal situación que el autor constató para Cuba se aplica cada vez más a nuestro país, por las razones que a continuación se reflexionan.

## **El individuo inserto en redes organizacionales y socioculturales extensas.**

La actual vida cotidiana de los individuos se desenvuelve en medio de un complejo entramado de relaciones, en el cual los sujetos están exigidos a vincularse permanentemente con organizaciones o instituciones de toda índole, en las que busca cubrir sus necesidades y demandas; físicas, sociales, recreativas, de salud, educacionales, etcétera. Desde las acciones para conseguir el alimento, hasta el encaminarse al trabajo, obligan al individuo a interactuar con distintas organizaciones y distintos contextos socioculturales. Este escenario, obliga a las personas a desarrollar una enorme flexibilidad, habilidad que el ser urbano moderno ha asumido de modo casi natural. Constatar que la organización de la vida de las personas se desarrolla en contextos tan heterogéneos, al igual que la satisfacción de sus necesidades, lleva a que el surgimiento y la mantención de los problemas estén también sujetos a esta condición, motivo por el cual es natural afirmar que las soluciones a estos problemas no pueden ser unilaterales, no pueden ser entendidas desde un solo contexto, pues sencillamente se estaría ignorando una complejidad que ha llegado a ser un componente fundacional de nuestra estructura social (Dabas y Najmanovich, 1995).

Así también, la mirada sobre los problemas de salud mental (como la mayoría de las miradas sobre la fenomenología humana) se ha complejizado, y ya no es posible considerarlos sólo como patologías circunscritas al sujeto que las padece, lo cual significaría entender los problemas de salud mental desde un contexto único. La mirada actual conceptualiza los problemas de salud mental como problemas biopsicosociales, influidos por variables de distinto orden lógico y que se relacionan con el modo con que

el individuo interactúa en contextos diversos, donde confluyen las relaciones familiares, comunitarias, sociales, y en donde también es importante mirar la influencia que la persona tiene en dicho contexto, y como es influido por el mismo. De este modo, las variables psicológicas ya no están instaladas en lo profundo del aparato mental del individuo, sino que serían parte de la cotidianeidad, del día a día de las personas insertas en el sistema, y pueden buscarse a nivel individual, social o comunitario y en las distintas relaciones entre los sistemas. Desde esta comprensión, la salud mental ya no es un área de exclusiva atingencia del psicólogo, sino que está entrelazada en el tejido de relaciones de la cual el “paciente” es parte, y tan parte como el profesional de la psicología también lo es (Sluzki, 1995).

### **Campo de acción del psicólogo.**

El trabajo tradicional del psicólogo ha sido un trabajo en una consulta muchas veces aislada e independiente considerando un único beneficiario, lo que ha significado un trabajo de mucha autonomía. Sin embargo, el desempeño del psicólogo clínico está pasando a estar cada vez más vinculado a instituciones; es así como clínicas, hospitales, consultorios, tienen entre sus filas a personas que realizan atención clínica en sus instalaciones. Pero también, organizaciones municipales, centros comunitarios, organizaciones no gubernamentales y otros enrolan a psicólogos clínicos para que ejerzan bajo su alero y realicen su aporte al trabajo que desempeña la institución. Esta situación impone un desafío para el psicólogo clínico, quién, como profesional del área psicosocial, deberá saber insertarse en un equipo de trabajo formado por distintos agentes profesionales y no profesionales, que forman parte de la red psicosocial en la que se encuentra integrada la persona o beneficiario. El psicólogo con una formación clínica tradicional, poco acostumbrado a realizar trabajo en equipos multiprofesionales, deberá aprender a relacionarse con personas de otros ámbitos del saber; y por otro lado, muchas veces ser miembro activo en la conformación del equipo como tal, ante un tema específico relativo a su área de conocimiento, por ejemplo, en la realización de capacitaciones para el equipo institucional.

### **Nuevos desafíos sociales.**

Se advierte que también desde las políticas gubernamentales, hay un cambio de mirada que, por un lado, plantea el trabajo conjunto entre los distintos sectores del servicio público; y por otro, trabaja en la implementación de reformas al sistema de salud público donde enfatiza la intervención en salud primaria, orientándose hacia los principales problemas de salud de la comunidad e integrando la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (MINSAL, 1998)

En esta reforma se propone la participación coordinada de todos los sectores conexos a la salud. A su vez, solicita y estimula la responsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad, buscando obtener el mayor provecho de los recursos disponibles. Y asigna al trabajo en equipo un lugar central en la atención de las necesidades manifiestas de la comunidad (Hidalgo & Carrasco, 1999).

