

Teorías y técnicas de las intervenciones psicológicas en servicios de salud

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
COMISIÓN SECTORIAL DE ENSEÑANZA

Mag. Adriana Tortorella
coordinadora general

Espec. Pablo Casal

Mag. Silvana Contino

Espec. Mercedes Couso

Dra. Denisse Dogmanas

Mag. Lisandra Hidalgo

Dra. Susana Martínez

Dra. Ana Luz Protesoni

Mag. Deborah Rydel

Mag. Julia Tabó

Dra. Rosa Zytner

Adriana Tortorella,
Pablo Casal, Silvana Contino, Mercedes Couso,
Denisse Dogmanas, Lisandra Hidalgo, Susana Martínez,
Ana Luz Protesoni, Deborah Rydel, Julia Tabó y Rosa Zytner

Teorías y técnicas de las intervenciones psicológicas en servicios de salud

Comisión de coordinación general

Prof. Agd. Mag. Adriana Tortorella (responsable),
Prof. Agd. Mag. Julia Tabó, Prof. Agd. Mag. Silvana Contino,
Prof. Adj. Dra. Denisse Dogmanas y As. Espec. Pablo Casal

Colaboración

As. Mag. Deborah Rydel

Tortorella, Adriana (responsable y coord. gral.)

Teorías y técnicas de las intervenciones psicológicas en servicios de salud / Pablo Casal, Silvana Contino, Mercedes Couso, Denisse Dogmanas, Lisandra Hidalgo, Susana Martínez, Ana Luz Protesoni, Deborah Rydel, Julia Tabó, Adriana Tortorella y Rosa Zytner.

- Montevideo: Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza, 2023.

148 pp. -- (Manuales didácticos / Comisión Sectorial de Enseñanza).

ISBN: 978-9974-0-2061-0

1. PSICOLOGIA CLINICA

2. SERVICIOS DE SALUD

I. Casal, Pablo II. Contino, Silvana III. Couso, Mercedes IV. Dogmanas, Denisse V. Hidalgo, Lisandra

VI. Martínez, Susana VII. Protesoni, Ana Luz VIII. Rydel, Deborah IX. Tabo, Julia X. Tortorella, Adriana XI. Zytner, Rosa

CDD: 616.89

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Universidad de la República.

Este manual es el producto de la presentación de un proyecto en el llamado de la Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Universidad de la República (Udelar) «Elaboración de manuales didácticos para la enseñanza de grado», 2020, que fuera aprobado en el mismo año y financiado durante 2021.



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0, Pablo Casal, Silvana Contino, Mercedes Couso, Denisse Dogmanas, Lisandra Hidalgo, Susana Martínez, Ana Luz Protesoni, Deborah Rydel, Julia Tabó, Adriana Tortorella y Rosa Zytner. Facultad de Psicología.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Comunicación y Publicaciones, CSE, Udelar.

Alberto Lasplaces 1620, 11600 Montevideo

Tel.: (+598) 2400 8393

www.cse.udelar.edu.uy comunicacion@cse.udelar.edu.uy

ISBN: 978-9974-0-2061-0

Coordinación editorial: Vanesa Sanguinetti

Diseño editorial para el formato Manuales Didácticos de la CSE: Felipe Correa

Tabla de contenidos

Prólogo	7
Presentación	9
Capítulo 1. Formación de profesionales para desempeñarse en servicios de salud	13
Objetivos	13
Introducción	13
Desarrollo	14
Preguntas orientadoras.	18
Bibliografía	19
Capítulo 2. Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para las intervenciones psicológicas en servicios de salud	21
Objetivos	21
Consulta psicológica	21
Intervención psicológica.	23
Modalidades de intervención	24
Reflexiones finales	29
Ejercicio.	29
Preguntas orientadoras.	32
Bibliografía	33
Capítulo 3. El psicólogo en el Sistema Nacional Integrado de Salud	35
Objetivos	35
Introducción	35
Desarrollo	35
Consideraciones finales	44
Preguntas orientadoras.	45
Bibliografía	46
Capítulo 4. El trabajo e inserción del psicólogo en el primer nivel de atención en salud	47
Objetivos	47
Introducción	47
Desarrollo	47
Reflexiones finales	57
Ejercicio.	58
Preguntas orientadoras.	59
Bibliografía	60

Capítulo 5. Experiencia en servicios de salud: el psicólogo en intervenciones interdisciplinarias	63
Objetivos	63
Introducción	63
Desarrollo	64
Preguntas orientadoras.....	67
Bibliografía	67
Capítulo 6. La entrevista de recepción en equipos o comité de recepción en el marco de la consulta psicológica en servicios de salud	69
Objetivos	69
Introducción	69
Desarrollo	70
Consideraciones finales	74
Ejercicio.....	74
Preguntas orientadoras.....	75
Bibliografía	76
Capítulo 7. Complejidades de una intervención en un servicio universitario: recepción y estrategia clínica	77
Objetivos	77
Introducción	77
Desarrollo	80
Caso clínico.....	81
Preguntas orientadoras.....	83
Bibliografía	83
Capítulo 8. Intervención diagnóstica, transición epistemológica	85
Objetivos	85
Introducción	85
Desarrollo	85
Preguntas y tareas orientadoras	90
Bibliografía	90
Capítulo 9. Las técnicas en la intervención diagnóstica: particularidades	91
Objetivos	91
Introducción	91
Desarrollo	92
Viñeta comentada	98
Ejercicio.....	101
Preguntas orientadoras.....	103
Bibliografía	103

Capítulo 10. Pensando la devolución	105
Objetivos	105
Introducción	105
Desarrollo	106
Ejercicio.	108
Preguntas orientadoras.	110
Bibliografía	110
Capítulo 11. Intervenciones con pacientes oncológicos en servicios de salud	111
Objetivos	111
Introducción	111
Desarrollo	112
A modo de reflexión.	124
Preguntas orientadoras.	124
Bibliografía	125
Capítulo 12. Intervenciones clínicas psicológicas en la virtualidad	127
Objetivos	127
Introducción	127
Algunos de los hitos relevantes en este desarrollo.	128
Modalidades de intervención virtual	129
Aspectos éticos	130
Vicisitudes del encuentro clínico	131
Contribuciones a la formación académica y profesional	133
Preguntas orientadoras.	136
Bibliografía	137
Glosario	139
Índice temático	143

Prólogo

Dra. en Psic. Adriana Cristóforo

Aunque actualmente pensemos las intervenciones como algo muy cotidiano en la Psicología Clínica, este modo de pensar y realizar nuestras prácticas no estuvo siempre presente dentro de la formación en psicología clínica en el marco de la Universidad de la República. Su origen se sitúa en el Plan 88 y en la estructura académica del Instituto de Psicología de la Udelar, al crearse el Área de Diagnóstico e Intervención Psicológica de la Facultad de Psicología. Por eso, quizás sea bueno hacer un poco de historia y darle a ese origen la vigencia que tiene. Obviamente, no fue un término inventado en ese momento; al denominar al área de esta forma se buscó promover el desarrollo conceptual y la investigación sobre una variedad de prácticas de los psicólogos clínicos que no estaban contempladas en las más «tradicionales»: el psicodiagnóstico y la psicoterapia. Nació asimismo vinculada a la noción de consulta psicológica, que tampoco estaba en el lenguaje habitual de los psicólogos, probablemente porque el término siempre estuvo muy vinculado a la medicina.

El desarrollo de estos dos conceptos, *intervención* y *consulta*, fue un motor que puso en marcha la producción científica del área. Motor que, como podemos comprobar en el presente manual, por suerte no se ha detenido nunca.

El equipo docente que estuvo a cargo del manual formó parte del equipo del área prácticamente desde sus comienzos, por lo que son constructores de esa historia y de esos desarrollos. Esto hace que el manual incluya a la vez las nociones que en este recorrido se han ido consolidando y enriqueciendo desde las prácticas extensionistas y desde la investigación, y otras que fueron acuñándose a partir de las nuevas prácticas, aquellas que exigen los cambios sociales. Es decir, se produce el movimiento que la realidad nos impone en estos tiempos de incertidumbre. Cambian nuestras prácticas de la misma forma que cambian los modos de producción de subjetividad, una subjetividad que se resiste a ser encerrada en conceptualizaciones estáticas y por tanto en formas de abordarla que no cambian. De estos cambios y de esas diversas modalidades de intervención sobre la subjetividad trata este manual.

A lo largo de los distintos apartados, el lector encontrará desarrollos teóricos, teórico-técnicos y modalidades de intervención en salud, abarcando de esta forma los distintos componentes que incluyen las intervenciones clínicas.

Cabría preguntarse, quizás, por qué el equipo decidió que tuviera un formato de manual. No tengo la respuesta, pero conociendo la trayectoria de quienes estuvieron a cargo de la coordinación, y la de los distintos autores, puedo suponer que fue porque los desarrollos conceptuales de los que se trata siempre estuvieron muy ligados a la formación de psicólogos, tanto en espacios de formación teórica como aquellos de formación práctica; si bien queda claro en el manual que esta división es absolutamente artificial cuando nos referimos a la clínica en psicología.

El hecho de que esté dirigido a los estudiantes le otorga un formato específico en relación no solo al estilo, entre académico y coloquial, sino también al ordenamiento de cada uno de los capítulos, en donde se comienza, al estilo de una clase, por los objetivos, por presentar los temas y contenidos que se van a abordar, cerrando cada uno con orientaciones, preguntas y más que permiten al estudiante resignificar su lectura, volver al texto e interrogarse desde un lugar diferente.

Tiene además otro aspecto, a mi modo de ver muy valioso: se puede leer tanto respetando la secuencia ya dada o comenzar por algunos de los apartados que tengan un interés mayor para el estudiante, pues se encontrará con referencias-guía conceptuales que lo remitirán a la posibilidad de profundizar, en otros apartados, los conceptos y nociones mencionados.

En este sentido, es interesante ver que, si bien las viñetas y ejemplos clínicos de cada uno de los capítulos están pensados para este, permiten el análisis desde los contenidos de cualquiera de ellos permitiendo su apertura a múltiples abordajes. Esto da cuenta de la coherencia interna que presenta el manual.

Solo queda invitar a los lectores a que se entusiasmen con la lectura, a que se interroguen y se dejen interrogar por esta forma de pensar y conceptualizar la clínica.

Presentación

Prof. Agd. Mag. Adriana Tortorella (responsable),
Prof. Agd. Mag. Julia Tabó, Prof. Agd. Mag. Silvana Contino,
Prof. Adj. Dra. Denisse Dogmanas y As. Lic. Pablo Casal

El presente manual didáctico surge del programa *Modalidades y efectos de las intervenciones clínicas en servicios de salud*, perteneciente al Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Udelar. Asimismo, han participado en la escritura otros docentes invitados que forman parte del Instituto de Psicología Clínica y que cuentan con una amplia experiencia en docencia, investigación y extensión universitaria.

La trayectoria de los docentes del Instituto en la construcción de conceptualizaciones sobre las intervenciones psicológicas en nuestro medio ha representado un avance cualitativo que se ha visto reflejado en la extensión universitaria. Esto ha redundado en aportes al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS, 2007), al Plan de Prestaciones en Salud Mental (MSP, 2011) y al Plan Nacional de Salud Mental para Uruguay (2020-2027).

El recorrido de los autores se enmarca tanto en el desempeño profesional dentro del sector público y privado del SNIS como mediante la docencia y práctica extensionista dentro de los servicios de salud de la Facultad de Psicología, Udelar. Entre las innumerables prácticas realizadas en distintos marcos institucionales del país, es pertinente destacar el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA) y la Policlínica Psicológica del Hospital de Clínicas, que serán mencionadas en capítulos del presente manual.

El SAPPA es un servicio de atención psicológica preventivo asistencial en el marco de un convenio de la Facultad de Psicología (Udelar) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que data del año 2001 y actualmente abarca todo el territorio nacional. En sus objetivos se plantea ofrecer, a los beneficiarios de Asistencia Integral de ASSE y sus núcleos familiares, un servicio de referencia capaz de brindar atención psicológica en niveles de promoción, prevención y atención integral en salud. Asimismo, proporcionar a docentes, estudiantes avanzados de grado, y eventualmente de posgrado, de la Facultad de Psicología la oportunidad de formar parte de un servicio de estas características y generar un volumen de experiencia clínica que opere como insumo para la docencia y la investigación, tareas esenciales de todo servicio universitario. En referencia a las prestaciones en salud (primer y segundo nivel), se brindan actividades de promoción y prevención, consulta y orientación psicológica, intervenciones en situación de crisis vitales o existenciales, tratamiento de apoyo en conflictos de pareja o familia, encuentros grupales de reflexión e intervenciones institucionales, espacio creativo para niños, sala de espera para los adultos de referencia de los niños, intervenciones

psicoterapéuticas, coordinación de eventuales derivaciones y seguimiento de la evolución posterior a la intervención.

Por su parte, la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología, ubicada en el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela, conforma desde el año 1988 un servicio clínico universitario de salud en un segundo nivel de atención. Se ofrecen intervenciones clínicas psicológicas a la población a partir de los 14 años de edad y con variados motivos de consulta. Este ámbito de prácticas de carácter integral dentro de la extensión universitaria brinda a los estudiantes instrumentos teóricos y técnicos para el abordaje de las situaciones clínicas. Se realizan entrevistas de recepción, evaluaciones psicológicas e intervenciones psicoterapéuticas breves de enfoque psicodinámico o cognitivo conductual.

El manual pretende ser un aporte para el acercamiento a las prácticas clínicas. En particular, esta producción busca actualizar la bibliografía utilizada en la unidad curricular obligatoria: Teorías y Técnicas de las Intervenciones Clínicas, dictada en la carrera de grado de la Facultad de Psicología, Udelar, del plan de estudios 2013. Se proponen, además, ejercicios clínicos o preguntas orientadoras que posibiliten las reflexiones sobre los diferentes aspectos de la formación en la clínica psicológica.

Se contempla y promueve la utilización del manual por otros profesionales de la salud que encuentren su uso pertinente para el desarrollo de sus prácticas clínicas. De esta manera, es posible impactar en la formación de los profesionales en servicios de salud, actualizando las perspectivas de la psicología clínica presentes en nuestro medio.

Este manual surge de la necesidad de plasmar en forma documental dichos recorridos conceptuales para que sean aportes a las prestaciones en salud mental, ya que hay escasa bibliografía actualizada sobre la temática en la producción nacional. Resultan necesarias las producciones nacionales académicas que reflejen herramientas y técnicas competentes para intervenciones clínicas adaptadas a la actualidad en los diferentes niveles de inserción del psicólogo. Se han dado grandes transformaciones a partir de la reforma del sistema de salud de nuestro país y de la atención psicológica en los servicios de salud, que, al ser relativamente recientes, no han sido suficientemente sistematizadas en una producción destinada a la formación y actualización disciplinar.

Corresponde señalar que las repercusiones generadas en los años 2020-2022 por el covid-19 alteraron la vida cotidiana de las personas: generaron angustias colectivas, pérdidas a nivel personal, laboral y de tipo económico en el contexto de pandemia mundial.

La necesidad de incorporar la asistencia psicológica mediante dispositivos a distancia ha interpelado la manera de hacer clínica sostenida hasta el momento, puso en jaque las concepciones más tradicionales de la psicología clínica que ya venían siendo sacudidas en nuestro país por los mencionados avances a nivel académico y del sistema de salud. La propia situación de crisis generó la oportunidad de llevar adelante una revisión conceptual y epistémica, plasmando los conceptos desarrollados desde las prácticas en servicios de salud.

En este manual se proponen como objetivos formativos la adquisición de conocimientos teóricos y técnicos en las diferentes modalidades de intervención psicológica

y la articulación de dichos conocimientos en y con la práctica clínica. Particularmente, se trabajan los contenidos temáticos desde una articulación teórico-clínica, con ejemplos de casos, viñetas clínicas y diversas situaciones de consulta realizadas en los servicios anteriormente mencionados.

De esta manera, se apunta a analizar el rol del psicólogo clínico en el sistema sanitario actual, contemplando los obstáculos presentes a distintos niveles, pero también las potencialidades y espacios que la psicología clínica ha conquistado en nuestro país, acompañada de los desarrollos teóricos y reflexiones que estos nuevos ámbitos de inserción impulsan para un desempeño efectivo de la profesión.

Los trabajos presentados en el manual aportan nuevas conceptualizaciones teóricas a nivel nacional, con teorizaciones originales de los autores. De igual modo, se exploran las distintas experiencias recogidas en los servicios de salud, donde los estudiantes transitan sus prácticas clínicas en el contexto de la extensión universitaria.

A continuación, presentamos una breve reseña del contenido de cada capítulo:

Formación de profesionales para desempeñarse en servicios de salud. Se busca reflexionar junto con el lector sobre el quehacer del psicólogo clínico y las herramientas pertinentes para desempeñar una práctica preprofesional en servicios de salud, y apropiarse del conocimiento, las destrezas y las habilidades propias del ámbito.

Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para las intervenciones psicológicas en servicios de salud. Se definen conceptos como los de consulta psicológica, intervención psicológica y modalidades de intervención, pilares fundamentales para comprender la mirada actual desde la psicología clínica.

El psicólogo en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Se describe, desde la experiencia de los autores y de la literatura citada, la integración de la atención psicológica en los servicios de salud del SNIS, identificando las diversas modalidades de inserción actual del psicólogo en los tres niveles de atención. De aquí se desprende una problematización sobre los cambios en el rol del psicólogo clínico respecto de la clínica tradicional.

El trabajo e inserción del psicólogo en el primer nivel de atención en salud. Se jerarquiza la importancia de la integración del psicólogo en este nivel de atención, reflexionando sobre las transformaciones del rol del psicólogo clínico en su desempeño. Recorre las modalidades y posibilidades de intervención, enfocándose en la promoción de la salud integral y la prevención de enfermedades.

Experiencia en servicios de salud. El psicólogo en intervenciones interdisciplinarias. Se plantea compartir la experiencia de las intervenciones en las que el psicólogo es integrante jerarquizado de los equipos interdisciplinarios de salud. Para ello, se parte de la experiencia de diversas intervenciones en el modelo de salud cubano, el cual ha sido referente para la reforma de nuestro sistema de salud.

La entrevista de recepción en equipos o comité de recepción, en el marco de la consulta psicológica en servicios de salud. Se conceptualizan aspectos metodológicos de la entrevista de recepción como herramienta de exploración e intervención en sí misma, dentro de la concepción de consulta psicológica.

Complejidades de intervención en un servicio universitario: recepción y estrategia clínica. Se presenta la recepción de un caso trabajado en un servicio universitario

(SAPPA) que, por sus características, interpela al equipo profesional en su abordaje y estrategia clínica.

Intervención diagnóstica – transición epistemológica. Se reflexiona sobre el posicionamiento del rol del psicólogo clínico en la intervención diagnóstica y cómo fue afectado por la perspectiva epistemológica de la complejidad.

Las técnicas en la intervención diagnóstica: particularidades. Se presentan las características que adquieren aquellas modalidades de intervención psicológica que suponen la utilización de otras herramientas además de las entrevistas psicológicas, por ejemplo, la aplicación de técnicas proyectivas.

Pensando la devolución. Se intenta acercar una reflexión sobre el lugar que ocupa la devolución en la intervención clínica con un sujeto. Se detalla su especificidad, se conceptualiza el término y se revela su recorrido histórico hasta convertirse en un aspecto clave del proceso de intervención.

Intervenciones con pacientes oncológicos en servicios de salud. Se ejemplifica una aplicación del modelo de intervención desde la psicología clínica al área concreta de los pacientes oncológicos. Se problematiza el lugar del psicólogo dentro del equipo asistencial y se muestran herramientas teórico-técnicas de intervención específicas en el campo de la psicooncología.

Intervenciones clínicas psicológicas en la virtualidad. Se intenta transmitir conocimientos básicos de las intervenciones clínicas en modalidad virtual, para que sean utilizadas en el acervo de herramientas del psicólogo clínico.

Pretendemos que este manual sirva como guía orientadora para los estudiantes de grado de Psicología, que irán cotejando y complementando la bibliografía de los cursos —nunca como un sustituto de esta—. Los ejercicios con preguntas orientadoras al final de cada capítulo pretenden una autoevaluación por parte del lector sobre la comprensión de los contenidos desarrollados en el capítulo y sostener el proceso de reflexión luego de culminada la lectura, así como un acercamiento a posicionarse en el rol del psicólogo clínico que lleva adelante una intervención. Su uso posibilita cierta libertad en los tiempos de apropiación de las conceptualizaciones y fomenta la autonomía del estudiante en la adquisición de los contenidos.

Al final del manual, se incluye un glosario de extensión breve cuyo uso es meramente orientativo. Su objetivo es facilitar la comprensión rápida y ágil para continuar con la lectura, por lo que no apunta a describir los conceptos en toda su extensión ni abarcar todas las dimensiones involucradas.

El equipo docente de esta producción académica espera que sea un aporte para los lectores y un punto de partida para futuras reflexiones en referencia a la clínica.

Aclaración sobre la redacción del manual: El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía del lenguaje, se procura una lectura más fluida. Esta decisión no tiene ninguna connotación discriminatoria.

Formación de profesionales para desempeñarse en servicios de salud

Prof. Agd. Mag. Julia Tabó y Prof. Agd. Mag. Adriana Tortorella

OBJETIVOS

Brindar al estudiante herramientas y habilidades sobre el quehacer del psicólogo clínico para desempeñar una práctica preprofesional en servicios de salud.

Introducción

La psicología clínica es uno de los ejes centrales en la formación del psicólogo. Está definida en el Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Udelar, como

... la que se ocupa de la investigación, comprensión e intervención de las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas en los distintos y variados contextos en los que puedan tener lugar; y en las dimensiones individual, grupal, familiar, institucional y comunitaria. (IPC, 2010, p.1)

En este Instituto funciona el programa Modalidades y Efectos de las Intervenciones Clínicas en Servicios de Salud que define las intervenciones clínicas como el abordaje realizado en la clínica psicológica en busca de respuestas a diversas manifestaciones del sufrimiento psíquico y habilita la producción de sentidos con fines diagnósticos o terapéuticos.

Para una adecuada formación en las intervenciones clínicas, el estudiante tiene la posibilidad de transitar por la experiencia de las prácticas clínicas. Estas se llevan a cabo en los diferentes servicios de salud universitarios que brindan atención a la comunidad.

¿Qué implica una práctica clínica en psicología? Las prácticas clínicas en el ejercicio preprofesional posibilitan transitar por experiencias de campo en relación al rol del psicólogo clínico. Implican la inserción del estudiante en un campo específico, el de la psicología clínica.

¿Dónde se llevan a cabo? Se desarrollan en espacios universitarios de la Udelar, algunos de los cuales se implementan en el marco de convenios de la Udelar con otras instituciones públicas.

¿*Cuáles son los objetivos?* Tienen un doble objetivo. Por un lado, brindar atención psicológica de acuerdo a las necesidades particulares de quien consulta y, por otro lado, la formación disciplinar específicamente en clínica en donde se deberá contemplar la comprensión de la situación clínica, el análisis, la construcción de un dispositivo de intervención y la ejecución de las estrategias con el objetivo de una orientación o derivación pertinentes.

A continuación, compartimos los lineamientos institucionales para el tránsito por las prácticas clínicas de los estudiantes en sus diferentes niveles correspondientes a formación de integral y de graduación.

Las prácticas *de integral* son prácticas preprofesionales en las que el estudiante tiene una participación centrada en la observación, sin la responsabilidad de participar de forma autónoma en la toma de decisiones y ejecución de la intervención. Implica aproximarse al ejercicio profesional (ubicarse en el rol); ser capaz de desempeñar el rol de observador activo, construyendo un registro, comprensión y análisis del problema. También aproximarse al diseño de la intervención posible a través de las herramientas para la intervención y las implicancias éticas en su rol. Se realizan con la tutoría y acompañamiento docente en el campo.

Se espera que el estudiante de integral acceda a la comprensión de las situaciones apelando a un modelo teórico de forma crítica, que aprenda sobre diseños de intervenciones y la utilización de herramientas técnicas. Que desarrolle un rol de observador participante, con una actitud ética, teniendo en cuenta la responsabilidad profesional ante los actores implicados (usuarios, estudiantes, actores institucionales).

Las prácticas *de graduación* son prácticas preprofesionales en las que el estudiante tiene un desempeño con autonomía creciente en la toma de decisiones, resolución de problemas y ejecución de estrategias de intervención. El estudiante ejercita el rol profesional realizando un análisis de la situación, definiendo las herramientas para la intervención del caso y la implementación de estrategias con supervisión docente, con mayor autogestión en terreno.

Se espera que el estudiante en etapa de graduación acceda a la comprensión de las situaciones apelando a la fundamentación desde un marco teórico, formulando hipótesis en forma crítica; que sea capaz de diseñar estrategias de intervención utilizando herramientas técnicas de forma adecuada que den respuesta a la investigación de las hipótesis formuladas con una actitud ética, pudiendo demostrar habilidades en la realización de informes psicológicos, comunicación institucional, trabajo en equipo. Se trata de ensayar la responsabilidad profesional ante usuarios, estudiantes y actores institucionales.

Desarrollo

Como antecedentes del recorrido docente en el plan de estudios anterior (Plan 88) de la carrera de Psicología y del plan vigente 2013, se ha participado activamente tanto en el diseño de dispositivos de enseñanza como en su ejecución, buscando enriquecer la formación universitaria.

En el Área de Diagnóstico e Intervención Psicológica del Plan 88, el equipo docente fue partícipe del trabajo de lo que en su momento se denominó, Unidad de Extensión y Atención Psicológica (UEA), donde, desde el anexo de la Facultad de Psicología, se instrumentaba la atención a la comunidad. En este sentido, también fue muy valorado el trabajo que se llevó a cabo en diversas policlínicas de la Intendencia de Montevideo, escuelas y liceos, donde el estudiante tenía la posibilidad de transitar por experiencias de prácticas clínicas.

En el período 2004-2007 se implementaron los Talleres Preparatorios para la Práctica Clínica, con el objetivo de preparar a los estudiantes en los aspectos técnicos de lo que implica un encuentro clínico en la consulta psicológica. Se trató de generar un espacio de reflexión partiendo de la simulación de casos de consulta a modo de *role-playing*.

También resultó novedoso establecer una forma de cursada denominada Construcción de Guiones, con posterior escenificación, en la que se buscó dar respuesta a las interrogantes de los estudiantes relacionadas con las habilidades comunicacionales: saber qué sucede dentro del espacio de consulta; interrogarse sobre cómo se saluda, cómo se habla, qué se dice, cuándo y de qué manera se actúa. La elaboración de guiones generó en el grupo participante un verdadero posicionamiento en la construcción de la práctica a partir de las experiencias que surgen de la lectura de lo social y de los supuestos motivos por los que la población se mueve a consultar.

Otros antecedentes más recientes son las investigaciones del Instituto de Psicología Clínica relacionadas con la enseñanza de la clínica en la formación de psicólogos, que desde diferentes miradas nutrirán la formación a nivel didáctico y pedagógico. En esta línea están los antecedentes de las tesis de maestría: G. Prieto (2011): «Evaluación de los aprendizajes de la clínica: su coherencia con los dispositivos de enseñanza»; A. Protesoni (2014): «Desarrollo de las competencias para la clínica psicológica en la formación del licenciado en Psicología de la Udelar»; J. Tabó (2015): «Análisis de las prácticas de enseñanza y de la articulación teoría y práctica en la enseñanza de la clínica psicológica».

Cabe señalar que desde el año 2018 se implementó un espacio obligatorio para los estudiantes, creado e instrumentado desde el Instituto de Psicología Clínica, denominado *propedéutico*, como una condición previa al acceso a las prácticas de dicho Instituto. Ese espacio actúa como nexo articulador de los contenidos impartidos por las distintas unidades curriculares obligatorias del Instituto, poniéndose en juego a través de propuestas con casos y problemas clínicos. Se trata de que, a partir de materiales propuestos por los coordinadores docentes, los estudiantes puedan articular las herramientas propias de una intervención clínica. Se jerarquiza la importancia del registro de la consulta, de la actitud y aptitud clínica, así como de la escucha clínica. Estos componentes están orientados a que el estudiante logre una dimensión de lo que implica transitar por la experiencia de una práctica *in situ*, para poner en juego «el hacer».

El plan de estudios es un objeto complejo, al decir de Camilloni (2001), y las prácticas propician experiencias en los estudiantes, huellas o consecuencias respecto del tipo de aprendizajes que desarrollan. La autora plantea que el objetivo, desde la perspectiva de qué profesional formar, apunta al diseño de un perfil de egreso.

Es pertinente considerar la formación por competencias en el campo de la educación superior. Díaz Barriga (2006) considera que toda competencia requiere del dominio de un conocimiento específico, una serie de habilidades y su puesta en acción en una situación problema. Ante ello reconoce que «se pueden simular situaciones de la vida cotidiana o de la vida profesional» en el ámbito educativo, que «no necesariamente son los problemas que constituyen la vida real, aunque son una buena aproximación a esos problemas». De forma similar, Camilloni (2010) señala que el concepto de *competencia* tiene la ventaja de ser un saber en acción, especialmente cuando se la vincula a la resolución de problemas complejos situados en el proceso de formación de los profesionales universitarios. Adquirir competencias implica poner en juego múltiples saberes: saber hacer, saber estar y saber ser (conocimientos, procedimientos y actitudes) combinados, e integrados, en el ejercicio profesional. El dominio de estos saberes «hace capaz a un individuo de actuar con eficacia en una situación profesional» (Tejada, 1999).

Transitar por una práctica clínica *haciendo*, en un marco institucional universitario, le permite al estudiante afianzar su rol de futuro profesional con un fuerte compromiso ético, donde el docente opera como modelo identificatorio. Se jerarquiza el aprendizaje en las prácticas clínicas como un proceso de apropiación instrumental de la realidad, en tanto se toma contacto directo con la complejidad de la consulta.

Se espera que el estudiante participante de una práctica clínica logre

- Apropiarse de la información referida a la organización y funcionamiento de la institución, como equipos de trabajo y profesionales, y conocer las prestaciones que ofrece el servicio de salud en que está llevando a cabo su práctica.
- Posicionarse con una actitud y aptitud clínica que denote idoneidad.
- Comprensión de la importancia ética del compromiso de confidencialidad y la necesidad de firmarlo.
- Incorporación en su formación en clínica de la inclusión del consentimiento informado.
- Aplicación de habilidades comunicacionales acordes a la situación de consulta.
- Implementación de los recursos teórico-técnicos más pertinentes, de acuerdo a la singularidad de cada consultante.
- Reflexión sobre su práctica.
- Identificación e integración de las herramientas necesarias para una adecuada resolución de la consulta psicológica.
- Comprensión y análisis del material clínico, con elaboración de hipótesis que le permitan establecer un diagnóstico de situación, para brindar orientaciones o recomendaciones acordes a la particularidad de la consulta.
- Confección de la historia clínica electrónica con resguardo en el archivo técnico de la institución.

A nivel actitudinal,

se espera que el estudiante tenga en cuenta

- Presentación puntual: cumplirá con el horario acordado en el servicio de salud donde se desempeñará.
- Adecuación en la vestimenta: evitará elementos que lo identifiquen con la adhesión a un grupo político, deportivo, religioso, etc. Debería ser semiformal, tendiendo a las prendas neutras que eviten llamar la atención.
- Actitud en la sala de espera (en caso de que la hubiera): no se detendrá con los consultantes/pacientes; evitará dialogar sobre situaciones personales.
- Lenguaje formal: lo utilizará acorde al rol que se le asignará en el servicio, tanto con funcionarios como con profesionales.
- Presentación inicial: saludará cordial y respetuosamente al consultante/paciente, en una aproximación al rol del psicólogo.
- Claridad expositiva: establecerá el encuadre con una consigna de trabajo clara y en acuerdo con quien/es consultan.
- Neutralidad personal: no dará opiniones ni expresará sentimientos, favorables o desfavorables, con palabras, gestos o acciones.
- Confidencialidad: la mantendrá sobre todo lo que acontezca en la consulta.
- Observación constante: establecerá la concordancia de los lenguajes verbales y no verbales.
- Evitará la personalización: no compartirá aspectos de su vida personal, ni indagará en la vida del consultante por curiosidad, más allá de los objetivos de la intervención.
- Implicación personal: evitará la personalización que pudieran llevar a la pérdida de la distancia óptima profesional; jerarquizará la experiencia de transitar un espacio de psicoterapia que le permite acceder al conocimiento personal.
- Ética: mantendrá una actitud ética respecto a la institución en que se desempeña, así como en sus acciones, fuera y dentro del ámbito de trabajo.

A nivel del conocimiento,

se espera que el estudiante tenga formación en

- Las teorías que sustentan la praxis.
- Entrevistas psicológicas y otras técnicas inherentes al desempeño del psicólogo.
- Los diferentes modos de intervención del psicólogo clínico.

A nivel procedimental,

se espera que el estudiante logre mantener un enfoque clínico que implica

- Poner en juego destrezas y habilidades para llevar adelante la consulta, articulándola con la formación académica previa.
- Aplicar las herramientas técnicas del psicólogo clínico en general.
- Manejar de forma pertinente la situación que requiera la consulta con las diversas modalidades de intervención del psicólogo.

- Establecer consignas comprensibles y sencillas que permitan al consultante comprender los objetivos de la intervención.
- Propiciar la expresión del entrevistado con preguntas claras y pertinentes.
- Dar respuestas a las consultas con una adecuada orientación y derivación, bajo la supervisión de un docente responsable.
- Poner en juego la estructura de demora si fuera necesario —*demora* implica interrogarse sobre los por qué y para qué de lo que se busca conocer—.

Como síntesis de lo expuesto, en esta línea se destacan los aportes de Reidl (2008), quien plantea que las competencias que un egresado de psicología debería tener son de tres tipos: teórico-metodológicas, técnicas contextuales y adaptativas-éticas, competencias siempre en permanente interacción.

Preguntas orientadoras

- 1) Desarrolle los aportes que le brindaría para su formación universitaria la experiencia de transitar por una práctica clínica.
- 2) ¿Qué implica la *adquisición de competencias*, tomando en cuenta los aportes de Camilloni?
- 3) Describa su experiencia en una práctica clínica y realice una articulación con lo propuesto en el artículo.

Bibliografía

- CAMILLONI, A. (2001), Modalidades y proyectos de cambio curricular. En *Aportes para un cambio curricular en Argentina*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires y OPS/OMS.
- CAMILLONI, A. (2010), La enseñanza para la formación de profesionales: dilemas y certidumbres. Ponencia en panel abierto: Dilemas y Transiciones de la Educación Superior, organizado por el comité académico del Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria (Área Social, CSE). Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, Udelar (inédito).
- DÍAZ-BARRIGA, A. (2006), El enfoque de competencias en la educación: ¿una alternativa o un disfraz de cambio? En *Perfiles Educativos*, vol. 28, núm. 111, 7-36. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/132/13211102.pdf>
- FERNÁNDEZ, A., López, M., Borakievich, S., Ojam, E., Cabrera, C. (2014), La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad, revista *Sujeto, Subjetividad y Cultura*, núm. 8, pp.5-20.
- IPC (2010), Documento de creación del Instituto de Psicología Clínica. Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar.
- LÓPEZ, N., Tabó, J., Tortorella, A. (2007), Devenires en la enseñanza de la clínica. Nexos articuladores que favorecen la enseñanza. En Tabó, J. (2007), Entrevista *Devenires en la clínica*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- PERRENOUD, P. (2007), *Diez nuevas competencias para enseñar*. México: Graó.
- PRIETO, G. (2011), Evaluación de los aprendizajes de la clínica: su coherencia con los dispositivos de enseñanza (tesis de maestría). Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar.
- PROTESONI, A. (2014), Desarrollo de las competencias para la clínica psicológica en la formación del licenciado en Psicología de la Udelar (tesis de maestría). Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar.
- REIDL, M. (2008), Competencias profesionales para los psicólogos. En Carpio, C. (coord.): *Competencias profesionales y científicas del psicólogo: investigación, experiencias y propuestas*. (15-42). Ciudad de México: Universidad Autónoma de México.
- ROE, R. (2003), ¿Qué hace competente a un psicólogo? Revista *Papeles del Psicólogo*, núm. 86, 1-12. Madrid: Colegio General de Colegios oficiales de Psicólogos.
- TABÓ, J. (2007), Herramientas para la práctica preprofesional. Entrevista *Devenires en la clínica*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- TABÓ, J. (2007), Entrevista – teatro: co-construcción de guiones. Entrevista *Devenires en la clínica*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- TABÓ, J. (2015), Análisis de las prácticas de enseñanza y la articulación teoría y práctica en la enseñanza de la clínica psicológica (tesis de maestría). Montevideo: Facultad de Humanidades, Udelar.
- TEJADA, J. (1999), Acerca de las competencias profesionales. Documento publicado en la revista *Herramientas* (I), núm. 56 (pp.20-30). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Dret.
- ULLOA, F. (1973), *Psicología clínica de adultos*. Buenos Aires: Ed. Sigla.

Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para las intervenciones psicológicas en servicios de salud

As. Lic. Pablo Casal y Prof. Agd. Mag. Silvana Contino

OBJETIVOS

Definir conceptos como los de consulta psicológica, intervención psicológica y modalidades de intervención.

Consulta psicológica

A partir de una definición básica de consulta psicológica, De Souza (2013) señala que la consulta psicológica es la consulta que se le realiza al profesional de la psicología, en el contexto de la clínica psicológica. El profesional busca responder la solicitud de ayuda de un sujeto frente a su sufrimiento psíquico. La noción de *consulta* implica que tal pedido no se realiza a cualquier profesional, sino que estará dirigido a alguien habilitado para tal fin; en el caso de la consulta psicológica, al psicólogo clínico, el cual deberá brindar una respuesta acorde a esa solicitud de ayuda (Menéndez, 2005).

Krause (2005) sostiene que el que realiza una consulta psicológica a un profesional de la psicología es porque identifica al psicólogo como aquel sujeto idóneo para atender la situación por la que se encuentra pasando o padece. Aquella puede ser un conflicto interno, intersubjetivo, síntoma, malestar o cualquier otro tipo de expresión que implique sufrimiento. La direccionalidad del pedido de ayuda por parte de una persona al profesional es orientada porque el sujeto logra asociar su padecimiento con la incidencia de ciertos factores o aspectos que responden al campo de la salud mental. La autora señala que una persona le da una serie de explicaciones, justificaciones o sentidos, de carácter consciente o no, a lo que le pasa o padece. Estos son los aspectos cognitivos de su vivencia o experiencia subjetiva. Si estas cogniciones son vinculantes con factores predominantemente psicológicos o psicosociales, biográficos o de la historia de vida del sujeto, el consultante suele

orientar la consulta a un profesional del área de la salud mental. Plantea, incluso, que acude directamente a los servicios de salud o estrictamente al servicio de salud mental. El presente recorrido del consultante se da porque la teoría subjetiva, es decir, las formas en que explica, justifica y entiende su malestar subjetivo, hace que ponga el acento en elementos de lo psicosocial, aunque no les dé sentido de forma inmediata o consciente (Krause, 2005).

La consulta psicológica es entendida como ese espacio príncipes de encuentro entre el que consulta y el consultado (el profesional de la psicología). Es en este espacio que se da un lugar para pensar, junto con el consultado, la diversidad de significaciones que puede tener para él lo que le está sucediendo. Cristóforo (2002) señala que la palabra *consulta* proviene de *consúlere = pensar* —habitualmente consigo mismo o con otro—. La posibilidad del sujeto de pensarse o pensar junto con otro configura al consultante, a quien pide ayuda. La figura del consultante no se trata siempre de un solo sujeto, sino que también pueden serlo una familia, una pareja, un equipo de trabajo, una institución o hasta miembros de una comunidad.

Otra acepción de *consulta psicológica* es aquella en la que el o los consultantes se configuran como tales, se trata de otros profesionales que buscan un asesoramiento o mirada disciplinar específica de la psicología. Las situaciones que interpelan a otros profesionales del área de la salud, social y hasta jurídica, como médicos, licenciados en trabajo social y abogados, respectivamente, hacen que se vean involucrados frente a situaciones con cierto nivel de complejidad. La incidencia de múltiples variables en dichas situaciones implica una mirada y lectura que involucra a la psicología para su comprensión. Es en estos casos cuando se configura una consulta por otro profesional al profesional de la psicología. Comprender ciertos aspectos psicológicos en una situación permite complementar la complejidad de lo que se enfrentan y percibir que se encuentran frente a sus propios límites disciplinares. En estas instancias se da una mirada multidisciplinar de un fenómeno complejo y se ofrece la posibilidad de una estrategia de trabajo conjunto de carácter interdisciplinar. También puede configurarse una consulta psicológica por equipos de trabajo institucionales o de las direcciones de las instituciones. En algunas circunstancias, el funcionamiento interno de los equipos de trabajo o de las instituciones se ve obstaculizado por conflictos de diversa naturaleza. Encuentran su posible desenlace al consultar a un profesional de la psicología especializado en el tema.

Por lo tanto, la consulta psicológica es la consulta al profesional de la psicología en sus diferentes ámbitos de acción, donde haya una situación conflictiva, un padecimiento o cierto nivel de sufrimiento de los involucrados, sean estos un sujeto, una pareja, una familia, varias instituciones o algunos actores comunitarios.

Desde lo fenomenológico, en la consulta psicológica se da una situación inédita que supone una interrogante tanto para el que consulta como para el consultado. Esto no implica, desde el propio profesional de la psicología, que el objetivo directo y estricto sea encontrar una respuesta única. El pensar, en el marco de la consulta psicológica junto con quien consulta o quienes consultan, habilita poner el foco en el movimiento que se produce durante el proceso de búsqueda de respuestas. Estas respuestas son construidas en el aquí y ahora entre ambos participantes del encuentro: consultante/s y consultado (Cristóforo, 2002; Burghi, Contino, 2013).

La consulta psicológica implica el encuentro entre el profesional de la psicología y el otro, en el que metodológicamente se instrumentan diversas modalidades de intervención psicológica. Este encuentro se ve facilitado por un encuadre de trabajo propiamente clínico. El abordaje que se implemente tiene de base un método, llamado *método clínico*. En ese encuentro se logra determinado vínculo que permite un espacio para la producción de sentidos (Contino, 2015).

Una forma de abordar la consulta psicológica es desde el modelo de *situación clínica*. A la situación clínica se la entiende como la yuxtaposición de múltiples fenómenos que aparecen dentro de la consulta. Es decir, la consulta psicológica implica y facilita la concreción de la situación clínica. Afrontar la situación clínica supone disponer de una actitud técnica que involucra la planificación y el trabajo en interdisciplina (Menéndez, 2005).

Para el logro de la comprensión de lo que se da en la consulta psicológica definiremos *intervención psicológica: encuadre clínico y método clínico*.

Intervención psicológica

Juan, Etchebarne, Roussos *et al.* (2009), citados por Contino (2015), señalan que la noción de intervención puede comprenderse de forma general o amplia y de forma acotada o restringida. En la primera, se refiere a la intervención como al proceso completo de diagnóstico o tratamiento, y en la segunda acepción, como la acción específica del profesional de la psicología en su accionar, a través de la implementación o aplicación de ciertas técnicas así como, el decir técnico, dentro del proceso de consulta o tratamiento (por ejemplo, cuando el profesional realiza un señalamiento o explicación como recursos técnicos en la intervención).

Se define a las intervenciones psicológicas como «el abordaje técnico realizado en la clínica psicológica que busca responder a la solicitud de ayuda ante un sufrimiento psíquico». Se plantea también que las intervenciones psicológicas llevadas adelante pueden ser entendidas desde un amplio campo referencial teórico, predominantemente desde las teorías psicodinámicas y desde el paradigma de la complejidad (De Souza, 2013).

Muniz (2005, 2018) plantea que *intervenir* proviene de *venir-entre*, poniendo el énfasis en el encuentro y trabajo en conjunto entre el o los consultantes y el consultado. La intervención en psicología es la que produce y habilita un espacio para pensar, desde una óptica diferente, lo que se *des-cubre* con otro e implica subjetivarse mutuamente. Tanto quien solicita la intervención como el profesional que la diseña e implementa, se verán afectados en diferentes grados por lo particular de ese encuentro único, inédito e irrepetible.

El concepto de intervención implica la acción de operar, un *hacer-con* en la búsqueda de los diferentes sentidos que puede presentar el sufrimiento que acarrea el consultante Muniz (2005, 2018). En una práctica construida desde la noción de consulta psicológica tal como es planteada, el diagnóstico y la intervención se encuentran estrechamente vinculados y necesariamente presentes de forma simultánea: se diagnostica, se interviene; se interviene, se diagnostica y se conoce.

En la práctica cotidiana de la clínica, y principalmente en su enseñanza, se suelen pensar dichas acciones como si se tratara de estrategias diferentes o aisladas. Esto se debe a que de acuerdo con el tipo de consulta al que se haga frente, será necesario diseñar una estrategia clínica dinámica. La misma, por momentos tendrá el acento puesto principalmente en el diagnóstico y la comprensión etiopatogénica de la situación: cómo se organiza el sujeto frente al sufrimiento y cómo inscribe la situación actual en su historia subjetiva, para después, en otras etapas, poner el foco en realizar una indicación pertinente de tratamiento (Cristóforo, 2002).

Con esto se quiere dejar planteado que sin importar el tipo de intervención que se lleve a cabo, la intervención psicológica por sí misma genera potenciales efectos terapéuticos, ya que se propicia un alivio psicológico en el encuentro con el otro y el proceso reflexivo que allí se produce (Krause, 2005). Siempre se está haciendo diagnóstico, en el sentido de comprender la situación clínica y las particularidades del procesamiento psíquico del consultante utilizando las herramientas provistas en el método clínico.

Desde estas nociones teóricas, en el marco de la consulta psicológica se pueden realizar varias modalidades de intervención.

Modalidades de intervención

*Equipo o comité de recepción*¹

Es un dispositivo implementado originalmente en el contexto de las instituciones sanitarias que pasó de ser un dispositivo nacido de una necesidad generada por un cierto encuadre institucional-hospitalario a una forma de intervención en sí misma, con características y metodología propia, extrapolable a diversos marcos de intervenciones psicológicas. El presente dispositivo se lleva a cabo en las instituciones sanitarias; se denomina *comité* o *equipo de recepción* y está integrado por más de una disciplina de la salud.

Esta modalidad de intervención clínica en psicología tiene valor esencialmente de carácter diagnóstico. Su finalidad es la orientación, indicación o derivación, teniendo en cuenta que hay consultas que se resuelven en una entrevista de recepción. Puede llegar a desarrollarse en más de un encuentro si el profesional o profesionales intervinientes lo consideran pertinente.

La entrevista de recepción es un instrumento en el que la escucha está orientada más al diagnóstico de la situación clínica o la problemática que presenta el/los consultante/s, con el objetivo de brindar una contención inicial, una orientación primera o, de ser necesario, una derivación pertinente (Contino y Fraga, 2017).

Se trata del primer contacto del profesional con el consultante, y de un primer momento de escucha del motivo de consulta o de la derivación, que permite elucidar

¹ Ver capítulo 6: «La entrevista de recepción en equipos o comité de recepción en el marco de la consulta psicológica en servicios de salud», por M. Couso y S. Contino. Ver capítulo 7: «Complejidades de intervención en un servicio universitario: recepción y estrategia clínica», por A. Tortorella y J. Tabó.

quién demanda la intervención. Pero se diferencia de lo que puede ser la *primera consulta* por su proceso psicoterapéutico o psicodiagnóstico, ya que cuenta con otros objetivos y metodologías. En muchas instituciones, la recepción es realizada por un psicólogo —o equipo especializado—, que no necesariamente es quien se encarga de otro tipo de intervenciones psicológicas en ese centro.

La entrevista de recepción, como herramienta, necesita de una formación específica para su uso y de una implementación correcta. Es el momento inicial en que se construye un vínculo con el consultante, por esto uno de sus objetivos es el de lograr un buen *rapport* —la palabra juega un rol preponderante—, aunque también debe atenderse lo preverbal. Se jerarquiza el saber del consultante, quien nos encamina, mediante la escucha clínica del profesional, a una intervención en sentido estricto, en articulación con una orientación en sentido amplio (Bonomo, 2000).

Al tratarse de un encuentro inédito, no hay un modelo rígido ni estereotipado de cómo llevar adelante tal entrevista. Esta dependerá principalmente del juego entre entrevistador y consultante, que puede generar diversos efectos en el encuadre clínico.

En el *profesional*: Al no tener conocimiento previo de la situación que se presenta, se produce una cierta desorganización que, si no se maneja de forma adecuada, puede traducirse en ansiedad de tipo paranoide o confusional. Se desconoce cuántos pacientes entrarán, por quién se consultará, si se hablará o no... En algunas instituciones de salud, esta ansiedad disminuye cuando se cuenta con información previa —nota de derivación de otro profesional, historia clínica del usuario, ficha que debe llenar el usuario o institución—.

En el *consultante*: Se enfrenta a una situación nueva. Puede oscilar entre ansiedades de tipo paranoide, depresivas o confusionales. Esto también puede verse modificado por el motivo de la consulta, así como por experiencias anteriores propias o relatadas sobre encuentros con otros profesionales de salud mental.

Con respecto a los aspectos técnicos, se establecen como pautas generales:

- Establecer un buen *rapport*.
- Conseguir claridad sobre el motivo de la consulta —por quién se consulta y el grado de pertinencia o urgencia de la consulta, entre otros datos—.
- Apreciar el grado de coherencia o discrepancia en el consultante entre lo verbal y lo no verbal.
- Planificar una estrategia acorde a cada caso particular.
- Orientar, o derivar, o indicar.

La entrevista de recepción puede presentarse en distintas etapas. Estas suelen ser ordenadas en *apertura*, *desarrollo* y *cierre*.

Primer momento, *apertura*: Se presenta a quien —o quienes— se encarga de la recepción (profesional, comité, estudiante/s) y se explica el encuadre; es importante para poner en situación al consultante y para adelantarle que tal vez no sea el mismo equipo quien continuará trabajando si se indicara una intervención posterior.

Segundo momento, *desarrollo*: Se da la *apertura a la observación*, según lo que se escucha. El consultado piensa el diseño de una estrategia. Al producirse una *apertura*, el consultante despliega su motivo de consulta; se inicia de forma abierta y se va transformando en semidirigida por la identificación de las problemáticas y del

diagnóstico de situación. Este último implica identificar las áreas comprometidas en el sujeto por la problemática planteada. No se interpreta, explícita o interviene en función de los aspectos transferenciales y los contratransferenciales presentes; estos fenómenos solo serán utilizados por el psicólogo de forma interna para la comprensión de la situación clínica.

Tercer momento, cierre: Se culmina la entrevista, orientación, indicaciones, derivación.² Le corresponde al psicólogo clínico brindar una respuesta acorde a la recepción de la consulta, en términos comprensibles para el entrevistado. Las respuestas, según la situación clínica singular y a través de su intervención, pueden ser: de orientación, de derivación a otro profesional competente —y de coordinación de dicha derivación—, y de derivación a la misma disciplina para realizar otra intervención —intervención diagnóstica o terapéutica—. La oferta de posibles resoluciones también dependerá de las condiciones y recursos institucionales con los que cuente el espacio donde se realiza la intervención —consultorio privado, hospital, policlínica barrial y mutualista, entre otros—.

Este dispositivo de equipo o comité de recepción es utilizado como puerta de entrada y modo de inicio del proceso de atención de todo usuario en el sistema de salud. Se ofrece en uno o dos encuentros, de duración variable, por un profesional o un equipo multidisciplinario de profesionales especializado en recepción. Su foco está pautado en generar un diagnóstico de situación que habilite su correspondiente resolución o derivación a otras intervenciones dentro del sistema de salud o a otros profesionales pertinentes.

*Intervenciones de carácter diagnóstico*³

El diagnóstico es una estrategia de investigación, teniendo como objetivo la investigación de las subjetividades. Implica la idea de comprender lo que le sucede al sujeto, *conocer-entre*. (Cristóforo, 2002). Asociada a la noción de intervención psicológica, en la intervención de tipo diagnóstica al mismo tiempo que se investiga se interviene, ya que el hecho del encuentro con el otro y la búsqueda en conjunto de respuestas co-construidas en el espacio clínico produce modificaciones en las subjetividades implicadas (Cristóforo, 2005, citado por Contino, 2012).

En las intervenciones diagnósticas se pone en juego la noción de estrategia clínica, que implica los pasos técnicos a seguir. Se trata de la organización y utilización de ciertas herramientas que puedan acercarnos a la comprensión de la subjetividad del consultante. Tales herramientas pueden implicar pruebas psicológicas previamente validadas para personas de características poblacionales similares al consultante (test), o elementos del análisis metapsicológico y psicodinámico que realiza el psicólogo en su entrevista.

Bernardi *et al.* (2011) plantean que existen dos formas de concebir el diagnóstico. La primera implica un enfoque dimensional que busca dar cuenta del funcionamiento

2 Ver capítulo 10: «Pensando la devolución», por M. Couso.

3 Ver capítulo 8: «Intervención diagnóstica, transición epistemológica», por J. Tabó. Ver capítulo 9: «Las técnicas en la intervención diagnóstica: particularidades», por S. Martínez.

psíquico del sujeto; la segunda remite a su identificación en una categoría preconcebida. De esta manera podemos hablar de distintos niveles diagnósticos:

Diagnóstico de situación: Implica identificar las áreas afectadas en el sujeto por su problema, conflicto, sintomatología o sufrimiento. El área puede ser evolutiva, del desarrollo, somática, social, familiar, educativa, laboral, afectivo-emocional, o todas ellas. Nivel de inferencia observacional. (Celener *et al.*, 2003).

Diagnóstico dinámico: Implica identificar el desencadenante de la consulta en articulación con la dinámica psíquica del paciente o el funcionamiento psíquico. Se trata del nivel de las hipótesis, es decir el nivel de inferencia interpretativo. (Celener *et al.*, 2003).

Diagnóstico estructural: Importante nivel de abstracción teórica. Implica especificar metapsicológicamente la conflictiva del paciente. Nivel de inferencia estructural, de reconocimiento del funcionamiento yoico y de mecanismos de defensa desplegados. (Celener *et al.*, 2003). Usualmente se utilizan sobre el consultante técnicas validadas y específicas en psicología agrupadas en baterías, con la finalidad de obtener indicadores legítimos, comparables, y cuantificables sobre el funcionamiento psíquico o conductual del sujeto.

Este tipo de intervenciones psicológicas con acento en el diagnóstico ponen su énfasis en la escucha clínica y el diseño de estrategia clínica. Pueden incluir o no uso de herramientas técnicas de evaluación psicológica (test) formando procesos de evaluación psicológica completos.

Intervenciones de carácter terapéutico

Las intervenciones de tipo psicoterapéuticas, o psicoterapias, implican necesariamente un nivel diagnóstico, con acento en el diagnóstico de carácter dinámico o estructural, que permiten el diseño de una estrategia terapéutica (estrategia clínica o plan de acción) que resultará en un modelo flexible de acuerdo al proceso terapéutico.

Estas intervenciones psicoterapéuticas apuntan al cambio del paciente (psíquico, subjetivo), alivio del sufrimiento, o su ampliación de conciencia frente a nuevas significaciones sobre el malestar subjetivo. Apunta principalmente a propiciar en el consultante un proceso que facilite el establecimiento de conexiones inéditas, no presentes previamente a la situación clínica.

La indicación de distintos métodos psicoterapéuticos, corrientes o escuelas psicológicas, o del profesional que llevará adelante la intervención psicoterapéutica, dependerá de la correcta elaboración del diagnóstico de situación y lectura del motivo de consulta.

Con respecto al concepto de *estrategia clínica*, se parte de que cada encuentro con el sujeto, cada consulta psicológica, es algo novedoso. No se sabe qué se va a encontrar en el espacio clínico; por lo tanto, el profesional tampoco sabe a ciencia cierta y de antemano cómo se va a conducir en este, qué es lo que va a explorar, qué es lo que va a instrumentar como técnicas propias para poder seguir explorando sobre la realidad psíquica de ese sujeto. El concepto de estrategia clínica implica

un tipo de planificación flexible que se va construyendo en un tiempo acotado, no está predeterminada, preestablecida ni protocolizada.

El diseño de una estrategia clínica debe contar con varias herramientas disponibles acordes a cada caso en concreto. Si bien el instrumento príncipes es la entrevista psicológica, también se cuenta con otras técnicas como la aplicación de test. Para ello se debe tener claro cuándo, cómo, por qué y para qué se utilizarían estos. El alto nivel de reflexión sobre el accionar y planificación crítica de los pasos a seguir es lo que hace al diseño de una estrategia propiamente clínica.

Cuando se utiliza una técnica,⁴ se debe saber para qué se la aplica, con qué objetivo, y qué efectos posibles va a generar dicha aplicación. Si va a facilitar o no al técnico la comprensión de determinados aspectos relacionados con hipótesis previamente elaboradas en un diagnóstico de situación, en articulación con el diagnóstico dinámico. Pero a la vez, las técnicas son un modo de intervención, porque se conforman por la producción del propio sujeto, quien se reconoce a sí mismo en esas producciones, propiciando que el profesional tome como elemento las técnicas para poder, en algún momento, devolver algo del propio sujeto.

También será parte del diseño de una estrategia incluir la intervención pertinente de otro técnico de la salud, las coordinaciones interinstitucionales o intersectoriales que hicieran falta, o las modificaciones al encuadre clínico inicial que fueran necesarias para la intervención más adecuada. Esto constituye una postura ética y técnica característica del trabajo clínico en el contexto de la extensión universitaria.

Se busca que quien transite por la policlínica pueda reconocer, mediante el ejemplo del funcionamiento de un servicio de salud universitario, la importancia del trabajo en equipo a partir del diseño de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales, en caso de que correspondan, y de las instancias de supervisión, co-visión, ateneos e intercambios en la formación en clínica. De esta manera se propicia la actitud y reflexión ética en el ejercicio preprofesional, mostrando la responsabilidad profesional ante usuarios, compañeros e instituciones en juego.

El marco institucional dentro de los servicios de salud en los que puede estar inserto el psicólogo clínico condiciona las intervenciones que son posibles de ser llevadas a cabo en el servicio. Podría plantearse que el marco institucional se transforma en un macro-marco regulador del encuadre clínico, en cuanto regula características tales como el *espacio físico* donde se llevará adelante la atención (¿dónde se atiende?, ¿en qué condiciones está?, ¿se comparte con otros profesionales?, ¿es cómodo?, ¿tiene mobiliario acorde?, ¿se atiende en un pasillo?, ¿se atiende al lado de la cama de un paciente internado?), la *frecuencia de las consultas* y la *cantidad* de estas (modos del Plan de Prestaciones en Salud Mental). Todas las condiciones que conforman el encuadre clínico se ven atravesadas por las regulaciones (escritas o no), normas o costumbres de la institución en la que se lleva adelante la intervención y, por lo tanto, no pueden desconocerse sin correr el riesgo de caer en una situación que se torne insostenible con el tiempo, o genere malestar tanto al usuario como al técnico y al resto del equipo.

El encuadre interno, por otro lado, se constituye como el estilo profesional que trasciende este marco institucional. Se conforma por un engranaje que habilita la

4 Ver capítulo 9: «Las técnicas en la intervención diagnóstica: particularidades», por S. Martínez.

articulación que instrumenta internamente al psicólogo clínico y le permite ponerse en una posición clínica y de escucha frente a la situación que se le plantea, cualquiera sea el ámbito, sosteniendo una mirada clínica y crítica que instrumente el método clínico.

Alizade (2003) entiende el encuadre interno como la integración entre el marco teórico, el proceso de análisis de la propia subjetividad del psicólogo, la experiencia profesional acumulada y el trabajo en el espacio de supervisión. Estos elementos forman el andamiaje interno que sostiene al clínico para abordar cualquier situación con miras a la instrumentación del método clínico, más allá del ámbito en el que se encuentre desempeñando su rol. Esto facilita que no dependa del encuadre clínico clásico y externo profesional para el abordaje de las situaciones clínicas a las que se enfrenta. El encuadre interno es lo que permite trabajar al psicólogo clínico en condiciones no tradicionales, o en las cuales no fuera inicialmente formado, en donde el contexto modifica las posibilidades de intervención tanto a nivel institucional, como fue pautado anteriormente, o a nivel situacional, como la actual pandemia mundial de covid-19. En situaciones como esta, el psicólogo clínico se ve obligado a la adaptación de las metodologías de trabajo de las que dispone; por ejemplo, la implementación de medios virtuales⁵ o de atención a distancia, marcando nuevas estrategias de intervención que tendrán sus propios resabios éticos y efectos en las intervenciones clínicas que se lleven adelante.

Reflexiones finales

Redefinir la teorización conceptual y la metodología de las intervenciones clínicas para dar respuesta a las situaciones concretas que se presentan en los servicios clínicos permite la retroalimentación entre teoría y práctica e instrumentación técnica en un proceso dialógico y dialéctico en la praxis. Elemento fundamental en la formación universitaria de carácter profesional integral y de actualización académica, en cuanto producción de conocimiento en el ámbito de las realidades clínicas y problemáticas actuales.

Ejercicio

Entrevista de recepción en la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología, Udelar, en el hospital universitario:

Nombre: María. Sexo: femenino. Edad: 40 años. Motivo de consulta con el que se anota en lista de espera: «Miedo a la muerte y ataques de pánico».

En la entrevista participan: docente (E) y dos estudiantes de grado.

Luego de la presentación...

E: Bueno, María, contanos, ¿por qué consultás?

M: Yo quería consultar porque me diagnosticaron esquizofrenia y me cuesta aceptar el diagnóstico. Abandono los tratamientos constantemente. Entonces quiero que me ayuden a aceptar que estoy enferma.

⁵ Ver capítulo 12: «Intervenciones clínicas psicológicas en la virtualidad», por R. Zytner y A. Tortorella.

E: ¿Y quién te diagnosticó esquizofrenia?, ¿cómo llegaron al diagnóstico?

M: Yo estuve internada y ahí me hicieron el diagnóstico.

E: ¿Y por qué fue la internación?, ¿qué te pasaba?

M: Yo no me acuerdo de nada, mi madre me contó que escuchaba voces y por eso estuve internada, pero no recuerdo nada de la internación ni de haber escuchado voces.

E: ¿Con quién vivís actualmente?

M: Vivo con Juan, mi compañero.

E: ¿Y cómo se llevan?

M: Bien, nos llevamos bien, tenemos algún problema económico y eso me genera estrés.

E: ¿Tú trabajás?

M: No, yo nunca trabajé, a veces ayudo a Juan, mi pareja, en el taller de él, pero me aburre, entonces prefiero estar en mi casa o me quedo un rato en el taller. Yo viví en el exterior y era cajera, ahí estudié, y una noche mientras estudiaba mi mente hizo un clic, una traba y ahí se derrumbó todo, tenía 20 años.

E: ¿Por qué fuiste al exterior?

M: Yo recuerdo en mi adolescencia tener una depresión profunda a los 15 años, fui a la psicóloga, pero sentía que no me ayudaba. Después le pedí ayuda a mi tía para ir al exterior y me quedé viviendo cinco años.

E: ¿Cuándo sentís que empezó la depresión que mencionás?

M: Desde la infancia... Viví con una madre muy problemática, tenía una depresión, nunca se trató, mi madre me trasladaba su angustia. A los 14 años me terminé yendo de casa. Tengo fotos en las que estoy muy triste. Mi madre dormía todo el día, se levantaba de mal humor, nos pegaba.

E: ¿Y qué relación tenías con tu padre?

M: Con mi padre tenía una buena relación, él vivía en el interior. Pero falleció.

E: Y contanos, María, ¿hace cuánto están con Juan?

M: Hace muchos años que estamos juntos, lo conocí en Uruguay.

E: ¿Y de qué es el taller que tiene?, ¿a qué se dedica?

M: Tiene una herrería, yo a veces lo ayudo a atender a los clientes, pero me termino aburriendo.

E: ¿Y tuviste hijos?

M: Tengo una hija, pero no vive conmigo. Mi hermana pidió la tenencia con el juez cuando yo quedé internada. Se llama Leticia y tiene 5 años.

E: ¿Y cómo te sentís con respecto a que tu hija viva con tu hermana?

M: Yo, bien, veo que está mejor con ella, yo no puedo hacerme cargo. Yo duermo mucho y hay días en los que no me quiero ni despertar. Hay días en los que quiero dormir para siempre.

E: ¿Y estás recibiendo atención psiquiátrica?

M: He recibido atención con un psiquiatra nuevo por videollamada, pero no me ha querido hacer un diagnóstico ni recetar medicación hasta no verme presencialmente, hoy tengo la primera consulta en persona.

E: ¿Y cómo es Leticia?, ¿es hija de Juan?

M: Leticia es divina (se muestra muy sonriente), es muy alegre, es hija de Juan, sí.

E: ¿Cómo te llevás con tu hermana?, ¿hablás con ella o tenés a alguien más con quien hablar?

M: Tengo a mi medio hermano, por parte de padre, lo quiero muchísimo, a veces lo llamo, me sabe escuchar, siempre que lo precisé estuvo. Mi hermana, que cuida a Leticia, tiene otros hijos más. Ella también toma medicamentos psiquiátricos y es depresiva, con ella no soy muy abierta, no hablo mucho.

E: ¿Y cómo tomaste la decisión de tu hermana sobre la tenencia de Leticia?

M: Yo no me enteré de nada porque estaba internada.

E: ¿Y si pudieras hacer algo para cambiar esa situación?, ¿te gustaría?

M: Yo prefiero estar más fuerte para estar con mi hija, duermo mucho porque tengo depresión... Una pregunta, ¿ustedes hacen psicoanálisis?

E: Sí, dentro del servicio del hospital contamos con psicólogos que hacen psicoanálisis, ¿por qué la pregunta?

M: Porque me doy cuenta de que son cosas del pasado que yo tengo en mi cabeza, en realidad soy una persona alegre.

E: ¿Seguís teniendo relación con tu madre?, ¿cómo se llevan?

M: No me llevo bien con mi madre, es imposible vivir con ella, me duele, me afecta mucho.

E: ¿Recordás cómo eras de niña?

E: Recuerdo ser muy aislada, siempre estaba sola, en un rincón, no recuerdo tener amigos, pero terminé el liceo, aunque me costó mucho. Ahora tengo ganas de estudiar algo. Yo lo que quiero es saber lo que me pasa, para poder estar segura de lo que voy a hacer y no perder más tiempo.

E: María, tú comentaste que de niña solías ser muy solitaria, ¿actualmente te consideras igual?

M: Yo tengo amigos, pero no tengo ganas de verlos, no me encuentro con el ánimo necesario.

Al momento de hacer la devolución acerca de la entrevista y comentarle la derivación para que pueda comenzar un tratamiento en el hospital, María sintió la necesidad de decir que anteriormente había mentido y que en realidad no tiene amigos, dijo seguir siendo una persona solitaria. Posteriormente a esa confesión, se percibe a nivel de la entrevista que ella queda como captada en sus pensamientos, en otro lado, y responde con monosílabos a los últimos intercambios en el diálogo.

Preguntas orientadoras

- 1) ¿Qué relación puede establecerse entre el concepto de intervención clínica y el de consulta clínica?
- 2) Desarrolle el concepto de estrategia clínica en el marco de una intervención diagnóstica.
- 3) Conceptualice los objetivos y características de la entrevista de recepción e identifíquelos en la viñeta presentada.
- 4) Teniendo en cuenta los recursos disponibles en un servicio universitario como el descrito, ¿qué estrategia clínica diseñaría para esta usuaria?, ¿por qué?

Bibliografía

- ALIZADE, M. (2003), El rigor del encuadre interno. En *Encuadres y procesos psicoanalíticos*. Montevideo: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, núm. 96.
- BERNARDI, R., ZYTNER, R., MILLER, D., VARELA, B., VILLALBA, L. (2011), La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, Montevideo: Psicoanálisis Contemporáneo (AUDEPP), 7(4), pp.9-25.
- BONOMO, S., DOMÍNGUEZ, P. (2000), Entrevista de recepción: cuando la sinopsis importa. En Montevideo: IV Jornadas de Psicología Universitaria. FP. Udelar.
- BURGHÍ, N., CONTINO, S. (2013), Clínica en la extensión universitaria: articulaciones posibles. Desafíos de una praxis con jóvenes vulnerables. Recuperado: <https://www.extension.udelar.edu.uy>
- CELENER, G., FEBBRAIO, A., ROSENFELD, N., HIDALGO, G., PEKER, G. *et al.* (2003), *Técnicas proyectivas. Actualizaciones e interpretación en los ámbitos clínicos, laboral y forense*, vol. 2, Buenos Aires: Ed. Lugar.
- CONTINO, S. (2012), Proyecto de aspirante al cargo de prof. adjunto del Instituto de Psicología Clínica, aprobado por sesión del Consejo de Facultad, 30/10/2013, Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar (inédito).
- CONTINO, S. (2015), Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario. Recuperado: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5478/1/Contino%2c%20Silvana.pdf>
- CONTINO, S., FRAGA, M. (2017), Prácticas integrales en clínica, comunidad, Facultad de Medicina y Facultad de Psicología, Udelar. Similitudes y diferencias. En: Coproducción de conocimiento en la integralidad. *Aportes Pedagógicos*, pp. 41-52, Montevideo: Udelar.
- CRISTÓFORO, A. (2002), La noción de intervención en el marco de la consulta psicológica. ¿Intervenciones siempre?, en *Enfoques teóricos del diagnóstico y la intervención en la práctica psicológica* (pp. 29-42), Montevideo: Psicolibros Universitario.
- DE SOUZA, L. (coord.), (2013), Programa: Modalidades y efectos en las intervenciones clínicas en servicios de salud, Instituto de Psicología Clínica, Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar. Recuperado: https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/programa_modalidades_de_int_y_efectos_setiembre_2013.pdf
- KRAUSE, M. (2005), *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*, Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- MENÉNDEZ, P., BODÓN, C., MAYORGA, P. (2005), Aplicación del modelo de situación clínica a la consulta psicológica, *Anuario de Investigaciones*, XIII,19-31, ISSN: 0329-5885. Recuperado: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139942002>
- MUNIZ, A. (2005), Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica. Aportes para un abordaje complejo de la cuestión. En *Diagnósticos e intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica* (pp. 11-27), Montevideo: Psicolibros Universitario.
- MUNIZ, A. (comp.) (2018), *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Montevideo: Udelar, Comisión Sectorial de la Enseñanza.

El psicólogo en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Prof. Adj. Dra. Psic. Denisse Dogmanas,
As. Mag. Deborah Rydel y As. Lic. Pablo Casal

OBJETIVOS

Describir la integración de la atención psicológica en los servicios de salud del SNIS, en particular, identificar las diversas modalidades de inserción actual del psicólogo en el SNIS. Problematizar los cambios en el rol del psicólogo clínico en el SNIS respecto a la clínica tradicional.

Introducción

Describiremos algunas de las principales actividades del psicólogo en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay, contemplando que, a nivel del sistema, el desarrollo ha presentado diferencias en el sector público y el sector privado. Para ello, se realiza un breve repaso por distintos hitos de la historia de la integración de la atención psicológica en el Uruguay, en la Administración de Servicios de Salud (ASSE), en el sector privado, y finalmente se comentan las adecuaciones que implica el trabajo del psicólogo en los servicios de salud.

Desarrollo

Históricamente, el impacto de la psicología como disciplina en el campo de la salud ha quedado reducido, como plantea Saforcada (1999), a un modelo médico clínico restrictivo. Las prácticas psicológicas se expandieron en el campo de las enfermedades mentales y la psicología se mantuvo reducida en su intervención a las enfermedades con manifestaciones somáticas. Los problemas de salud con mayor prevalencia o con características endémicas, históricamente, han sido casi exclusivamente abordados desde una perspectiva médica aunque hoy se comprende que son total o parcialmente inabordables sin el aporte de otras disciplinas como la psicología. Al aplicarse una visión dicotomizada de un modelo únicamente biológico curativo y centrado básicamente en la asistencia individual, la psicología resulta desplazada de los problemas de salud complejos y se desconoce la integralidad y subjetividad de las personas en los procesos salud-enfermedad-atención. Rescatar

la vivencia singular presente en cada acción, y en cada eslabón del proceso asistencial, permite lograr una mayor integralidad, así como humanizar los procesos en juego.

En el mismo sentido, podría decirse que el ámbito de la psicología clínica se ha ampliado considerablemente a todo el campo de la salud, abarcando tanto la comprensión de los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad como en aquellos que inciden en la promoción de la salud. Al decir de Morales Calatayud (1997) la salud-enfermedad es problema esencialmente humano, que se relaciona con la representación subjetiva y el comportamiento de cada uno de nosotros-personas-insertas en la compleja trama de la vida social.

Dentro de las políticas de salud en el Uruguay, el Plan Nacional de Salud Mental, diseñado en el año 1986, logró ser parcialmente instrumentado, y casi en forma exclusiva en ASSE, con el establecimiento de una red de equipos especializados en salud mental, a partir de 1996 (Ginés, 2005).

Con respecto a la salud mental, es destacable que hasta 1997 la atención ambulatoria era realizada en policlínicas de psiquiatría de adultos; progresivamente se agregaron consultas de psiquiatría pediátrica (anteriormente concentrada en la órbita del Hospital Pereira Rossell) y psicología. A partir del año mencionado, se inició un proceso de constitución de equipos de trabajo en territorio en el que se incorporaron psicólogos junto con otros profesionales: psiquiatras de adultos, auxiliares de enfermería, licenciados en trabajo social, entre otros.

El SNIS vigente en nuestro país, desde el año 2007 bajo la Ley 18.211, plantea un cambio radical en la manera en que se piensan los procesos de salud-enfermedad y la integración de los diversos profesionales a los equipos de salud. En sus bases sostiene:

... la atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la más adecuada recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y dispensarización del crónico y que proporcione cuidados paliativos. (Uruguay, Ley 18.211)

Dicha visión se asienta conceptualmente en la definición de Villar (2003), quien considera a la salud como

... una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física y psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social. (Villar, 2003, p.50).

De esta manera, el SNIS centra su objetivo en asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa, atención humanizada, participación social y enfoque de derechos.

Desde un inicio, se plantea que para dar cuenta de estos cambios se hace necesario contar con profesionales psicólogos que, desde un posicionamiento claro, insistan en la noción de integralidad de la salud y trabajen desde una perspectiva

de atención primaria de salud (APS). Sin lugar a dudas, las acciones preventivas no son exclusivas del accionar psicológico y deben ser pensadas desde una perspectiva multidisciplinaria.

Los psicólogos están compelidos a formar parte de las organizaciones e instituciones sanitarias, ubicándose en cada uno de los niveles de complejidad de la organización sanitaria, con producciones conceptuales y metodológicas que les sean propias.

Las intervenciones del profesional psicólogo, desde una perspectiva clínica, son aquellas que, desde su disciplina, le permiten producir saberes, instrumentos y técnicas que den cuenta de los fenómenos subjetivos emergentes e intervinientes en el campo sanitario para poder actuar sobre él en los tres niveles de atención de salud que abarca el SNIS. Estas intervenciones responden a tres dimensiones: la del usuario y su entorno familiar, relacionado a los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad-atención, en todos los niveles de atención y según las necesidades y complejidades de las prestaciones; la de los equipos de salud en sus diferentes presentaciones: multi, inter y transdisciplinarios. Se apunta a volver más operativos los vínculos grupales, trabajar las implicancias, las ansiedades, favorecer el cuidado a los cuidadores, y la del plano institucional-organizacional.

Por su historia particular, la psicología clínica en Uruguay ha adquirido un perfil peculiar al incluir una perspectiva social de la clínica. En este sentido, se trabaja con procesos complejos y dinámicos que abordan no solo lo individual o grupal, sino también las estructuras sociales, políticas y económicas que los envuelven y les dan sentido (IPC, 2010). Al realizar una delimitación del campo, podría referirse a la definición de la psicología clínica mencionada en un capítulo anterior.⁶

Es así que puede plantearse que la concepción actual de la psicología clínica se ha enriquecido, porque supone una revisión crítica de teorías, concepciones y tecnologías empleadas que permiten desarrollar modelos de intervención clínica acordes a los modos de subjetivación provenientes de las condiciones de vida en la sociedad uruguaya actual. Temas de alta complejidad como el abuso sexual, la violencia de género y generaciones, las nuevas configuraciones familiares, las condiciones de aprendizaje, las vinculaciones con las nuevas tecnologías, las pautas de crianza, entre otros, deben ser abordados desde la psicología clínica, de modo interdisciplinario y en trabajo en red con la comunidad.

El psicólogo está capacitado para poder hacer variadas contribuciones dentro del SNIS y contribuir así al bienestar de las personas. De acuerdo al planteo de Morales Calatayud (1997), se podrían distinguir dos planos diferentes: 1. uno más general, la participación de la psicología en la formulación de políticas de salud, el diseño de programas de alcance nacional o regional para problemas específicos, y la intervención en el diseño y aplicación de programas de formación de recursos humanos para los servicios de salud en los que se integra la psicología, y 2. otro plano más particular, dado por la inserción de los psicólogos en el trabajo directo de las instituciones y servicios de salud de diferente tipo. En ambos planos puede haber investigación y docencia.

6 Ver capítulo I: «Formación de profesionales para desempeñarse en servicios de salud», por J. Tabó y A. Tortorella.

En el capítulo 4 de la mencionada Ley 18.211, sobre la red de atención en salud, se plantea que el SNIS se organizará en redes por niveles de atención. Según la *Declaración de Alma Ata* (OMS, 1978), los niveles de atención en salud refieren a un modo de organización de los recursos con diversos procedimientos de atención al usuario, para satisfacer sus necesidades. Al mismo tiempo, la diferenciación en niveles responde a distintos tipos de complejidad. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Clásicamente, se distinguen tres niveles de atención:

Artículo 36. El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. (Uruguay, 2007)

El primer nivel suele caracterizarse como el primer espacio de contacto, llamado *la puerta de entrada* al sistema de salud, por lo que resulta el más cercano a la población. En este nivel se encuentran los recursos organizados que permiten resolver las necesidades de atención básicas más frecuentes, aquellos cuya resolución se logra con actividades de prevención de la enfermedad, promoción de salud, y con la aplicación de procedimientos de recuperación y rehabilitación básicos. Se desarrolla en establecimientos de baja complejidad instrumental, como consultorios, policlínicas, centros de salud, donde se insertan equipos integrados por enfermeros, médicos generales o de familia, psicólogos, trabajadores sociales, y algunas veces otros especialistas como ginecólogos, odontólogos o nutricionistas. Suele postularse que en este nivel se resuelven aproximadamente el 85 % de los problemas prevalentes, fomentando una adecuada accesibilidad geográfica, cultural, económica y simbólica a la población y realizándose intervenciones oportunas y eficaces (Vignolo *et al.*, 2011).

Se concibe este nivel como estratégico en el proceso de asistencia a las problemáticas de origen social. Con ello se habilitan vínculos y modos de relacionamientos saludables, así como también la expresión de subjetividades, atravesadas estas por las diferentes dimensiones de género, generaciones y de derecho. Los psicólogos suelen integrarse a este nivel realizando tareas de consulta psicológica (individual, de pareja, familiar) y actividades comunitarias variadas (talleres de psicoeducación, trabajo en redes comunitarias, terapia grupal).

A nivel de ASSE, la inserción del psicólogo ha sido principalmente formando parte de los equipos comunitarios de salud mental, con diferentes niveles de integración y articulación. Estos equipos de salud mental funcionan, en algunos casos, con un equipo consolidado y estable; en otros, los profesionales trabajan en forma menos integrada con otros profesionales de salud mental y con el equipo básico del primer nivel de atención (PNA).

En 2019, la Red de Atención Primaria (RAP) metropolitana, a partir de la función en el PNA del *psicólogo de área* de ASSE, reformulando el rol del psicólogo tradicional, lo denominó *psicología en territorio*. Esta definición tomó en cuenta

una visión integral con abordajes multi y transdisciplinarios, incluyendo actividades de promoción de la salud en ámbitos comunitarios, diagnósticos territoriales, priorización de la interconsulta, realización de consultas domiciliarias, participación en diversas redes insertas en el territorio y coordinación interinstitucional, así como la ya existente atención psicológica individual, de pareja, familiar o grupal.⁷

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales generales y establecimientos donde se prestan servicios de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico correspondientes a internaciones de diversa duración, incluyendo la atención en hospital de día. Allí se busca resolver necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos tecnológicos e infraestructura de variados niveles de complejidad. Se incluye la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia, y se considera que, sumado al primer nivel de atención, logra satisfacer hasta el 95% de los problemas de salud (Vignolo *et al.*, 2011). Los psicólogos cuentan con diversos tipos de inserción en este nivel, tanto realizando tareas de psicodiagnóstico y psicoterapia (siguiendo los modos del Plan de Prestaciones, detallado más adelante) como trabajando en rehabilitación, salas de hospital o puertas de emergencia.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, es decir, patologías complejas que requieren alta tecnología diagnóstica y procedimientos y tratamientos especializados. La infraestructura, especialización de los recursos humanos y tecnología disponibles se adecuan a tales necesidades. El ámbito de cobertura de estos hospitales o centros especializados suele ser de regiones amplias, o incluso abarcar la totalidad del país. En este nivel se resuelven aproximadamente el 5% de los problemas de salud que afectan a la población (Vignolo *et al.*, 2011).

Con respecto a la inserción de los psicólogos, esta varía dependiendo de la especialidad a la que se dedica cada centro, donde desarrollan tareas de diagnóstico específico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos. Toma aún mayor relevancia su accionar en los centros u hospitales especializados en salud mental que corresponden a este nivel. En el sector público, por ejemplo, el Hospital Vilardebó, el Centro de Información y Referencia de la Red-Drogas-Portal Amarillo, el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Martínez Visca.

Para que el proceso de atención descrito pueda funcionar de forma adecuada, los niveles de atención deben contar con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia que facilite la coordinación de las acciones entre los diferentes niveles, considerando que la entrada del usuario al sistema debería darse siempre mediante el primer nivel de atención (Vignolo *et al.*, 2011).

La *referencia* es conceptualizada como el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud (del primer o segundo nivel), deriva la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el procedimiento de una prueba diagnóstica concreta a otro establecimiento de salud de mayor complejidad (segundo o tercer nivel). La *contrarreferencia* es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud mencionado, luego de resuelto el problema de salud o realizado el diagnóstico, retorna la responsabilidad

7 Ver capítulo 4: «El trabajo e inserción del psicólogo en el primer nivel de atención en salud», de P. Casal, D. Rydel, D. Dogmanas y L. Hidalgo.

del cuidado de salud del usuario al establecimiento inicial, de menor complejidad, para su control y seguimiento (Vignolo *et al.*, 2011).

En concordancia con la Ley 19.529 de Salud Mental, se deben asegurar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

En lo que respecta al sector privado, la incorporación de los psicólogos en el SNIS ha sido muy diversa y heterogénea. Se destaca, en el año 2008, la integración del psicólogo en la tarea de psicodiagnóstico, como parte del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), aún vigente. Este constituye un catálogo de las prestaciones y programas que deben brindar los prestadores que integran el SNIS, tanto en el sector público como en el privado.

Además, los psicólogos desarrollan otras tareas, incorporadas por decreto u ordenanza, como los grupos de espacio adolescente, de violencia, comités de IVE (interrupción voluntaria de embarazo) y otras actividades que le son asignadas por decisión de la dirección técnica o de los referentes en salud mental. Entre los diversos espacios de inserción, los psicólogos también trabajan en salas de hospital o emergencias.

Un hito fundamental en este ámbito fue la inserción de los psicólogos en instituciones privadas a partir del Plan de Prestaciones de Salud Mental (MSP, 2011).

Plan de Prestaciones en Salud Mental: intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos

La incorporación de la psicoterapia y las técnicas psicosociales a los servicios de salud fue largamente anhelada. La asistencia en psicoterapia se realizaba exclusivamente en el ámbito del ejercicio profesional libre y se desarrolló inicialmente en los servicios públicos y universitarios (Giné, 2005).