Cuando se está pensando en contextos multiprofesionales, es preciso que los actores manejen un lenguaje que les permita comunicarse, imposición que necesariamente interpela a todos los profesionales. Como miembro de estos equipos, el psicólogo clínico habrá de hacer de su lenguaje y conceptualización un mensaje comprensible y significativo para todos los componentes de los equipos que han de

abordar los problemas. De igual modo, ha de ser un deber del psicólogo (o de los centros de formación) el poseer un bagaje teórico que le permita comprender los aportes de cualquier profesional concurrente al epifenómeno del continuo salud – enfermedad.

Este escenario emergente, llama también a los psicólogos a hacerse preguntas de índole ético, particularmente en lo relativo a reflexionar acerca de su ejercicio en el ámbito de la Salud Pública. Cabe en ese sentido, preguntarse qué es lo que se está entendiendo por Salud Mental, y cómo y a quién han de dirigirse las acciones e intervenciones en este plano. Un tema ético particularmente importante, dentro del sistema de pública de salud, se refiere a la gran demanda de atención en salud mental, que por sí solo el sistema privado no podría satisfacer, y que, como sistema público, enfrenta el deber de asegurar la más amplia cobertura posible. Sin embargo, se puede imaginar que nunca será suficiente y constatar que hay potenciales “pacientes” que nunca llegarán a ser atendidos, categoría en la cual se ubican, a modo de ejemplo, los niños de la calle. Es así como le cabe al profesional de la salud mental, mirar los problemas psicosociales del país, y hacer su aporte particular a la superación de éstos, específicamente en la creación de otros tipos de intervenciones psicosociales (diferente a la consulta privada) que contemple, por ejemplo, capacitación de otros interventores para ayudar a aumentar la cobertura en la solución de las demandas de salud mental de la población (Barriga, 1996, Casas Aznar, 1996).

Todo cuanto se ha enumerado hasta ahora, en tanto fuentes de cuestionamiento y desafío para los psicólogos como profesionales de la salud mental, son comunes a todos los escenarios en los cuales puede tener lugar el desempeño de ellos.

Considerando este plano común, ahora se entrará a considerar algunos elementos complementarios necesarios de tener en cuenta cuando se piensa en otro ámbito que desafía a los profesionales hoy, tal es la inserción de los psicólogos en sectores socioeconómicos de riesgo social.

### **La superación de la pobreza.**

La superación de la pobreza ha sido un campo fructífero para el desarrollo de esfuerzos encomiables, campañas monumentales, y cruzadas sociales que buscan disminuir las distancias socioeconómicas que pueblan nuestra sociedad; en este contexto el espíritu de la caridad ha ocupado un lugar central, y una de sus manifestaciones privilegiadas ha estado encarnada en un tipo específico de interventor psicosocial: “el voluntario”. El recurso humano “voluntario” posee algunos rasgos que le han llegado a ser característicos, como son, entre otros, el ser una persona sin una profesión específica que cuente con formación teórica en el área del trabajo psicosocial (o sin ninguna profesión), con un alto grado de compromiso social, con elevada motivación, el acento puesto en la acción y, en ocasiones, con estructura poco formal o directamente informal; respondiendo poco a estrategias de largo plazo y amplio alcance, y más bien a activaciones espontáneas a necesidades urgentes, circunstancias en las cuales está permitido actuar inclusive sin evaluar previa ni posteriormente, sin expectativas de lucro por su trabajo. En este perfil laboral, es difícil incorporar conceptos como gestión, evaluación de programas o mejoramiento de la calidad técnica de los programas. Estas características pueden llegar a transformarse en la peor de las herencias cuando las acciones voluntarias tienen la necesidad de institucionalizarse.

El gobierno ha reconocido entre sus prioridades abordar el área de la pobreza, de hecho el Estado ha reconocido la labor de las tradicionales instituciones de caridad y las

ha llegado a contratar, quienes a su vez han comenzado a contratar profesionales, entre los cuales se encuentran, entre otros profesionales, los psicólogos clínicos. De tal suerte que el psicólogo ingresa a instituciones que abordan principalmente la pobreza desde la mirada de la caridad y que no han logrado desarrollar e implementar estrategias integrales de trabajo a su gestión con la comunidad y, a su vez, el psicólogo echa mano de la batería de herramientas de que dispone, las que miran principalmente las variables psíquicas individuales, que han demostrado ser eficaces en estratos socioeconómicos altos y medios; sectores económicos que cuentan con buen acceso a la educación, a una salud de mejor calidad, y con sus necesidades económicas cubiertas.