En el año 2011 se aprobó, en el Decreto 305/011, la creación del Plan de Prestaciones en Salud Mental (Ministerio de Salud Pública, 2011) con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales, de acuerdo con la reforma del Estado. Dicho plan buscó asegurar el acceso universal y equitativo a las prestaciones en psicoterapia y otros abordajes psicosociales. Implicó considerar que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales, un reconocimiento de la importancia y efectividad de los abordajes psicoterapéuticos y psicosociales.

El plan refiere a las intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos como

... la relación profesional y humana de uno o varios usuarios con uno o varios técnicos utilizando determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover cambios, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos. (MSP, 2020, p.6)

Siguiendo a Bernardi *et al.* (2004) es importante diferenciar la psicoterapia de otro tipo de ayudas; la psicoterapia consiste en un cuerpo de hipótesis teóricas y técnicas que fundamenta la práctica y busca promover el cambio psíquico, aliviar

un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos. La relación psicoterapéutica es una relación profesional que exige roles técnicos específicos y asimétricos, los cuales se sostienen a partir de una relación humana entre personas que están de acuerdo en trabajar juntas.

El plan organiza la atención en tres modos. El modo 1 es grupal, gratuito, sin tiempo de espera y con una cobertura para niños, niñas y adolescentes (NNA) de hasta 12 sesiones, y en adultos, hasta 16. El modo 2 establece los abordajes individuales, grupales, de pareja o familiares con un copago reducido y con cobertura para caso de los NNA de hasta 24 sesiones, y adultos, hasta 48. El modo 3 incluye abordajes individuales o grupales orientados a la rehabilitación, con un copago menor al establecido en el modo 2, y una cobertura de hasta 48 sesiones, con opción de renovarlas hasta proveer un total de 144 sesiones.

En el Plan de Prestaciones en Salud Mental, en una primera etapa se priorizaron ciertas poblaciones para el acceso a las prestaciones de psicoterapia: niños, adolescentes y jóvenes de hasta 25 años. Dicha selección de franjas etarias se basó en entender que la atención precoz en la infancia, adolescencia e inicios de la adultez resulta fundamental para actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia o muerte prematura.

En el caso de adultos, se priorizó la atención del personal docente y de la salud, por entender a dicha población como potenciales multiplicadores de salud y de pautas de cuidado, así como facilitadores de detección, y a usuarios con problemáticas tales como IAE (intento de autoeliminación), consumo problemático de sustancias, con trastorno mental severo y sus familiares, o quienes sufrieron la muerte inesperada de un familiar o vínculo cercano, en situación de violencia doméstica o de género, entre otros.

Un punto importante son los comités de recepción que tienen como cometido la recepción de las demandas para los distintos modos, indicar la prestación o la derivación que considere adecuada y evaluar la renovación de la prestación en los casos correspondientes. Estos comités deben estar integrados de forma interdisciplinaria y trabajar en equipo. Uno de sus miembros tiene que ser un psiquiatra o un psicólogo y el otro puede ser médico, psicólogo, licenciado en Trabajo Social o licenciado en Enfermería que cuenten con formación adecuada y sólida experiencia clínica.

Otro aspecto que merece destacarse —porque implicó un cambio y evolución en el paradigma de salud respecto de lo que hasta la implementación de las prestaciones era usual en los servicios— es el mecanismo de acceso a estas. El plan prevé que dicho acceso sea de forma libre o por derivación. Hasta la entrada en vigencia del plan, en general, si un usuario quería acceder a una consulta psicológica, una evaluación psicodiagnóstica o, en los casos que hubiera, una psicoterapia, debía pasar indefectiblemente por la consulta con un médico, y en particular con un psiquiatra, que realizaba la derivación si lo consideraba pertinente. Desde la implementación de las prestaciones, en el año 2011, el usuario puede solicitar directamente atención psicológica. Por otra parte, las derivaciones pueden provenir del equipo de salud o de los coordinadores de grupo del modo 1.

Ley 19.529 de Salud Mental

La aprobación en 2017 de una ley de Salud Mental —Ley 19.529— es otro hito fundamental. En el artículo 19 del capítulo de abordaje se establece, respecto a los equipos interdisciplinarios:

La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. (Uruguay, 2017)

Entre los profesionales competentes, si bien no se los menciona explícitamente, se incluyen los psicólogos como miembros consensuados en los equipos de salud mental, como planteamos anteriormente.

Respecto a los niveles de atención, en su artículo 16 la ley plantea que la atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, teniendo como estrategia la atención primaria en salud y priorizando el primer nivel.

En el mismo sentido, y en concordancia con la ley, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020-2027, propone un modelo comunitario de abordaje: el equipo interdisciplinario es uno de sus principios básicos, e incluyen los psicólogos. El plan promueve el enfoque territorial, el trabajo en interdisciplinas y las estrategias de abordajes desde la intersectorialidad, en una política integral de salud mental orientada a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

En el marco de la ley, mediante la Ordenanza ministerial 1488 del año 2019, se plantea la conformación de una red de estructuras básicas de atención en salud mental dentro del SNIS. La ordenanza esboza la red de dispositivos y centros de atención que deben formar parte de los prestadores del SNIS. En esta se establece que la atención en salud mental en todos los dispositivos estará a cargo de equipos interdisciplinarios. Se plantea la necesidad de brindar una diversidad de dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales adecuados a cada situación, etapas del ciclo vital y género, atendiendo a la prevención y atención de la salud, así como la recuperación y rehabilitación de las personas. Dentro de la Ordenanza se incluyen las Unidades en Territorio, integradas por equipos básicos del PNA; equipos especializados de salud mental para NNA y adultos; equipos de habilitación/rehabilitación para dificultades del desarrollo, aprendizaje, problemas emocionales y comportamentales de NNA; centros diurnos de rehabilitación psicosocial para NNA y adultos; casas de medio camino; centros de acogida; dispositivos de atención móvil. Además, se estipula la organización de las Unidades de Hospitalización: atención en servicios de emergencia; unidades de corta y mediana estadía; hospitalización diurna; hospitalización domiciliaria. Por último, se plantea la puesta en funcionamiento de dispositivos de inclusión social, en los que se incluyen dispositivos socio-sanitarios: residencias asistidas, hogares protegidos y viviendas supervisadas.

De la clínica de consultorio al trabajo en el SNIS

Como planteamos, la inclusión de la psicología dentro del SNIS implica un cambio con respecto al rol que históricamente ejercieron los psicólogos en el país.

Actualmente, se agrega a sus tareas la adaptación de las herramientas técnicas y conceptuales para dar respuesta a los cambios en el paradigma de la salud-enfermedad, a las diversas actividades y espacios de trabajo con características singulares en los que la psicología antes tuvo escasa incidencia. Esto implica la actualización de los marcos teóricos de referencia, de las metodologías y las reflexiones sobre conceptos que definían las prácticas profesionales que se aplicaban, en particular en el sector privado. Por ejemplo: la flexibilidad de los encuadres, las variaciones en los contratos (explícitos o implícitos) de consultas o tratamientos, la incorporación del trabajo de instituciones mediadoras en el vínculo terapéutico, el trabajo en equipo y la integración en comités de recepción, el trabajo en y con otras instituciones en red.

Se mantienen el saber clínico, la escucha y la mirada clínica, la actitud y aptitud, pero es necesario adaptarlas, en el entendido de que las demandas que se reciben son variadas y complejas. Se trata de tener, por lo tanto, la adaptabilidad necesaria para trabajar sin quedar atrapado en un encuadre o una técnica rígida —que tal vez brinde seguridad, pero no necesariamente los mejores resultados posibles en el nuevo contexto—.

Podría pensarse la inserción del psicólogo desde la noción de *clínica móvil* (Rodríguez Nebot, 1995), entendiendo el encuentro clínico como la conformación de un plano de problemáticas a partir de la consulta que trae el usuario, y desplegando a partir de este las estrategias que el psicólogo considere pertinentes. Desde esta concepción, se trabaja en la construcción de un espacio a partir del análisis de la demanda. Esto implica una decisión ética y política que se relaciona con la coconstrucción de los espacios y con darle lugar a lo novedoso, en lugar de la imposición arbitraria de un dispositivo técnico aprendido para otros contextos. Desde esta metodología, se trabaja con base en las diferentes teorías y referentes que serán utilizadas como herramientas en caso de servir a la construcción de cada campo de problemas en su singularidad.

La atención en psicología dentro del SNIS se reviste de características nuevas que exigen repensar el encuadre clínico clásico. A modo de ejemplo, algunos aspectos preestablecidos en las instituciones, como los tickets o copagos, la cantidad de consultas previamente estipuladas, la duración de cada una, la clasificación del usuario dentro del sistema dependiendo de su motivo de consulta, el registro a través de la historia clínica, la atención ampliada en algunos casos a familiares cercanos, la salida de la institución y el trabajo en escenarios diversos... Por otro lado, a la tradición de la soledad del consultorio se impone la necesidad del mencionado trabajo con otros profesionales, conformando equipos multi e interdisciplinarios que faciliten planes de atención conjuntos desde una visión integral del usuario.

El trabajo del psicólogo en el SNIS además requiere de abordajes comunitarios (principalmente en el PNA), trabajo en la intersectorialidad con instituciones y actores sociales de muy distintas naturalezas. Estas tareas suelen realizarse mediante talleres, charlas, grupos y otras actividades que revisten las tareas fundamentales del psicólogo en promoción y prevención de la salud, en los cuales las habilidades comunicacionales, diagnósticas y de trabajo grupal adquieren importancia.

En este marco, la forma en que se establece la relación psicólogo-paciente es diferente, ya que el primer contacto se hace a través de una institución. El usuario

no selecciona a su psicoterapeuta, este le es designado, en principio, por un proceso administrativo ajeno tanto al usuario como al profesional. Además, los tiempos de espera para el inicio de un proceso —sumado a si hubiera necesidad de una entrevista previa con un comité de recepción que evalúe su pertinencia— cambian las expectativas y el recorrido simbólico que el usuario transita de manera interna antes de su primer encuentro con el psicólogo.

De igual manera, la pertenencia del psicólogo a un marco institucional determinado con el cual el usuario ya presenta una historia de atención previa genera el efecto de que los sentimientos o conocimientos que el usuario tiene sobre el servicio se vuelquen directamente en la figura del psicólogo en modo transferencial, instaurando una transferencia institucional. Esto deberá ser considerado en la intervención clínica para lograr un correcto establecimiento del rapport y alianza terapéutica necesaria en el tratamiento (Bleger, 1966; Ambrois, 2021).

Otro desafío se presenta al formular un plan de tratamiento individualizado, por la singularidad de cada sujeto, a pesar de los elementos preestablecidos o protocolos institucionales a seguir. De acuerdo al PNSM (2020-2027), debe ser realizado en forma interdisciplinaria, de acuerdo a la situación clínica y garantizando la integridad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

Al planear el tratamiento deben identificarse y considerarse las características y problemáticas del usuario, las variables de relación y la alianza terapéutica y las intervenciones psicoterapéuticas posibles, tomando siempre en cuenta, en lo posible, las preferencias individuales de cada paciente (Bernardi, Defey, 2004).

La limitación temporal de la cobertura psicoterapéutica implica planificar el abordaje desde el inicio, considerando el tiempo y estableciendo objetivos. Para esto puede ser útil la herramienta clínica conocida como formulación clínica de caso:

La formulación clínica del caso (FCC) es una manera de conceptualizar y presentar los casos clínicos que busca poner de manifiesto, en forma concisa y breve, la forma en la que determinado clínico o equipo está encarando el diagnóstico y tratamiento de determinado paciente, destacando las características particulares de ese caso. Es, por tanto, una herramienta clínica que busca integrar conocimientos teóricos con destrezas clínicas al servicio del tratamiento. (Bernardi, 2014, p.158)

Consideraciones finales

La reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, junto con el Plan de Prestaciones en Salud Mental (2011), la Ley de Salud Mental (2017) y el Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027), constituyen una oportunidad para los profesionales psicólogos en nuestro país de insertarse como trabajadores de la salud en instituciones, en forma más o menos estable, al igual que otros profesionales (médicos, enfermeros, trabajadores sociales), cuya inserción data de tiempo atrás.

Una mayor disponibilidad y accesibilidad a la atención psicológica llevaría, con el tiempo, a una mayor integración de los aspectos vinculados al sufrimiento emocional y el bienestar en los servicios de salud y, paulatinamente, a un cambio hacia una conceptualización de la salud integral acorde al modelo de atención del SNIS.

Sin embargo, falta mucho por hacer, en particular en la sistematización del trabajo realizado y al desarrollo teórico sobre los problemas propios y desafíos de la psicología en los servicios de salud. Asimismo, es necesario continuar con la revisión de las transformaciones y adaptaciones que se realizan sobre las herramientas clínicas clásicas, a la hora de trabajar en el marco de un sistema de salud, con normativas, exigencias y realidades distintas al sector de la clínica privada, para la cual fueron formados gran parte de los psicólogos en actividad.

En la actualidad, el psicólogo realiza acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud en un modelo de atención integral de salud mental dentro del SNIS. Es un miembro del equipo de salud, con el que se debe seguir fortaleciendo un real trabajo interdisciplinario.

Trabaja en los tres niveles de atención identificados por el SNIS, aunque no cuenta aún en todos ellos con el mismo tipo de inserción efectiva. En dichos espacios se realizan abordajes individuales, familiares, grupales, de pareja, institucionales y comunitarios. Su ámbito de trabajo actual es diverso: en territorio, en espacios comunitarios, en policlínicas, en sala de hospital general, en hospital psiquiátrico, entre otros; a su vez, este se ampliará al crearse nuevos dispositivos de atención en salud mental que se prevén para lograr el cambio de modelo de atención de acuerdo a la Ley y al PNSM vigente.

Interesa señalar que independientemente de que exista un plan y programas específicos de salud mental, los aspectos psicológicos y de salud mental transversalizan al resto de los programas prioritarios del SNIS. Como se mencionó anteriormente, los psicólogos se han integrado en programas vinculados a etapas vitales y problemáticas psicosociales prevalentes: salud en la niñez, adolescencia y juventud, adulto mayor, violencia basada en género y generaciones, salud sexual y reproductiva, entre otros.

Para finalizar, se recalca la importancia de que el psicólogo transite una formación profesional especializada que le brinde las herramientas efectivas para desarrollarse en esta área específica. Es importante que incorpore en su práctica los aportes de la investigaciones que brindan evidencia sobre la efectividad de las intervenciones, así como que se sostengan los necesarios espacios de supervisión, co-visión y reflexión de la práctica profesional.

Preguntas orientadoras

- 1) ¿A qué se refieren los distintos niveles de atención en salud?, ¿cuáles son las tareas del psicólogo en cada uno de ellos?
- 2) Identifique las transformaciones que fueron necesarias en la psicología clínica en Uruguay en el marco del SNIS.
- 3) ¿Qué aportes y qué obstáculos para la atención en psicología puede plantear la organización del Plan de Prestaciones en Salud Mental del SNIS del año 2011?

Bibliografía

- AMBROIS, M. (2021), *Percepciones clínicas de psicoterapeutas psicoanalíticos* (socios o egresados de AUDEPP) sobre cambios en pacientes adultos en psicoterapia psicoanalítica individual del modo 2 en IAMC del PPSM uruguayo (tesis de maestría en Psicoterapia Psicoanalítica), Montevideo: AUDEPP.
- BERNARDI, R., DEFEY, D., GARBARINO, A., TUTTÉ, J. C. y VILLALBA, L. (2004), Guía clínica para la psicoterapia. Pautas de tratamiento. Montevideo: *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 68(2).
- BERNARDI, R. (2014), La formulación clínica del caso. Su valor para la práctica clínica. Montevideo: *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 78(2), pp. 157-172.
- BLEGER, J. (1966) *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- FERNÁNDEZ, A. (1993), Laberintos institucionales. En: *Tiempo histórico y campo grupal. Masas, grupos e instituciones*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- FERNÁNDEZ CASTRILLO, B., GERPE, M., VILLALBA, L. (2009), *El programa de psicoterapia del Hospital de Clínicas*. Montevideo: Udelar — CSIC.
- GINÉS, A. M. (2005), Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(1).
- IPC (2010), Creación del Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Udelar. *Documento fundacional del Instituto de Psicología Clínica*. Recuperado: https://psico.edu.uy/sites/default/files/INSTITUTO_DE_PSIKOLOGIA_CLINICA,%20ultima%20versi%C3%B3n.pdf
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2011), Plan de implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Integrado de Salud Mental. Montevideo: MSP.
- (2020), Plan Nacional de Salud Mental (2020— 2027). Montevideo: MSP.
- MORALES CALATAYUD, F. (1997), Introducción al estudio de la psicología de la salud. Secretaría General Administrativa, Universidad de Sonora (México): Editorial UniSon.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978), Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS. Ginebra: OMS.
- RODRÍGUEZ NEBOT, J. (1995), Clínica móvil o repensar la clínica. En: *En la frontera: trabajos de psicoanálisis y socioanálisis*. Montevideo: Multiplicidades.
- SAFORCADA, E. (1999), *Psicología sanitaria: análisis críticos de los sistemas de atención de salud*, Buenos Aires: Paidós.
- ULLOA, F. (1995), *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- URUGUAY (2007), Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- URUGUAY (2017), Ley 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- URUGUAY (2008), Plan Integral de Atención a la Salud. Recuperado: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/plan-integral-atencion-salud-pias#dropdown>
- VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., ÁLVAREZ, C., SOSA, A. (2011), Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado el 10/9/2020: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es
- VILLAR, H. (2003), *La salud: Una política de Estado. Hacia un Sistema Nacional de Salud*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.

El trabajo e inserción del psicólogo en el primer nivel de atención en salud

As. Lic. Pablo Casal, As. Mag. Deborah Rydel,
Prof. Adj. Dra. Lic. Denisse Dogmanas, As. Lic. Lisandra Hidalgo

OBJETIVOS

Jerarquizar la importancia de la integración del psicólogo en el primer nivel de atención en salud (PNA). Reflexionar sobre las transformaciones del rol del psicólogo clínico para desempeñarse en el PNA y conocer sus modalidades y posibilidades de intervención.

Introducción

En este artículo se definen conceptos relevantes para la comprensión de la inserción del psicólogo clínico en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en particular en los servicios de salud del primer nivel de atención (PNA). Es necesario problematizar la caracterización del PNA como servicios de baja complejidad desde el punto de vista de los recursos humanos y asistenciales. Se trata de una complejidad extensiva (diferente de la complejidad intensiva vinculada a la alta tecnología), relacionada con abordajes colectivos y comunitarios, la conformación de equipos interdisciplinarios, la intersectorialidad, el énfasis en la promoción y prevención de la salud. Esta complejidad supera ampliamente el tradicional rol del psicólogo clínico en el que muchos de los profesionales psicólogos han sido formados, por lo cual requiere de consideración. El psicólogo en el PNA se enfrenta a una multiplicidad de consultas y situaciones que implican necesariamente una ampliación de la caja de herramientas proveniente de la psicología clínica clásica.

Desarrollo

Modelo de atención: cambios de paradigmas

La motivación de las personas por el cuidado de su cuerpo, por el logro de cambios favorables en su estilo de vida, por la promoción de habilidades para enfrentar los retos de la vida moderna y, más aún, por la lucha para afrontar adecuadamente

el estrés, así como el fomento de condiciones de vida y trabajo que promuevan el desarrollo individual, la realización laboral, escolar y profesional, se convierten en objetivos básicos de una política de salud desarrollada y progresista.

Inmersa en estas demandas, la psicología ha seguido un proceso que no es ajeno a factores que, a nivel mundial, han permitido valorizar la relevancia del componente psicosocial en las ciencias de la salud.

Se destaca, entre otros, el reconocimiento del enfoque biopsicosocial como adecuado reemplazo al modelo biomédico, la conceptualización de la salud y la enfermedad como un proceso, el conocimiento acumulado de factores psicológicos y sociales intervinientes en dicho proceso, la transición epidemiológica, la emergencia de constructos como calidad de vida y bienestar en relación con la salud, el fracaso de los sistemas de salud tradicionales para abordar aspectos promocionales y preventivos y el cuidado de los enfermos crónicos, la implementación del PNA como escenario fundamental para muchas de estas acciones y la creciente relevancia del trabajo en equipos multi e interdisciplinarios.

En lo que refiere a la normativa vigente en Uruguay, respecto a la organización de los Servicios de Salud y los principios rectores del SNIS, la Ley 18.211 (2007) que da lugar a la creación del SNIS establece en su artículo 34:

El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. (Uruguay, 2007, art. 34)

La atención primaria de la salud (APS) es una estrategia de política pública en salud en la que se privilegia la promoción de la salud y no solo la cura de la enfermedad. Un sistema de salud basado en la APS es aquel que

... garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados por la población y promueven la equidad; que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y que pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. (OPS, 2007, p. 4)

El PNA está diseñado para ser el primer contacto de las personas con el sistema de salud. Debe alcanzar una cobertura del 100% de la población. En este se espera que se resuelvan aproximadamente entre el 80 y el 85% de las necesidades de salud de la población. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios (Villar, 2003).

Desde el año 2017 rige en el país la Ley 19.529 de Salud Mental; enmarcada en el SNIS, en su artículo 16 establece que la atención en salud mental se organizará de la misma manera en los niveles de complejidad, la estrategia, la atención primaria en salud y la priorización del PNA. En su artículo 17 establece que el proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario

e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales (Uruguay, 2017).

El Plan Nacional de Salud Mental de Uruguay (2020-2027) propone implementar un sistema de atención basado en el modelo comunitario para personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos. Para ello, una de las estrategias clave es fortalecer la red de servicios de salud mental inserta en el SNIS y la capacidad de respuesta de los problemas de salud mental en los equipos básicos de salud. Los equipos básicos del PNA constituyen la puerta de entrada al sistema y serán referentes del proceso asistencial.

En este punto, el psicólogo debe ser un profesional clave. Es decir, la reforma del SNIS, que incluye el Plan de Prestaciones en Salud Mental (2011), la ley de Salud Mental (2017) y el Plan Nacional de Salud Mental del Uruguay 2020-2027 (MSP, 2020), constituyen una oportunidad sin precedentes para los profesionales psicólogos, históricamente alejados o restringidos en su inserción en los servicios de salud, organizados hasta ese momento por lineamientos del modelo biomédico. Para ello, se hace necesaria la revisión y modificación de ciertas posturas epistémicas y conceptualizaciones teóricas y metodológicas respecto de las intervenciones clínicas en psicología, para dar respuesta a la pluralidad de realidades que se presentan en el PNA.

Inserciones de la psicología en el PNA

En Uruguay, la atención psicológica en el primer nivel de atención durante la historia reciente ha sido muy variada. Diversos servicios públicos y privados llevaban adelante la atención psicológica y psicoterapéutica desde diferentes enfoques y encuadres de trabajo. Con respecto al sector público, la integración de los psicólogos que forman parte de los equipos de salud mental de los centros de salud de ASSE-MSP, data de hace casi tres décadas. A esto se suma la atención brindada por diversos servicios universitarios, policlínicas de la Intendencia de Montevideo y policlínicas barriales comunales, de origen social.

En ASSE se denominó inicialmente *psicólogo de área*. En 2019, la red de atención primaria (RAP) metropolitana, reformulando el rol, lo denominó *psicología en territorio*. El rol incluye el desarrollo de actividades de promoción de la salud en ámbitos comunitarios, diagnósticos territoriales, priorización de la interconsulta, la realización de consultas domiciliarias, participación en diversas redes insertas en el territorio, coordinación interinstitucional, abordajes multi y transdisciplinarios, además de la atención psicológica individual, de pareja, familiar o grupal.

En el período anterior a la reforma de salud, las prácticas en psicología desarrolladas en cada uno de estos espacios revestían diversas tareas y actividades que generalmente se sostenían en iniciativas de algunos profesionales o docentes que actuaban de forma aislada dentro del sistema de salud.

A partir de la creación del SNIS (2007), se llevó adelante la unificación del sistema sanitario, articulando los servicios de atención públicos y privados, promoviendo el antes mencionado cambio en el modelo de atención, en el cual se pasa del paradigma de la enfermedad y su consecuente tratamiento, al paradigma de la

salud, que incluye a la salud mental dentro del concepto de salud integral del sujeto. El énfasis puesto en el PNA ha favorecido la inserción de nuevos profesionales al trabajo en este nivel de atención, incluidos los psicólogos, que diseñaron diversas formas de integrarse en las políticas de salud promovidas.

Por estos motivos, y debido a la diversidad de actividades que desarrollan los psicólogos en el PNA, sumado a las demandas específicas que plantea cada lugar de inserción en concreto, es necesario integrar nuevos recursos humanos con formación adecuada a las nuevas necesidades del sistema. En este nuevo paradigma, dentro de las problemáticas pertinentes a la salud mental desde una perspectiva de trabajo que abarca como sujeto a las comunidades, se incluyen aquellas manifestaciones que entrañan un sufrimiento psíquico para la persona, aunque no puedan clasificarse como entidades psicopatológicas propiamente dichas (Obiols y Stolkiner, 2012), como situaciones de violencia, consumo problemático de sustancias psicoactivas, situaciones de vulnerabilidad y malestar en la vida cotidiana.

Según la definición planteada en el documento inicial que da origen al Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología (Udelar),⁸ la clínica psicológica es pensada hoy en un sentido amplio, como un campo de conocimientos que se ocupa tanto del tratamiento de las alteraciones del psiquismo, del sufrimiento o padecimiento humano como de los procesos que componen la prevención y promoción de salud. Su función actual no radica solamente en conocer cómo el psiquismo humano puede ser un elemento que incide en la aparición de la enfermedad, sino también en cómo participa en el restablecimiento y mantenimiento de la salud (la adherencia a los tratamientos, la prevención y promoción de hábitos saludables, entre otros). De esta manera, la integración del psicólogo clínico en el primer nivel permite que las personas con problemas leves de salud mental puedan ser atendidos en su comunidad, mejorando la accesibilidad a la atención, apuntando a un uso racional de psicofármacos, siguiendo las líneas de recomendación de las guías actuales de práctica clínica (Alonso, 2019).

Resulta igualmente relevante el rol del psicólogo en el manejo preventivo y detección de la violencia, el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus complicaciones, la distorsión de la imagen corporal y los desórdenes de las conductas de alimentación, las modificaciones de la conducta de las personas y los grupos sociales, la incertidumbre y enajenación en la actividad laboral con desempleo, subempleo y multiempleo; los fenómenos de migración, marginación y fragmentación social, por solo mencionar algunos (Vidal, 2001).

8 Ver capítulo 1: «Formación de profesionales para desempeñarse en servicios de salud». Prácticas en psicología clínica. Facilitadores para acceder al aprendizaje, por J. Tabó y A. Tortorella.

Algunos conceptos y competencias específicas para el desempeño en el PNA

Para este trabajo se considera la definición de la Organización Panamericana de la Salud (2007), al entender las competencias como los conocimientos, habilidades y actitudes que se ponen en juego en el desempeño profesional, lo cual es útil para el trabajo con la salud integral desde el modelo de APS.

El saber clínico constituye, sin dudas, uno de los conocimientos fundamentales del psicólogo que trabaja en el campo de la salud. En particular en el PNA, el rol requiere también de la capacitación en un conjunto de otros saberes disciplinares para jugar el papel que le corresponde en su contribución a la elaboración y realización de su práctica.

Se parte de una concepción de la clínica como un campo complejo, múltiple, que abarca dimensiones políticas, económicas, sociales, antropológicas, culturales, entre otras. Una clínica que se relaciona con el encuentro y la producción de acontecimientos, de nuevas perspectivas, nuevas miradas, nuevas producciones. Una noción de clínica, tal como la trabaja Ulloa (1988), definida no por el lugar geográfico, el consultorio, o el sujeto individual, sino diagramada por la construcción de una «situación clínica» que involucra una ética, un método clínico, una actitud clínica, una aptitud clínica, de forma tal que la hace extensiva a los diversos ámbitos y niveles asistenciales.

El método clínico en psicología implica una observación sistemática, abocada al conocimiento de lo singular, es decir al estudio de caso, contemplando sus generalidades, pero principalmente enfocándose en qué lo hace único y particular. Este método, que se da en el interjuego entre la escucha clínica, la aptitud clínica y actitud clínica, no aplica reglas generales, en el sentido que, si bien reconoce el bagaje instrumental y teórico producido por sus aplicaciones previas, construye y elabora sus consecuentes hipótesis diagnósticas basándose en la evidencia que se le presenta delante en cada intervención singular. Luego, implica la determinación del tipo de técnicas a ser utilizadas al servicio de la comprensión de los niveles diagnósticos, es decir, a la comprobación o rechazo (y consecuente reformulación) de las hipótesis previas. Finalmente, se generan las hipótesis más adecuadas de intervención para llegar de forma eficaz a los objetivos planteados (Ulloa, 1964).

Como fuera mencionado, el método clínico habilita y requiere para su aplicación de la escucha clínica, concepto clave para la labor de todo psicólogo en este campo de trabajo. Esta refiere a la escucha con el tercer oído, de modo metafórico, a la escucha de la otra escena. Este es un nivel del registro que lleva adelante el psicólogo que nunca termina de perfeccionarse, debe seguirse trabajando mediante la experiencia, la formación teórica y la supervisión. Requiere atender a la propia respuesta emocional del profesional (resonancia emocional, contratransferencia) frente a la comunicación del consultante. Implica una escucha atenta y paciente, sabiendo que en el propio discurso de quien consulta aparecerán los contenidos necesarios para la comprensión y posterior resolución de la situación clínica (Ulloa, 1988).

Más allá de la etimología de la palabra, la escucha clínica empieza por aplicar el oído para oír. Prestar atención a lo que se oye, pero también captar los conjuntos

sígnicos que aparecen en el discurso y procesarlos efectivamente. Estos signos a aprehender estarán presentes a veces en el contenido mismo, a veces mediante inflexiones en la voz, posturas corporales, a veces mediante silencios. Para llegar a encauzar la escucha, es necesario escuchar intencionalmente, es decir, orientar lo registrado en una dirección diferente a la aparente, entendiendo que todo discurso se constituye en correspondencia con la escucha del otro, una escucha que en el psicólogo no es pasiva ya que decodifica y enriquece el discurso apartándose de lo concreto (Ulloa, 1988).

A su vez, el consultante también se escucha y capta, generando movimientos inéditos por el simple hecho de encontrarse frente a una escucha empática, neutra, entrenada, sin juzgamientos ni expectativas previas, basada en el respeto, la ética y la profesionalidad del psicólogo, que la diferencian de la escucha que puedan sostener amigos, familiares o hasta otros profesionales.

Con referencia al último punto mencionado, cobran relevancia los conceptos *actitud* y *aptitud* en el ejercicio clínico, que amplían la visibilidad sobre la pertinencia de una escucha particular dentro de la clínica, y que hacen al trabajo del psicólogo clínico sin importar su espacio o campo de inserción. En términos generales, podría decirse que la *actitud clínica* se refiere a la capacidad de lectura de la situación que posee el profesional, mientras que la *aptitud clínica* se define como la capacidad de formulación o interpretación de esa lectura (Ulloa, 1974). En otras palabras, la aptitud clínica alude a la predisposición interna que posee el psicólogo clínico, que le facilita la interpretación clínica de una situación, formulada a partir de la internalización de un cierto encuadre metodológico. Es la capacidad de formulación e interpretación de la evidencia brindada por el discurso del consultante y la situación clínica, a partir del marco teórico que se maneje, incluyendo un análisis de los aspectos propios en juego. Por su parte, la actitud clínica implica un ejercicio interno constante de elaboración de estos elementos por parte del profesional, que le permitirá un pasaje gradual desde el registro del sentir, creer, pensar, para llegar al saber (Ulloa, 1988).

Los conceptos anteriormente desarrollados son elementos clásicos en la formación de todo psicólogo clínico. En los últimos años se han ido agregando a ellos otros constructos que los complementan y dan cuenta del dinamismo y evolución de la formación del psicólogo clínico en el campo de la salud, a saber: encuadre interno,⁹ clínica móvil,¹⁰ entre otros.

Diversos autores han planteado que el ejercicio del psicólogo en el sistema sanitario debe nutrirse de los aportes de la psicología de la salud, atendiendo a la necesidad de ampliar su rol a lo largo de todo el ciclo salud-enfermedad, siendo capaz de apoyar al conjunto de los actores involucrados, incluyendo al equipo y las instituciones de salud. De forma complementaria, es relevante la formación en salud pública, conocimientos básicos de epidemiología y estadísticas de salud, psicología laboral, salud ocupacional, psicología comunitaria (Moncada, 2015). Asimismo, es necesario instrumentalizar la creatividad como recurso en las intervenciones; todos

9 Ver capítulo 2: «Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para las intervenciones psicológicas en servicios de salud», por P. Casal y S. Contino.

10 Ver capítulo 3: «El psicólogo en el Sistema Nacional Integrado de Salud» por D. Dogmanas, D. Rydel y P. Casal.

estos aspectos se vuelven indispensables para la elaboración de los procesos de diagnóstico de salud de una comunidad, así como la elaboración, implementación y evaluación de los programas de intervención correspondientes (Perea, 2017).

El trabajo en equipos interdisciplinarios es otro pilar de la estrategia de APS y del PNA. Se aspira a una cooperación entre disciplinas que conlleve interacciones reales con reciprocidad en los intercambios y, por lo tanto, un enriquecimiento mutuo y de la calidad del servicio.

Sobre este último punto, existe cierta polisemia sobre el concepto *interdisciplina*, que resulta difícil de definir. Muchas veces es planteada como una búsqueda sistemática de las teorías, métodos e instrumentos nucleados por un objetivo común. En la actualidad, pueden encontrarse varias definiciones, dependiendo del contexto de producción de estas.

Según Stolkiner (2005), la interdisciplina permite realizar un movimiento que va desde la ciencia poseedora de un método que piensa en pos de un objeto recortado, a la configuración de campos conceptuales articulados que constituyen situaciones problemáticas sobre la práctica en territorio. Se busca de esta manera «desterritorializar» el conocimiento en oposición a la «propiedad privada» disciplinaria y abrir puertas a distintas perspectivas que nos permitan, desde la clínica, construir narrativas multidimensionales. La autora propone que la interdisciplina es una invitación a asumir que la naturaleza compleja del problema a abordar no permite que sea resuelto desde una sola disciplina y necesita del aporte de varias perspectivas. Sostener una práctica interdisciplinaria exige un ejercicio de humildad profesional y epistémica: descentrarse de uno mismo, generosamente, compartir y aceptar la incertidumbre como parte de la realidad.

Investigaciones han evidenciado que en el PNA el trabajo interdisciplinario es recomendado, pero no siempre es posible realizarlo, o se reduce a interconsultas (Garzaniti, 2019). Muchas veces sucede que los profesionales tienden a aferrarse rígidamente a la identidad disciplinaria y a sus modelos propios, y se resisten a realizar actividades que consideran propias de otras profesiones o sienten que el otro invade su campo de pertinencia. Surgen sentimientos de desvalorización cuando la tarea del otro parece de mayor o menor relevancia, lo que deja al usuario a merced de las luchas entre profesionales. Por otro lado, puede aparecer el agobio ante la responsabilidad de ser el representante o portavoz de la disciplina, o que se genere ansiedad por hacer aportes significativos que justifiquen la presencia de la disciplina en ese equipo (Cortazar y Gandolfi, 2006).

El equipo de salud es antes que nada un grupo humano, y como tal pone en juego la cuestión del poder. El discurso disciplinario y la experticia profesional son herramientas de poder; aceptar la invitación de la interdisciplina a tolerar su limitación reduce la percepción del poder propio. Todo esto entra en juego en los equipos de salud al momento de la distribución de funciones, los espacios físicos de trabajo (consultorios) asignados a cada uno y la circulación de información, entre otros. Ciertos rasgos de la personalidad de los integrantes del equipo facilitan el desarrollo del trabajo en interdisciplina: la capacidad de tolerar lo desconocido y la incertidumbre, la apertura al pensamiento complejo, la capacidad de adaptación en las diversas tareas y roles aceptando límites, la aceptación de la crítica y la autocrítica,

el uso de la creatividad, la paciencia, tolerancia, el respeto, la elaboración de un lenguaje común compartido y la habilidad de negociación (Stolkiner, 2005).

Con respecto al trabajo en clave interdisciplinaria, es necesario aclarar que este incluye también la valoración de los saberes que no necesariamente pertenecen a una disciplina científica, sino que conforman saberes no-disciplinarios o no tecnocráticos, como el arte o los conocimientos que aporta un educador popular, un referente barrial u otros integrantes del equipo sin formación académica específica, y el de los propios usuarios. Esto ha sido incorporado de diversas maneras en los distintos equipos de trabajo, ya que no existe una norma general del sistema que regularice, legitime o marque una pauta clara para este tipo de intervenciones o de inclusiones dentro de los equipos, llevando a que en algunos espacios la participación de la comunidad y su involucramiento en los procesos de salud-enfermedad que le competen sea muy fuerte, y en otros, prácticamente inexistente. Será, de igual manera, tarea del psicólogo clínico en su inserción en la comunidad propiciar espacios y modos de participación comunitaria en lo que refiere a la salud, mediante diversas modalidades de intervención que identifiquen y fortalezcan recursos y redes comunitarias promotoras de la prevención y de la salud integral de los usuarios.

Según un informe planteado en 2015 por la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés), las competencias pertinentes a los psicólogos en el emergente marco de trabajo en PNA son:

1. *Ciencia*. El enfoque biopsicosocial hace pertinente el estudio de otros ámbitos, como fisiología humana, psicofarmacología, epidemiología y políticas de salud pública, así como habilidades de investigación y evaluación de procesos.
2. *Sistemas*. El trabajo en el PNA se enmarca en sistemas en constante evolución que operan a nivel local, regional y nacional. Entre sus competencias está promover una comunicación efectiva entre el personal y optimizar los procesos.
- 3.a) *Valores y actitudes profesionales*. Es necesario estar informados sobre el funcionamiento del servicio, así como de los roles y expectativas de otros miembros del equipo. Transmitir una actitud de flexibilidad, poniendo las necesidades del paciente en el centro del cuidado y sabiendo gestionar el tiempo.
- 3.b) *Diversidad cultural*. La sensibilidad es necesaria para trabajar con poblaciones diversas cuyas identidades culturales y creencias de salud afectan sus actitudes hacia el sistema de atención sanitaria.
- 3.c) *La ética en APS*. Es necesario el manejo del consentimiento informado y la confidencialidad bajo secreto profesional, identificando la información relevante del paciente que necesita ser compartida con el resto del equipo.
- 3.d) *La práctica reflexiva, autoevaluación, autocuidado, análisis de la implicación*. Es importante problematizar sobre las propias prácticas y atravesamientos del profesional.
- 4.a) *Relaciones interprofesionales*. Es necesaria la interdisciplina.

- 4.b) *Funciones interprofesionales.* Es necesario el reconocimiento de las funciones propias y el respeto por las contribuciones de los demás miembros del equipo. Y las habilidades de comunicación, negociación de conflictos y toma de decisiones compartidas.
- 5.a) *Gestión práctica.* Es necesaria la adaptación al ritmo y presupuestos del servicio.
- 5.b) *Evaluación.* Se plantea como un proceso continuo, flexible y dinámico, que proporcione información clínica relevante para un plan de acción adecuado.
- 5.c) *Intervención.* Se tratan los tratamientos para los problemas de salud mental más comunes, hábitos no saludables, utilización excesiva de los servicios de salud por somatizaciones, problemas psicosociales y problemas de adherencia al tratamiento.
- 6.a) *Enseñanza.* Se colabora, cuando es pertinente, en la formación de otros psicólogos y miembros de otras disciplinas. Se contribuye a desarrollar competencias fundamentales: atención al paciente, profesionalidad y habilidades interpersonales. Se acrecienta la comprensión del rol de los servicios psicológicos dentro de la atención integrada.
- 6.b) *Supervisión.* Se trata la discusión de casos, la observación directa y la tutorización.

Actividades y modalidades de intervención

Entre las tareas descritas para el rol del psicólogo inserto en el PNA, se constituyen dos pilares fundamentales: la consulta psicológica y las actividades grupales o comunitarias.

La consulta psicológica en el PNA

Se incluyen en este concepto la atención individual, de pareja o familiar y las visitas domiciliarias. En su práctica, el psicólogo abarca procesos de diagnóstico, orientación, seguimiento, rehabilitación, apoyo e intervenciones breves. Algunas de estas intervenciones se enmarcan dentro de lo que se ha llamado *intervención en crisis*, *psicoterapia focal* o *psicoterapia breve*, mientras que otros procesos desarrollados estarían en el plano del *apoyo psicológico*; muchas veces es difícil marcar una frontera clara entre estos tipos de enfoques (Castelli *et al.*, 2014).

Para realizar diagnósticos de situación pertinentes, se emplean diversas técnicas lúdicas, participativas, expresivas, entrevistas, técnicas psicológicas (test, escalas) y se evalúan las redes familiares y comunitarias disponibles para el sujeto. Se puede trabajar en co-consulta con otros profesionales, realizar interconsultas y la discusión de casos con otros profesionales.

En cualquiera de sus formas, la consulta psicológica en el PNA pretende centrarse en los aspectos sanos y resilientes del sujeto o núcleo familiar, jerarquizando sus

potenciales y los del colectivo que lo rodea. Es por ello que este trabajo trasciende el encuadre físico y metodológico de la clínica tradicional, ya que ocupa otros espacios, hay intercambios con profesionales de otras disciplinas, se integra a la estrategia clínica la coordinación con otros ámbitos de inserción de la persona, otros espacios por los que transcurre en su vida y en su padecer. Ello implica habilitar procesos de construcción de la demanda que incluyan a instituciones que derivan (por ejemplo, la escuela o un club deportivo) o coordinar el plan de trabajo con programas sociales que actúen en el territorio; con esto se flexibilizan los encuadres, se disminuyen los tiempos de intervención, se diseñan estrategias creativas, se logra una mayor delimitación de los objetivos. Todo esto mientras se mantiene siempre la especificidad de la intervención psicológica respecto al trabajo en rehabilitación social y laboral, el manejo del conflicto y de las ansiedades (Castelli *et al.*, 2014).

La psicología clínica encuentra, en este nuevo espacio de inserción, diversas modalidades de articulación con otras disciplinas, y también con otros campos de problemáticas dentro de la propia psicología, de los que se adquieren herramientas específicas para el trabajo. Esto es promovido por la revisión de conceptos clásicos de la psicología clínica, como los que fueron desarrollados previamente, que adquieren nuevas dimensiones bajo la mirada del contexto del PNA.

En relación al Plan Nacional de Salud Mental de Uruguay (2020), el psicólogo debiera poder participar en el plan de tratamiento individualizado (PTI), en el cual el equipo, de forma interdisciplinaria, planea una estrategia contemplando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona. De esta manera, el psicólogo en el PNA podría fortalecer el enlace entre el equipo básico y el especializado en salud mental; su figura resultaría clave para el refuerzo de la continuidad de los tratamientos conjuntos e integrales, en la focalización de la demanda puntual del usuario de mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia con los otros niveles de atención en salud.

Actividades grupales o comunitarias

Cuando el SNIS plantea el desarrollo de la estrategia de APS, se trata de poner el foco en tareas de promoción, prevención, detección precoz, atención a los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Es así que entre las tareas del psicólogo inserto en el PNA se desarrollan actividades comunitarias o grupales, en las cuales desempeña un trabajo en articulación intra e intersectorial a distintos niveles, en la búsqueda de empoderar a las comunidades y facilitar su participación activa en los procesos de salud-enfermedad.

Las agendas prioritarias marcadas por el MSP con diversas temáticas han propiciado la aparición de espacios de talleres temáticos, jornadas o grupos llevados adelante por psicólogos, sobre contenidos referentes a salud mental. El psicólogo se encarga de trabajar las diversas temáticas a distintos niveles: talleres de psicoeducación; jornadas de promoción y prevención de la salud; grupos terapéuticos de frecuencia semanal o quincenal.

Se suelen tratar temas como duelo, violencia, ansiedad, estrés laboral, consumo problemático de sustancias (incluyendo grupos de consumo de tabaco), prevención de enfermedades de origen cardíaco (grupos ODH), higiene bucal, pautas de crianza, mujer y género, discapacidad, grupos de niños, de adolescentes, adultos mayores, accesibilidad a la salud, laboral, calidad de vida, entre otras. Dichos talleres se llevan adelante en distintos espacios: centros educativos (escuela, liceo, UTU), culturales, plazas, clubes de niños, clubes deportivos, centros de salud, u otros espacios de referencia barrial y regional.

Además, se definen como responsabilidad principal del psicólogo la tarea de realizar diagnósticos de situación que incluyan la valoración de aspectos comunitarios para acelerar los procesos de resolución de problemas presentes en el medio. Para ello, se utilizan herramientas tales como charlas, talleres, encuestas, aplicación de escalas, cuestionarios, con el fin de identificar los problemas o necesidades, los recursos, redes y potencialidades, así como los diversos factores de riesgo psicosocial o epidemiológico. También es su responsabilidad la tarea de diseñar intervenciones multidisciplinarias programadas que generen mayor contacto con la comunidad en conjunto y con las necesidades provenientes de esta, así como realizar actividades educativas orientadas a capacitar al personal de salud (Piñero y Trillo, 2008).

Al no estar estas tareas aún normatizadas, pueden incluir diversas intervenciones de orden psicológico, dependiendo de la formación y experiencia particular de cada psicólogo, de las exigencias de la institución a la que adscribe su trabajo y, por último, a las demandas de la población concreta donde se ubique su práctica.

Es necesario aclarar que no todas las actividades mencionadas son llevadas a cabo actualmente en todos los centros de atención en PNA, sino que su desarrollo ha sido progresivo y heterogéneo entre las instituciones, determinado en ocasiones por la iniciativa e interés particular de profesionales o distintas autoridades. Mediante una revisión de la literatura se analizó el rol de los profesionales de la psicología en el PNA en diversos países y se encontró que en la actualidad aún se sostiene un fuerte foco en la atención clínica individual (Garzaniti, 2019). Según las definiciones planteadas anteriormente, sería necesario que esto logre modificarse. Las modalidades de abordaje deberían ser de carácter integral, psicosocial y dirigirse tanto al tratamiento de las personas afectadas como también a la población general y al trabajo comunitario, a través de acciones de promoción y prevención.

Reflexiones finales

Si bien existe en Uruguay experiencia de trabajo e inserción del psicólogo en el PNA, este rol es incipiente en el país, sobre todo en el sector privado del SNIS. Como se expuso, el psicólogo puede desarrollar diversas actividades que abarcan desde intervenciones clínicas individuales, grupales, comunitarias, poniendo énfasis en la promoción y la prevención, el diagnóstico a nivel individual, grupal, en y de la comunidad. Debe trabajar con otros miembros del equipo de salud para fortalecer la atención integral.

Sigue habiendo diferencias entre la formación que reciben los profesionales de la salud y las habilidades que se consideran pertinentes para el trabajo en PNA. La determinación de cuáles son las funciones y actividades más necesarias, oportunas y relevantes del psicólogo en el PNA en Uruguay, probablemente se delimitarán con mayor claridad en el transcurso del tiempo, en la acumulación de la experiencia y la investigación, en el intercambio entre la academia, las necesidades que surjan de los servicios de salud y el camino que recorran los profesionales.

La psicología encuentra en este nuevo espacio de inserción diversas modalidades de articulación con otras disciplinas, y también con otros campos de problemáticas dentro de la propia psicología, de los que se adquieren herramientas específicas para el trabajo en comunidad. La mejora del sistema sanitario requiere de la profundización y avance hacia un paradigma integrador biopsicosocial, inherente al trabajo interdisciplinario en el que debe integrarse el psicólogo en conjunto con los demás profesionales de la salud para lograr el despliegue y consolidación de su rol en el PNA.

Ejercicio

En una policlínica barrial de la periferia de Montevideo, el psicólogo (P) suele hacer entrevistas conjuntas con el médico de familia (MF) cuando este se lo solicita. En esta oportunidad, el médico le dice que en la lista de pacientes está agendada una paciente a la que vio en varias ocasiones y que no entiende qué le sucede, ya que la visitó en ocho oportunidades, en los dos últimos meses, por dolores inespecíficos (cefaleas, dolor lumbar, cansancio, desmotivación para hacer las cosas de la casa). El profesional le plantea que los exámenes físicos y de laboratorio son normales. Se llama Ana (A) y tiene 50 años de edad.

MF: Buenos días, Ana, ¿qué la trae hoy por acá?

A: Doctor, sigo con el desgano, cansancio, no sé si tengo anemia, los dolores de cabeza no se me van y no tengo mejoría.

El doctor la mira y ve que tiene una herida no profunda en la cabeza, sobre la frente.

MF: Ana, ¿qué le pasó en la frente?

A: Doctor, como estoy tan floja, me levanté en la madrugada para ir al baño y me caí golpeándome en la cabeza con la punta de la cama. Pero no es nada, no me duele.

El médico se le acerca y la revisa.

MF: No es profunda, pero hay que desinfectarla.

P: Señora Ana, ¿usted vive sola?

A: No, vivo con mi marido desde hace más de treinta años. Él trabaja todo el día y viene a casa muy tarde. No quiere que los chiquilines [dos hijos adolescentes] estén en casa cuando llega y hagan ruido.

P: ¿Qué hace usted cuando él llega?

A: Le preparo la comida porque en general no ha almorzado durante el trabajo, le digo a los chiquilines que se vayan a su cuarto o a casa de los amigos para que no lo molesten. Él es el que trae la plata a la casa y tiene que estar tranquilo.

MF: La señora Ana no tiene trabajo remunerado desde hace dos años, al cerrarse la fábrica de la zona. Los ingresos de la familia son por parte del marido. [Se lo dice al psicólogo.]

P: ¿Usted trabajaba hacía mucho tiempo en la fábrica?

A: Desde los 18 años de edad. Siempre trabajé y era independiente. Entraban dos sueldos a casa, la cosa era diferente a ahora.

P: ¿Qué quiere decir con eso?

A: Yo me sentía bien, tenía mi plata y hacía lo que quería, le compraba cosas a mis hijos y para la casa. Estoy buscando trabajo, pero no es fácil. Además, me dice mi marido que no tengo que buscar, que tengo que quedarme en casa, que a mi edad ya no me van a tomar. Él insiste e insiste en que no busque trabajo, que como no tengo fuerzas ahora no voy a conseguir trabajo y a veces se enoja porque le digo que me hace bien trabajar. Dice que los chiquilines no pueden quedar solos en la casa, que están en la adolescencia, que tengo que cuidarlos, que para eso tengo que ser una buena madre ya que hay muchos problemas de alcohol y drogas entre las juntas.

P: ¿Usted cómo se siente con lo que él le plantea?

A: Que no es justo. Toda mi vida trabajé y siempre estuve con ellos. Cuando chicos se quedaban con mi madre y ella los cuidaba. Mi madre murió hace dos años, de un infarto. Vivía con nosotros. Le ponía mucho freno a él porque la casa era de ella.

P: ¿Freno?

A: Sí, él siempre fue calentón. Cuando viene del trabajo quiere estar tranquilo y come y toma vino hasta que se duerme. Deseo que se duerma porque si no grita mucho y les grita a los chiquilines. Es de tirar cosas cuando se enoja. Mi madre le decía que se calmara o si no lo echaba de la casa, y él se callaba y se encerraba en el cuarto.

P: ¿Usted cómo se siente ahora, Ana?

A: Triste, muy triste, porque no tengo trabajo. Cansada porque apenas hago las cosas de la casa y ya me quiero acostar. Estoy deseando que llegue la noche y dormir. Los chiquilines son buenos, están grandes y no me necesitan, yo necesito mi espacio y hacer mis cosas. Cuando vivía mi madre era otra cosa, ella me protegía y nos protegía a todos. A veces quiero que cuando llegue él yo ya estar dormida, y le dejo la comida pronta. Pero otras veces él llega y no está la comida pronta y me levanta si estoy dormida.

MF: Ana, estamos acá para ayudarla. Sus exámenes salieron bien. Pase por la enfermería para que le curen la herida y la esperamos el psicólogo y yo la semana entrante.

Preguntas orientadoras

- 1) Enumere algunas de las habilidades específicas que requiere el psicólogo inserto en el PNA para un adecuado desempeño profesional.
- 2) ¿Qué implica el concepto de escucha clínica y de qué manera se adapta para el trabajo en el PNA? ¿Cómo se aplica a la viñeta planteada?
- 3) Respecto a la viñeta, ¿qué aspectos particulares del trabajo en el PNA entiende que se presentan como obstáculos o facilitadores para el desarrollo de esta?
- 4) ¿Cómo continuaría la intervención planteada en la viñeta?

Bibliografía

- ALONSO, R., LORENZO, L., FLORES, I., MARTÍN, J. y GARCÍA, L. (2019), El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, 51(5), pp.310-313. En <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.012>
- APA (2015), *Competencies for Psychology Practice in Primary Care*. Recuperado: <http://www.infocop.es/pdf/CompetenciasAP2017.pdf>
- BENIA, W. y MEDINA, G. (2011), Construcción de una red continente. APS y primer nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo, Uruguay, 2005-2009. En: LEVCOVITZ, E, ANTONIOL, G., SÁNCHEZ, D. y FERNÁNDEZ GALEANO, M. (eds). (2011), *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo: OPS.
- CAÉTANO, M., RYDEL, D., SICA, S y VENTRE, G. (2009), *Desde la salud mental a la salud integral*. Psicólogos en el primer nivel de atención, reflexiones primarias. En IV Congreso de la Sociedad de Psicólogos de Salud Pública. Montevideo: SPSP.
- CASTELLI, C., FRY, P., MAESTRO, C. (2014), *Repensando la consulta psicológica en el primer nivel de atención en salud*. En Programa de Practicantados y residencias de psicología en servicios de salud (2014), II Encuentro Regional de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud. Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar.
- CORTAZAR, M, GANDOLFI, A. (2006), *El desafío de la interdisciplina*, en las IX Jornadas de Psicología Universitaria, Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar.
- DSM Y PV DE ASSE, GARCÍA, M. y ROMANO, S. (Datos actualizados presentados el 12/12/2017 en el Espacio Intercalles del MIDES y Propuesta para Implementación Ley Salud Mental 19.529 en ASSE. Recuperado: <http://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-avanza-en-Plan-de-implementacion-de-Ley-de-Salud-Mental-10839>
- FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. (2017), *Texto, pretexto y contexto de las políticas de salud mental en el Uruguay progresista*. Ediciones Comisión Sectorial de Investigación Científica, CSIC-Udelar. Montevideo: Biblioteca Plural 20. En: <https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/publicacion5b896ec49f5463.69451165.pdf>
- GARZANTI, R. (2019), El rol del psicólogo en la atención de la salud mental desde el primer nivel de atención: una revisión sistemática. Montevideo: *Salud y Sociedad*, 10(2), pp.146-162, doi: 10.22199/issn.0718-7475-2019-02-008
- IPC (2010), Creación del Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Udelar. Documento fundacional del Instituto de Psicología Clínica (IPC). En: https://psico.edu.uy/sites/default/files/instituto_de_psicologia_clinica,%20ultima%20versi%C3%B3n.pdf
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA URUGUAY (2020), Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027), Montevideo: MSP.
- MONCADA, S. (2015), Psicología y atención primaria de salud: una propuesta de competencias. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(3), pp.293-304.
- OBIOLS, J., STOLKINER, A. (2012), Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con VIH/sida, Buenos Aires: revista *Ciencia, Docencia y Tecnología*, vol. 45, pp.61-80.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007), *La renovación de la atención primaria en las Américas*.
- PEREA, J. (2017), Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el primer nivel de atención en salud (tesis de Maestría en Salud Comunitaria), Montevideo: Facultad de Enfermería, Udelar.
- PIÑEIRO M. J., TRILLO J. M. (2008), Manual de cargos, protocolos de procedimientos e indicadores y proyectos de desarrollo (avance), Montevideo: ASSE-Dirección de Salud Mental.
- RYDEL, D. (2015), Evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autorreporte de los usuarios (tesis de Maestría, Facultad de Psicología). Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar.

- STOLKINER, A. (2005), *Interdisciplina y salud mental*. En IX Jornadas Nacionales de Salud Mental: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Misiones (Argentina).
- ULLOA, F. (1964), *Método clínico en psicología*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires.
- ULLOA, F. (1974), *Lecturas para una aproximación a la organización de una comunidad clínica*. Montevideo: Editorial Aportes.
- ULLOA, F. (1988), *Psicología clínica de adultos*, Escuela Universitaria de Psicología, Udelar. Montevideo: Departamento de Publicaciones CEUP.
- URUGUAY (2007), Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- URUGUAY (2017), Ley 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- VIDAL, R. (2001), *Conflicto psíquico y estructura familiar. Sistemas abiertos*. Montevideo: Editorial Delano.
- VILLAR, H. (2003), *La salud. Una política de Estado. Hacia un Sistema Nacional de Salud*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.

Experiencia en servicios de salud: el psicólogo en intervenciones interdisciplinarias

Prof. Agd. Mag. Julia Tabó y Prof. Agd. Mag. Adriana Tortorella

OBJETIVOS

Compartir la experiencia de las intervenciones en servicios de salud en que el psicólogo es integrante jerarquizado de los equipos interdisciplinarios. Transmitir un recorrido de la experiencia, señalando diversas intervenciones en el modelo de salud cubano, apuntando a enriquecer el trabajo de prevención en el servicio de salud universitario. Compartir experiencias desde el ámbito universitario en la transmisión de conocimiento y de vivencias entre distintas generaciones, para plasmar huellas en los profesionales en formación sobre el quehacer del psicólogo clínico en diversos ámbitos y contextos.

Introducción

Como integrantes del Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA), nos surgió la inquietud de transitar por una pasantía que permitiera ampliar conocimientos acerca de las variadas intervenciones del psicólogo clínico en Atención Primaria en Salud. Este servicio, con veintidós años de trayectoria impartiendo atención psicológica a los usuarios de ASSE y sus familias, se expandió a nivel nacional a partir del año 2019. Sus integrantes no solo buscaron la ampliación territorial, sino profundizar en las intervenciones orientadas a la prevención, por ser este uno de sus cometidos. Esa búsqueda se orientó a la exploración de dónde ampliar la formación; surgió la posibilidad de llevarla a cabo en la ciudad de La Habana, Cuba.

El SAPPA tiene como uno de sus objetivos brindar atención primaria en salud (APS), por lo que se valoró como una necesidad del servicio el enriquecimiento en la formación con una pasantía especializada en dicha temática. Es así que nos presentamos al programa de Pasantías en el Exterior, de CSIC, en el año 2019, para el financiamiento de una actividad que redundaría en beneficios para el servicio y la institución facultad.

Su financiación fue muy gratificante, dado que efectivizó el tránsito por una pasantía que aportaba a las necesidades del equipo de trabajo. La pasantía se denominó Psicología de la Salud en la Atención Familiar y Comunitaria. Se llevó a cabo en la Universidad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo, durante un período de dos semanas de duración, en noviembre del año 2019.

El programa de actividades de la pasantía se desarrolló en la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo, en el policlínico 19 de Abril y Plaza de la Revolución. Su objetivo fue desarrollar habilidades para explicar el modelo de psicología de salud cubano y su aplicación en la APS.

Las actividades realizadas se desarrollaron en torno al modelo cubano de psicología de la salud, la psicología de la salud en la APS y la docencia e investigación psicosocial en la APS.

La experiencia consistió en participar activamente en las actividades de APS en varias instituciones. También incluyó exposiciones teóricas y conferencias en torno a la psicología de la salud. Cuba tiene un gran desarrollo salubrista en APS, orientándose sobre todo a la vida cotidiana de la población, la cual participa activamente.

Los objetivos de la prevención se relacionan con problemas de salud y se orientan a trabajar con potenciales riesgos individuales o en pequeños grupos. Esto se diferencia de la promoción cuyos objetivos hablan de los determinantes de la salud y de las condiciones para favorecerla. La promoción tiene un enfoque poblacional y busca cambios más profundos.

Ambos abordajes, prevención y promoción de salud, son objetivos de la psicología de la salud, en el campo de las ciencias médicas y la salud pública, cuyo objetivo general es la transmisión de conocimientos dirigidos a la conservación de la salud del individuo, de la comunidad y de la sociedad en general. Uno de sus campos de acción son los centros de salud orientados a las intervenciones de sus trabajadores y el impacto o repercusión que tienen en sus grupos familiares, y en el desempeño laboral como trabajadores de la salud.

Desarrollo

Este recorrido experiencial se centró en transitar por diversos centros de salud con inserción de psicólogos clínicos. En muchos de dichos servicios era el profesional psicólogo quien llevaba adelante las variadas intervenciones clínicas en psicología de la salud.

Se detallan a continuación los centros que se recorrieron y las actividades que se compartieron:

- Policlínico 19 de Abril (consultas con niños, consultas en territorio de control a gestantes)
- Hogar Materno
- Centro Comunitario de Salud Mental
- Interconsultas en consultorio
- Consulta multidisciplinaria de autismo en el Hospital Pedro Borrás
- Consultas multipropósito de gestantes

- Planificación de intervención comunitaria
- Departamento de Psico-oncología del INOR (Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología)
- Encuentro con Claustro de la Facultad Fajardo, de la Especialidad en Psicología de la Salud y de la Maestría en Evaluación Psicológica y Social

Descripción de la variedad de campos de la psicología de la salud en Cuba: salud familiar; valoración psicológica de los gestantes y algunos aspectos de salud reproductiva; trabajo sobre violencia familiar y maltrato infantil; prevención y atención psicológica de disfunciones sexuales; trabajo en adicciones; trabajo en aspectos relacionados con el envejecimiento sano; adaptación a secuelas y discapacidades por enfermedades crónicas; cuidados a enfermos avanzados (atención psicológica en cuidados paliativos); atención a damnificados por desastres y catástrofes; estudios sobre calidad de vida y bienestar subjetivo; trabajos de diagnóstico de necesidades espirituales y sufrimiento; atención psicosocial a personas con enfermedades de transmisión sexual; trabajos sobre adherencia terapéutica, especialmente en enfermedades crónicas; aspectos de salud ocupacional y psicología organizacional en instituciones de salud, entre otros.

En los centros de salud cubanos los psicólogos están integrados a equipos interdisciplinarios. Los psicólogos que trabajan en unidades de APS deben mantener al menos un día de consulta centralizada para la evaluación psicológica. Las intervenciones que no son viables en el consultorio se realizan en terreno o en otro tipo de instituciones (laborales, escolares), para elevar el alcance de las intervenciones psicológicas y garantizar un ejercicio ético de la profesión.

Se plantea que la psicología en la APS debe contribuir integralmente al logro de los mayores niveles de salud de la población, con énfasis en las acciones de promoción y prevención en el universo de problemas psicosociales que intervienen en la situación de salud.

Las características estructurales de las principales unidades de APS, los polí-clínicos, llevaron a la creación de una sección de psicología en cada institución de este nivel. Dichas secciones imparten funciones de promoción, prevención, atención psicológica, rehabilitación psicosocial, investigación, docencia, asesoría y gerencia. Se contribuye a la integralidad y calidad de la atención de salud, y constituyen un elemento de desarrollo del Programa de Atención Integral a la Familia.

El psicólogo en este nivel de atención asume una doble pertenencia: como integrante de los Grupos Básicos de Trabajo o de los equipos multidisciplinarios y como miembro de la sección de psicología en la unidad de salud, que asesora, elabora y dirige las estrategias para el abordaje de los aspectos psicosociales, de acuerdo a la política de salud del área específica.

A partir de esta experiencia, en el SAPPA se plantearon escenarios posibles orientados a la APS, en torno a la gestión, investigación, docencia en grado y posgrado, extensión y asistencia.

Para la gestión

- Desarrollo de estrategias para la formación de recursos humanos, docentes, estudiantes y psicólogos, apuntando a optimizar el enfoque hacia el campo de la salud, integrando educación, medio ambiente, salud y calidad de vida en las diversas intervenciones orientadas a los usuarios del SAPPA.
- Transmisión de un mayor énfasis salubrista con las autoridades que sostienen el convenio ASSE-Udelar.
- Intensificación del intercambio con los referentes de todo el país, apuntando más a la salud. Utilización del recurso de la videoconferencia para unificar la información, sin desmedro de las visitas en terreno.
- Posicionamiento del servicio en un núcleo de prácticas de grado interinstitucional.
- Aumento de los espacios de intervenciones grupales para la promoción de conductas de autocuidado y así evitar el estrés postraumático en el personal de la salud.

Para la investigación

- Detección de los riesgos y posibilidades de enfermar de los funcionarios de la salud.
- Priorización del personal de enfermería, en tanto grupo más propenso a enfermar, para detectar las zonas de riesgo.
- Conocimientos sobre las intervenciones clínicas del SAPPA que aumentan la calidad de vida de los pacientes. Implica el aumento de la calidad de la institución de salud en donde se desempeñan.
- Identificación del desgaste emocional que presenta el personal de la salud, sus creencias y percepción subjetiva sobre su tarea en el ámbito de la salud.
- Investigación de la empatía en los profesionales de la salud, como recurso necesario para el rol profesional. Implica la identificación con el sufrimiento del paciente al tiempo que toma de distancia óptima necesaria para poder accionar.

Para docencia en el grado y posgrado

- Integración de los conocimientos teórico-técnicos en psicología clínica de la salud con los conocimientos en psicología social de la salud. Permitirá una articulación con hincapié en la importancia de una visión integradora.
- Estimulación de la producción científico-técnica de las ciencias psicológicas y sociales aplicadas a la salud, y a su divulgación, dando impulso a la elección de una línea de investigación en el estudiante.
- Articulación de las especializaciones y maestrías con las líneas de investigación del SAPPA.

Para la extensión

- Favorecimiento de una red de apoyo social para los pacientes en condiciones de vulnerabilidad; por ejemplo: personas solas, con trastornos orgánicos y sin apoyo familiar, adolescentes con consumo problemático o en situaciones de riesgo, entre otros.
- Integración de técnicas de la APS en la creación de redes con organizaciones de la comunidad en el barrio donde reside el usuario.

Para la asistencia

- Ampliación de las intervenciones en APS, en la búsqueda de una visión panorámica que permita conocer el territorio en que el usuario desarrolla su vida cotidiana.
- Coordinación de las intervenciones con niños y adolescentes mediante acciones en territorio con el sistema educativo, para lograr integralidad.
- Implementación de acciones en APS orientadas a la prevención.

Preguntas orientadoras

- 1) Elija un servicio de salud que haya transitado en una práctica clínica, ¿cómo definiría el rol del psicólogo en ese servicio?, ¿qué propuestas interdisciplinarias se realizaban allí?
- 2) Realice el ejercicio de escenarios posibles de extensión o investigación respecto al servicio en donde llevó adelante su práctica.

Bibliografía

- CONVENIO SAPP (2018), *Asistencia de Servicios de Salud del Estado*, Montevideo: ASSE, Facultad de Psicología, Udelar.
- DOCUMENTO DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD PSICOLOGÍA DE LA SALUD, 2016-2020. La Habana (Cuba).
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2011), Plan de implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Integrado de Salud Mental, Montevideo: MSP.
- SOSA, A. *et al.* (2010), Documento del Grupo Nacional de Psicología de La Habana. *La Psicología en la Atención Primaria de Salud, los hospitales clínico-quirúrgicos y los hospitales pediátricos y gineco-obstétricos*. La Habana (Cuba).
- TABÓ, J. (2016-2019), Informes de lo actuado de enero a diciembre en el Servicio Atención Psicológica Preventivo-Asistencial de la Facultad de Psicología, Udelar. Convenio ASSE-Facultad de Psicología-Udelar. Montevideo: Udelar (inéditos).
- UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS MANUEL FAJARDO (2019), Programa de Pasantía en Psicología de la Salud en la Atención Familiar y Comunitaria, La Habana (Cuba).
- ZYTNER, R. (2009), *Un modelo posible de atención en salud mental: Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial* (Convenio ASSE-MSP-Facultad de Psicología-Udelar. Proyección hacia el Programa Nacional de Salud Mental. En: I Jornada de Intercambio de Experiencias Innovadoras en Salud Mental, organizadas por MSP, DIGESA y PNSMIMM, 24/7/2009, publicado en CD. Montevideo: MSP.

La entrevista de recepción en equipos o comité de recepción de la consulta psicológica en servicios de salud

Prof. Adj. Lic. Mercedes Couso y Prof. Agd. Mag. Silvana Contino

OBJETIVOS

Conceptualizar aspectos metodológicos de la entrevista de recepción como herramienta de exploración e intervención en sí misma, desde la especificidad disciplinar dentro de los equipos de recepción o comité de recepción de la consulta psicológica.¹¹ Este dispositivo institucional se consolida como forma de recibir la solicitud de atención psicológica en el contexto del Plan Nacional de Prestaciones en Salud Mental (MSP, 2011), en el Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay, 2007).

Introducción

En la consulta psicológica de los equipos o comité de recepción en servicios de salud es importante, como herramienta para el relevamiento de datos e información proporcionada por el consultante y la consecuente comprensión de la situación clínica que se presenta, la entrevista de recepción (ER). La especificidad de la ER es el diagnóstico de situación y el diagnóstico dinámico que determina la estrategia de intervención posterior. La ER puede ser entendida como una herramienta de resolución en la consulta psicológica, ya que da una respuesta a lo solicitado y tiene como objetivo la orientación, indicación o derivación.

Es necesario la conceptualización de ciertos términos para la comprensión de la ER como herramienta de exploración: *pauta de registro*, *encuadre* y *diagnóstico*. Se incluye una viñeta clínica para ilustrar la forma de pensar algunos de los conceptos planteados, intentando articular la teoría con la práctica.

¹¹ Ver capítulo 2: «Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para las intervenciones psicológicas en servicios de salud», por P. Casal y S. Contino.

Desarrollo

Entrevista de recepción

Entrevista, *entre-vista*, implica mirar, ver entre más de uno. Tener una conversación con un fin determinado. Proviene del latín y significa «los que ven entre sí». La entrevista psicológica implica un encuentro entre un sujeto o varios, y un equipo multiprofesional en el que participa el psicólogo. Es una de las herramientas privilegiadas de la psicología en diversos ámbitos y especialmente en el de la clínica psicológica (Protesoni, 2018).

Recepción, etimológicamente, implica la acción de recibir y salir al encuentro con el otro. Sobre el concepto, el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española aporta la definición de «acción y efecto de recibir». *Recibir* es «hacerse cargo uno de lo que le dan o le envían».

La entrevista de recepción es una herramienta en la que el psicólogo clínico pone en juego una actitud receptiva y de escucha, y habilita al consultante —o a los consultantes— a hablar sobre sí mismo y el asunto que lo convoca. Se reciben o *receptionan* padecimientos, malestares, sufrimientos e historias. Se elaboran hipótesis sobre la etiopatogenia de la problemática, el funcionamiento de la subjetividad implicada en la situación (nivel de diagnóstico dinámico), para definir la mejor estrategia de resolución, generando una orientación o derivación pertinente. Al recibir la consulta, se recaba de forma dirigida —o en ciertos momentos de forma abierta— datos relevantes de la historia del sujeto, a fin de lograr un conocimiento y comprensión de lo que sucede. Esto implica un diagnóstico, que a modo descriptivo se llama *diagnóstico de situación*, y de forma conjunta y simultánea tiene lugar un diagnóstico de carácter *dinámico*.

Diagnóstico proviene de la etimología *diagnosis*, que significa ‘comprender o conocer’ sobre algo. La información proporcionada por el consultante y el análisis del material por parte del psicólogo clínico (como integrante de un equipo) permitirá pensar la estrategia eventual de intervención y su oportunidad de acuerdo a las hipótesis elaboradas a partir de las apreciaciones generadas en el encuentro (Cristóforo, 2006, citado por Contino, 2015).

Se presentará a continuación los aspectos metodológicos en la entrevista de recepción: el encuadre de trabajo, el registro de datos, las interpretaciones o inferencias técnicas (Levobichi de Duarte *et al.*, 2009; Etchebarne, Weisman, Levobichi de Duarte y Roussos, 2009, citado en Contino, 2015), así como la alianza de trabajo. El marco referencial teórico del clínico es lo que permite arribar a los diferentes niveles diagnósticos desde lo observado, registrado en la situación (Celener *et al.*, 2003).

Aspectos metodológicos de la entrevista de recepción

Presentación, encuadre, registro

En el equipo de recepción la *presentación* de sus integrantes es señal de respeto y permite individualizar el nombre de quien —o quienes— entrevistan, para luego ser evocado por el consultante en otras instancias clínicas. Genera un clima propicio para el reconocimiento de la subjetividad presente en el encuentro, facilitando una alianza de trabajo. Desde el punto de vista técnico, es el momento de enunciar los elementos del *encuadre* clínico: el nombre, la disciplina, el rol de cada integrante, los objetivos del encuentro, el tiempo de duración de este.

El hecho de preguntar por el nombre de uso habitual, apodo o diminutivo de quien consulta permite personalizar al sujeto y tiene un efecto de reconocimiento del otro como singular. La exploración del origen del nombre del consultante permite conocer su significado, saber quién lo eligió y el porqué de tal elección; si es también el nombre de un personaje, pensar en las características e identificar los ideales anhelados por quienes eligieron tal nombre. Los apellidos pueden dar datos de la ascendencia y de la memoria familiar en la transmisión de costumbres, religiones o creencias, que se manifiestan en la historia del sujeto que consulta.

En el registro de datos se consignan: la fecha de la entrevista (permitirá la ubicación temporal de la consulta o consultas realizadas en otro momento, si hay historial); el número de cédula de identidad (constituye un elemento de identificación de uso universal que contribuye a la confidencialidad); el teléfono o celular de quien consulta y otro de referencia (permite ubicar al consultante o algún referente que pueda dar cuenta de información necesaria: en momentos de urgencia es imprescindible manejar esta información); el estado civil y las personas con quienes convive (permite que el equipo profesional se acerque a la situación vincular actual); los vínculos de pareja actual o los anteriores (en el caso de separaciones, conocer los motivos y si hubo hijos en cada unión permite armar, en un campo visual y organizacional de la familia implicada, un familiograma). El familiograma es una representación gráfica de la historia familiar que permite identificar de forma rápida las relaciones de parentesco entre los integrantes de la familia, su sexo y edades, las pérdidas por fallecimiento, los vínculos disueltos por separaciones y el núcleo familiar con quien convive el consultante (Canetti y Da Luz, 2004).

Es importante la obtención de los datos sobre el domicilio, si siempre vivió en el mismo lugar o si ha tenido mudanzas, qué sentido de pertenencia y arraigo tiene con las características de la zona. En Montevideo, saber el barrio. Si es del interior del país, de qué ciudad o pueblo. En caso de mudanzas, se exploran dificultades o facilidades en la adaptación a los cambios. Es importante identificar recursos socio-comunitarios de la zona y redes sociales e institucionales de sostén (datos relevantes al realizar acciones técnicas de coordinaciones institucionales en un trabajo intersectorial).

Indagar sobre el lugar donde vive, qué comodidades tiene, utilizando el recurso de un esquema (tipo plano) del lugar que habita, aporta datos sobre la organización espacial, es decir, sobre la distribución de espacios y circulación de la familia,

elemento que tiene efectos o repercusiones en la organización psíquica interna de sus componentes.

La indagación de la ocupación actual, la historia laboral, contribuye a la elaboración de intereses y oportunidades de quien consulta. El registro de la edad del consultante ubica al sujeto frente a lo que acontece o es esperable que pase en cada franja etaria (dato de relevancia para pensar la estrategia clínica y las técnicas de abordaje).

El nivel educativo informa sobre sus intereses y aporta para la elaboración de la biografía. En niños, el rendimiento es lo que se mide en función de su potencial o posibles dificultades en el aprendizaje (congénitas, de contexto o emocionales). En adolescentes y adultos, el nivel alcanzado orienta sobre los intereses culturales.

Aspectos metodológicos de la entrevista de recepción

Motivo de consulta

El motivo de consulta por definición es lo que explicita el sujeto. Es necesario preguntar sobre el porqué de la consulta, escuchar el pedido de ayuda. Explorar sobre eventos relevantes en la historia del sujeto y su trayectoria vital, lo que permite dar sentido a las preocupaciones, angustias, ansiedades, miedos, conflictos y sintomatología que puede presentar.

Cuando es derivado, se debe preguntar quién lo derivó y qué se le explicó en relación al motivo de derivación, así como qué entiende sobre esa indicación (experiencia subjetiva del padecimiento). Esto remite al grado de comprensión sobre el problema o situación por lo que está pasando.

Si se cuenta con información previa del usuario (historia clínica, hoja de derivación), se debería cotejar síntomas y escuchar la versión del usuario sobre estos. De esta forma se puede detectar la sintonía que tiene el usuario consigo mismo y lo que el derivante plantea (egosintonía, egodistonia).

Krause (2005) afirma que la «definición del problema» que hace un sujeto sobre lo que padece es el modo en que el sujeto lo entiende y explica. A medida que se va teniendo una definición del problema más o menos explicativa, se va dando la «construcción del problema». La construcción del problema es una construcción individual, subjetiva e intersubjetiva que se ha ido realizando en un proceso dinámico en el que participan aspectos socioculturales, creencias, valores, incidencia del nivel de instrucción alcanzado, nivel socioeconómico y la calidad de las relaciones interpersonales. En este proceso se incluyen causas e interrelaciones en las cuales la participación del pensamiento es el elemento explicativo y cognitivo que se encuentra acompañado, siempre, por el elemento afectivo. Todo lo anterior conforma una combinatoria que orienta la acción del sujeto.

La construcción del problema presenta aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales. En los planteos de Krause (2005), implica una compleja construcción de elementos en tanto es un concepto que va más allá del motivo de consulta de forma explícita (Contino, 2015).

En los casos de consulta por niños, muchas veces no saben por qué vienen. La explicación no fue suficiente o se les olvidó. En este caso, se invita a pensar sobre la preocupación de los padres, los adultos de referencia o la maestra, desplegando sus fantasías en relación al encuentro. En aquellos que saben, se continúa la entrevista y se coteja con lo aportado por los padres o los adultos de referencia que asistan a la instancia de consulta. El lenguaje debe adecuarse a la edad del niño. Cuando son los padres los que se angustian por algo de su hijo, es importante captar la reacción del niño al relato de aquellos. Evaluar cuánto hay de los padres depositado en el niño. Este dato puede orientar la indicación de eventuales consultas posteriores, así como quién se beneficiaría más de un abordaje terapéutico, en caso de ser necesario.

Con adolescentes y púberes es importante dejar abierta la posibilidad de trabajar a solas o que entre a la consulta un adulto acompañante, o más de uno. Puede ser decisión del propio adolescente. En caso de entrar juntos a la consulta, adolescente y adulto, si los profesionales intervinientes notaran cierta tensión en la situación, se puede pedir al adulto que se retire y seguir la entrevista solo con el adolescente. En esta situación, el acompañante puede entrar al finalizar la entrevista, para informarle y trabajar juntos lo acordado con el adolescente.

Aspectos metodológicos de la entrevista de recepción

Análisis del diálogo entre entrevistador y consultante

Hay un *primer* nivel de análisis relacionado con lo observacional. Cómo se presenta, cómo se conduce, cómo habla de sí, qué observó o reflexiona sobre lo que le sucede, qué capacidad de escuchar aquello que contó puede presentar el propio consultante. Estos primeros aspectos dan lugar a lo que Celener (2004) llama *primer nivel de inferencias*. El profesional toma esas primeras observaciones de la situación, del usuario, y registra sus primeras impresiones sobre lo que observa (nivel contratransferencial), como para ir elaborando el primer nivel de inferencias, es decir, hipótesis que serán de carácter básico y más bien descriptivas.

En un *segundo* nivel, desde lo procedimental, si bien se va haciendo de forma simultánea a lo observacional, también se van explorando aspectos del sujeto que permitan *entre-ver*, en la historia de quien consulta, qué le sucede, sus posibles quejas, dolencias, preocupaciones, enojos, angustias: sus síntomas. Esta fase es estrictamente exploratoria, pero está orientada por la escucha clínica del profesional actuante. La exploración de estos aspectos se hace a partir de cierto recorte de lo expresado por el entrevistado de forma manifiesta. Las preguntas exploratorias implican que el profesional se focaliza en algunos observables discursivos del relato del consultante, entre tanto hipotetiza desde determinadas referencias teóricas y su experiencia, cierta «interpretación interna de los hechos». Es el segundo nivel de inferencias:

El psicólogo se va alejando de lo empírico y entrando al terreno de la construcción de hipótesis, teorizando y asignándole un sentido y un significado a los hechos. (Celener *et al.*, 2003, p. 53).

Es frecuente que los señalamientos del psicólogo clínico permitan ampliar las posibilidades de respuesta del sujeto, las cuales a su vez posibilitan la elaboración de eventuales hipótesis explicativas. Las hipótesis permitirían que el sujeto se ponga en contacto con algo que estaba ahí y no había podido pensarlo. Observar su nivel de respuesta frente a sus hallazgos o la posibilidad de contactarse con lo que le enuncia el profesional es importante para ir percibiendo las posibilidades internas de incorporación de lo novedoso y las posibilidades de elaboración del consultante.

Estos dos estadios anteriores de inferencias dan lugar a un *tercer* nivel: el de las especulaciones teóricas metapsicológicas señaladas por Celener (2003):

... consiste en relacionar las hipótesis interpretativas que surgieron a partir del segundo nivel de inferencias; esto quiere decir que si en un segundo nivel de inferencias el psicólogo ha construido la hipótesis (basada en los observables) [...], en un tercer nivel de inferencias está efectuando una afirmación acerca de las funciones del yo. (Celener *et al.*, 2003, p. 54)

Este nivel inferencial alude a la formulación de un diagnóstico dinámico sobre el funcionamiento psíquico del consultante y de la situación planteada. El acento está puesto en un mayor nivel de elaboración, de hipótesis más complejas, que permitan llegar al funcionamiento subjetivo del consultante.

Consideraciones finales

La relevancia de la entrevista de recepción está dada por ser el primer momento del encuentro del consultante con un equipo técnico. En esta tiene lugar, por el profesional de la psicología, un proceso de análisis y comprensión sobre la situación por la cual se consulta. Para ello se destaca la necesidad de relevamiento y registro de datos que aportan información sobre el consultante, a la vez que permiten generar hipótesis en relación al malestar subjetivo.

La entrevista de recepción es el espacio y el tiempo en el cual se construyen las posibles estrategias de orientación, resolución o derivación.

Ejercicio

Comité de recepción de una institución de salud. Integrantes: médico psiquiatra pediátrico, psicólogo clínico y trabajador social. Consultan los padres de un niño de 4 años, inquieto tanto en la sala de espera como en la consulta. Es el último hijo de una pareja que tiene tres más, de 9, 12 y 16 años. Piden que lo vea un psicólogo.

Datos registrados en la historia clínica: Padres que culminaron formación terciaria, trabajan ambos en una empresa de informática, viven en una casa propia en el barrio Cordón, ciudad de Montevideo.

Se presentan cada uno de los miembros del equipo.

Se dirige la mirada al niño, se le pregunta el nombre y cómo suelen llamarlo. El niño responde diciendo que se llama Pablo y dice tener 4 años. En la casa lo

llaman «papito». Se le pregunta con quién vive y el niño relata que vive con tres hermanos y «mamá y papá».

Los padres comentan que, en un encuentro con la maestra, esta se queja de la inquietud del niño en el centro de educación inicial. Lo describe como «colaborador, pero hay que estar sobre él para que haga caso y finalice los trabajos».

«No pueden con él, no hace caso». «Se baña solo, come lo que quiere porque lo cuida la abuela y hace lo que quiere». Es selectivo con sus compañeros y por momentos lidera el grupo. Tiene amigos y va a los cumpleaños. Mientras sus padres trabajan lo cuidan sus abuelos maternos.

Se indaga sobre los hábitos del sueño: los padres comentan que el niño duerme con la madre, mientras que el papá utiliza el cuarto del niño para dormir, porque trabaja, y no pueden «deambular toda la noche». Les «ganó por cansancio», que «si llora despierta a los otros y es peor».