La institución que hizo el tránsito desde “organización voluntaria” a “institución profesional” enfrenta el desafío no menor de establecerse como una organización, con los desafíos que ello implica, como sistematizar las labores realizadas hasta entonces, responder a estructuras gubernamentales o privadas que otorgan financiamiento, junto con el deber de desarrollar lineamientos estratégicos que permitan proyectar su trabajo. Sin embargo, este cambio de estatus organizacional no implica un cambio necesario en las prácticas, y menos aún en la epistemología sobre la cual efectúa su trabajo, más aún cuando las matrices del voluntariado encuentran su raíz, por ejemplo, en corrientes religiosas o tendencias políticas. En este plano, al mirar el trabajo que desempeñan algunas instituciones, se logra vislumbrar características propias del voluntariado, las que muchas veces llegan a ser incongruentes con un trabajo profesional, mientras que en otras llegan a ser abiertamente opuestas a las esperadas de un profesional del área social. En este escenario, el psicólogo se enfrenta al desafío de visualizar y transformar el estilo del voluntariado en un buen recurso institucional, para lo cual se hace necesario que dicho voluntariado se encuentre adecuadamente guiado y supervisado (como es la exigencia para todo profesional de la salud en la actualidad), lo que exige estructuras de trabajo que privilegien organizacionalmente la planificación, el orden, la estructura y la evaluación. Esto exige que las instituciones que adopten voluntarios en su organigrama, o aquellas que provengan de una tradición de voluntariado, revisen sus planificaciones y desarrollen estrategias que permitan llevar adelante intervenciones focalizadas en el beneficiario, en torno a las cuales se coordinen los recursos disponibles en busca de obtener el mayor beneficio posible.

Así, las personas que hoy engrosan la lista de quienes se encuentran bajo la línea de pobreza, enfrentan un contexto social bastante adverso. Instituciones instaladas en sus poblaciones, que buscan la superación de la pobreza con programas precarios, sin diagnósticos de calidad, ni planificaciones realistas y coordinadas. Aún así, es posible asegurar que cada una de sus acciones y decisiones están inspiradas por los mejores deseos, lo cual en ningún caso es sinónimo de logros duraderos en los problemas que urgen a las poblaciones que se atienden. Si en este escenario hay un (o varios) psicólogo/os, no será extraño encontrarlo pasando pruebas proyectivas, o en el mejor de los casos, citando con vistosos carteles al “Taller de Depresivas” o al “Encuentro de Alcohólicos”. Y cuando se piensa en los demás actores a la vista, se podrá ver a la municipalidad adquiriendo flotas de camionetas, fantaseando que con un virtual estado de sitio acabará con la delincuencia, o con “el flagelo de la droga”. Asistentes Sociales no darán abasto para completar las múltiples encuestas, necesarias para dar curso a la asignación de subsidios. Médicos dirigirán los “Centros de Salud Familiar y Comunitaria”, que de comunitario no tiene más que el título, pues siguen mal atendiendo las ya graves enfermedades de una siempre insatisfecha población.

Los diversos puntos de desafío ya expuestos, llegan a configurar un perfil que puede llegar a constituirse como un aporte al deprimido escenario manifestado en el párrafo precedente.

### **Requisitos básicos para enfrentar los desafíos.**

Cuando se piensa en el psicólogo preciso para este conflicto multidimensional, se llega a la conclusión que se deberá tratar de un profesional de la salud mental que ejerza un rol concurrente a las demás disciplinas que hacen su aporte al bienestar de las personas, sea medicina, trabajo social, enfermería o terapia ocupacional y de un profesional que sea capaz de mirar el continuo salud- enfermedad. El enfoque podría ser sintetizado, en que el abordaje actual de los problemas necesariamente debe ser enfocado con una mirada interdisciplinaria, un enfoque necesariamente intersectorial y una visión de red en que se inserta el problema. Estos tres elementos deberán estar presentes desde el momento de visualizar y conceptualizar el “problema”, hasta cuando se piense en las “soluciones”. Se trata de reconocer que las variables determinantes de los problemas están fragmentadas por todo el espacio humano e institucional, de manera tal que las soluciones deberán ser, consecuentemente, planteamientos que convoquen los trozos de solución que invariablemente estarán dispersos en los más insospechados nodos de la red.

Uno de los llamados a los psicólogos que poco a poco se está reconociendo como más necesario de escuchar, es el de “trabajar institucionalmente”. El contenido de este llamado obedece a la evidencia que refiere a que el psicólogo clínico en la actualidad tiene dificultades para actuar de un modo independiente como podría haberlo hecho en su consulta privada, debiendo responder y entender los programas en que tiene lugar su trabajo, debiendo, además, abordar la tarea de involucrar la variable de salud mental en las diversas instituciones y programas en que las personas están insertas, y enfrentando el desafío de capacitar a los distintos profesionales en manejar las variables de salud mental en las labores que les son propias.