Intervención técnica: se le explica a la mamá que el sueño es importante y reparador tanto para el niño como para los padres, ellos deben lograr descansar ocho horas. Se les señala que la cama grande no es para los hijos. Se lo mira y se le dice al niño, a Pablo, que en la cama grande duermen los padres o los novios y que él no es el novio de mamá. Además, se les comenta a los papás que el desorden y desborde del niño puede relacionarse con el sentimiento de dominar toda la escena. Esto le da poder y satisfacción, pero lo deja muy solo decidiendo cosas que deben decidir los adultos. El orden en casa, de los espacios, organiza el desorden interno y permite una mejor forma de manejar su inquietud. Los límites son necesarios en el desarrollo madurativo del niño.

A nivel inferencial: Las hipótesis pensadas para fundamentar estos señalamientos se relacionan con el desarrollo de la sexualidad infantil y la erotización de los vínculos. Los límites habilitan desde la falta. La frustración, los berrinches o el llanto operan en la posibilidad de proyectar tanto su amor como su odio, sin destruir sus objetos de amor.

Las indicaciones dentro de la intervención: Se basaron en el foco puesto en los lugares de cada miembro de la familia. Empoderar a estos padres frente a «su majestad» el niño fue algo que orientó y ordenó la interacción familiar. La situación estaba alterada por el cansancio y la dificultad de la puesta de límites. Los profesionales intervinientes, testigos de esta escena, operan y habilitan a estos padres a frustrar el deseo del niño sin sentir culpa. Se sugiere hacer un control con pediatra en los dos meses posteriores para monitorear la efectividad de la orientación e indicación.

Preguntas orientadoras

- 1) En esta entrevista de recepción, ¿cuál fue la resolución?
- 2) ¿En qué se basa el psicólogo para no derivar a tratamiento psicológico al niño?
- 3) ¿Se considera pertinente informar a la maestra de la resolución de esta intervención? Fundamentar la respuesta.

Bibliografía

- CANETTI, A., DA LUZ, S. (2004), Registros médicos en el primer nivel de atención: la historia pediátrica ambulatoria y la historia familiar. Departamento de docencia en la Comunidad. Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales. *Dossier Historia Clínica* 15, Montevideo: Facultad de Medicina, Udelar.
- CELENER, G., FEBBRAIO, A., ROSENFELD, N., HIDALGO, G., PEKER, G. *et al.* (2003), *Técnicas proyectivas. Actualizaciones e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*, vol. 2, Buenos Aires: Ed. Lugar.
- CONTINO, S. (2015), Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario. Recuperado: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5478/1/Contino%2c%20Silvana.pdf>
- KRAUSE, M. (2005), *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*, Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- KRAUSE, M. (2007), La psicoterapia al microscopio, revista *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, Temas y controversias, Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, 3 (3). Recuperado: http://psychotherapyandchange.org/download/10_Krause_La_psicoterapia.pdf.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2011), Plan de implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Integrado de Salud Mental, Montevideo: MSP.
- PROTESONI, A. L. (2018), La primera entrevista clínica psicológica en servicios de salud, en Muniz, A. (comp.), (2018), *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Montevideo: Udelar, Comisión Sectorial de la Enseñanza.
- URUGUAY (2007), Ley 18.211, Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Complejidades de una intervención en un servicio universitario: recepción y estrategia clínica

Prof. Agd. Mag. Adriana Tortorella y Prof. Agd. Mag. Julia Tabó

OBJETIVOS

Compartir un dispositivo de intervención a partir de un caso clínico llevado a cabo en el SAPPA. Por su complejidad, este caso clínico interpela al equipo profesional en dos aspectos: el abordaje y la estrategia clínica.

Introducción

Previo a su presentación, se expondrá el contexto en que se realizó la consulta, ya que se considera trascendente conocer las particularidades del servicio y del encuadre institucional, en el entendido de que las decisiones clínicas no se pueden tomar sin conocer el marco en el cual se realizó la intervención.

Tal como se desarrolló en la presentación del presente manual, el SAPPA es un servicio preventivo y asistencial que brinda atención psicológica a los funcionarios de la salud y sus núcleos familiares de primer orden, con asistencia a los hijos naturales o legales hasta los 25 años de edad. La atención se orienta a resolver la consulta en el primer y segundo nivel de atención, a través de diversos dispositivos de intervención, dando respuesta a la prevención y promoción de salud en ambos niveles. Dentro de las prestaciones en salud (primer y segundo nivel) y en lo que refiere a la implementación de la Ley de Salud Mental, se cuenta con dispositivos a los que derivar las consultas recibidas, que brindarán intervenciones individuales y grupales en distintas franjas etarias y con distintas estrategias de abordaje. En este caso, se destacan la consulta y orientación, así como las actividades de promoción y prevención de salud mental abordadas mediante las actividades en espacio creativo con niños, complementadas con el abordaje de las intervenciones en sala de espera para los adultos de referencia de los niños, que funcionan en forma simultánea.

En este servicio se jerarquizan acciones ágiles y pertinentes de acuerdo a los recursos disponibles y las características propias de quien consulta. En tanto ámbito universitario, cumple con los tres cometidos básicos de enseñanza, investigación

y extensión. En cuanto a formación universitaria, se brindan prácticas para los ciclos de formación integral y graduación, que permiten al estudiante un primer acercamiento al ejercicio clínico y al quehacer profesional. Todos los estudiantes tienen la posibilidad de transitar por diferentes espacios: recepción de la consulta, intervenciones con niños y adolescentes, intervenciones con adultos, intervenciones familiares, intervenciones institucionales y de prevención y promoción de salud, destacándose entre otros el espacio creativo. Además de los talleres clínicos se cuenta con un espacio de conceptualizaciones teórico-clínicas y de ateneos.

La forma en que se concibe la formación y entrenamiento de los psicólogos en su práctica preprofesional supone siempre una articulación de teoría y práctica clínica simultánea y no sucesiva. Esta mirada implica un posicionamiento desde las teorías del aprendizaje significativo y de las experiencias situadas. Al respecto, Donald Schön (1992) considera que la resolución de problemas es una conversación con la situación.

A su vez, estas prácticas de estudiantes cercanos al egreso proponen un desafío a recorrer en un camino conceptual y epistemológico en construcción dialéctica con la praxis, mediada por un abordaje ético, crítico, dinámico y complejo, en el cual se concibe al sujeto desde una clínica situacional.

Desarrollo

Equipo de recepción

En el SAPPA se implementa un dispositivo inicial de recepción conformado por un profesional que resuelve en su doble rol de psicólogo clínico y docente y dos estudiantes avanzados de Psicología. Este servicio se denomina *equipo de recepción*, y da apertura al encuentro con la siguiente consigna:

Somos un equipo de recepción del Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial, en el marco del convenio de la Facultad de Psicología, de la Universidad de la República, con ASSE. Soy [se presenta quien llevará adelante la entrevista] y estoy acompañado por [estudiante en rol de observador participante] y [docente psicólogo clínico]. Tendremos esta entrevista para conocer el motivo de su consulta. Al finalizar, le plantearé la orientación y derivación más apropiada.

Luego se extiende el consentimiento informado para su firma y se comienza con la entrevista.

La recepción,¹² en tanto intervención propiamente dicha, permite recibir (o recepcionar) y resolver la consulta. En general se realiza en un solo encuentro, en el entendido de que se brinda orientación, recomendación y derivación adecuadas a la singularidad de cada situación de consulta.

12 Ver capítulo 2: «Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para las intervenciones psicológicas en servicios de salud», por P. Casal y S. Contino. Y ver capítulo 6: «La entrevista de recepción en equipos o comité de recepción en el marco de la consulta psicológica en servicios de salud», por M. Couso y S. Contino.

Es una intervención que por sus características y facilidad de instrumentación optimiza los recursos institucionales, dado que permite dar una eficiente y rápida respuesta teniendo en cuenta las necesidades y demanda de quien consulta.

Es en la entrevista de recepción donde el consultante vuelca su pedido de ayuda y su padecimiento. Es así que desde una visión conjunta se trata de comprender qué le pasa, desde un diagnóstico situacional, elaborar hipótesis sobre la etiopatogenia e intentar definir cuál es la mejor estrategia de tratamiento para su resolución. Se apunta a generar una orientación que promueva la salud en un sentido amplio y que posibilite generar intercambios con otras disciplinas.

Como ya fue esbozado, la entrevista de recepción tiene como objetivo conocer el motivo de consulta para arribar a la devolución y orientación pertinente. Llegar a esta última etapa implica que en el transcurso de la entrevista el clínico configure hipótesis que buscará confirmar, en el tiempo acotado de la recepción, y conjuntamente idear las estrategias posibles a la situación y a la disponibilidad de la institución en que se desempeñe. El rol del psicólogo es dinámico y operativo, parte de la mirada y escucha clínica, piensa y opera, decide sobre lo pertinente a orientar, que en última instancia está abriendo el camino a otro tipo de intervención.

No obstante, en la propia recepción suelen presentarse situaciones de consulta que nos enfrentan a tomar decisiones clínicas complejas. Compartimos una viñeta clínica de una recepción. Es una experiencia clínica que motiva esta presentación, en virtud de que en la praxis se presentan situaciones que responden a lo inmanente del encuentro. Genera una instancia de decisión clínica y el planteo de una estrategia, construida en un tiempo acotado. Permite el despliegue de los sufrimientos y de los recursos internos, además de aportar elementos para la comprensión de la situación y del entramado vincular de quien llega a la consulta.

Caso clínico

Preentrevista

Se presenta una consulta recibida por la administración del servicio: una señora mayor, abuela de dos niñas, solicita entrevista para sus nietas, Mariana (11 años) y Antonia (9 años), quienes viven con ella. Del registro en archivo técnico surge que hay consultas previas. En la lectura de la historia clínica aparece el dato de que la abuela es quien tiene la tenencia legal de las niñas.

En esta instancia participan dos estudiantes de graduación y una psicóloga clínica en su rol docente. De esta manera se conforma el equipo de recepción del servicio; una de las estudiantes (E) lleva adelante la entrevista y la otra cumple un rol de observador participante colaborando con el registro y las vicisitudes de la propia consulta. Cabe señalar que las estudiantes, previamente a su participación en la práctica asistencial han firmado el compromiso de confidencialidad.

Dada la existencia de consultas anteriores, las consultantes conocen el marco en el cual se trabaja en este servicio. Se alude al consentimiento informado y a la participación de profesionales en formación. No obstante, cada nueva consulta

amerita la información de parte del equipo de recepción y las firmas del consentimiento informado.

Desde la administración se informa a la profesional psicóloga que las consultantes están en sala de espera, quienes concurren puntualmente. La docente se dirige a la sala para invitarlas a pasar al consultorio. Encuentra a la abuela, las dos niñas y otra señora joven que dice ser la madre. La abuela, acercándose a la psicóloga, le solicita entrar primero ella sola al consultorio. La psicóloga pone en juego la escucha y mirada clínicas y toma una decisión: resuelve en el momento que sería importante una entrevista conjunta y así lo propone. No aparecen resistencia al planteo.

La presencia de la madre y la solicitud de la abuela interpelaron al equipo con relación a la decisión clínica que se debía tomar. Se consideró que era apropiado que ingresaran las cuatro para evitar posibles ansiedades persecutorias de quienes quedaran en sala de espera, así como para posibilitar la presencia de la madre.

En pos de escuchar lo que la abuela (A) y la madre (M) tuvieran que desplegar y para dar lugar a las niñas en su expresión a nivel gráfico, transcurridos unos minutos de la entrevista, se les ofrece material para dibujar (hojas, lápices de colores, lápiz de escribir, goma y sacapuntas) y permanecen dentro del espacio de consulta.

Entrevista

E: ¿Cuál es el motivo de la consulta?

A: Son muy tímidas, principalmente en la escuela. Y bueno, Mariana se quiso cortar, por problemas con su prima. En diciembre la internaron porque se cortó con un cuchillo, acá (se señala la muñeca), ahí la vio un psiquiatra. Tiene 11 años y está en sexto de escuela. Ellas son muy tímidas, no se sienten seguras, pero yo sé que son muy capaces.

E: ¿Cómo son las niñas? (Se le pregunta a la madre)

Hay unos minutos de silencio. La madre no logra contestar la pregunta. Posteriormente, plantea lo siguiente:

M: Yo qué sé. Yo trabajo en una casa de salud y Mariana me llama cuando se enoja con la prima y me pide para ir conmigo cuando yo estoy trabajando.

A: Mariana la llamó a ella y le pidió que hoy viniera.

E: Bueno ¿y de Antonia qué nos pueden contar?

A: Ella va a maestra particular y también iba al psicólogo, pero todavía es tímida, está en tercero de escuela. Hablar con Antonia es como hablar con una persona mayor, usa la tablet, es buena en las matemáticas.

E: Entonces ¿usted tiene la tenencia de las niñas?

A: Sí, las niñas estuvieron en INAU durante un año.

E: Y usted, ¿desde cuándo no las vio? (Se lo pregunta a la madre.)

M: Yo me fui cuando tenían más o menos 1 y 4 años, no me acuerdo bien.

E: ¿Hace cuánto viven con usted? (Se lo pregunta a la abuela.)

A: Hace unos seis años que están conmigo. Hasta el día de hoy ellas se acuerdan de cosas del INAU, tienen recuerdos.

E: ¿Alguna cosa más que crean relevante y quieran decirnos?

A: No. Lo que pasa es que Mariana se enoja y se agrede. Esto creo que viene de hace mucho tiempo, de generaciones atrás, porque yo soy jubilada por depresión crónica, tuve tres intentos de suicidio, mi hermana se suicidó y mi hermano ha intentado suicidarse. A mí me jubilaron a los 52 años, pero ya a los 50 me querían jubilar en el hospital. Ahí hice un síndrome de burnout...

Posteriormente, para dar lugar al relato de las niñas, se invitó a la madre y a la abuela a pasar a otro consultorio del servicio, con la estudiante en el rol de observador participante. Esta estrategia brindó la oportunidad de que la entrevistadora y la psicóloga docente tuvieran un espacio de tiempo con las niñas para escuchar su parecer sobre la consulta y pudieran contar sobre lo graficado: qué dibujaron, quiénes son, qué están haciendo, entre otras preguntas.

Este último movimiento implicó tomar una nueva decisión clínica: dejar un espacio solo para las niñas, más allá de que en presencia de la madre y la abuela también se les abrió la posibilidad de que pudieran expresarse.

A continuación, compartimos los gráficos de las niñas. Ambos son muy significativos. Mariana dibujó a las entrevistadoras en forma muy detallada, de acuerdo a las vestimentas, los lugares de cada una en el espacio del consultorio, con detalles de las hojas, los lápices y la agenda de la docente, de color rojo. Se despliega un nivel de demanda, de pedido de ayuda que queda explicitado en su gráfico. El lugar que tiene para ella ser escuchada por tres mujeres entrevistadoras. Se ponen en juego aspectos de lo femenino y del rol materno como la capacidad de sostén, de mirada y escucha, de cuidado del otro.



Figura 7.1 Gráfico de Mariana (11); dibuja al equipo de recepción: la psicóloga docente y las dos estudiantes.

Antonia, por su lado, hace alusión a un paseo que realizó con la abuela y su hermana, a un barco con una biblioteca flotante en un día de sol. Cuenta sobre los libros para niños y que le había gustado mucho pasear y subir por primera vez a un barco grande. Se puede señalar, la significación del barco como un lugar contenedor que le abrió un mundo de expectativas, de conocimientos, de colores, pero también de afectos. Lo vital se pone en juego. En su relato, la abuela es la figura presente.



Figura 7.2 Gráfico de Antonia (9); dibuja un barco que tiene una biblioteca con libros y cuentos para niños.

Para finalizar y dar lugar a la orientación y cierre de la entrevista, se reúne a las cuatro consultantes nuevamente. La elección de esta estrategia significa interrogarse sobre por qué se elige lo que se decide, cuándo se hace y para qué.

Una vez finalizada la entrevista, se le presenta al profesional un nuevo desafío: pensar las derivaciones y recomendaciones más pertinentes, de acuerdo a los recursos institucionales con los que cuenta el servicio de salud, como forma de asegurar una asistencia adecuada.

Derivación: Se realiza interconsulta con el equipo de dirección y gestión en los que participan los responsables. La responsable del equipo de niños y adolescentes es la docente participante de la recepción.

Privilegiando estos aspectos, se decidió en un primer momento convocar a las niñas a participar en el espacio creativo con que cuenta el SAPPA, para establecer un encuentro que permita el ingreso a un espacio terapéutico en un breve lapso.

Posteriormente, se les ofreció una psicoterapia individual a las niñas y a su abuela.

Se brindó orientación también a la madre, para que consultara en dependencias de ASSE, ya que no le corresponde el servicio por ser mayor de 25 años.

En síntesis, compartimos las vicisitudes y complejidades de este caso, las consultas y las decisiones que debe tomar el clínico en su momento y las posibles estrategias de derivación según el contexto institucional en un servicio de salud universitario.

Preguntas orientadoras

- 1) Reflexione sobre las decisiones clínicas del caso, sobre quiénes ingresan a la consulta y sobre las derivaciones realizadas.
- 2) ¿Qué lectura clínica puede plantear relacionada con la demanda de las niñas en los gráficos presentados?

Bibliografía

- BONOMO, S., DOMÍNGUEZ, P. (2000), Entrevista de recepción: cuando la sinopsis importa. En IV Jornadas de Psicología Universitaria. Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar.
- BOHOLAVSKY, R. (1979), *Orientación vocacional. La estrategia clínica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ASISTENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (2018). Convenio entre ASSE y Facultad de Psicología, Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar.
- GARCÍA ARZENO, M. E. (2003), *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- SHÖN D. (1992), *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y del aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Piados/MEC
- TABÓ, J. (2017), Prácticas de enseñanza en servicios de asistencia universitaria. *Anuario de Investigaciones* de la Facultad de Psicología [S.l.], v. 3, n. 1, pp.163-175, Córdoba (Argentina): Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18093>
- TABÓ, J. *et al.* (2007), Entrevista. *Devenires en la clínica*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- TOMMASINO, H., RODRÍGUEZ, N. (2011), Tres tesis básicas sobre extensión y prácticas integrales en la Universidad de la República. En: *Integralidad: tensiones y perspectivas*, Montevideo: Udelar. Recuperado: https://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2022/09/cuadernos_extension_1.pdf
- TORTORELLA, A. (2002), Entrevista de recepción. En: Muniz, A. (comp.), *Diagnósticos e intervenciones*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- TORTORELLA, A. (2007), Entrevista de recepción: devolución, orientación y cierre (p.69). En: Entrevista. *Devenires en la clínica*. Comp. Tabó, J. (docentes del Área de Diagnóstico e Intervención Psicológica), Montevideo: Psicolibros Universitario.

Intervención diagnóstica, transición epistemológica

Prof. Agd. Mag. Julia Tabó

OBJETIVOS

Reflexionar sobre el posicionamiento del rol del psicólogo clínico en la intervención diagnóstica y sobre cómo debió dar un giro a partir de una perspectiva epistemológica de la complejidad, en tanto constituye un nuevo valor epistémico en los diferentes campos y disciplinas de la práctica científica. Ofrecer un recorrido por la concepción de salud y clínica para arribar a la conceptualización de lo complicado y lo complejo de la intervención diagnóstica.

Introducción

Lo transmitido en este documento se va conjugando con colegas y estudiantes, en la cotidianeidad de la labor en investigación, docencia, extensión y gestión en servicios de salud.

Delinear interrogantes, y quizá alguna certeza, desde la praxis en clínica no supone, en la visión aquí planteada, que quienes están en un lugar de enseñanza tendrían la novedad, en oposición a los ubicados en el aprender, sino que se considera trascendente que puedan coincidir y disentir porque de eso se trata el avance del conocimiento en las aulas universitarias.

Desarrollo

Respecto a la epistemológica, hay diversidad de visiones desde su negación como ideología científica hasta considerarla un marco referencial único para el conocimiento científico.

La epistemología plantea que el conocimiento es componente de lo humano, en tanto su objeto de estudio está en una constante reflexividad de la labor cotidiana: trabajar en la clínica, que impacta y contribuye a la comunidad.

Una clínica concebida como inclusiva en el sentido que se la conforma a partir y con el consultante-paciente. Un abordaje de la clínica que se circunscribe en

una determinada concepción de salud, transversalizada por las diversas concepciones teóricas de la disciplina, así como también enmarcada en los paradigmas contemporáneos.

Rodríguez Zoya (2008) concibe el paradigma de la complejidad con la cualidad de reformar el pensamiento y la racionalidad científica, y de encontrar nuevas formas de producir y organizar el conocimiento disciplinar. La denominación *intervención diagnóstica* se gesta en el área de Diagnóstico e Intervención Psicológica de la Facultad de Psicología. Dicha conceptualización fue configurándose a partir de las herramientas de la evaluación diagnóstica y la postura de intervención del psicólogo clínico, que, aunadas, fusionan su complejidad. Sin embargo, dichas herramientas y el tipo de abordaje clínico se originan desde otras miradas y desde un paradigma cartesiano que son base para la actual constitución de la intervención diagnóstica. Su concepción inicial, clásica, fomenta la continua reflexión de las prácticas. En esa concepción clásica del conocimiento, cuando se da inicio a lo que tradicionalmente se denominaba *psicodiagnóstico*, se aludía a la simplificación: poner en orden los sucesos, rechazar el desorden, lograr la certidumbre, desechar lo incierto, evitar las imprecisiones, seleccionar, jerarquizar, llegar a un diagnóstico acompañado de la abstinencia del profesional investigador (Tabó, 2007).

A partir del pensamiento complejo se integra más lo subjetivo, incluyendo la interpretación personal; se manifiesta la relación sujeto-objeto, presentándose como un modelo inclusivo, interdisciplinario, dialógico y autocrítico.

En conjunción con diversos autores, no es novedoso plantear que el paradigma de la complejidad no aparta al de la simplicidad, por el contrario, lo envuelve, es como una visión más global de las cosas, puesto que interviene la parte personal en cada observación.

El enfoque de este paradigma implica aceptar la incompletud, estar siempre en el camino de la búsqueda y la interrogación, así como el desorden, lo imprevisto, lo desorganizado y su consecuente reorganización. Al decir de Morin (1998), el pensamiento complejo realiza a su vez una organización para el pensamiento, mezclándose el orden y el desorden en un encare dinámico, que genera novedosos modos organizados/desorganizados, a la manera de un bucle recursivo en los que aparece como permanente la visualización del caos en la naturaleza y la sociedad (Tabó, 2007).

Ardoino (2005) considera que la cualidad que se le otorgan a los objetos a partir de la mirada que se tiene de este es la complejidad, por tanto es esa consideración al objeto la que le da la cualidad de complejo.

La evaluación diagnóstica y la intervención de por sí no traen el cambio de paradigma, ello se posibilita a partir de un cambio de mirada del enfoque clínico de cada profesional interviniente en una práctica concreta. Este cambio de mirada posibilitó el surgimiento de la *intervención diagnóstica*, una identidad del área mencionada, que continúa hasta ahora desde otros lugares de inserción, profundizando el desarrollo conceptual a partir de nuestras praxis.

Pensar, en la actualidad, la diversa conjugación de miradas implica considerar que esta práctica clínica es atravesada por los diversos cruces ideológicos, conceptuales y territoriales que dieron origen en la modernidad a las conceptualizaciones clásicas del psicodiagnóstico.

Entonces, ¿desde un paradigma de la simplificación de las partes que conformaron el psicodiagnóstico pasamos a la integración de estas en la actual intervención diagnóstica? El término *integración* alude a ‘hacer un todo con partes distintas’. Si solo concebimos que con integrar basta y si nuestra mirada continúa seccionando y viendo las partes, necesariamente, para poder integrarlas, estaremos repitiendo el mismo modelo, pero justificándolo en la integralidad.

Complejidad implica una mirada global, pero a su vez diversa, por lo que no se lograría la comprensión del objeto total pegando o integrando partes de este y fantaseando con lograr una unificación en la comprensión del objeto de estudio—que en nuestro caso es un sujeto—. Representar lo multicolor y armonioso de un calidoscopio o de un *patchwork* puede ser una aproximación representacional hacia el pensamiento complejo, en la búsqueda de la armonía, sin lograrlo.

Ardoino (1991, 2005) acentúa que la complejidad se interesa por lo biológico, social, psíquico, remarcando un enfoque de la temporalidad y de la historia y no tanto del espacio. Por esto, destaca que el enfoque de la complejidad es siempre multirreferencial y no solo multidimensional, diferenciándose así de los aportes de Morin.

En referencia a una visión desde la complejidad, esta abarca nociones y conceptos, así como a lo social y a las situaciones prácticas, que en este desarrollo también se refiere a la práctica clínica y a su enseñanza.

Ardoino (1991) plantea que tanto en la clínica como en la enseñanza hay una relación implicada «al otro»; es así que la escucha adquirirá un lugar jerarquizado que contendrá la comprensión de la multirreferencialidad.

Este autor distingue:

- *Una multirreferencialidad comprensiva* respecto del enfoque clínico, forma de escucha consignada a los integrantes, así como con las significaciones propias.
- *Una multirreferencialidad interpretativa*, en las prácticas, a partir de la presentación de antecedentes y que pretende su comunicación.
- *Una multirreferencialidad explicativa*, crecidamente interdisciplinaria y enfocada hacia la producción de saber.

Por otra parte, las concepciones de salud y de clínica determinan el posicionamiento del clínico a la hora de las intervenciones diagnósticas, por lo que las prácticas conllevan más dimensiones de complejidad.

Los distintos momentos históricos han generado concepciones de salud enmarcadas en los diversos contextos socio-políticos, que han estado determinadas por una forma particular de concebir la ciencia originada en un modelo cartesiano.

La salud, por naturaleza, se manifiesta como una propiedad emergente del ser humano en tanto condición multidimensional emergente. Para Morin (1998) provoca incertidumbre al intentar abordar dichas propiedades, en tanto pueden o no estar presentes, y además asumir diferentes manifestaciones más o menos regulares, de acuerdo a la situación. Tanto la salud como la vida dan cuenta de ser únicas, fuente de expresión de la diversidad de los seres humanos, y al mismo tiempo, ese ser humano se constituye como tal en sus múltiples dimensiones, rebelándose ante el reduccionismo. Dando cuenta de esto es que surge la imposibilidad de encontrar una

única concepción de salud que satisfaga todas las miradas disciplinares. E incluso a la interna de la propia disciplina, por considerar que esta continuará siendo perfectible, al acompañar los diversos movimientos socio-históricos, que también modifican las construcciones disciplinares. Se ha caracterizado a la salud en contraposición a la enfermedad y sus «factores o agentes causales» físicos, mentales y hasta sociales. Esto ha estado siempre sujeto a la única condición de ser apto de medición, y sobre todo de evadir la incertidumbre.

Para Morin (1998), «el hombre no es solamente biológico o cultural», sino que la salud, como propiedad emergente, demanda ser entendida en el contexto socio-cultural-político-económico en que emerge como fenómeno.

En las nuevas tendencias en salud, las dimensiones de la práctica profesional se centran en la dimensión clínica, una dimensión administrativa que posibilita la gestión, y todo ello enmarcado en una dimensión política. Es imprescindible comprender la salud de cada sujeto —enmarcado en la salud de la sociedad en que se constituye como ciudadano— como un fenómeno que requiere ser considerado en toda su complejidad. Se alude al principio de solidaridad que emerge de la intersección individuo-sociedad-especie.

En concordancia con Villasana (2003), se comparte que el enfoque de la complejidad estaría centrado no en reducir y objetivar el estado de salud, sino en abordar el todo, individual y colectivo. Quedaría, de hecho, en el terreno de la incertidumbre, y el autor destaca la búsqueda de un mundo mejor, que, dice, quizás no sea el mejor de los mundos.

Esta perspectiva inscribe a la salud como una cualidad individual y colectiva, y a la vez, como un estado de armonía que es posible si se encuentra un colectivo que a su vez sea sistémico. Esta característica parece encontrarse más allá de ser pensada y reducida a la no presencia de enfermedades, a los factores de riesgo y su control.

Desde aquí todo abordaje de intervención diagnóstica implica develar al sujeto en situación; no existe el paciente si no es en situación (Antar y Gurman, 2002). Si bien se considera que toda situación clínica implica un contexto témporo-espacial, lo que configura la situación es el impacto con lo desconocido, que deviene en sorpresa para el profesional y se constituye en un problema clínico.

Es importante estar abiertos a la sorpresa, no para estar más preparados a recibir el impacto ante lo desconocido, sino para propiciar la posibilidad de ubicarse en registros de memoria aprendida. Estar dispuesto a sorprenderse en el encuentro clínico implica en cierto modo un duelo de la certeza, que siempre es acompañada de la omnipotencia del *saber* del o los marcos teóricos a los que adherimos.

Concebir la clínica a partir de una perspectiva compleja y complejizante no condice con la inclusión de un sistema *a priori*, ni con un esquema preconcebido como podría ser pensar en un abordaje único para resolver la consulta diagnóstica. Lo trascendente de posicionarse a pensar desde la complejidad no es la solución a todos los problemas clínicos que encontrará el profesional psicólogo, sino que ayuda a recapacitar sobre los modelos heredados. Esto implica reflexividad y una mirada diferente en el diseño de la estrategia para cada consultante-paciente, a diferencia de proponer dispositivos previamente *ordenados*, como la secuencia en el psicodiagnóstico clásico.

Al aceptar sorprenderse con el otro, se posibilita espacio para que surja la novedad, que acontezca lo vincular en el encuentro subjetivo mutuo, que es el código que permite comprender las vicisitudes del padecer del otro en la situación clínica.

No siempre se encuentran desde un inicio los caminos adecuados para dilucidar la situación clínica, ya que ante la novedad o la sorpresa podría generarse paralización, por lo que las referencias conocidas necesitan ser *acomodadas*, construyéndose inexorablemente la modificación subjetiva del psicólogo y consultante en un encuentro que bordea la clínica. La situación clínica supone, entre otras, interacción humana consciente e inconsciente, y pone en juego la heterogeneidad de los participantes que se lían en una relación intersubjetiva. La implicación que se despliega solo puede ser comprendida dentro de un enfoque clínico. Este enfoque clínico siempre está en permanente revisión por quienes llevan adelante estas prácticas; interroga con y en el encuentro con cada subjetividad. Ampliar las fronteras disciplinarias implica un posicionamiento de complejidad y no de confusión, en tanto se debe tener presente que el objeto de estudio se conoce desde las distintas miradas disciplinarias, desde lógicas diversas, con ópticas diferentes y con otros lenguajes. Esta mirada ampliada, a sabiendas de dónde queda enmarcado el conocimiento y desempeño disciplinar, es una disposición epistemológica más que una posición metodológica.

En el despliegue de toda situación clínica, expandir la mirada desde el propio campo disciplinar hacia otros campos disciplinares, desligando y ligando recorte clínico con los aspectos sociales, antropológicos y culturales permite una mirada epistemológica ampliada, relacionada con pensar al sujeto en su contexto.

Retomando la visión epistemológica, Ardoino (2005) plantea la importancia de trascender los límites y dificultades que se puedan encontrar en el terreno de la clínica, por lo que su propuesta de la multirreferencialidad no es la panacea a las dificultades, ya que refiere que la multirreferencialidad nunca es el punto de vista de todos los puntos de vista.

Tradicionalmente, lo complejo es considerado como sinónimo de complicado, de enredo o confusión, que sin duda el psicólogo clínico transita cuando incursiona en el desafío de pensar sus prácticas desde este paradigma. Dicho autor menciona que hay que diferenciar entre *complicado* y *complejo*, lo complicado refiere a la separación en elementos simples, o sea se considera lo complicado a aquello que podrá ser siempre dividido a través del análisis cartesiano. En cambio, lo complejo se puede asociar más a la idea de conjunto, de totalidad, algo no posible de desarticular.

Se podría suponer que, para la labor del clínico, la mirada de cambio estaría en ubicar otro orden de analizabilidad, que escapa de la concepción finalista y pasa a una concepción desde la percepción del acontecer. Ardoino (2005) representa lo que acontece como un producto sin terminar, menciona que es opaco, y con el esfuerzo del conocimiento está predestinado a una transparencia por devenir.

Como cierre, y tomando esta última imagen representacional, se podría considerar que los psicólogos clínicos siempre transitan en este permanente devenir de la clínica entre la sombra y la transparencia, lo que de alguna forma permite continuar el desafío de seguir teorizando a partir de las praxis en las intervención diagnósticas.

Preguntas y tareas orientadoras

- 1) Busque varias referencias bibliográficas sobre *psicodiagnóstico e intervención diagnóstica*.
- 2) ¿Por qué en el artículo se plantea que la diferencia entre ambas es del orden de lo epistemológico y no de lo metodológico?
- 3) Explícite el posicionamiento del clínico en la intervención clínica.

Bibliografía

- ANTAR, C., GURMAN, H. (2002), *El texto en un contexto. La clínica situacional*. Buenos Aires: Congreso Argentino de Psicoanálisis.
- ARDOINO J. ET AL. (1991), Sciences de l'éducation, sciences majeures. Actes de journées d'étude tenues à l'occasion des 21 ans des sciences de l'éducation. Issy-les-Moulineaux: EAP, Colección *Recherches et Sciences de l'Education*, pp.173-181. Traducción de Patricia Ducoing y revisión de Monique Landermann.
- ARDOINO, J. (2005), *Complejidad y formación: pensar la educación desde una mirada epistemológica*. Buenos Aires. Novedades Educativas.
- MORIN, E. (1998), *Introducción al pensamiento complejo*, pp.57, 97 y 131, Barcelona: Editorial Gedisa.
- RODRÍGUEZ ZOYA, L. (2008), *Complejidad e interdisciplina: desafíos metodológicos y educativos para las ciencias sociales*. Paper read at PRE-ALAS, Foro I: «Las ciencias sociales desde Latinoamérica: Nuevos paradigmas y metodologías de investigación», Corrientes (Argentina).
- TABÓ, J. (2007), Entrevista con y desde la subjetividad actual un encuentro historizante, p.19. En: Tabó, J. et al., *Entrevista Devenires en la clínica*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- VILLASANA, P. (2003), *Una aproximación a la noción de salud desde los postulados de la epistemología de la complejidad de Edgar Morin* (Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad de Carabobo), Carabobo (Venezuela): Mimeo.

Las técnicas en la intervención diagnóstica: particularidades

Prof. Tit. Dra. Susana Martínez

OBJETIVOS

Presentar al estudiante las particularidades que adquieren aquellas modalidades de intervención psicológica que suponen la utilización de otras herramientas además de las entrevistas psicológicas. Se trata de formas de trabajo frecuentes y tradicionales en la práctica profesional de la disciplina que involucran diversos ámbitos del quehacer del psicólogo. Si bien el foco estará colocado en el campo de la clínica, se hará referencia a otros como forma de delimitar los ámbitos estableciendo similitudes y diferencias.

Introducción

La inclusión de otras técnicas aparte de las entrevistas conforma una estrategia de trabajo habitual en algunas modalidades de intervención psicológica, tanto en el ámbito de la psicología clínica como de otros, desplegadas en instituciones públicas y privadas o en el ejercicio liberal de la profesión. Se trata de un quehacer profesional que puede desarrollarse en las distintas etapas del ciclo vital (niños, adolescentes, adultos, tercera edad), en consulta individual como de pareja o familia. Sin duda, la modalidad más frecuente es el psicodiagnóstico individual, y es por ello que se hará foco en sus características.

Las denominadas *intervenciones diagnósticas, psicodiagnóstico, estudio psicológico, diagnóstico psicológico o evaluación psicológica* suponen prácticas que frecuentemente involucran el uso de tests psicológicos (instrumentos, herramientas, técnicas). Una primera apreciación permite establecer la reflexión acerca de esa variabilidad nominativa. Es de ese modo que aparece la temática en la bibliografía especializada y en los artículos científicos. Es también con esas denominaciones con que en ocasiones es convocado el ejercicio profesional de la disciplina.

Quienes trabajan en instituciones de salud frecuentemente reciben en sus consultorios a consultantes derivados por otros profesionales de la salud cuyos pases (pedidos de consulta) rezan: «Ruego estudio psicológico», «Solicito test de inteligencia», «Realizar psicodiagnóstico», «Valoración atencional», «Estudio de

nivel y personalidad», entre otros. Indudablemente, el modelo médico hegemónico imperante en las instituciones incide en las solicitudes, pero también expresan el imaginario social acerca del rol profesional, así como posicionamientos epistemológicos subyacentes. Hasta aquí la referencia alude al campo de la clínica, pero algo similar sucede en el ámbito de la psicología laboral en el cual los instrumentos quedan unidos al *psicotécnico* que comúnmente se asocia a la valoración psicológica realizada en el marco de la selección de personal.

El ámbito educacional tampoco escapa a esta práctica y por ello con frecuencia se escuchan referencias al *test vocacional*, entre otros. El campo de la psicología forense o jurídica es también un espacio en que se recurre a las técnicas; es así que tanto las pericias de parte o las solicitadas por un juez también las incluyen.

Si se observan las imágenes que popularmente se asocian al psicólogo se constata que se reiteran las representaciones de situaciones de escucha con divanes y cuadernos de notas, pero también la de aplicaciones de test. Sobrado (1983) insiste acerca de la importancia del diagnóstico y el uso de los tests en la conformación de la identidad profesional:

Toda profesión (como toda identidad) se funda en un núcleo de diferenciación. El monopolio profesional del uso y aplicación de tests es una reivindicación justa que tenemos los psicólogos para delimitarnos, de manera de poder medir el intrusismo que cometen otras profesiones. (Sobrado, 1983, p.15).

Más allá de estos aspectos identitarios, es muy importante que el estudiante de psicología pueda incorporar los fundamentos epistemológicos implicados en las diferentes denominaciones de las prácticas que involucran a las técnicas.

Diferentes espacios académicos de esta Facultad, como el Área de Diagnóstico e Intervención Psicológica de la anterior estructura académica de la institución, o varios de sus servicios, se han ocupado de esta temática desde hace ya tiempo; son testimonio de ello las variadas publicaciones y trabajos presentados en diversos eventos de carácter científico. Se ha profundizado en la noción de intervención psicológica en general y en particular en la de intervención diagnóstica, a la cual se le destina un capítulo de este manual. En este espacio se profundizará entonces en las complejidades inherentes a las intervenciones en las que se utilizan técnicas.

Desarrollo

El campo de los instrumentos de diagnóstico y evaluación utilizados en el seno de una intervención psicológica es de gran amplitud y de alto nivel de complejidad. Supone desde conceptos vinculados a la perspectiva psicométrica —en tanto algunas técnicas implican aspectos de medición ineludibles— hasta cuestiones que refieren a los modelos de mente en que se sustentan y consecuentemente a los enfoques psicopatológicos correspondientes.

Si se realiza un cierto recorrido histórico se constata que la evaluación y el diagnóstico psicológico formaron parte de las bases identitarias de la profesión desde los albores de la disciplina. El concepto de *test* aparece, en los inicios, muy unido a

la consolidación de la psicología como disciplina científica que creía obtener con este instrumento la llave para entrar en el respetado mundo de la ciencia. No debe olvidarse el peso del positivismo como corriente de pensamiento dominante en el momento del nacimiento de este controvertido instrumento. Incluso con el advenimiento de una subdisciplina, la psicometría, se fomentó la ilusión de objetividad, desterrando así el temido fantasma de la subjetividad, mala palabra en aquel entonces porque la emparentaba peligrosamente con el muy desacreditado campo de lo no científico. Progresivamente se arribó a la conclusión de que, para describir el funcionamiento psíquico de un sujeto, es menester la utilización agrupada de diferentes tests, dando lugar a la era de las «baterías diagnósticas», en general preestablecidas de antemano en cuanto a tipo, número y orden de los tests a ser aplicados y con una técnica de entrevista ausente o minimizada, época del psicólogo como psicotécnico que ejercía una suerte de paraclínica de lo mental.

Finalmente, su uso desmedido y despiadado junto al advenimiento de la entrevista como instrumento valorado por el psicoanálisis para el abordaje de la denominada «psicología profunda» y la caída del positivismo desde su lugar hegemónico, precipitaron los test a una caída vertiginosa en un abismo desde el cual fue costoso rescatarlos. Pagaron el precio del mal uso de que fueron objeto, pero de a poco recuperaron terreno y volvieron a encontrar su lugar en una práctica que los integró nuevamente en un lugar de pertenencia: el psicodiagnóstico.

El problema es que esta práctica tampoco se mantuvo mucho tiempo en un sitio de privilegio; rápidamente fue desvalorizada y vista dentro de la familia de los psicólogos como aquel pariente indeseable que se mira de reojo y de quien se reniega siempre que se puede. Más allá de cierta rigidez de la que fue objeto por quienes lo utilizaban, su caída en desgracia respondió más a los contextos políticos en los cuales se desarrolló; de hecho, su menosprecio quedó mucho más restringido a nuestra región y a los abusos realizados por los psicólogos en el ejercicio de su praxis —que, justo es decirlo, también los hubo—. No obstante, es bueno recordar que en la Jornadas sobre Psicodiagnóstico organizadas por la Asociación de Psicólogos Universitarios del Uruguay (APUU), en junio de 1983, Enrique Sobrado defendió acaloradamente la idea de que el diagnóstico se diera a través de entrevistas o con tests, alertando acerca de las divisiones existentes entre psicólogos por el uso o no de estas técnicas, que produjo, además, una «hiperjerarquización de la entrevista». Al mismo tiempo expresaba:

Todos sabemos que las teorías que sustentan a los tests son variadas, a menudo parciales y otras veces científicamente discutibles. Pero si disponemos de una teoría científica, poseemos el instrumento para revisar esos métodos y darles un sentido coherente. Si no lo hacemos, los que estaremos omisos seremos nosotros. (Sobrado, 1983, p. 13)

Se adelantaba así a una problemática cada vez más extendida, constituida por la usurpación de estos instrumentos por otros técnicos de la salud y la educación, ante la mirada indiferente y negligente de los propios psicólogos.

La fundamentación precedente no implica, no obstante, desatender la entrevista psicológica como instrumento imprescindible en cualquier diagnóstico o evaluación psicológica emprendido desde una perspectiva clínica. Un diagnóstico o evaluación psicológica entendidos desde una perspectiva clínica no puede

prescindir de la entrevista, sino a riesgo de deslizarse hacia abordajes exclusivamente psicométricos con la concomitante pérdida de los procesos singulares que subyacen a cualquier producción de un sujeto.

Puede decirse que el modelo psicoanalítico es el referente privilegiado que sustenta la concepción clínica que aquí se plantea; sin embargo, no debe olvidarse que muchas de las técnicas que se aplican no fueron creadas para responder a ese modelo, sino que se inscriben incluso en opciones teóricas contrapuestas o, en el mejor de los casos, muy alejadas. Esto puede convertirse en un escollo, porque podría contribuir a una babelización, conducente a confusiones que entorpezcan el establecimiento de hipótesis diagnósticas inherentes a la resolución de una intervención diagnóstica. Cuando se habla de la capacidad atencional de un paciente, ¿a qué atención se hace referencia?, ¿a la que postula Freud como dispositivo de sobreinversión en la primera tópica y como función yoica en la segunda?, ¿o se la considera un sistema de control anexada a otras funciones psicológicas superiores, como plantea el modelo de procesamiento de la información de la psicología cognitiva? A veces puede utilizarse una herramienta teórica y a veces la otra, porque las teorías no son más —y nada menos— que instrumentos que pretenden cercar un objeto de conocimiento esquivo y siempre en fuga. Sin embargo, esto no habilita a tomarlas a la ligera, en una mescolanza ecléctica que produzca un extravío en ese acercamiento siempre parcial e incompleto a la subjetividad de un ser humano sufriente. La aproximación de teorías en algunos puntos oscuros es posible a condición de que no se desconozcan sus fundamentos epistemológicos.

Cualquier compendio sobre el tema muestra que las técnicas psicológicas son clasificables de acuerdo a diversos parámetros: formas de aplicación (individuales, colectivas, autoadministradas), formas de los materiales a usar (lápiz y papel, verbales, etc.), modos de organización (estructurados, semiestructurados y más), objetivos que persiguen (de inteligencia, de personalidad, de desarrollo, entre otros). En esta última categoría y tomando como ejemplo los que tienen como finalidad el estudio de la personalidad, se constata la disparidad existente, pues van desde cuestionarios o inventarios como los clásicos: Cuestionario de Personalidad de Eysenck o el Inventario Minnesota, hasta las Técnicas Proyectivas. En obvia respuesta a marcos teóricos muy claros: el conductista que solo considera la relevancia de lo observable directamente, y el psicoanalítico que a través del mecanismo de proyección pretende acercarse a los niveles inconscientes de la personalidad —el nivel central a abordar según esta teoría—. Esta diferencia, que así parece caricaturesca, se torna muchas veces más diluida y por lo tanto más proclive a facilitar confusiones. Según Casullo:

No operamos en nuestra disciplina con los objetos concretos que pretendemos comprender, sino con una construcción o representación que elaboramos sobre los mismos en base al modelo de referencia. (Casullo, 1999, p.101)

Hasta acá hicimos referencia a los fundamentos teóricos generales, pero también existen desarrollos muy marcados de los aspectos técnicos propiamente dichos que nos llevaría a postular una «teoría de la técnica» para los tests psicológicos. Piénsese en las diferentes formas que adquiere el análisis de los protocolos obtenidos e incluso sus modos de aplicación. Así se tendrá un test visomotor de Bender analizable desde

una visión más objetivante, como el propuesto por Koppitz, que permite la obtención de un parámetro cuantitativo como la *edad de maduración perceptivo motriz*, hasta una lectura piagetiana como la defendida por Sara Paín en su *Psicometría genética*, o una proyectiva como la de Hutt. Lo mismo sucede con las técnicas con métodos cuantitativos más sofisticados de análisis, como el Rorschach y sus diversos sistemas de categorización de respuestas, con los que se crean verdaderas escuelas que marcan distintas tendencias (Klopfer, Exner, Bohm, Beck, la escuela del Río de la Plata y más), o las escalas Weschler de inteligencia con sus múltiples propuestas de procesamiento de datos (Rapaport, Bannatyne, Kaufman, neovigostkyanos y más).

Esta referencia a los métodos cuantitativos de trabajo con las técnicas introduce el complejo tema de la *medición* en psicología. A menudo se ha constituido en una especie de parteaguas entre quienes jerarquizan este aspecto y quienes lo cuestionan. Es decir, existen posicionamientos epistemológicos muy afines a la idea de medir en tanto otros lo consideran impropio, puesto que el funcionamiento de la mente humana solo puede ser entendido desde el paradigma de la complejidad. Para los primeros, los refinamientos de los sistemas de medición aseguran la existencia de la psicología como disciplina científica; para los segundos, subrayar dichos procesos puede alejar la comprensión del caso singular.

La medición es por tanto una actividad prioritaria tanto en la ciencia psicológica en general como en la evaluación psicológica en particular; el proceso de medición es el que le permite a una disciplina alcanzar el estatus de ciencia ya que, una vez que se pueden medir sus datos, se pueden comparar, replicar, establecer modelos matemáticos para su explicación y realizar investigaciones controladas. (Aragón Borja, 2004, p.28)

Evidentemente esta autora pertenece al primer grupo, en cambio para Pérez y Pozzi «el psicodiagnóstico es un proceso de investigación de la subjetividad singular» (Pérez Lalli y Pozzi, 2011, pp.108-112).

Como puede observarse en las definiciones precedentes, la evaluación psicológica va más de la mano de la idea de medición. No desconoce, sin embargo, la complejidad de la cuestión y establecerá un estudio exhaustivo de los atributos o estados a medir. En términos generales, se adecua mejor a los modelos cognitivo-comportamentales de la mente humana. El psicodiagnóstico, en tanto, subraya la importancia de la exploración singular; por dicha razón, responde a los denominados modelos dinámicos y, en particular, al psicoanálisis.

La psicometría no es en sí misma una mala palabra; no debemos olvidarnos que está implicada cuando aplicamos una técnica de este tipo (WISC III). Desde la propia consigna y los materiales, en tanto promueven el establecimiento de una situación estandarizada, hasta los criterios de uniformidad para la obtención de los parámetros cuantificables, llámese estos cocientes intelectuales o clasificación del Rorschach, estamos utilizando conceptos psicométricos.

Resultan elocuentes las palabras de M. Mannoni:

Considero a los tests solo como un medio y no como un fin. Los utilizo en un diálogo en cuyo transcurso intento desentrañar un sentido, por supuesto en función de un cierto esquema familiar. [...] las dificultades en el campo de la abstracción o un trastorno escolar tienen sentido solo en el seno de una historia. (Mannoni, 1987, p.115)

Se puede definir la intervención diagnóstica como una modalidad de intervención psicológica que se establece para resolver una consulta y que habitualmente supone el uso de otras técnicas además de las entrevistas psicológicas en sus diferentes versiones (abierta, semidirigida, anamnesis, y más). Es decir, se trata de situaciones en que la resolución de la consulta supone la necesidad de la investigación de aspectos del consultante para los cuales las entrevistas no resultaron suficientes o concluyentes. Cabe destacar que es un proceso que implica una serie de etapas o momentos que se inicia con las entrevistas en las cuales predomina la abierta, en la apertura, se continúa con la aplicación de las técnicas, y se culmina con la entrevista de cierre, o devolución, y la entrega eventual de un informe psicológico escrito.

Indudablemente, es el análisis de las entrevistas, con las primeras hipótesis o conjeturas diagnósticas que se establezcan, el que determinará la necesidad de incluir otras técnicas en la estrategia de trabajo. La caja de herramientas es muy amplia y cuenta con gran variedad de técnicas, por lo que el segundo momento del proceso estará dado por la selección de las técnicas a aplicar y el orden de estas. Para la elección, deberán tenerse en cuenta las áreas sobre las cuales las entrevistas no aportaron datos suficientes para dilucidar el o los motivos de la consulta. A título ilustrativo, si una consulta por dificultades de aprendizaje pone de manifiesto interrogantes acerca del funcionamiento intelectual, habrá que seleccionar técnicas que exploren específicamente la inteligencia. De más está decir que no toda consulta por esta causa supone necesariamente la aplicación de un test de inteligencia. Muchas son las razones por las que un niño, adolescente o adulto presenta problemas para aprender y no necesariamente lo intelectual está afectado. Póngase por caso el de un niño en situación de duelo por la muerte de un familiar cercano; seguramente su aprendizaje resultará afectado. En dicho caso, la escucha clínica estará dirigida hacia ese aspecto y tal vez no sea necesaria la administración de ningún test, e incluso aplicar una escala de inteligencia estará contraindicado puesto que, más que facilitar, obturará la capacidad de escucha. Tal vez las entrevistas de juego sean suficientes o eventualmente deberá incluirse técnicas que profundicen en las características del funcionamiento psíquico en el cual se anuda el trabajo de duelo.

Por otro lado, existen una serie de recomendaciones generales relacionadas con la secuencia de aplicación de las técnicas cuando estas son necesarias. Dos son los criterios que habitualmente se utilizan: aplicar primero las que generen menor grado de movilización en el sujeto e ir de las menos estructuradas o directivas a las más estructuradas. La realización de test es una tarea novedosa y desconocida para la mayoría de los consultantes, es una situación vincular poco común, por lo que es posible la presencia de un grado de ansiedad mayor al habitual. Se trata de que la ansiedad movilizada se constituya en un motor para las tareas propuestas y no en un obstáculo que atente contra la alianza de trabajo e incida negativamente en su ejecución. En relación al segundo criterio, colocar una técnica que supone respuestas correctas o incorrectas antes de las proyectivas podría hacer pensar al sujeto que existen en ellas también la posibilidad de acierto o error, coartando la espontaneidad que es en realidad la actitud más deseable ante esas técnicas.

Culminada la etapa de aplicación de las técnicas sobreviene el momento de cierre del proceso, conocido habitualmente como la o las entrevistas de devolución. Se trata de una entrevista que podría catalogarse de semidirigida en tanto implica una serie de lineamientos o ejes a trabajar con el consultante. Es un momento de síntesis en el cual se pretende transmitir lo que pudo comprenderse del motivo de consulta y de la demanda. Es en este momento que se entregará un informe escrito, de ser necesario. Luego de una intervención diagnóstica no es imprescindible la redacción de un informe psicológico, pero habitualmente cuando esta fue realizada a partir de una derivación, muy a menudo es necesario hacerlo. Para la redacción del informe psicológico es necesario tener en cuenta que pueda ser comprendido por el consultante y el destino de dicha producción escrita. No es lo mismo que el destino final sea una historia clínica en una institución de salud y por lo tanto está amparada por el derecho a la confidencialidad que una carpeta de antecedentes en una institución educativa. No debe olvidarse que un informe psicológico puede generar efectos tanto deseables como indeseables, afectando la vida de los sujetos.

En términos generales, el informe psicológico da cuenta del grado de comprensión al que se arribó, describiendo diferentes aspectos del funcionamiento del sujeto, las técnicas a partir de las cuales se obtuvo la información, alguna conclusión y las indicaciones que se sugieren. La estructura del informe, aunque con variaciones, suele seguir el siguiente esquema:

- Datos filiatorios: nombre, edad (en años y meses si se trata de niños).
- Escolaridad: máximo nivel alcanzado.
- Motivo de consulta: refiere al manifiesto y se explicitará si hubo derivación.
- Técnicas aplicadas: se nombran las técnicas empleadas.
- Antecedentes significativos.
- Funcionamiento cognitivo (si se exploró esta área): aspectos más relevantes.
- Funcionamiento afectivo.
- En suma: síntesis que debe dar cuenta del motivo de consulta.
- Recomendaciones: indicaciones técnicas que se realizan.

La inclusión de técnicas en la intervención determina otras condicionantes al encuadre habitual de trabajo. Además de los aspectos clásicos (rol, objetivos, espacio, tiempo y honorarios), se agregan los materiales y las consignas. La aplicación de estos instrumentos supone la presentación de una situación estandarizada, que debe ser presentada a todos los sujetos de la misma manera para que tenga validez. Esto está dado por los materiales que se ofrecen, que deben ser los oficiales y autorizados por el editor. Las consignas son las instrucciones que se brinda a los sujetos para la realización de las distintas tareas propuestas por los tests y no deben ser modificadas.

En la medida de que se trata de una intervención que involucra la utilización de herramientas como los test psicológicos, es necesaria la referencia a dos aspectos centrales: a cierta delimitación con otras situaciones en las que también se utilizan técnicas, así como a las características de estas y la finalidad de su uso.

En la introducción se expresaba que las técnicas se utilizan también en el ámbito laboral, pero allí el objetivo será el de estudiar cuáles son las características de los

postulantes a un determinado cargo en una organización que demanda un perfil con ciertos rasgos de especificidad. Se seleccionarán y aplicarán técnicas para establecer qué grado de ajuste hay entre el aspirante y el puesto laboral ofrecido.

Se decía que en psicología forense o jurídica también se utilizan, pero allí el objetivo es contribuir en la comprensión de situaciones que involucran al sistema judicial. Lo más frecuente, como se mencionó al principio, es la realización de pericias que pueden involucrar tanto al derecho penal (estudios de imputabilidad) como de familia (tenencia de los hijos, sistemas de visitas, entre otros).

Existen otras situaciones en las que el objetivo está muy circunscrito a la evaluación de aspectos muy específicos; por ejemplo, el estudio que determina la aptitud o no para el porte de armas o la licencia de conducir profesional, por mencionar algunos.

En el ámbito educacional se ilustra haciendo referencia a intervenciones como las orientaciones vocacionales u ocupacionales, aunque este tipo de intervención debe adquirir un perfil mucho más clínico, en tanto el foco se ubique en el conflicto que subyace a la dificultad para elegir. Esto habitualmente sucede cuando se trata de una demanda individual, pero en ocasiones las instituciones educativas ofrecen el servicio de un *screening* (pantallazo) general del alumnado acerca de las motivaciones e intereses al momento de la elección técnico-profesional.

Viñeta comentada

A continuación, presentamos una viñeta extraída de una intervención diagnóstica realizada en el ámbito educativo, en el marco de una práctica curricular de graduación.

La niña, a quien se llamará Lucía, cuenta con 8 años de edad y se encuentra recursando su primer año escolar. Es derivada por su maestra, por sus dificultades para transitar por los aprendizajes curriculares.

En una entrevista semidirigida, su maestra dice: «Lucía es una niña introvertida y tímida, no expresa lo personal, participa a requerimiento, muchas veces no sabe las respuestas de conocimiento, cursa por segunda vez primer año... Es muy respetuosa, vive en su mundo. Sabe contar hasta 20, mientras que en realidad ya se le ha enseñado en clase de forma intermitente a contar hasta 100». Sobre su repetición, expresa: «Según su maestra del año anterior, pasó por un *bloqueo mental* en el mismo tiempo que el padre estaba preso. Se la nota descendida en todas las áreas de razonamiento y comprensión».

De la primera entrevista abierta realizada entre la madre (M), el padre (P) y la entrevistadora (E), se extraen los siguientes fragmentos:

P: Bueno, Lucía es una gurisa despierta, había empezado a tener problemas en los estudios cuando fui preso...

M: Ella es muy apegada al padre, les costó la separación. En la escuela le cuesta un poco la lectura. En casa la pongo a leer y a hacer, en la escuela no quiere...

Relatarán también que Lucía tenía seis años cuando su padre fue privado de libertad, y que este estuvo allí un año y tres meses, expresándose de la siguiente manera:

P: Ella no supo nada, le dijimos que estaba internado.

M: No quisimos que supiera la verdad.

E: ¿A qué creen que corresponde el desempeño de Lucía en la escuela?

P: Sí, yo creo que puede ser por el tema de estar preso. Yo creo que sí, que puede ser. Lucía es una niña muy mimosa y cariñosa. Pero yo igual no entiendo, una cosa es acá y otra cosa es allá, no le quiero echar la culpa a la maestra de que no sepa enseñar, hace su trabajo, pero Lucía en casa hace los deberes y estudia, tampoco tenemos que andar arriba de ella, si bien sí damos una vueltita y vemos cómo le va, ella solita hace las cosas.

M: Sí, ella cambió mucho en ese momento y no le quisimos decir lo que pasaba.

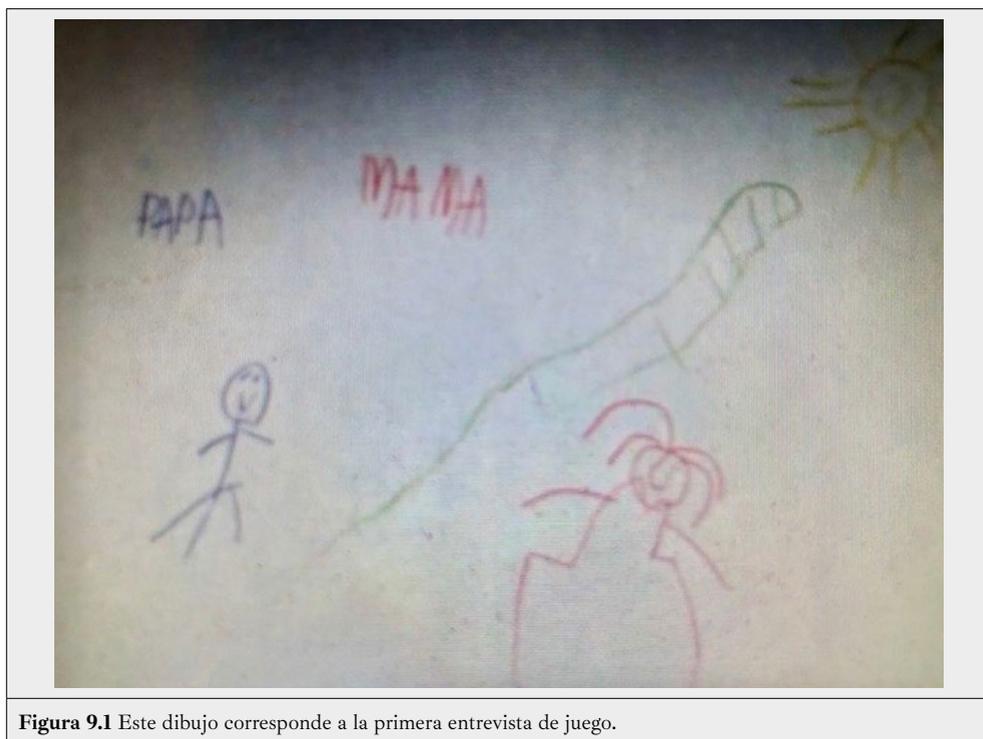


Figura 9.1 Este dibujo corresponde a la primera entrevista de juego.

E: ¿Cuál fue el motivo de esa decisión?

M: Por miedo. Es que un tío le contó y ella sufrió mucho y reaccionó mal, se puso a gritar como loca. No la podía calmar. El padre no era de esos... Entonces se le explicó que no era tan así. Preferimos decirle que estaba internado. Un día la llevamos a ver al padre, arreglamos para que le dijeran que era un hospital y como es chiquita no la revisaron, nomás se fijaron por arriba que no llevara nada, y cuando preguntó por qué eso, le contestaron que era porque como su papá estaba internado no podían entrar microbios.

P: Sí, yo sé que está confundida. En ese momento, yo me despedí y no me vio más, me fue a ver, pero no es lo mismo. Ella sabe que estuve preso, igual, aunque no se lo dijimos, siempre lo escuchó, tenemos una familia grande, muchos tíos y muchos primos.

Al finalizar la primera entrevista de juego, en la que se obtuvo el este dibujo (figura 9.1), entre otros, Lucía comenzó a llorar, expresando que le dolía la cabeza por un golpe que se había dado en la mañana.

Como puede observarse, se trata de una consulta por derivación de su maestra de clase, quien subraya el mantenimiento de dificultades en todas las áreas curriculares, a pesar de estar cursando primer grado por segunda vez. La describe como una niña retraída y asocia la problemática a un evento disruptivo que coincide con el ingreso a la educación primaria: la prisión del padre.

De la entrevista con los padres se destaca como aspecto muy significativo el manejo que se hizo de la información relativa al encarcelamiento del padre. Se conjugan aquí la metabolización psíquica de la situación por parte de la niña y el lugar en que queda colocada como aprendiente. Siguiendo a Benyakar (2006), se define a lo disruptivo como aquellos estímulos provenientes del mundo de lo fáctico que por su magnitud y potencialidad traumatogénica demandan al aparato psíquico un plus de exigencia para su elaboración. En cuanto a su relación con el saber, no parece estar habilitada por sus padres para conocer, razonar, entender. Visitar a su padre en la prisión e intentar hacerle creer que se trataba de un hospital es una afrenta para todas sus funciones cognitivas, potenciada aún más por la desmentida: ella sabe, pero la tratan como que no sabe.

La primera producción en la entrevista de juego es elocuente sobre lo expresado en el párrafo anterior; se obtiene un dibujo pobre, pero que muestra lo central en la mente de la niña: la separación parental por medio de una reja. La angustia surge con intensidad, aunque no puede ser ligada al conjunto representacional correspondiente, sino que es puesta en el cuerpo —llora porque se golpeó la cabeza—. Algo pegó en la cabeza que angustia y no permite aprender.

Hasta aquí, entonces, la primera conjetura diagnóstica que puede hacerse con relación al motivo de consulta planteado (las dificultades de aprendizaje) se establece por el lado de la incidencia de los aspectos afectivos. Sin embargo, la afectación de los aprendizajes, tan general y sostenida en el tiempo, conjuntamente con la pobreza de la producción gráfica, no permite descartar de plano algún desfasaje en el área de lo cognitivo. Por dicha razón, en este caso se optó por una estrategia clínica que profundizara en el estudio de los aspectos afectivos, pero que contemplara también la exploración intelectual y del desarrollo.

El WISC III (baremo Montevideo), el test de Bender y el DFH, ambos evaluados de acuerdo al sistema de Koppitz, permitieron descartar la incidencia de aspectos intelectuales o de desarrollo. En cambio, el test del Dibujo de la Familia, el Dibujo de la Persona Bajo la Lluvia y el CAT confirmaron el compromiso de los aspectos emocionales.

En la entrevista de devolución con la niña, que también se realizó a través del juego, su actividad lúdica predominante consistió en colocar animales de granja —el chanco y la vaca— dentro de corrales que construía con los materiales de madera de la caja de juego de E. Bick. Indagada acerca de tales acciones, la niña contestó: «Los encerré [...] es que, si no, se escapan», al tiempo que agregaba soldados dentro del corral para «vigilar que no escapan». El momento de cierre del proceso de intervención diagnóstica permitió, a la vez que confirmar la hipótesis diagnóstica planteada, trabajar con la niña sobre los motivos de su padecer y el anudamiento con el motivo de consulta manifestado.

Ejercicio

Julián (6 años y 6 meses). Grado escolar: primer año.

Fragmentos de la entrevista (E) con la maestra (M)

E: Cuénteme de Julián.

M: Mire..., es un niño con un nivel muy descendido, lo traje el papá desde Rivera porque la mamá es consumidora; es un tema complejo. Fue muy poco tiempo a inicial, sabe los colores..., solo reconoce las letras de su nombre, es como un bebote. Tiene un nivel descendido en todas las áreas, su nivel en el habla es bajo también.

E: ¿Cómo es el funcionamiento con los pares?

M: Él no establece muchos vínculos, pega, tiene problemas de conducta, transgrede las normas, no se queda quieto. Si juega con sus compañeros, es un ratito, porque pelea mucho..., con el que juega es con su primo, que también está en primero y viene a la escuela. Me inventa historias fantásticas.

E: ¿Cómo por ejemplo...?

M: Una vez me inventó que el padre había tenido un accidente, que se había golpeado y quebrado, y cuando vi al padre, nada que ver, estaba lo más bien... Después también vino a contarme que estaba viviendo con la madre. Cosas así.

E: ¿Qué cosas aprendió?

M: Contar logró que cuente hasta tres, lo que hace muy bien es agrupar objetos, que escriba el nombre es imposible, y si aprende algo después se le olvida, lo que hace es reconocer las letras, dibujar dibuja muchos garabatos... Lo que le pasa a él es que no puede comprender las consignas, no logra seguir las temáticas, el otro día estábamos hablando de animales y el levantó la mano para decir algo y dijo algo que nada que ver. Hace lo que puede, yo le adapto algunas propuestas de inicial, porque copiar del pizarrón no copia.

Fragmentos de la entrevista con el padre (P)

E: Cuénteme de Julián.

P: Él cambió mucho desde que se vino para acá, yo ya no sé cómo tratarlo... A él lo apaleaban, acá trato de cortarle los dibujitos, la pelota, trato de no pegarle mucho, pero no sé qué hacer. Tiene un hermano de cuatro años y dos más que son hijos más chicos de mi mujer y Julián los caga a palos; ella pasa el tiempo con ellos, yo no puedo, por mi trabajo.

E: ¿En qué trabaja?

P: En la construcción, pero no tengo un lugar fijo, voy y vengo todo el tiempo. Es difícil lidiar con él en la manera en que me lo mandaron, cuando yo estaba en Rivera él pedía para orinar, cuando lo trajeron se orinaba.

E: Cuénteme sobre el nacimiento de Julián... ¿Cómo fue?

P: Fue todo normal, tranquilo, cuando era chiquito él no se sentía para nada, después cuando la madre se empezó a ir, y se lo llevaba, él empezó a cambiar mucho las actitudes, rompía cosas y no paraba quieto.

E: ¿Cuándo comenzó a pasar eso de la madre?

P: Cuando él tenía un año y pico... Los padres de ella fueron los que me ayudaron a rescatarlos, el padre de ella dice que los vecinos comentaban que ella estaba adicta a la pasta base, consumiendo esas cosas. Yo a ella le mandaba todos los meses la plata para los gurises, y parece que los llevaba a lo de los padres y llegaban muertos de hambre porque ella no tenía más plata, y dicen que no los cuidaba. No sé, él ahora rompe cosas y se ríe, está todo el tiempo peleando, lo trates como lo trates... y el hermano está igual, o peor. No sé si porque él le pega o porque copia.

E: Usted me dijo que los padres de la madre lo ayudaron a rescatarlos, ¿cómo fue eso?

P: Sí, ellos me contaban cómo los tenía la madre, y yo empecé a hablar con ella y a pedírselos, me lo traje primero a Julián, hace más de un año, y después, a las semanas, al hermano. Primero le pedí a Julián porque yo sabía que ella lo rechazaba porque se orinaba.

E: ¿Desde cuándo?

P: Él al año y pocos meses ya había dejado los pañales, eso le pasó después de grande, creo yo que por todo lo que pasó...

E: ¿Cómo es un día de Julián?

P: Ah, si lo dejas hacer lo que quiera, en bici o algo, él se te va, acarrea al hermano. Lo dejas andando en bici y le decís que no pase la esquina... y es mentira que hace caso. Ahora empezamos a llevarlos a un campo que hay cerca de casa, ahí le gusta jugar, corre, hay unos caballitos y unos chanchos, y a él le gusta. Pero siempre pelea, es duro como la madre; el padre de ella me contaba que a los 14, 15 años ya no podían con ella... Lo del campo es los fines de semana que tenemos más tiempo, vamos y pasamos toda la tarde. Si no, se levanta, mira tele o si hay alguno despierto ya se pone a pelear, no hay un día que esté tranquilo... Mirá lo que hicimos: hace poco mandé a mi mujer a Rivera, tenía a la madre enferma y le dije que aprovechara a ir a verla con los hijos, así veíamos si cambiaba Julián. Ella estuvo siete días allá y nada... seguía todo igual, o peor. Por cualquier cosa pelea con el hermano, si hay diez sillas para sentarse él va a querer la que están usando los otros, así con la comida y con todo. Yo lo siento en una silla y lo dejo ahí, pero no hay acomodo, acá vengo y la maestra dice que también pelea... Debe ser porque le daban palizas, eso lo enloqueció más, vino destrozado de allá, de lo de la madre.

E: ¿Cómo manejaron esa situación con la madre?, ¿qué le dijeron a Julián?

P: La madre al principio los llamaba y hablaba con ellos, no sé si era del celular de ella o de la pareja, ahí ellos preguntaban por ella un poco y me pedían para llamarla, después no atendió más. Ahora hace dos meses o por ahí que perdieron contacto.

E: ¿Y con sus abuelos maternos?

P: Ah, con los abuelos sí, hacen videollamadas y todo, más con la abuela que con el abuelo. Ahora estamos programando para poder llevarlos unos días y que los vean, porque estaban mucho con ellos. A los sobrinos y a la botija que está conmigo Julián les hace la vida imposible. Le rompió no sé cuántos vasos y platos, solo cuando yo lo reto o algo, se acerca a ella, y ella le habla y todo, le dice: «¿Viste?, vos te portás mal», le conversa, pero no hay caso..., pega muchas patadas, no sé qué tiene con eso, a ella la hizo perder un embarazo de cuatro meses. Él cambió mucho, no era así.

Preguntas orientadoras

- 1) Indique si aplicaría técnicas. Fundamente su respuesta.
- 2) ¿Cuáles? Fundamente su respuesta
- 3) ¿Cuál/es son las posibles hipótesis diagnósticas que determinaron su elección?

Bibliografía

- ARAGÓN BORJA, L. (2004), Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica, revista electrónica de psicología *Iztacala*, vol. 7, núm. 4, p. 28.
- BENYAKAR, M. (2006), *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos.
- CASULLO, M. (1999), *La evaluación psicológica: modelos, técnicas y contexto sociocultural*, RIDEP (1), p. 101.
- MANNONI, M. (1987), *La primera entrevista con el psicoanalista*, Barcelona: Editorial Gedisa
- PÉREZ LALLI, M. y POZZI, R. (2011), El psicodiagnóstico como proceso de investigación. Reflexiones epistemo-metodológicas. *Perspectivas en Psicología: Revista de psicología y ciencias afines*, 8 (2), pp. 108-112 [consulta del 11/9/2020]. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483549017016.pdf>
- SILVA, R. (2019), *Secretos familiares y aprendizaje escolar. Una perspectiva psicoanalítica* (tesis final de grado de la Licenciatura en Psicología; tutora: Susana Martínez).
- SOBRADO, E. (1983), Psicodiagnóstico y rol de psicólogo, *Revista Uruguaya de Psicología* de APU, tomo 3 (2), Jornadas de Psicodiagnóstico.

Pensando la devolución

Prof. Adj. Lic. Mercedes Couso

OBJETIVOS

Comprender el lugar que ocupa la devolución en la intervención clínica con un sujeto, grupo o institución. Conocer su especificidad, el momento en el que se realiza y la forma en que delimita el cierre del encuentro. Partimos de la conceptualización del término y cómo se modifica con el tiempo hasta convertirse en un aspecto clave del proceso de intervención. Culminamos con una viñeta en la que el estudiante podrá pensar algunos de los conceptos planteados, articulando la teoría con la práctica.

Introducción

El término *devolución* según el *Diccionario de la lengua española*, de la Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española comprende varias acepciones: ‘acción de devolver’, ‘restituir algo a quien lo tenía antes’; objetos, palabras que se ofertan a quien los porta. Conceptos similares son *retorno* o *restitución*, acciones que implican un intercambio, un enlazar o generar puntos de unión, incorporar lo anterior abriendo espacios. Etimológicamente, se relaciona con el latín *deolvere*: retornar algo a su estado anterior. La restitución es la reincorporación, por ejemplo, de la salud o estabilidad y tranquilidad perdidas. Devolver es también «vomitar el contenido de algo que no se digirió», acto mecánico de algo que no se terminó de procesar y se devuelve al exterior.

Entendido desde quien consulta, este *deolvere* implica «vomitar» contenidos que no se terminaron de procesar y afloran de forma catártica buscando alivio. Para los psicólogos noveles, implica retornar al consultante los hallazgos obtenidos; suelen provocarles ansiedad al momento de cerrar una entrevista. La devolución parece ser un acto voluntario de alguien, un acto de conciencia, que puede tanto darse en soledad como involucrar a otros.

En psicología, es un acto más complejo. Se devuelve, a quien consulta, su pregunta, en el entendido de que es a partir de una interrogante que se podrá arriesgar una respuesta. Y ahí comenzaría el trabajo de análisis, en el sentido de pensar junto con el otro.

A través de la escucha clínica, se propone abrir un espacio que parta del supuesto de que quien consulta porta un saber de sí, aunque no necesariamente consciente. El clínico confía en poder devolver al sujeto ese saber, de formas diferentes, o un

cuestionamiento sobre sí mismo que hasta el momento no se había logrado y que tiene lugar en el proceso del encuentro con el propio psicólogo. A partir de ese encuentro, construir o encontrar otros anclajes desde donde mirar lo que le aqueja al sujeto —o a los sujetos— consultante.

Desarrollo

Evolución del concepto devolución en psicología, en diferentes ámbitos clínicos

La devolución, en un psicodiagnóstico, se asociaba a un acto: a la culminación de este. El clínico planteaba, en el cierre del proceso, ciertos elementos identificados en el relato del padecer del consultante que explicaban su angustia, sintomatología, conflicto o padecimiento. Así como posibles hipótesis que dieran respuestas a ese padecer.

Todo cierre implica una devolución, en la cual el psicólogo debe generar un tiempo de encuentro para retornar al sujeto una síntesis de sus vivencias, afectos y dificultades, como forma de concluir un trabajo conjunto, dándole nuevas formas de pensar la realidad que acontece (Fernández y Guerrero, 1989).

El informe psicológico es un acto de devolución en tanto se entregan al consultante o al derivante las conclusiones de lo trabajado. Es un documento que debe ser abordado con quien consulta, en un lenguaje que, al leerlo, se comprenda lo planteado. Son de suma importancia los aspectos formales, así como la elección de los temas resaltados, en función de la información, al consultante, y de las interrogantes de quien deriva. El informe psicológico se convierte, así, en una síntesis que incluye información de la historia de vida, un diagnóstico de situación, dinámico y estructural. Muestra las vicisitudes de un pronóstico y las recomendaciones acordadas sobre cómo llevar adelante las indicaciones, situándose entre lo ideal y lo posible. El informe es, además, una devolución en sí misma, o parte de ella, en tanto registro escrito de esta, ya que retorna la información solicitada. Sin embargo, el informe psicológico no siempre es requerido.

En psicopatología, clínica hospitalaria, y la presentación semiológica de un paciente, es pertinente devolver algo de lo observado al paciente, proponiendo un tiempo de encuentro que complementa la entrevista de anamnesis. Así se podrían compartir algunas inquietudes relacionadas con el motivo de ingreso, para pensar qué detonó la crisis en el sujeto, así como buscar formas de calmar en parte la ansiedad. Este encuentro deberá figurar en la historia clínica, con la fecha de cada intervención y la firma del profesional actuante, para propiciar el intercambio con otros miembros del equipo tratante (III Jornadas de Psicopatología, 2007). De esta forma, la devolución se concibe como restitución, un acto de conciencia relacionado con la responsabilidad de quien escucha y registra, tanto para con el paciente como para el equipo tratante.

En la entrevista de recepción,¹³ la devolución es crucial a la hora de pensar la estrategia a seguir, en la indicación y orientación.

La devolución, en aquella instancia, es intercambio y señalamiento; se restituyen contenidos trabajados entre ambos (consultante y consultado). Puede haber devolución como síntesis de un proceso de varias entrevistas o puede haberla en una única entrevista, en el decurso de la esta y en su cierre.

En el pasaje del método experimental al método clínico, la devolución se irá convirtiendo en un proceso que implica al otro desde un primer momento. Todo acto de intervención implica una devolución.

En la medida que, en el encuentro con el clínico, el consultante (o los consultantes) entablan un trabajo de escucha y de escucharse, se permite el acto de preguntar y reflexionar; la expresión de una devolución de sentido (Aguirre *et al.*, 1989). La devolución aquí no es un cierre, sino que habilita, a modo de recurso técnico, la emergencia de otros contenidos. En el diálogo con el consultante pueden producirse hallazgos de algo que se dicen pero que no estaban pensados en toda su dimensión. Explicitarlos abre un tiempo para repensar e intentar comprender otros sentidos que estaban incluidos en el decir (Sotelo, 2015).

A modo de ejemplo, un consultante dice: «Es verdad que me sentí responsable de lo sucedido con mi hermano, también esperaba que se reconociera que es mucho para mí». Ese *también* se debe preguntar: «También..., ¿usted y quiénes más deberían reconocerlo?». Para dar lugar a que aparezcan asociaciones que muestren a qué otros sujetos estaba refiriéndose al aludir a la falta de reconocimiento y qué cualidades vinculares tenían esos otros aludidos con él mismo. Si realmente se trataba de otros que estaban ahí o de reafirmarle que solo él había estado sosteniendo a su hermano.

Para el psicólogo es el mismo proceso. Mientras escucha, escucha su propio pensamiento, evoca teoría, situaciones de vida, sentimientos, asocia ideas... Esta escucha permite formular hipótesis que a través de la restitución en el diálogo con el consultante darán la posibilidad de cotejar sentidos y de asimilarlos. Si no hay concordancia en los contenidos planteados, se deberá pensar otra forma o en otro tiempo, de interpretación de lo pensado. Escucharse, orienta a futuras preguntas y a pensar próximas acciones. La devolución es un proceso que se construye en el encuentro con el otro y permite entender, encontrar sentidos y dar respuestas ahí donde había sufrimiento, angustia o actos que no se podían ubicar ni entender (Mannoni, 1973).

Es menester, entonces, tomar el material en su conjunto y los elementos que fueron surgiendo durante el discurso como un texto a descifrar, ir más allá de una valoración del estado del consultante, emocional, intelectual, de una orientación o consejo. Es desde un enfoque dinámico que se puede ir comprendiendo las razones ocultas no pensadas de muchos hechos, los cuales llevaron a esta encrucijada en que hoy se encuentra el consultante y las vive con angustia.

13 Ver capítulo 2: «Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para la intervención psicológica en servicios de salud», por P. Casal y S. Contino. Ver capítulo 6: «La entrevista de recepción en equipos o comité de recepción en el marco de la consulta psicológica en servicios de salud», por M. Couso y S. Contino. Ver capítulo 7: «Complejidades de intervención en un servicio universitario: recepción y estrategia clínica», por A. Tortorella y J. Tabó.

En el desarrollo de un discurso incoherente o al presenciar actos impactantes, trataremos de leer qué falta en la cadena de asociaciones. Apuntaremos a estos huecos, a estos vacíos en la devolución, intentaremos encontrar nexos que tejan trama, puntos de unión que permitan historiar la escena actuada o relatada de forma inentendible para otros o para sí mismo (Sotelo, 2015).

A modo de ejemplo, un consultante es traído a la emergencia del hospital y se presenta con la mirada perdida, mira como sin mirar, no puede hablar, está totalmente tomado por la experiencia delirante; está así desde hace dos días. Está perplejo, no puede dar cuenta de nada de lo que le sucede. Es el psicólogo quien debe poner palabras, buscar un sentido, una resignificación desde la cual sea posible ordenar una historia. La devolución es ordenar el devenir de un tiempo, el tiempo del consultante, al lograr que se resignifiquen hechos y fantasías sucedidos a lo largo de su vida.

En la clínica, con niños, muchas veces los secretos familiares generan condiciones traumáticas. Los padres creen o quieren creer que su hijo no conoce los hechos de su propia historia. Y los hijos encarnan esas escenas temidas. Lo no dicho hace que cuando las palabras enmudecen hablen los síntomas. Es el psicólogo quien, a través de tejer puentes y ampliar el campo de lucidez de conciencia, deja entrever las posibles causas de esas escenas traumáticas (Mannoni, 1973). La devolución de contenidos del psicólogo en la intervención sería, entonces, un acto crucial para aceptar, enfrentar y comprender el sufrimiento, y las vicisitudes de lo que «enferma».

¿Cómo opera la devolución en los equipos de trabajo?

Cuando se trabaja dentro de un equipo interdisciplinario deben trabajarse en conjunto los diferentes hallazgos disciplinares, en el abordaje de una consulta; es decir, las diferentes miradas sobre una misma situación o problemática. De la elaboración de este proceso dependen los pasos a dar y las indicaciones a seguir: la estrategia y las orientaciones a llevarse a cabo por los profesionales intervinientes.

Es necesario destacar el valor del trabajo con todos los técnicos que participan en el proceso, abordando, por ejemplo, dificultades del desarrollo físico, emocional, de maduración, aprendizaje, capacidades (psicomotricista, fonoaudiólogo, pediatra, psiquiatra, trabajador social, entre otros), según la situación clínica a abordar. Esto permite una conjunción de saberes que permiten la integralidad y posibilitan la inclusión de quien consulta. Esta posición implica una mirada integradora y la concepción de una situación como compleja, por lo cual debe ser abordada desde la intersección de varias disciplinas.

En el caso del consultante que ya fue visto por diferentes técnicos de un equipo, se entiende que es de suma importancia para la comprensión de la devolución que esta la haga uno de los profesionales intervinientes, con los otros presentes. Esta modalidad permite una visión integral de lo que acontece para quien consulta, en la especificidad de la indicación, así como para la cohesión del equipo.

La devolución es síntesis de un proceso que comienza cuando se produce el encuentro con quien la pide, y finaliza cuando el clínico entiende que es tiempo de

concluir. La devolución puede darse en una única entrevista o en las que sean necesarias para entender lo concluido. Se destaca que este proceso no solo es información y comprensión intelectual de lo devuelto, sino que abarca lo vivencial que permite las posibilidades de cambio. Para poder modificar una postura es necesario hacer un recorrido hacia atrás, ampliar el campo de consciencia sobre la génesis de los síntomas, del sufrimiento y haber llenado ciertos vacíos de la historia (Sotelo, 2015).

Se considera que lo fundamental es tratar de encontrar juntos el significado del o de los síntomas, dándoles un sentido dentro de un contexto generacional. Ubicar el problema para así poder mostrar cuál es el tratamiento y su posible pronóstico.

El diagnóstico es fundamental para los técnicos, para que se entiendan entre ellos y lograr un lenguaje común. En cambio, la comprensión y tratamiento de este es función de todos los actores de la consulta. Así, es posible llegar a una indicación acorde a las vivencias y acuerdos de los futuros tratamientos. El diagnóstico es siempre un corte transversal; la tarea del psicólogo es acompañar la escritura de una historia que está comenzando. El pronóstico es poner énfasis en lo modificable de la historia del sujeto y su plasticidad defensiva, tomando en cuenta las circunstancias contextuales. La devolución es, en sí misma, una intervención.

Ejercicio

Caso Juana (J), 43 años. Consulta de recepción en policlínica. Médico de familia, psicólogo (P) y trabajador social.

P: Buenos días, ¿qué la trae a consultar?

J: Buenos días. Vengo por mi esposo, que está en casa y no quiere salir desde que empezó la pandemia.

P: [Mira a Juana. Le nota los ojos humedecidos.] Usted está triste...

J: Yo estoy en tratamiento con la psicóloga de la policlínica, porque en diciembre tuve una crisis y estuve internada un mes. Nosotros vivimos solos, y nuestros hijos ya viven en pareja, en otras casas. Yo, por la fibromialgia, no puedo trabajar, pero igual me rebusco haciendo feria, voy al barrio de los judíos y compro cosas a buen precio y las revendo al doble. Yo me enojo con él porque no me ayuda. No se quiere levantar. Se jubiló y hace poco se mató su mejor amigo. Pero, ¡ta!, la vida sigue y nosotros tenemos que salir adelante, porque si nos quedamos nos comen los piojos. Me gustaría que el equipo se diera cuenta de todo lo que yo hago por la familia. Yo tomo antidepresivos y un regulador del humor, me atiendo con el psiquiatra una vez por mes. A la feria hay que ir, mis hijos a veces me ayudan, pero tienen lo suyo y no pueden estar siempre conmigo. Mi madre me decía que en la vida siempre hay que arriesgar, que no alcanza con ser buena, sino parecerlo. Estoy tomando clases de bachiller porque quiero terminar el liceo.

(Sigue hablando mucho de sí y es difícil de encuadrar.)

Preguntas orientadoras

- 1) ¿Cuál es el pedido de Juana?
- 2) ¿Qué es a su juicio lo importante a destacar de esta consulta?
- 3) ¿Qué elementos del discurso de Juana tomaría para trabajar en la devolución?

Bibliografía

- ANDERS, V. *et al.* (2020), *Etimología de devolver*. En: <http://etimologias.dechile.net/?devolver>. Fecha de consulta: 26/8/2020.
- AGUIRRE, M., BASILIO, M., DE LA PEÑA, AM., PEREIRO, C. (1989), *Entrevista de devolución: Un pensar juntos*. Montevideo: Roca Viva.
- FERNÁNDEZ, C., GUERRERO, L. (1989), *Devolución: síntesis de un proceso*. Montevideo: Roca Viva.
- MANNONI, M. (1973, ed. en español), *La primera entrevista con el psicoanalista*, Buenos Aires: Gedisa.
- PARIS, D. (2014), *Secretos familiares, ¿decretos personales?*, Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.
- SOTELO, I. (2015), *Dispositivo Analítico para el Tratamientos de Urgencias*: Buenos Aires: Grama Ediciones.
- UDELAR, varios autores, III Jornadas de Psicopatología (2007), *Las patologías en el siglo XXI (taller 1 y 2 en Clínica en dificultades de aprendizaje)*. Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar: Roca Viva.
- DE VERTHELYI, F. (1989), *Temas en evaluación psicológica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- KACHINOVSKY, A. (2004), *Memorias de la clínica*, SAPPA, Facultad de Psicología, Udelar: Ed. Alternativa.

Intervenciones con pacientes oncológicos en servicios de salud

Prof. Agd. Mag. Ana Luz Protesoni

Estudiantes de práctica de grado Facundo Álvez, Nicolás Barreto, Paola Lacaze, Paulina Pereyra, Agustina Tossi

OBJETIVOS

Aproximar al estudiante a un modelo de intervención desde la psicología clínica con pacientes oncológicos en un servicio de salud. Se plantea problematizar el lugar del psicólogo dentro del equipo asistencial, así como mostrar algunas herramientas teórico-técnicas de intervención, específicas en el campo de la psicooncología

Introducción

Cuando la mirada del psicólogo hace foco en pacientes con afecciones oncológicas se genera una zona de irremediable encuentro entre la psicología clínica y la oncología. A esa intersección algunos autores la han denominado psicooncología (Holland y Murillo, 1998). Esta se conforma en el cruce de miradas interdisciplinarias para hacer foco por lo menos en dos planos.

Un plano es el de los aspectos psicológicos que inciden en la afección oncológica; es decir en los fenómenos que propician el desencadenamiento de esta tanto como aquellos que facilitan u obstaculizan su evolución y el bienestar, así como en el papel que estos fenómenos psicológicos juegan en la recuperación de la enfermedad oncológica. Otro plano es el de las repercusiones que la afección orgánica (el cáncer y sus tratamientos), tienen en la subjetividad, en la reorganización psíquica y en el proyecto vital.

Por lo tanto, se parte de considerar que esta interdisciplina (Lolas, 2015), llamada psicooncología intenta conjugar al menos dos fenómenos: el psicológico y el oncológico, sus campos de saberes y territorios de intervención, incitando al diálogo interdisciplinar. Involucra varios actores: los pacientes, sus familias, el equipo asistencial, las instituciones de salud y el entorno sociohistórico.

A partir de dicha conjunción se busca responder a la pregunta: por qué se enferma en determinado momento de la vida y de determinada patología, tanto como atender la interrogante sobre cómo se afronta, transita y resuelve una afección que

coloca al sujeto ante el límite de la muerte y en algunas ocasiones produce vivencias traumáticas y en otras permite salir fortalecido de su tránsito.

El presente trabajo tiene como objetivo describir un modo de intervención clínica psicológica con pacientes que transitan afecciones oncológicas que se encuentran en fase de diagnóstico e intervención quirúrgica por cáncer de mama asistidos en un servicio de salud público.

Se busca, a partir de este texto, repensar categorías conceptuales, teórico-técnicas, tales como

- la entrevista clínica interdisciplinaria y el lugar del psicólogo, su escucha clínica, el rol profesional;
- las estrategias de intervención (ante el diagnóstico oncológico, el pre y postoperatorio en sala), los encuadres de trabajo, objetivos y finalidades de la intervención.

Se utilizarán viñetas clínicas para poner en juego las categorías desarrolladas. El capítulo finaliza con una guía de preguntas que orientan la lectura e invitan a la reflexión.

Desarrollo

Del lugar del psicólogo en el consultorio médico, a la intervención interdisciplinaria: desde dónde se construye el paciente y los fines de la intervención psicológica

Trabajar en el ámbito hospitalario coloca al psicólogo bajo ciertas lógicas históricas de saber y poder en las que *lo médico y el cuerpo como organismo* con sus afecciones tienen un peso hegemónico.

Sin embargo, desde hace unas cuantas décadas los psicólogos han comenzado a ocupar el territorio del hospital, los consultorios, las salas. Mucho antes de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (MSP, 2007), que se sostiene en una concepción integral de la salud y un modelo preventivo de esta en atención primaria y a nivel de la comunidad,¹⁴ los psicólogos ya habían empezado a habitar los corredores, las salas de espera, los consultorios hospitalarios y salas de internación. Muchas veces a pedido de los equipos de salud, los médicos encontraban en sus pacientes obstáculos que impedían o alteraban el transcurrir de sus tratamientos. Así se fue generando la llamada por unos: Psicología de la Salud, Psicología Hospitalaria (Remor, Arranz y Ulla, 1999; Kern de Castro y Bornholdt, 2004) y por otros Psicología Médica (Dapueto, 2016), definidas ambas por el territorio de inserción del psicólogo y las problemáticas que en tales escenarios empezaban a visualizarse.

¿Por qué Susana no sigue las indicaciones médicas?, ¿será que comprende las indicaciones?

¿Por qué Alda interrumpe la radioterapia con frecuencia poniendo excusas insignificantes?

¹⁴ Ver capítulo 3: «El psicólogo en el Sistema Nacional Integrado de Salud», por D. Dogmanas, D. Rydel y P. Casal.

¿Por qué cada vez que llega el día de la cirugía de Estrella, se enferma y es necesario reprogramar?

¿Cómo es que Mónica se niega a recibir el tratamiento y a tomar los medicamentos?

¿Cuántas veces habrá que explicarle a Valeria lo que tiene y los procedimientos que debe seguir?

Estas preguntas y otras por el estilo son las que han propiciado que los equipos de salud incorporen psicólogos. Se reconoce que el paciente es una singularidad compleja y los equipos de salud no tratan con enfermedades sino con sujetos complejos y conflictivos. Muy especialmente conflictivos dadas las circunstancias críticas por las que atraviesa toda persona que transita una dolencia.

En un comienzo entonces el psicólogo se inserta en el sistema de salud, o más precisamente, en la enfermedad, ya que corresponde al tercer nivel asistencial, bajo la figura de «colaborador» con los procedimientos médicos. Es a partir del habitar el campo, enfrentarse con las problemáticas emergentes que se comienzan a construir herramientas teórico-técnicas, surgiendo una subdisciplina con categorías propias e instrumentos para intervenir ante estas problemáticas. El equipo asistencial comparte objetivos comunes (el bienestar, la calidad de vida, entre otros), pero las miradas sobre el paciente tienen sesgos diferenciales que son muy importantes mantener para contribuir con la complejidad desde la complementariedad.

La entrevista interdisciplinaria¹⁵

En la consulta oncológica, donde se encuentra el médico oncólogo y los cirujanos plásticos, se da a la paciente el resultado de la biopsia mamaria, se coordina cirugía si fuera necesario y se plantea que la paciente elija el tipo de reconstrucción mamaria a efectuarse. Allí se incorpora el psicólogo como un integrante del equipo que escucha desde la psicología e interviene desde la interdisciplina. Para esto se requiere pensar el proceso de salud enfermedad desde un modelo interdisciplinar, pero fundamentalmente generar un relacionamiento fluido que permita un trabajo en equipo sostenido en la diferenciación de roles y miradas, en la complementariedad de funciones, en el reconocimiento y el respeto por el otro.

Al psicólogo, como integrante del equipo de salud, le corresponde aprender de cada uno de ellos, familiarizarse con los términos y conceptos médicos que refieren al cáncer de mama, así como también conocer sobre los tratamientos, los efectos secundarios. Solo así podrá trabajar en torno a las resonancias que la consulta médica genera en la paciente, las fantasías que esta construye a partir del diagnóstico y los tratamientos aportando en el esclarecimiento y en el trabajo de metabolización o reorganización psíquica que se genera en esta situación crítica. Escuchar cómo el paciente relata su enfermedad, cómo la nombra, con qué términos y metáforas emplea es la vía de entrada al mundo de sentidos del paciente.

¹⁵ Ver capítulo 4: «El trabajo e inserción del psicólogo en el primer nivel de atención en salud», por P. Casal, D. Rydel, D. Dogmanas y L. Hidalgo.

Entrevista, segundo encuentro, Rosemarie, 65 años:

Estudiante de Psicología: Usted, con todo este proceso de curación, ¿dice que se mira y no tiene problema?

Paciente: No, no, para nada, nunca tuve problema, el único problema y ansiedad que tuve fueron los primeros meses. Ellos se preguntaban por qué lo llamaba Alien, y es porque son nuestras células que se vuelven un objeto extraño, entonces yo les decía «ustedes me sacan el Alien y yo soy feliz», es algo como que te está comiendo por dentro. Yo quería que me sacaran los dos senos por eso mismo. Lo más común es que aparezca en el otro y la mayor probabilidad si vuelve a aparecer es que aparezca ahí.

Tal como se plantea en el *Manual de habilidades de la comunicación* (Dapueto, 2016) para integrar un equipo de salud se requiere de una disposición a compartir el saber con los otros convirtiéndolo en un saber de todos. A su vez, se requiere de tolerancia para sostener los desacuerdos o desavenencias en caso de que sucedan. Esto implica cierta renuncia de saber y poder que dé lugar al reconocimiento del saber y del trabajo de los otros.

Con la incorporación del equipo interdisciplinario en la asistencia, se suceden una serie de movimientos: se corre el foco de la enfermedad al proceso de salud enfermedad, a su vez se corre al paciente del lugar del padecer para colocarlo como *usuario* y seguidamente como sujeto complejo de derecho. Estos corrimientos van generando cambios que impactan en el objetivo del trabajo del equipo de salud como en el modo de construir al sujeto consultante. El equipo asistencial ya no está centrado en el cáncer de mama, sino en la calidad de vida de la mujer con una afección oncológica. Será sobre ese campo múltiple, complejo y en movimiento, que cada integrante del equipo aportará desde su especificidad, su rol, su competencia y responsabilidad social.

Al psicólogo le corresponde la escucha, atenta y empática, para evaluar la subjetividad de la consultante. Pero también se espera que aporte a los demás integrantes del equipo la mirada disciplinar para comprender las consultas y que contribuya a consolidar un buen vínculo asistencial incidiendo en la comunicación. La mirada y la escucha del psicólogo van del paciente al equipo, del equipo al paciente, deteniéndose en el encuentro que se genera entre ambos. A su vez, esa primera consulta en la que se ubica al psicólogo dentro del equipo, es el espacio y tiempo propicio para que el psicólogo empiece a construir una alianza terapéutica para trabajar luego en un espacio personalizado con la paciente. Esa alianza se comienza a instalar demostrando disponibilidad para albergar la subjetividad del otro. Esta se construye más allá de poder enunciar algo verbalmente, demostrando con todo el cuerpo la disponibilidad. Es importante que se vea reflejada desde el momento en que el psicólogo se encuentra junto con el equipo médico, y no esperar a cuando se encuentren a solas con el paciente. Para esto contribuye el lugar que el médico u otros integrantes le otorgan al psicólogo. El médico contribuye en la alianza. Muchas veces la paciente busca dentro de los integrantes del equipo la mirada de alguien para dirigir sus inquietudes, el psicólogo, atento a la situación, sostiene con la mirada, la escucha y habilita el relato mostrando interés.

Helena (42 años), en la consulta interdisciplinaria, dice en determinado momento:
Paciente: Mi madre tuvo cáncer de colon, le dijeron que le quedaba poco tiempo de vida y duró diez años, ella confió en la palabra de los médicos y ya. Le decían que tenía que ir al psicólogo, pero la única psicóloga era ella misma.

Dr. oncólogo: Mire qué casualidad, aquí la compañera es psicóloga y ahora va a hablar con usted un ratito.

Paciente: Sí, por supuesto, por qué no.

El paciente del médico, ¿es el mismo paciente que el del psicólogo?

La construcción del paciente:

Susana es construida como paciente por el médico, desde su mirada disciplinaria será quien atenderá sus dolencias orgánicas, indicadores tumorales, valores metabólicos, imagenología, así como también se preocupará por la edad, si ha tenido hijos y se encuentra en etapa menopáusica, los antecedentes familiares de patologías oncológicas y los protocolos indicados para el tipo de enfermedad que se logre diagnosticar.

Para el psicólogo, Susana es paciente del médico oncólogo y quizás pueda llegar a constituirse en una paciente psicológica, pero en principio es una mujer que consulta por una afección oncológica que ni siquiera reconoce como propia. La afección está instalada en su propio cuerpo, pero sin embargo le es ajena, la vive como un objeto amenazante y externo que irrumpe en su vida alterando el incierto equilibrio homeostático del vivir. Las enfermedades oncológicas, al estar relacionadas —en el imaginario social— estrechamente con la muerte y comprometer durante un tiempo prolongado la vida entera, la cual pasa a girar en torno a la enfermedad produciendo altos niveles de incertidumbre, son consideradas como eventos disruptivos (Benyakard, 2003). Colocan a la persona en una zona de vulnerabilidad, de la cual y en función de sus recursos psíquicos, podrá metabolizar la crisis, resolver los duelos e incluso salir fortalecida o instalar una vivencia de estrés o traumática (Zukenfeld, 2015). Carlson, Waller y Mitchell (2012), entre otros varios estudios, encontraron que entre el 35 % y el 38 % de los pacientes con cáncer desarrollan malestar emocional significativo.

También se observa que hay mujeres que afrontan la enfermedad como una batalla, un desafío y ven reflejada la oportunidad de un nuevo comienzo, una nueva oportunidad para replantear objetivos en la vida. Desde el rol de psicólogos es importante valorar estos modos de afrontamiento que pueden ser parte de recursos valorados como fortalezas, cuando dejan lugar a la ligazón con los afectos y no solo aparecen reactivos a estrategias evitativas. Es importante que la paciente reconozca sus emociones y les dé lugar, que pueda habilitar tristeza, enojo o miedo, ya que es esperable en el proceso, pero, al mismo tiempo, afrontar con cierto «espíritu de lucha» favorece la continuidad de tratamientos.

Entrevista a Cecilia 58 años

Estudiante de Psicología: ¿Cambió algo en su vida luego de la operación?

Paciente: Sí, enormes cambios, yo antes me presionaba mucho en el trabajo, vivía estresada y nerviosa porque entre las fechas límite y la productividad y lo que te digo de que son todos más jóvenes..., pero ahora ya no, me estoy dejando más tiempo para los sentimientos, como que les hice un nuevo lugar.

E: ¿Y qué lugar ocupan ahora los sentimientos?

P: ¡En el podio! (risas), en el lugar número uno. Ahora me doy prioridad, a mi tranquilidad más que a otras cosas, no le dedico tanto al trabajo, yo sé muy bien que las cosas están ahí, y se van a terminar de hacer las haga yo o no, entonces no me estreso tanto.

El psicólogo, en la entrevista médica, colocará su mirada en la subjetividad de la paciente. Intentará, en primer lugar, conectar con el modo en que la paciente experimenta su enfermedad, acceder a las vivencias que le genera para luego comprender el modo en que percibe el evento disruptivo y lo enfrenta.

E: ¿Cómo está viviendo el proceso?

P: Tranquila, estoy ahí, de a ratos estoy mal y de a ratos estoy genial, pero ta, no es que estoy como «ah qué terror».

Le corresponde al psicólogo focalizar la mirada en cómo recibe la paciente el informe médico, las indicaciones sobre la cirugía y el posible método de reconstrucción mamaria. Cuáles son las reacciones que exterioriza la paciente, sobre qué aspectos coloca las dudas y preocupaciones, qué afectos y ansiedades transmite, cuáles son sus temores. Qué pregunta la paciente y cómo formula las preguntas, o si no pregunta nada. ¿Demuestra fortaleza, seguridad, minimiza la situación o transmite un desborde emocional y un discurso confuso? En estos momentos corresponde que el psicólogo registre aquellos indicadores de riesgo que comprometan la continuidad con el tratamiento indicado (adherencia), tanto como aquellos facilitadores para una adaptación activa a la situación crítica.

Este trabajo se lleva a cabo a partir de una escucha empática, una atención flotante y una disociación instrumental (Tabó, 2007). Para tal fin utiliza la transferencia y contratransferencia como moderador. Estas herramientas conforman el marco de trabajo. A partir de empatizar con la situación del paciente, el psicólogo puede ponerse en lugar del otro sin quedar capturado por él, manteniendo la alteridad. Desde esa alteridad se podrá escuchar no solo las palabras, sino observar los gestos, las actitudes, las miradas, los silencios y comprender el padecimiento para contribuir con la construcción de sentidos. Se escucha no solo con la oreja sino con el cuerpo y desde las resonancias que produce ese paciente en uno mismo. Se escucha con las teorías, con la experiencia propia de vida y la profesional y por sobre todo desde el análisis personal. Solo luego se podrá generar alguna interpretación que apunte a mover algo en la subjetividad.

Concomitantemente, el psicólogo en el consultorio médico registra el vínculo paciente-equipo asistencial. A partir de dicha valoración podrá incidir en la comunicación, resolviendo obstáculos para propiciar la consolidación de un vínculo de sostén y confiabilidad. En ese sentido, corresponden las intervenciones que faciliten la comunicación y el diálogo entre ambos. La mirada y la escucha se focalizan en

el núcleo médico-paciente, trabajando desde el análisis transferencial-contratransferencial para definir los modos de relacionamiento interpersonal dominantes.

Se debe tomar en cuenta que la confirmación del diagnóstico oncológico es un momento shockeante, donde la paciente recibe un cúmulo de información de cómo va a continuar el proceso de su enfermedad que puede producirle confusión. Ocurre que la información que el equipo brinda a la paciente para ser procesada lleva tiempo y pasa por el filtro de los temores, las experiencias previas, de forma que no se integra tal como fue transmitida. Es importante que la paciente conecte con la emoción que le genera la información y se pueda contribuir a la ligazón: afecto representación. Pero también habrá que colaborar para disminuir la ansiedad que genera lo desconocido y amenazante logrando que la paciente se vaya de la entrevista con la menor cantidad de dudas y temores posibles en tanto viene un mes de espera hasta la cirugía.

Ahora Susana dejó de ser la paciente del médico oncólogo para ser construida desde una mirada subjetivante integradora que complejiza dando lugar al padecimiento psíquico tanto como a los recursos saludables y adaptativos.

Las estrategias de intervención desde la psicología clínica
La entrevista clínica psicológica inicial: conciencia de enfermedad,
trabajo de duelo, adherencia al tratamiento

Esta entrevista clínica psicológica se ubica a continuación de la entrevista interdisciplinaria, por lo que corresponde retomar el encuentro anterior donde se trabajó sobre el diagnóstico oncológico y el tratamiento inmediato: la cirugía y reconstrucción mamaria. Se construye un encuadre de trabajo que dé lugar al despliegue de la subjetividad de la paciente.

Dahiana (38 años), se ejemplifica el acercamiento a la dimensión subjetiva de la problemática de la paciente:

Estudiante de Psicología: Dahiana, ¿por qué no nos cuenta un poco por qué está acá?

Paciente: Sí. Es por cáncer de la mama izquierda.

E: ¿Cuándo fue que le diagnosticaron?

P: Uf, hace pila, por diciembre me hice la mamografía y a los días me estaban llamando para decirme que algo no estaba bien, pero se atrasó todo por la pandemia, desde enero que estoy con esto.

E: ¿Y cómo está?

P: Y... al principio fue... raro. (Silencio.) Yo soy una mujer muy sana y como que me sentía rara. No me lo esperaba para nada y cuando me enteré no sabía qué iba a pasar ni qué sentir. Pero después de un tiempo lo ves mejor y lo tomás como parte de tu vida.

E: ¿A qué se refiere con rara?

P: Claro, como angustiada, con miedo, no sé... Como soy una persona que nunca me había pasado nada, esto de la nada me puso triste. Me hacía cuestionarme cosas, como por qué me estaba pasando, ¿no?

E: ¿Y cuál era su respuesta a ese cuestionamiento?

P: Como que no lograba darle una explicación. Al principio uno se pone nervioso y no entiende nada, después, cuando te van informando, estás mejor. Ya cuando el médico me contó bien cómo era la cosa me sentí mejor.

El psicólogo «deja venir el campo» (al decir de Bleger, 1985), para valorar a partir del discurso de la paciente el modo de funcionamiento psíquico ante la situación crítica que atraviesa, detectando:

- Las emociones predominantes y el impacto que ocasionan en la organización psíquica.
- Las representaciones que el paciente transmite con respecto a la enfermedad y en el diálogo con el médico (la capacidad de mentalización).
- Los recursos psíquicos y sociales para afrontar la enfermedad (defensas psicológicas, estrategias de afrontamiento, red de soporte social y económico).
- Los indicadores de riesgo y protección con que cuenta la paciente (niveles de vulnerabilidad psíquica, integración yoica).

A lo largo de la entrevista, el psicólogo va delimitando los focos problemáticos, las áreas de conflictos para la paciente para elaborar un diagnóstico de situación y definir una estrategia de trabajo. Se interviene oportunamente, generando empatía, propiciando el diálogo, la exteriorización de emociones, representaciones y fantasías, preguntando, repreguntando, clarificando el discurso, señalando inconsistencias, contradicciones, omisiones.

Silvia (45 años), en la entrevista:

Paciente: Uno siempre se sorprende, pero estoy bien. Yo intento no pensar porque ¿viste que uno se hace la cabeza muy rápido?, ¿viste que acá en el hospital también hay pacientes niños en oncología y a ellos no los ves tristes ni asustados?, entonces mirá si me voy a poner mal yo. Si los gurises se la bancan, por supuesto que yo también.

Estudiante de Psicología: Si necesita expresar sus emociones, es importante que les dé lugar, son parte del proceso de enfermedad, no está bueno exigirse estar bien.

P: No me gusta sentirme mal, ni ponerme triste por nada. Yo no me quiero morir y tengo muy claro que si me sigue dando vueltas la cabeza termina siendo peor y me va a enfermar.

Comunicar al paciente un diagnóstico de cáncer de mama ocasiona un impacto del orden de lo disruptivo en el paciente y su entorno familiar y social cercano. Es este un evento potencialmente traumático o estresante porque puede conllevar una carga mortífera que lesiona la continuidad y el proyecto vital. Por tanto, a partir de la información médica se abre el discurrir de un trabajo de duelo oncológico (Cruz Hernández, del Barco Morillo y Suárez-Bárcena, 2007). Como todo proceso de duelo, este se inicia con el reconocimiento de la pérdida.

Leticia (40 años), en la entrevista posterior a la confirmación del diagnóstico y coordinación de cirugía:

Paciente: A mí lo que me pasa es que la gente me dice que tengo que estar bien y hay momentos que... ¿cómo te explico...?

Estudiante de Psicología: ¿Se siente mal?, ¿triste?

P: Sí, triste. Todo el mundo te dice que tenés que estar bien porque el ánimo influye, pero me tengo que permitir estar mal.

E: Es totalmente esperable que esté triste y muy bueno que pueda exteriorizar esos sentimientos.

¿De qué pérdidas estamos hablando? Ante el diagnóstico de cáncer pueden hacerse presentes diversos duelos (microduelos) vinculados a la imagen de sí mismo en salud, al proyecto vital, el cuerpo femenino, el cuerpo erógeno, la maternidad, la autonomía. A través de la escucha y la habilitación a narrar es que podemos acercarnos a la significación de aquello que se pierde (objeto real, simbólico o imaginario), en última instancia, todos requieren duelar.

Se parte de considerar que los duelos son parte natural del vivir. Hay quienes logran transitarlos, metabolizarlos y salir fortalecidos, pero para otras personas determinadas pérdidas generan situaciones de estrés o traumáticas. Valorar los recursos psíquicos y sociales con que cuenta la persona para transitar el duelo oncológico permite anticipar la instalación de cuadros psicopatológicos y derivar oportunamente destinando recursos de salud mental para su pronta intervención. Ese será entonces uno de los objetivos de esta intervención en fase de diagnóstico oncológico.

Pero puede ocurrir que la paciente se encuentre en un estado muy incipiente del duelo, en la fase de shock, en la que aún el diagnóstico le sea ajeno, extraño y no lo reconozca como parte de sí, sino como un objeto racional que viene del discurso médico y por lo tanto externo a su mundo. La propia patología oncológica mamaria contribuye en demorar el reconocimiento de la enfermedad, en tanto en general no presenta sintomatología que facilite su reconocimiento.

Por lo cual, quizás cuando «dejamos venir el mundo subjetivo» de la paciente aparezca, antes que el duelar, la ansiedad y los temores ante el mundo incierto que comienza a transitar: el mundo de la enfermedad: los estudios, los trámites en el hospital, las indicaciones médicas a seguir, la coordinación de cirugía, la espera de la fecha, el desconocimiento sobre la intervención, la posible reconstrucción y el proceso que esta conlleva. Entonces el foco se ubica en las preocupaciones que giran en torno al afrontamiento de la enfermedad y la cirugía, el impacto en la vida cotidiana y el mundo de relación, en el trabajo y más.

Sigue Silvia en otro fragmento de la entrevista:

Paciente: Yo ya lo medité mucho y hasta me hablaba a mí misma, o me decía cosas como «perdón por permitir esto» o «por dejar que me mutilen».

Estudiante de Psicología: El darle lugar al sentirse mal es importante y es esperable que lo esté porque lleva su tiempo poder procesar. ¿Cómo era que se decía cosas?

P: Me ayuda a procesar todo, no en voz alta, claro, no me voy a poner a hablar sola, pero sí me culpaba mucho.

E: ¿Se siente responsable por lo que le está pasando?

P: Sí, a ver, yo sé muy bien que la genética tiene mucho que ver. Mi tía tuvo cáncer de mama y ahí se juegan muchos factores, pero también está en uno mismo el cuidarse y yo acepto que no lo hacía. Fue culpa mía porque no me cuidaba para nada.

Será relevante indagar sobre las capacidades de la paciente para tolerar la ansiedad, sus recursos adaptativos a los cambios, las experiencias previas transitadas y la posibilidad de reconocer limitaciones, pedir y aceptar ayuda. Corresponde valorar los recursos de que dispone a nivel personal, psíquico y social, así como fortalecer el vínculo con el equipo asistencial. Valorar la capacidad de la paciente para reconocer las pérdidas, mentalizar, reflexionar o tomar actitudes evitativas, negadoras o mágicas.

La valoración de tales aspectos permitirá intervenir contribuyendo en un momento de crisis a la reorganización psíquica, brindando sentido y soporte para el tiempo de espera hasta la cirugía.

Claudia (43 años), durante la entrevista transmite sus creencias sobre el enfermar:

Estudiante de Psicología: ¿Cómo se siente con todo esto?

Paciente: Bastante tranquila, las cosas pasan por algo, me la venía venir por todas las situaciones que viví.

E: ¿Cuáles son esas situaciones?

P: Y, mucho estrés, malas relaciones, muchísimo estrés... que todo eso se somatiza en el cuerpo.

Es a partir de ellas que se tejerán otros sentidos y se trabajará sobre el malestar que produce la enfermedad, los duelos que ocasiona y la necesaria adherencia a los tratamientos que sostiene el vínculo con lo vital.

Intervenciones psicológicas en sala

El preoperatorio: el psicólogo en la preparación quirúrgica

El ingreso a la sala previo a la cirugía es un momento que tiende a cargarse con afectos predominantemente de tipo ansiógenos. Ante un evento tal como la cirugía y una cirugía oncológica, es esperable que surjan vivencias de amenaza, temores en torno a la anestesia, la pérdida de control, el quedar a merced del equipo de salud, incertidumbre ante lo desconocido y el despertar. Desde la mañana temprano van llegando las pacientes y se les adjudica una cama. A lo largo del día se prepara a la paciente para la intervención con los estudios requeridos y los controles de rutina. La visita el equipo médico, se le explica la intervención y la reconstrucción mamaria si así está planteado.

Dentro del equipo asistencial interviene también el psicólogo acompañando este momento previo a la cirugía para valorar a la paciente y contribuir, si esta lo requiere, aportando estrategias que le faciliten afrontar la intervención. El psicólogo en la sala de internación trabaja sostenido en su encuadre interno: su rol, sus referentes teórico-técnicos, sus objetivos de intervención dentro del equipo asistencial. Le corresponde construir un espacio y tiempo donde alojar la subjetividad, en la sala de internación, con otros pacientes, circulando en el equipo asistencial.

En estos momentos se hace foco en discernir el tipo de ansiedad predominante en la paciente tanto como la capacidad de manejar dicha ansiedad y metabolizarla. Se indagan temores y fantasías referidas a la intervención para detectar obstáculos

o amenazas. Por otra parte, se indaga sobre las experiencias previas que puedan funcionar como facilitadoras o amenazantes.

En esta entrevista, además de «dejar venir el mundo de la paciente», dará cabida a las vivencias, experiencias, sentimientos y ayudará a ponerle palabra para procesar los afectos con las representaciones. Habrá pacientes que centran su malestar en la pérdida y transmiten afectos de tipo depresivo, otras exteriorizan ansiedad de tipo persecutorio, vivencias de amenaza ante lo desconocido.

Dice Juana (54 años), previamente a la intervención: «Si a mi marido no le gusta, se irá con otra mujer que no le falte un pedazo».

Cuando la angustia de tipo ansiógena es difícilmente sostenible por la paciente, en primer lugar corresponde indagar sobre los recursos que la utiliza en situaciones estresantes. Dar lugar a que la paciente misma muestre el camino es una estrategia que además la revaloriza y empodera. Pero también, una vez establecido un buen vínculo y habiéndose generado un encuentro empático, podríamos sugerir y realizar con ella ejercicios de respiración, relajación o imaginación guiada (Valiente, 2006). Tales técnicas pueden ser bien recibidas si hay un vínculo de confianza. Especialmente la respiración y relajación facilitan el descanso y favorecen llegar en mejores condiciones a la cirugía. La imaginación guiada puede ser un recurso interesante que le permita a la paciente recuperar algún objeto acompañante que le dé seguridad y tranquilidad en una situación incierta y que no podrá controlar.

En determinado momento de la entrevista con Claudia, la estudiante de Psicología le plantea:

Bueno, Claudia, quizás cuando camine podría, como usted sabe, concentrarse en su respiración, en el aire que ingresa y recorre su cuerpo llenándola de oxígeno, de vitalidad.

Otro de los recursos, en estos momentos previos a la cirugía, refiere a trabajar la información recibida por el equipo médico; anticipar los sucesos contribuye a la preparación quirúrgica, incrementa la percepción de control y dominio sobre el suceso.

Es fundamental también reforzar el vínculo con el equipo de salud, en tanto la confianza en este aporta bienestar.

Otro aspecto relevante gira en torno a los vínculos familiares y sociales. Detectar la capacidad de la paciente para pedir ayuda y aceptar ser acompañada en momentos difíciles es muy importante. Puede ocurrir que la paciente plantee cierta tendencia a prescindir de los demás, minimizar la situación, tender a afrontar de modo omnipotente la cirugía o ubicarse en el otro extremo de dependencia y temor. La tendencia a focalizar las preocupaciones en los demás pueden llegar a operar como factores de riesgo en tanto impiden el cuidado de sí por anteponer el cuidado del otro.

Tal es el caso de Sandra (49 años), a quien la reintervienen quirúrgicamente para realizar la reconstrucción un año después de la primera cirugía por cáncer de mama:

Estudiante de Psicología: Sandra ¿y ahora está sola?

Paciente: Sí, ahora sí. Pasa que no quiero, hoy no estoy para nadie. Mirá, cuando me operaron me habían hecho quimio, y ahora me están haciendo hormonoterapia.

Me duele todo, los efectos de la quimio son horribles, no podía ni dar unos pasos cuando recién me lo habían hecho, me sentía súper débil. Y ahora no sé qué me pasa con esto (refiriéndose a la hormonoterapia) que me vienen estos arranques que no sé, unos empujes, y me vuelven los dolores.

E: ¿Qué quiere decir con que no está para nadie?

P: Porque no, me doy cuenta de que no necesito a nadie, estoy muy bien. Aparte no me gusta joder. Con mi familia es así, no los quiero molestar.

E: ¿No necesita a nadie en estos momentos?

P: No me gusta joder, es lo que pasa.

Para el cierre de la entrevista, un recurso es focalizarse en el día después, en el futuro, para trabajar sobre la continuidad, permitiendo transitar el miedo a la muerte que toda cirugía evoca.

En el caso de María (45 años), la entrevista va finalizando de este modo:

Estudiante de Psicología: ¿Cómo se proyecta a futuro?

Paciente: ¿Como a futuro?

E: Claro, en unas semanas, ¿qué se imagina haciendo?

P: Ah, no sé... (Silencio.)

E: ¿Cree que va a cambiar algo en su vida luego de la intervención, cuando le saquen el nódulo?

P: Y, no sé, espero estar más cómoda después. No me lo he pensado demasiado, ahora que me preguntás...

Intervenciones psicológicas en sala

El postoperatorio: la intervención del psicólogo: imagen corporal

Las pacientes a las que se realiza reconstrucción mamaria se quedan internadas luego de la intervención y son visitadas nuevamente por el psicólogo. En estos momentos, el psicólogo integrante del equipo asistencial interviene para contribuir con el proceso de elaboración psicológica en torno a la intervención. Habilita un espacio y un tiempo de escucha y simbolización para metabolizar el impacto de la cirugía y los efectos inmediatos de esta.

Ana (42 años), se encuentra angustiada al momento de la entrevista postoperatoria:

Estudiante de Psicología: ¿Y ahora cómo se siente luego de la operación?

Paciente: Yo qué sé, mirá que a la cirujana no la he visto, vino un ratito el sábado de mañana, me hizo tres preguntas y se fue enseguida, aún no me han dicho nada de cómo sigue. Es horrible esto...

E: ¿Qué es lo horrible?

P: El que te saquen una parte tuya, algo propio que vos amás, es horrible, m'hijita.

Es muy probable que el proceso de duelo oncológico se presente en su fase más depresiva luego de la intervención. La pérdida de la mama (objeto real) trae aparejada múltiples significaciones. Predominan las vivencias de amputación y

asimetría que alteran el esquema corporal impactando en la imagen corporal y la identidad femenina. Es frecuente que las pacientes demoren en mirarse la cicatriz, eviten el espejo, tocarse les produce temor y rechazo. El conectarse con la pérdida de la mama, el dolor, la angustia, seguramente a cada paciente le lleve un tiempo distinto, pero el reconocimiento de la falta es un proceso necesario para transitar la pérdida. Aun en el caso de reconstrucción inmediata, el procedimiento quirúrgico deja su huella, que requiere tiempos de acomodación a una nueva imagen.

Claudia (43 años) fue entrevistada en sala antes de la operación. Se la notó con gran incertidumbre respecto a su cirugía y el futuro. El equipo médico solicita que la estudiante de Psicología vea a la paciente luego de la cirugía porque notan su angustia:

Estudiante de Psicología: Claudia, ¿cómo está?

Paciente: Pensé que la iba a sobrellevar más fácil (empieza a llorar), no me puedo ver ahí, no puedo.

E: ¿Qué es lo que no está pudiendo?

P: Me duele, me molesta, quiero que termine ya, no puedo nada, recién estuve en el baño, me puse angustiada y ya me empezó a molestar... (Silencio. Luego continúa.) Me duele y ya no quiero que me duela.

E: ¿No se ha podido mirar la operación?

P: Me dijo la doctora que me mire, así después sé si está bien o no para cuando tenga la primera consulta. Pero no tengo ganas de hacerlo.

E: ¿Tiene miedo?, ¿le produce angustia?

P: Me da impresión, me da impresión por cómo quedó...

E: ¿Le hicieron la reconstrucción?

P: Sí, pero no me la hicieron toda bien.

E: ¿Qué quiere decir que no le hicieron toda bien?

P: Sí, eso, y no quiero que me duela más nada (Retoma el llanto. Se la deja llorar.)

E: Bueno, de a poco se empezará a reconocer, a aceptarse, hay que darse tiempo.

P: Sí, yo sé que lo tengo que hacer, igual. No me había podido desahogar, llorar, porque si me siento mal, mi madre se pone peor, mis hijos se ponen peor.

Por otra parte, las indicaciones médicas exigen a las pacientes salir de la cama, ponerse en actividad. Las orientaciones que realiza el médico sobre el cuerpo de la paciente pueden no ser acordes a la subjetividad de la paciente que se encuentra deprimida y se retrae. El psicólogo, como integrante del equipo de salud, pondrá foco en la subjetividad de la paciente para contribuir con los procesos de salud, de bienestar, aquellos que defina la paciente, atendiendo sus significaciones y respetando sus tiempos.

En otro pasaje de entrevista de Claudia:

Paciente: Me dicen que camine...

Estudiante de Psicología: ¿Y está pudiendo seguir las indicaciones?

P: Es que no he salido a caminar.

E: ¿No ha salido?

P: Me duele.

E: ¿Y le parece que si está quieta no le duele?

P: No, por eso. Es cuestión de moverme que ya me está molestando. Sé que tengo que caminar.

E: Bueno, quizás pueda empezar de a poquito una vez que se pueda calmar el dolor, la tristeza, desahogarse.

A modo de reflexión

El psicólogo ha ganado espacio en el hospital como integrante de los equipos de salud. Los profesionales lo reconocen y los pacientes también. Las intervenciones en momentos vitales críticos aportan en la prevención de enfermedades psíquicas, contribuyen a una mejor recuperación del estado de salud, ayudan a aceptar la enfermedad, así como a generar adherencia a los tratamientos y hasta, a veces, permitir un crecimiento postraumático.

Se ha enriquecido la disciplina porque los desafíos que suponen el encuentro con los pacientes invitan a producir herramientas conceptuales y técnicas. El compromiso con la disciplina y las problemáticas sociales nos interpelan a seguir produciendo de un modo reflexivo y crítico. Incluso dentro del campo de la psicooncología se encuentran diversos escenarios, relacionados con los parámetros institucionales y los modos de habitar el psicólogo esos espacios y generar vínculos en los equipos de salud.

Se intentó presentar una pequeña parte del universo de intervenciones en psicooncología. Otros serán los desafíos que se plantean al psicólogo en el acompañamiento de los pacientes durante otras etapas del tratamiento oncoespecífico (quimioterapia, radioterapia, período libre de enfermedad, recidiva) o incluso una vez que estos tratamientos finalizan. Para cada situación y contexto (ambulatorio, internación) se redefinen objetivos y estrategias de trabajo teniendo en cuenta los marcos institucionales y por sobre todo la subjetividad de quien consulta, sea paciente o familiar.

Preguntas orientadoras

- 1) Una mañana, en reunión de equipo, uno de los médicos le plantea al psicólogo que vaya a ver a Teresa porque la operaron la semana anterior y no quiere caminar. A partir del desarrollo de las nociones de equipo interdisciplinario, construcción del paciente y rol del psicólogo, ¿cómo debe intervenir el psicólogo ante ese pedido del médico?
- 2) ¿Cuáles son los fines de la entrevista con el psicólogo, posterior al diagnóstico y coordinación de la cirugía mamaria?
- 3) ¿Por qué en la entrevista preoperatoria el psicólogo debe atender los afectos ansiógenos y aquellas experiencias o vivencias amenazantes que plantee la paciente?
- 4) ¿Con qué finalidad en la entrevista postoperatoria el psicólogo focaliza su atención en el reconocimiento de la pérdida y en el tratamiento posterior?

Bibliografía

- BENYAKAR, M. (2003), *Lo disruptivo*, Buenos Aires: Biblos.
- BLEGER, J. (1985), *Temas de psicología: entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CARLSON, L., WALLER, A. y MITCHELL, A. (2012), «Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations», *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), pp. 1160-1177, doi: 10.1200/JCO.2011.39.5509.
- CRUZ HERNÁNDEZ, J. J., DEL BARCO MORILLO, E. y FRANCO SUÁREZ-BÁRCENA, P. (2007), Tratamiento y pérdidas funcionales: los duelos del cáncer. En C. CAMPS HERRERO y P. T. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ (eds.), *Duelo en Oncología* (pp. 209-222). Recuperado: <https://seom.org/publicaciones/publicaciones-seom/libros-cuidados-continuos/2289-duelo-en-oncologia>
- DAPUETO, J. (2016), Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica del Uruguay*, 32(3), pp. 197-204.
- GALAIN, A., DAPUETO, J., VARELA, B. (2018), *Manual de habilidades avanzadas*, Montevideo: Udelar, Comisión Sectorial de Enseñanza.
- HOLLAND, J. y MURILLO, M. (1998), Historia internacional de la psicooncología. En M. DIE TRILL (ed.), *Psicooncología*, 2003. Madrid: Ades.
- KERN DE CASTRO, E. y BORNHOLDT, E. (2004), Psicología da Saúde x Psicologia Hospitalar. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(3), pp. 48-57. Recuperado: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a07.pdf>
- LOLAS, F. (2015), Antropología médica en un paradigma bioético. En E. N. BUCETA y M. A. PUCHEU (comp.), *Psicooncología para el tercer milenio* (pp. 3-10), Buenos Aires: Akadia.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2007), Sistema Nacional Integrado de Salud, Ministerio de Salud Pública – Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Recuperado: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sistema-nacional-integrado-salud>
- REMOR, E., ARRANZ, P. y ULLA, S. (1999), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Madrid: Descleé de Brouwer.
- TABÓ, J. (comp.) (2007), Entrevista. *Devenires en la clínica*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- VALIENTE, M. (2006), «El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer». *Psicooncología*, 3, 1 (pp. 19-34).
- ZUKERFELD, R. (2015), «Elogio (moderado) del sufrimiento (moderado): una revisión teórica y clínica». En E. N. BUCETA y M. A. PUCHEU (comp.), *Psicooncología para el tercer milenio* (pp. 45-52). Buenos Aires: Akadia.

Intervenciones clínicas psicológicas en la virtualidad

Prof. Tit. Dra. Rosa Zytner y Prof. Agd. Mag. Adriana Tortorella

OBJETIVOS

Transmitir conocimientos básicos de las intervenciones clínicas en la modalidad virtual para ser utilizadas en el acervo de herramientas del psicólogo clínico.

Introducción

Las intervenciones clínicas virtuales por medios electrónicos en salud mental, incluyendo las psicológicas, poseen, a nivel internacional, regional y nacional, diferentes denominaciones, denotando una heterogeneidad terminológica: intervenciones remotas, intervenciones a distancia, telesalud, telepsicología, intervenciones psicológicas online, teleasistencia, teleconsulta en salud mental, e-terapia, ciberterapia, terapia online, intervenciones telepsicológicas (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018), telellamadas por videoconferencias en distintas plataformas virtuales (Skype, WhatsApp, Zoom, Google Hangouts, Google Meet, Moodle, entre otras). Se encuentran todas en las llamadas *tecnologías de la información y comunicación* (TIC).

La definición de la American Psychological Association (APA) propone el nombre *intervenciones telepsicológicas*, definiéndolas como la provisión de servicios psicológicos mediante tecnologías que permiten la comunicación no presencial, entre las que se incluyen el teléfono móvil (mensajes de texto, llamadas, videoconferencias y aplicaciones móviles), emails y programas estructurados en una web (APA, 2013 en Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018).

A lo largo de las décadas, estas modalidades de intervención relacionadas con la salud mental han ido evolucionando y cambiando, expandiéndose enormemente.

Como antecedente, las intervenciones virtuales marcan el inicio de la utilización de las TIC en Psicología clínica, en el año 1961, cuando Wittson, Affleck y Johnson emplearon la videoconferencia y Weizembaun, en 1966, el Programa Eliza y su aplicación DOCTOR, de orientación rogeriana, que simulaba las respuestas de un terapeuta. Para algunos autores el origen está a finales del siglo XIX por el uso de correspondencia. Ya Freud atendía pacientes por este medio, en ocasiones en forma sistemática y sostenida, incluso efectuó su autoanálisis con Fliess de esa manera.

Algunos de los hitos relevantes en este desarrollo

En 1980 aparece la división de Medios y Tecnología de la APA. En 1995 surgen los primeros servicios de atención psicológica a distancia.

Alrededor de 2001 se realizan las primeras investigaciones sobre tratamientos psicológicos online. Desde el año 2006 a la actualidad aumentan y se expanden las posibilidades y desarrollo de las TIC aplicables en psicología clínica (Soto-Pérez, F., Franco Martín, M., Monardes Seemann, C., Jiménez Gómez, F., 2010; Soto-Pérez *et al.*, 2013; Soto-Pérez, Franco Martín y Monardes, 2016).

Entre los factores que posibilitan la creciente expansión de las intervenciones por internet se encuentran la facilidad y rapidez para la comunicación, la reducción de costos y la aceptación de internet como herramienta de comunicación social (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018). Sin embargo, es indispensable evaluar la factibilidad de este trabajo a distancia en función de varios parámetros, como la formación del psicólogo en estas, el contexto socio-cultural, la accesibilidad a los medios electrónicos, las franjas etarias, la patología de los consultantes, así como otros factores a considerar que pudieran obstaculizarlo.

Al comienzo surgen como opción viable principalmente en procesos psicoterapéuticos cognitivo-conductuales, en situaciones con limitaciones en diagnóstico, adherencia al tratamiento y accesibilidad. Luego se extienden no solo a procesos psicoterapéuticos sino a variadas intervenciones clínicas desde distintos marcos teóricos. En los últimos tiempos enriquecen los enfoques específicamente psicodinámicos, generalizándose su uso a partir de la pandemia ocasionada por covid-19, pasando a ser, por razones socio-sanitarias, la principal herramienta de abordaje clínico en psicología.

La utilización de estos recursos requiere formación y capacitación específica del profesional de la salud que va a llevar a cabo estas modalidades de intervención con instancias de apoyo y supervisión sostenida. Es necesario un ajuste de la tecnología a los usuarios, al contexto psicológico y social, que requiere contemplar la singularidad de la persona, el diagnóstico situacional, la conflictiva, la gravedad de la problemática y otros aspectos.

La evidencia científica sobre su eficacia se fortalece en el año 2018 y hasta el momento no se han encontrado efectos adversos (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018).

A nivel universitario, a partir de marzo del año 2020, desde el Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial (SAPPA) se comienzan a implementar las intervenciones clínicas a distancia desde el equipo docente-asistencial y los profesionales externos psicoterapeutas.

En la integralidad de las funciones universitarias se amplía su utilización en la enseñanza de grado y posgrado, en la investigación y en la extensión y comunicación con el medio. Esto se observa específicamente en este servicio, aspecto que se desarrollará más adelante.

Los vertiginosos avances que han tenido las tecnologías de la información y comunicación (TIC) durante las últimas décadas han suscitado una serie de interrogantes transversales a todas y cada una de las diferentes realidades profesionales alrededor del mundo. El impacto directo de dichas tecnologías y su omnipresencia

en las diversas vertientes de la vida, ha producido —y lo sigue haciendo— permanentes modificaciones en los modos y formas de relacionamiento, incluso dentro de las prácticas profesionales.

Modalidades de intervención virtual

Como modalidades de intervención virtual se encuentran las llamadas telefónicas, videoconferencias o videollamadas, la utilización de los mensajes de texto o audios electrónicos a través de las plataformas virtuales, muchas de las cuales son utilizadas con mayor frecuencia en nuestro medio: Skype, WhatsApp, y más recientemente: Zoom, Google Hangouts, Google Meet y otras. A su vez, pueden ser individuales, de pareja, familiares o multipersonales e institucionales, con gestión de riesgo y apoyo por problemas graves y de apoyo psico-social básico de atención en salud mental.

Estas intervenciones psicológicas, sustentadas básicamente en internet, mantienen una proximidad artificial o a distancia y requieren de un encuadre específico que queda establecido por las propias condiciones de la tecnología, con el mantenimiento de aspectos inherentes al método clínico (basado fundamentalmente en la teoría y técnica psicoanalíticas), incluyendo la alianza de trabajo o terapéutica y elementos transferenciales y contratransferenciales.

El encuadre interno,¹⁶ como marco intersubjetivo e interactivo, cobra una relevancia crucial en todo trabajo clínico y en especial en la modalidad virtual, aspecto que se seguirá desarrollando más adelante. El psicólogo lo incorpora e internaliza gracias a su propia psicoterapia personal, formación teórica, experiencia de vida y condiciones personales tales como la actitud, aptitud clínica y escucha clínica (Alizade, 1999, 2002). Según Diana Tabacof (2020), en estas modalidades de intervención, «el encuadre resiste, incluso en los momentos de avería técnica, que seguramente ocurren, pero son absorbidos como formando parte del encuadre, pudiendo también a veces ser integrados en el material analítico» (Tabacof, 2020, p. 24).

Un aspecto a cuestionar es si en las intervenciones por intermedio de las TIC la denominada *virtualidad* posee cualidades similares a la *presencialidad*. Generalmente se alude a la no existencia de una presencia. No obstante, la presencia, entendida por Carlino (2020) sería la denominada *presencia comunicacional*, que también toma Tabacof (2020). Según este autor: «No se trata de un lugar físico, sino de un punto de confluencia comunicativa entre dos personas físicamente distantes pero no ausentes». Aporta a ello una efectiva sensación de contacto y de encuentro comunicacional en un espacio que en otro artículo fuera denominado «espacio inter del diálogo» (Cantis Carlino, y Carlino, 1987). Señala además que «consiste en que ambos de la dupla, cuando se comunican, sienten que están allí presentes». (Carlino, 2020, p. 22).

Asimismo, en la modalidad virtual

... aunque el cara a cara en una pantalla se restrinja al rostro, una vez que el vínculo está establecido, los movimientos afectivos son identificables y lo que llega del cuerpo, tan importante en la clínica, entra de todos modos en la interacción. (Tabacof, 2020)

16 Ver capítulo 2: «Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para las intervenciones psicológicas en servicios de salud», por P. Casal y S. Contino.

Sin embargo, el cara a cara no solo se restringe al rostro, sino también al fondo de lo que el consultante elige poner (a través de la alianza terapéutica, de aspectos transferenciales, de identificación proyectiva, el vínculo y más), así como los movimientos que se suscitan en la interacción. A modo de ejemplo, no es lo mismo un fondo neutral de una pared blanca a un fondo de pantalla del consultante-paciente que muestra su intimidad a través de su dormitorio enfocando la cama. Ejemplos afines podrían pensarse también en relación al psicoterapeuta y al encuadre de trabajo.

Por su parte, en relación al psicoanálisis, Carlino (2020), refiriéndose al término «virtual» con que suele adjetivarse un análisis (un psicoanálisis por medios electrónicos), plantea que se superpone el atributo ‘virtual’ utilizado en física y en informática con la naturaleza específica del diálogo analítico que se vale de medios electrónicos de comunicación como instrumento para una real comunicación. De esta superposición terminológica surgen denominaciones que confunden, tales como suponer que la comunicación, el análisis y la sesión, al ser a distancia, serían ficticios o «virtuales», cuando en realidad también producen efectos analíticos.

Y a continuación defiende la viabilidad de realizar psicoanálisis por medio de las TIC:

Aquellos analistas que piensan que no les resulta posible analizar intermediado por un medio de comunicación, no tendrán que hacerlo, pero no por ello afirmar que no es posible, mientras haya analistas que sí pueden lograrlo. (Carlino, 2020, p. 23)

Si bien las intervenciones clínicas con las TIC no sustituyen las intervenciones presenciales, pueden ser utilizadas en situaciones específicas en las que no es posible efectuarlas, pero también en otras que las potencian.

Aspectos éticos

Trabajar en la docencia universitaria conlleva responsabilidades inherentes a la función docente. Una cuestión relevante a ser considerada es interrogarse sobre qué lugar ocupan los aspectos éticos en el uso de las TIC en las intervenciones psicológicas.

La transmisión de los aspectos éticos en la enseñanza de la psicología clínica con estudiantes de grado y posgrado se torna fundamental cuando se instrumentan las prácticas clínicas, especialmente en los servicios de salud como el SAPP, haciendo énfasis en el resguardo de la debida confidencialidad del usuario de las diferentes prestaciones en salud. Por tal motivo, uno de los primeros aspectos que se trabaja con los estudiantes es la implementación responsable del consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad.

La temática de la privacidad y de sus potenciales abusos es un riesgo de la contemporaneidad y de la utilización de las TIC. Algunos riesgos de estos medios tecnológicos se manifiestan en la posible y fortuita ruptura de la confidencialidad, hackeos, intromisiones, posibilidades de grabación de espacios de privacidad u otros pirateos de los que los medios podrían ser blanco. Es necesario que las partes implicadas sean conscientes de ello, de acuerdo a lo planteado por Tabacof (2020).

Las consideraciones legales y de confidencialidad plantean dilemas éticos insoslayables. Asegurar la seguridad y confidencialidad implica considerar el resguardo de la debida confidencialidad, la legalidad que la enmarca, el consentimiento informado, el establecimiento de límites entre lo público y lo privado, la gestión de riesgo y la comunicación, entre otros múltiples aspectos a contemplar.

Asimismo, la necesidad de la evaluación, investigación de procesos y resultados se vuelve imprescindible, no solo para tener datos de su efectividad, sino por razones éticas en la continuación de su instrumentación.

En el uso de las intervenciones clínicas virtuales se abordan dilemas bioéticos que suelen presentarse frecuentemente. El objetivo es poner en discusión los niveles de problematicidad bioética —bajo, medio y alto— que conlleva el uso de este tipo de dispositivo, como así también sus fortalezas, limitaciones y desafíos, al mismo tiempo de sistematizar los referenciales éticos mínimos a tener en cuenta en dicha utilización (Colombero, 2020).

Vicisitudes del encuentro clínico

El campo de la clínica está determinado por el vínculo que se establece entre el psicólogo clínico y el consultante, siendo el encuadre de trabajo (conformado por la actitud técnica, el rol profesional y los objetivos, entre otros) el marco que posibilita un proceso clínico. La actitud clínica está teñida de los parámetros del método clínico.

Los aspectos inherentes al encuentro clínico se mantienen con la utilización de las intervenciones virtuales, aunque cobran características intrínsecas de los medios tecnológicos en que se enmarcan.

¿Qué particularidades adquiere el encuadre de trabajo en una intervención virtual?

Es sabida la importancia prínceps de la presencia del encuadre interno. Aquí se destaca que el encuadre interno, en determinadas condiciones, puede operar como sostén de la posible movilidad del encuadre. De concebirse como *no-proceso*, se puede transformar en sí mismo como *proceso*. El mismo marco que sostiene al proceso puede sufrir variaciones, por ejemplo, el lugar físico donde se da el encuentro, que no necesariamente se mantiene desde ambos términos de la relación.

Por esto y por las TIC utilizadas en psicoanálisis, un planteo interesante que realiza Carlino (2020) es señalar que estas

... han influido en la preconcepción subjetiva y objetiva de distancia y de presencia que lleva a redefinir lo que está presente o ausente, lo cercano y lo distante, lo posible o imposible de alcanzar comunicativamente.

En la medida en que este tratamiento tiene reglas propias, requiere la colaboración de la parte adulta de la personalidad del paciente.

Siguiendo a este autor, ambos participantes contribuyen con los aspectos materiales del encuadre, cada uno desde su propio lugar, estando atentos a las reglas que, de por sí, impone el método. No hacerlo puede ser una resistencia o una renegación de la realidad comunicativa. Los obstáculos a la instalación de la presencia

comunicacional en parte se atenúan con el uso de la videollamada o Zoom, pues la imagen también *transmite* algo.

Con respecto al proceso de intervención pueden surgir interrogantes novedosas, por ejemplo, cuando se produce un silencio por parte del paciente: ¿se debe a una resistencia, a un proceso elaborativo o a una falla tecnológica? En estas condiciones de trabajo, el psicólogo sigue ocupándose, de acuerdo al método clínico correspondiente, de la comprensión e intervención de las condiciones que pueden generar malestar a las personas en diversos contextos en los que puedan tener lugar.

De esta manera, interviene en las dimensiones individual, grupal, familiar, institucional y comunitaria, incluyendo distintas franjas etarias. Trabaja en la prevención y promoción de salud, recepción, consulta y orientación psicológica, procesos diagnósticos, evaluación, intervenciones en crisis, intervenciones, psicoterapéuticas breves, a largo plazo y otros.

En el encuentro clínico de las intervenciones online, el psicólogo se maneja también con observar, registrar, construir hipótesis, verificar o rectificar a lo largo del proceso. En esa singularidad que implica la situación clínica, la comunicación es parte fundamental, tanto a nivel verbal como paraverbal y preverbal (gestos, actitudes, timbre de voz, tonalidad afectiva), ya que incide en los contenidos que se despliegan.

El psicólogo sigue siendo su propia herramienta de trabajo, el reservorio de proyecciones de ansiedades, conflictos, angustias, fantasías y defensas del paciente, a procesar. En la situación clínica, única e irrepetible, la ansiedad de quien asume el rol profesional es uno de los factores más difíciles de manejar.

En el espacio de la virtualidad se vuelve imprescindible el logro del manejo de otras variables necesarias para el mantenimiento del vínculo de trabajo. Como se planteó anteriormente, pasa a ser fundamental el manejo pertinente de los medios tecnológicos para poder mantener la brújula de la situación clínica.

La complejidad del objeto de estudio en la situación clínica y en el marco de los medios tecnológicos exige que quien oficie de instrumento de trabajo con la subjetividad del otro conozca su propia subjetividad (sus conflictos, frustraciones, angustias, debilidades y fortalezas) para poder operar con una necesaria disociación instrumental.

La escucha clínica¹⁷ cobra una importancia crucial, ya que implica captar los conjuntos *sígnicos* en un marco tecnológico, procesarlos, aprehenderlos, registrar voces y silencios. En las intervenciones clínicas virtuales esta escucha adquiere determinadas particularidades en tanto se requiere atender y discriminar el marco propio de lo que acontece desde lo real. En ocasiones, la escucha puede implicar orientar lo registrado en una dirección diferente a la aparente. Interpretar lo aprehendido en el entendido de que a partir de lo manifiesto en los distintos niveles existe otra significación.

En este sentido, los aportes de Ulloa (1964), en su conceptualización teórico-clínica del *ver/mirar* (actitud clínica), *pensar* (estructura de demora) y *actuar/operar* (veracidad pertinente) mantienen su vigencia y alcance en la particularidad de estas intervenciones.

Continúa siendo relevante mantener la capacidad de analizar, interpretar y modificar una situación, en la que el psicólogo clínico es parte fundamental. La actitud

17 Ver capítulo 4: «El trabajo e inserción del psicólogo en el primer nivel de atención en salud», por P. Casal, D. Rydel, D. Dogmanas y L. Hidalgo.

clínica se relaciona con esa dimensión de la implicación, con el mirar y el ser mirado, con el poner dentro de sí lo del otro, el ser capaz de articular lo propio y lo ajeno, reconociendo en el paciente lo semejante acerca de experiencias clínicas anteriores. En ese «meter el cuerpo» que implica la actitud clínica se juegan dos procesos: la metabolización instrumental de los afectos y la internalización del encuadre. Esto se conjuga con una estructura de demora que posibilita situarse en el «hecho nuevo», dejando de lado los prejuicios y preconceptos existentes y permitiéndose ser impactado por el otro.

Implica reflexionar sobre por qué «siento lo que siento», romper con la significación inmediata de los hechos, interrogándose acerca del porqué y para qué de ellos. La veracidad pertinente refiere a la capacidad para organizar y conducir un encuadre clínico, donde el problema gira en torno a cuándo, qué, cuánto y cómo del conocimiento que se va adquiriendo puede emplearse de modo pertinente. Mirar, pensar y operar es un proceso que requiere un aprendizaje que comienza por identificar y validar instrumentalmente el estilo personal del futuro clínico, empezando por transformar ese estilo personal en experiencia, moldeado en la modalidad de los recursos tecnológicos de las TIC, cuando estas son utilizadas.

Para finalizar este apartado, se enfatiza que la subjetividad está atravesada por los cambios tecnológicos, que han moldeado las nuevas modalidades de intervención psicológica. En este sentido, Di Biasi (2020), citando a McLuhan, plantea que «el medio es el mensaje», por lo cual los medios son «extensiones del cuerpo y de los sentidos humanos»:

... la naturaleza de los medios con los que los hombres se comunican ha moldeado más la sociedad que el contenido de la comunicación: «La mayoría de la gente desconoce que el medio es en sí el mensaje, no el contenido; y desconoce que el medio es también el mensaje, este literalmente trabaja, satura, moldea y transforma todas las relaciones de los sentidos». (Di Biasi, 2020, p. 26)

Contribuciones a la formación académica y profesional

En la Facultad de Psicología se han implementado varios dispositivos de atención en modalidad virtual con el uso de las TIC para dar respuesta a las demandas de la comunidad a partir de la emergencia sanitaria por covid-19. En este contexto, desde los servicios de salud universitarios se han puesto en marcha estas modalidades de intervención para los estudiantes que están cursando sus prácticas preprofesionales. Dicha situación novedosa ha permitido que la mayoría de ellos puedan transitar, durante un atípico año curricular 2020, por estos espacios de formación.

A modo de ejemplo, se comparte el plan de contingencia SAPP (Tabó, Zytner, Tortorella y Bazterrica (2020), instrumentado desde fines de marzo de 2020, ante la situación de emergencia sanitaria que se encontraba atravesando el Uruguay por la pandemia a nivel internacional. Desde una estrategia institucional, se propuso ofrecer un dispositivo de atención en crisis que pudiera dar respuesta inmediata a los trabajadores de la salud y sus núcleos familiares.

Estos trabajadores estaban abocados a las tareas de atención a la población en general y a las personas en riesgo, con síntomas o diagnóstico de covid-19, tanto directa como indirectamente: personal médico, de enfermería, auxiliares de servicio, de emergencias móviles, de salud mental, personal de soporte y otros. Por lo tanto, se encontraban recibiendo un fuerte impacto disruptivo, proveniente de distintas fuentes, que causaban un sufrimiento psíquico esperable en estas circunstancias inéditas pero necesarias de ser abordadas. Simultáneamente, las familias de estos trabajadores también se encontraban afectadas, quedando incluidas en los beneficios de las prestaciones del servicio. La pandemia evidenció la irrupción de un evento inesperado, por perturbador del conjunto de representaciones que hasta ese momento constituían una situación de relativa estabilidad.

De esta forma, se instrumentó un plan de acción con cobertura de atención psicológica para los funcionarios de la salud y sus familiares, a nivel nacional, a cargo de un equipo de profesionales psicólogos pertenecientes al SAPPA, con amplia y reconocida trayectoria clínica y académica. Esta cobertura consistió en distintos abordajes de orientación y apoyo mediante medios telefónicos/videoconferencia, disponible de lunes a sábados, en diferentes horarios, a lo largo de la semana, por los docentes/profesionales del SAPPA, de acuerdo a una planilla que se difundió en las dependencias de ASSE de todo el país, medios universitarios y otros espacios vinculados a la salud.

Se trabajó con el resguardo del secreto profesional y la debida confidencialidad de las intervenciones, enmarcadas en el compromiso académico, ético y profesional que asumimos como docentes universitarios.

Esta difícil situación creada, donde el equipo del SAPPA se encontraba también inmerso, constituyó un desafío a la formación y a la creatividad, así como una firme posibilidad de desarrollar abordajes novedosos que permitieran un trabajo en equipo, dosificando la exigencia y resaltando la importancia de las redes con otros que estuvieran afrontando también esta emergencia sociosanitaria.

Enfatizamos que, como docentes universitarios de la Udelar y la Facultad de Psicología, nos cabe una responsabilidad social, académica, ética y profesional con la sociedad, en esta situación compleja de distintas vertientes, entre ellas, la sanitaria, y como tal entendemos importante brindar alternativas de intervención que puedan dar respuesta inmediata a esta situación de catástrofe sanitaria y social.

Se brindó atención psicológica a través de la teleasistencia con la utilización de las TIC, con predominio de motivos de consulta referentes a covid-19, desde las distintas modalidades, contemplando el objetivo prioritario del servicio de abordar la salud desde los distintos niveles de atención.

Es de destacar que, desde el comienzo de esta situación de emergencia, el SAPPA tuvo que responder a numerosas solicitudes de intervención psicológica tanto de hospitales y policlínicas de Montevideo y otros numerosos departamentos del país, provenientes de las Direcciones de Salud y de los diversos equipos de trabajo. Se instrumentaron también intervenciones institucionales virtuales por medios electrónicos.

La población de trabajadores de la salud, por su especial implicación en la crisis sanitaria, estuvo expuesta a una mayor influencia de factores promotores de sufrimiento psicológico:

- La situación de emergencia, nueva y amenazante, vivida en forma sostenida.
- La preparación para una realidad poco conocida, que eleva los niveles de estrés.
- La sobreexigencia que implica la disponibilidad permanente por el aumento de consultas.
- El escenario de incertidumbre, vulnerabilidad y desprotección debido a la constante exposición a la sobreinformación, especialmente de las noticias negativas, por los distintos medios.
- La ansiedad, pensamientos negativos y fatalistas asociados al temor y el miedo a perder la salud, al sustento económico, a contraer la enfermedad personalmente o de sus familias y el temor a la muerte.
- El temor a contagiar a los seres queridos y provocarles un daño.
- La pérdida de libertad, de control; la frustración, la dificultad en llevar a cabo proyectos y actividades personales.
- El enojo, la ambivalencia, los sentimientos contradictorios, la sensación de situación prolongada y «para siempre», en lugar de transitoria.
- La sensación de agobio y desesperanza, eventualmente depresión, afectación del sueño y otros.

Se realizaron intervenciones institucionales acompañando diversos colectivos de funcionarios en lo que por sus particularidades específicas ha implicado un proceso de rediseño institucional en un escenario muy cambiante y de elevada incertidumbre.

Se desarrollaron también, en modalidad online, actividades de prevención y promoción de salud, mediante la configuración de diferentes espacios de reflexión, invitando a participar de forma voluntaria a los funcionarios. Los espacios de reflexión habilitaron la expresión de problemáticas emergentes, promoviendo el intercambio horizontal desde una perspectiva vincular.

Al constituir un servicio universitario el trabajo en la integralidad de las funciones, se formularon proyectos de investigación, en líneas de interés para el SAPP y la comunidad, referidas fundamentalmente a las modalidades de abordaje de la consulta, sus herramientas, el impacto de covid-19 en la clínica y la evaluación de resultados. Para este último objetivo, en relación las distintas intervenciones con la utilización de las TIC y futuras investigaciones, constituye un desafío clínico y académico la generalización de la aplicación de la Formulación Psicodinámica de Caso (FPC) que facilite seguir construyendo nuevos puentes entre la clínica y la investigación (Bernardi *et al.*, 2019).

Finalmente, como otro aspecto a señalar en esta integralidad, se menciona la integración de estudiantes de grado en las diferentes intervenciones clínicas a distancia, incorporando la formación académica y profesional, de manera de formar una masa crítica en esta temática.

Preguntas orientadoras

- 1) ¿Qué aspectos se ponen en juego en el vínculo psicólogo clínico-consultante en las intervenciones virtuales?
- 2) ¿Qué lugar ocupan los aspectos éticos en el uso de las TIC en intervenciones psicológicas y qué dilemas éticos se presentan?
- 3) Mencione algunas de las contribuciones que las intervenciones virtuales han aportado al trabajo del psicólogo clínico.
- 4) ¿Qué reflexiones, relacionadas con las fortalezas y debilidades, le generan estas modalidades de intervención clínica?

Bibliografía

- ALIZADE, A. M. (1999), El encuadre interno. Revista *Zona Erógena* 41. *Las neurosis en la actualidad*. Buenos Aires.
- ALIZADE, A. M. (2002), *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 2002, SCHROEDER, D. (2010), *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 2010; 111 pp. 203 a 227.
- BERNARDI, R., VARELA, B., MILLER, D., ZYTNER, R., DE SOUZA, L., y OYENARD, R. (2019) *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*. (segunda ed.), Montevideo: Grupo Magro.
- CANTIS CARLINO, D. y CARLINO, R., (1987), Diálogo analítico, un diálogo múltiple. Psicoanálisis. Revista *Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. APdeBA, vol. IX núm. 3, pp.153 a 172.
- CARLINO, R. (2020). Cyberanálisis: Consideraciones actuales, revista *Topía* 88 (abril 2020).
- COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID, coord. DE LA TORRE, M., PARDO CEBRIÁN, R. (2018). *Guía para las intervenciones telepsicológicas*, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- COLOMBERO, M. L. (2020), Título de revista electrónica *Intersecciones*. Facultad de Psicología, Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA (10/4/2020).
- DI BIASI, S. (2020), Off Line. Abordajes terapéuticos a distancia, revista *Topía* 88 (abril 2020).
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: «Cambios en los estilos personales de los psicoterapeutas y los dispositivos psicoterapéuticos en la pandemia covid 19». L. VALES Y R. ZYTNER (responsables), (agosto 2020).
- SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PREVENTIVO-ASISTENCIAL (SAPPA), Facultad de Psicología, Udelar (2020), TABÓ, J., ZYTNER, R., TORTORELLA, A. y BASTERRICA, A. *Plan de Contingencia del SAPPA por covid-19*. Montevideo: Udelar.
- SOTO-PÉREZ, F., FRANCO MARTÍN, M., MONARDES SEEMANN, C., JIMÉNEZ GÓMEZ, F., (2010), Internet y psicología clínica: revisión de las ciberterapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (1), pp.19-37.
- SOTO-PÉREZ, F., BERNATE NAVARRO, M., GONZÁLEZ-PALAU, F., TORIBIO-GUZMÁN, J. M., BUENO AGUADO, Y. y FRANCO-MARTÍN, M. (2013), Breve historia de las ciberterapias: tecnologías y salud mental. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento* 5, pp.361-363.
- SOTO-PÉREZ, F., FRANCO-MARTÍN, M. y MONARDES SEEMAN, C. (2016), Ciberterapias: tratamientos mediados por ordenador y otras tecnologías. *FOCAD* 29 (1) pp.1-29.
- TABACOF, D. (2020), Mantener el propio encuadre interno, revista *Topía* 88 (abril 2020).
- TABÓ, J. (2016-2019), Informes de lo actuado de enero a diciembre en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial de la Facultad de Psicología. Convenio ASSE-Udelar-Fac. de Psicología-Udelar (inéditos).
- ULLOA, F. (1964), *Método clínico en psicología*, Buenos Aires: Ed. Universidad Nacional de Buenos Aires.

Glosario

Alianza de trabajo. La alianza de trabajo es un fenómeno racional que se da entre los componentes del vínculo entre psicólogo y consultante. La interacción de este vínculo es facilitada por el encuadre. Las reacciones transferenciales del consultante podrían reforzar la alianza de trabajo; la relación real será el núcleo esencial. La racionalidad y la objetividad se da en el compromiso consciente entre ambas partes para el trabajo conjunto. La alianza de trabajo en las intervenciones de carácter diagnóstico implica elementos que se ponen en juego: *a)* la personalidad y estilo profesional del entrevistador, *b)* la personalidad del entrevistado, *c)* el encuadre (institucional, encuadre externo de la consulta e interno), *d)* los procesos transferenciales y contratransferenciales, *e)* la actitud empática del profesional, *f)* los aspectos contractuales de trabajo y *g)* los objetivos de trabajo.

Alianza terapéutica. Es un fenómeno que se presenta dentro del vínculo estrictamente terapéutico. Se diluyen los límites entre lo que corresponde a la relación real y los efectos de la transferencia. Se encuentra basada en el deseo consciente e inconsciente de cooperación y de aceptación de ayuda por parte del paciente. Estudios sobre alianza terapéutica fueron operacionalizados en escalas, considerando: *a)* elementos más racionales (colaboración, trabajo, acuerdo, experiencia, entre otros), que los atribuye a aspectos realistas de la relación; *b)* elementos menos racionales (apoyo, vínculo afectivo, confianza básica), que se incluyen más como fenómenos transferenciales. La alianza terapéutica produce

adherencia y cambio, entre tanto se trabaja terapéuticamente. Es llamada *variable inespecífica* (no depende del marco teórico-técnico del terapeuta) para el resultado final de un tratamiento. Es un factor inespecífico de cambio subjetivo dentro de un proceso terapéutico o intervención psicoterapéutica. Algunos autores toman como sinónimos *alianza de trabajo* y *alianza terapéutica* y otros marcan las diferencias.

Clínica situacional. Modelo de comprensión de la clínica que afirma que no existe producción psíquica fuera de lo contextual. La clínica es situacional porque la producción de subjetividad transcurre dentro de un contexto, de un devenir en situación, donde el sujeto se va produciendo en situaciones y no hay esencia constituida, acabada, fija. Incluye la noción de que el psicólogo clínico y el consultante forman parte de la situación clínica, modificando la subjetividad de ambos en una implicación recíproca.

Compromiso de confidencialidad. Procedimiento mediante el cual se garantiza que el entrevistador ha expresado voluntariamente que se compromete a mantener el resguardo del secreto profesional pertinente, protegiendo los datos confidenciales del consultante involucrado, haciéndose cargo de sus propios derechos y responsabilidades. En algunos casos debe ser presentado por escrito y firmado. Se considera una regla de la bioética necesaria en el respeto del principio de autonomía y confidencialidad del sujeto.

Consentimiento informado. Procedimiento mediante el cual se resguarda la identidad y la confidencialidad de la información que surja de la atención al consultante en un servicio universitario. Se garantiza que ha expresado voluntariamente su intención de participar en una consulta, tratamiento o investigación, después de haber comprendido los objetivos, beneficios, posibles riesgos, y que la información que se desprenda de la intervención podrá ser utilizada en actividades de docencia e investigación. Debe ser presentado por escrito y firmado por el usuario y el profesional interviniente. Se considera la regla de la bioética que efectiviza el principio de autonomía del sujeto.

Disociación instrumental. Herramienta del psicólogo clínico utilizada en su trabajo, que lo mantiene con una cierta división interna: por un lado, mostrando una actitud de empatía y comprensión del problema del consultante, pero, por otro, manteniéndose lo suficientemente distante cognitiva y emocionalmente para permitirse pensar sobre lo percibido y realizar hipótesis válidas que se aproximen a la objetividad buscada.

Dispositivo de intervención. Plan de trabajo que integra una serie de estrategias diseñadas para ofrecer alternativas de acción. Involucra todos los aspectos del encuadre estratégicamente delimitados para una intervención pertinente. En su propio diseño se determinan puntos de urgencia y puntos ciegos, alcances y limitaciones.

Distancia óptima. Refiere, metafóricamente, a la distancia emocional que debe sostener el psicólogo clínico respecto al consultante para poder, por un lado,

empatizar con sus vivencias y no ser indiferente a estas, pero, por otro, mantener una cierta capacidad de operatividad. Se entiende que, si el clínico permite que la angustia del otro lo invada en un exceso de cercanía, su capacidad de pensar y comprender se podría ver obturada. El grado de implicación personal posible sin perder la perspectiva dependerá de cada situación clínica concreta.

Encuadre clínico / Encuadre de trabajo. Conjunto de variables que se transforman instrumentalmente en constantes, se controlan, para que el campo clínico pueda ser estructurado por el consultante y no por las otras circunstancias que rodean a la situación del encuentro. De esta forma, lo que ocurra en la consulta es en relación al consultante y habla de él. Incluye variables témporo-espaciales, referentes al rol y al proceso, los objetivos, la alianza trabajo y los procesos transferenciales y contratransferenciales.

Enfoque clínico. Postura epistemológica que permite conducir la atención hacia ciertos aspectos, tema o problema. Prioriza buscar la singularidad de la situación, del sujeto, sus rasgos idiosincrásicos, dar contextualización para comprender los rasgos peculiares de aquello que se estudia. Comprende que el sujeto se manifiesta como sujeto de enunciación, de intención e inscripto en un contexto espacio temporal y social. Implica el estudio caso a caso, sin generalizaciones.

Estructura de demora. Concepto de operatividad clínica. Habilidad del clínico para demorarse reflexivamente sobre lo que está aconteciendo e identificar las condiciones del campo para establecer un manejo pertinente. Implica romper con la significación inmediata de los

acontecimientos interrogándose acerca del porqué y para qué de ellos, accediendo a un conocimiento más profundo de lo que acontece.

Historia clínica. Registro ordenado de los antecedentes clínicos de un consultante y de otros datos obtenidos mediante entrevistas, observación y otras pruebas, técnicas o exámenes, así como de los diagnósticos alcanzados en cada momento e incluyendo las intervenciones realizadas por todo profesional de la salud a lo largo de su vida hasta la actualidad.

Intervención en crisis. Es la atención que se brinda cuando una persona ha perdido cierto equilibrio interno o subjetivo que puede ser producido por factores externos o internos. Se tiende al restablecimiento del equilibrio aliviando la sobrecarga emocional y orientando a la elaboración del duelo ante las pérdidas.

Intervención en la comunidad. Actuación que realizan profesionales para atender e incidir en problemas que presenta una comunidad. Puede ser a pedido directo de la población, o a través de un tercero o por iniciativa propia. En general, son procesos orientados al cambio mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población, a la modificación de las representaciones de su rol en la sociedad y sobre el valor de sus propias acciones para ser activo en la modificación de las condiciones de la vida. Puede tomar diferentes formas: de asesoramiento,

trabajo con referentes comunitarios, trabajo directo con la población...

Psicoterapia breve / focal. Psicoterapia de corta duración centrada en un determinado problema o foco de trabajo. No tiene como objetivo el cambio psíquico del consultante, sino la resolución de uno o conjunto de problemas que lo aquejan. Algunos autores lo toman como sinónimos y otros no.

Rapport. Es la sintonía entre el psicólogo y el consultante que posibilita que el encuentro devenga en un espacio de trabajo en un clima acorde a la situación.

Redes de atención (de salud). Es una forma de organizar el sistema de atención de salud en sistemas integrados que permitan responder con efectividad, eficiencia, seguridad, calidad y equidad a las condiciones de salud de la población.

Segundo nivel de inferencias. Instancia de la construcción de hipótesis a partir de los marcos referenciales teóricos asignándole sentidos y significaciones a las problemáticas identificadas.

Situación clínica. Es una forma de concebir la consulta psicológica de manera compleja, de pensar en términos de situación, de articulación de series, de distintos niveles de diagnósticos. Da cuenta de la heterogeneidad teórica y técnica aplicada al abordaje del consultante. Tanto el psicólogo clínico como el consultante son parte de la situación clínica.

Índice temático

Aclaración: Los números refieren a los capítulos en los cuales aparecen los conceptos.

- Actitud clínica. 1, 4,12
- Alianza de trabajo / terapéutica. 3, 6, 9, 11, 12
- Aptitud clínica. 1, 4, 12.
- Clínica móvil. 3
- Clínica psicológica. 2, 4
- Clínica situacional. 7
- Comité / Equipo de recepción. 2, 3, 6, 7
- Competencias. 4, 1
- Compromiso de confidencialidad. 1, 4, 12
- Consentimiento informado. 1, 4, 7, 12
- Consulta psicológica. 2, 3, 4, 6
- Devolución. 7, 9, 10
- Diagnóstico / Diagnóstico psicológico. 1, 2, 8, 6, 9
- Diagnóstico de situación. 2, 4, 6, 10, 11
- Diagnóstico dinámico. 2, 6
- Diagnóstico estructural. 2
- Diagnóstico situacional. 7, 12
- Disociación instrumental. 11, 12
- Dispositivo de intervención. 1
- Distancia óptima. 1, 5
- Encuadre clínico / Encuadre de trabajo. 2, 6, 11, 12
- Encuadre interno. 2, 4, 12
- Encuentro clínico. 1, 3, 12
- Enfoque clínico. 1, 8
- Entrevista de recepción. 2, 6, 7, 10
- Escucha clínica. 2, 4, 9, 11
- Estrategia clínica / Estrategia de trabajo. 2, 6, 7, 9
- Estructura de demora. 1, 12
- Evaluación psicológica. 9
- Familiograma. 6
- Formulación clínica de caso. 3
- Historia clínica. 1, 6, 10
- Informe psicológico. 9, 10.
- Interdisciplina. 2, 3, 4, 10, 11
- Intervención diagnóstica. 8, 9
- Intervención en crisis. 4
- Intervención clínica. 1, 2, 3
- Intervención clínica virtual. 12
- Intervención psicoterapéutica / psicoterapia. 2, 3, 12
- Intervención en la comunidad. 3, 4, 5
- Intervención psicológica. 2, 9, 12
- Intervención telepsicológica / telepsicología. 12
- Método clínico. 2, 4
- Mirada clínica. 2, 3
- Modalidades de intervención / Modos de intervención. 2, 4, 9, 12
- Motivo de consulta. 2, 6, 7, 9
- Orientación / resolución / derivación. 1, 2, 4, 6, 7, 10
- Prácticas clínicas. 1
- Primer nivel de inferencias. 6
- Psicodiagnóstico. 8, 9, 10
- Psicología clínica. 1, 3, 4, 11
- Psicotécnico. 9
- Psicoterapia breve / focal. 4
- Rapport. 2, 3
- Redes de atención (de salud). 1, 4
- Segundo nivel de inferencias. 6
- Situación clínica. 1, 2, 4, 8, 12
- Ver/mirar, Pensar y Actuar/Operar. 1, 12
- Veracidad pertinente. 12

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República. Forma parte de la serie Manuales Didácticos, que tiene como objetivo mejorar las condiciones de aprendizaje de los estudiantes y, al mismo tiempo, propiciar la autoformación docente mediante la reflexión sobre sus prácticas y sobre el estado del arte en su disciplina. Secundariamente, esta publicación pretende colaborar en la constitución de tradiciones disciplinares y culturas educativas nacionales.

ISBN: 978-9974-0-2061-0