Se puede vislumbrar que una respuesta viable a esta situación va en la línea de que el profesional de la psicología reconozca el deber que le compete de ocuparse de comprender, diseñar, implementar y evaluar programas de salud mental. Es en ellos donde tiene un espacio idóneo para abordar los diversos desafíos que enfrenta en la actualidad, pues únicamente a nivel de programas es realista plantear estrategias integrales de intervención.

Al mirar los programas de salud como un espacio posible de construcción de soluciones integrales, se debe ocupar de las estrategias de intervención, que son el componente operativo de los programas. Al mirar estas estrategias, el psicólogo habrá de dar cuenta de al menos tres dimensiones.

La primera de las dimensiones es lo relativo a los contenidos del programa, donde cabe la distinción de los problemas de salud mental; el cómo y el cuándo existe un problema de este tipo, y también tener presente la dimensión psicológica existente en cada uno de los problemas de salud general. Esto permite reflexionar y categorizar en torno a las distintas problemáticas, además de brindar la posibilidad de priorizarlas. El que el psicólogo se ocupe de los contenidos de los programas permite, también, identificar los factores de riesgo y protectores asociados a los problemas distinguidos, necesarios para programas de promoción y prevención.

Una segunda dimensión de los programas de salud mental se refiere a los beneficiarios que éstos tienen. En general, se han distinguido intervenciones según ciclo vital del beneficiario, es decir intervenciones dirigidas a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Sin embargo, dados los desafíos analizados, surge en los programas un nuevo beneficiario al que el psicólogo debe poner atención, estos son los mismos interventores psicosociales, es decir quiénes ejercen las acciones interventivas, ya sean psicólogos u otros profesionales, profesionales o paraprofesionales, contratados o voluntarios. El psicólogo puede colaborar en los procesos de estructuración de los equipos, en los procesos psicológicos que atañen a la comunicación entre los distintos equipos de trabajo y principalmente en acciones de cuidado de los equipos (prevención y tratamiento del *burnout*), acciones que ayudan a mejorar y profesionalizar la calidad de las intervenciones

Por último, es posible de considerar una tercera dimensión en lo referido a programas de salud mental, lo cual se refiere al momento en que la intervención se efectúa. Las intervenciones tradicionales en psicología clínica han sido de tratamiento y a petición explícita del receptor de la intervención. Ambas dimensiones han sido ampliadas desde los desafíos actuales, lo cual ha implicado intervenciones que se diseñan antes que el problema propiamente tal, interviniendo en la promoción de factores protectores y la prevención de factores de riesgo, lo cual a su vez implica que el psicólogo no puede esperar que los problemas emerjan y él sea consultado, sino que debe integrarse activamente a los espacios cotidianos de los beneficiarios para poder entregarles herramientas de salud mental que prevengan la aparición de posteriores problemas.

## **Conclusión**

“Abandonar las consultas” puede ser una conclusión apresurada a toda esta reflexión, pero desestimar esta proclama por radical, no debiera llevar a desatender su contenido. Se torna imperioso que los nuevos profesionales aborden su profesión de una nueva manera, que tome a los clásicos como lo que son, autores que en su contexto socio-histórico hicieron un aporte fundamental, pero leerlos hoy como a profetas o iluminados no lleva más que a incurrir en un error de grandes proporciones, pues la acción conlleva una clara negación de una historia cuya característica esencial es el dinamismo, que evoluciona, que cambia permanentemente, y que no tan solo cambia a través del tiempo, sino que también muestra diferentes rostros en un mismo período, según sea el lugar, la cultura y el grupo social en que uno se sitúa, y desde el cual eleva la cabeza para observar el momento histórico – social que le tocó vivir.

## **Referencias:**

- Barriga, S. (1996). Dilemas éticos en la intervención psicosocial. En A. Sánchez Vidal & G. Musitú (Eds.) Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos valorativos. Barcelona: EUB.
- Casas Aznar, F. (1996). Cuestiones éticas en la intervención psicosocial. En A. Sánchez Vidal . & G. Musitú (Eds.) Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos. Barcelona: EUB.
- Dabas, E. & Najmanovich, D. (comp.) (1995). Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós.

- Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.
- Fernández, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Bs. As: Ed. Paidós.
- Hidalgo, C. & Carrasco, E. (1999). Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- MINSAL (1998). Norma técnica para la organización de una red de servicios de salud mental y psiquiatría. Documento Ministerio de Salud, Chile
- Morales Calatayud, F. (1997). La psicología y los servicios de salud. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Sluzki, C. (1995). De cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. En E. Dabas & D. Najmanovich (comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós.