

**EL PSICÓLOGO CLÍNICO
EN LA ATENCIÓN A LAS
DROGODEPENDENCIAS**

Margarita Laviana Cuetos.
Psicóloga Clínica. Decana del Colegio Oficial
de Psicología de Andalucía Occidental.
Coordinadora de la Comunidad Terapéutica de
Salud Mental del Área Virgen del Rocío.
Servicio Andaluz de Salud.
Consejería de Salud. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La creación de la especialidad de Psicología Clínica ha sido evidente la necesidad de clarificar las funciones a desarrollar por los especialistas en psicología clínica. Estas funciones que se derivan de las competencias señaladas en el propio decreto de creación de la especialidad como de la LOPS, una cuestionada ley que, desafortunadamente, ha tenido una escasa lectura en sus aspectos reguladores de las competencias, responsabilidades, requisitos y desarrollos de los diferentes integrantes del sistema sanitario.

En el caso de los psicólogos especialistas en psicología clínica, vivimos un momento de especial importancia: por una parte, porque pese a las carencias (y sin renunciar a superarlas), el marco normativo actual nos sitúa en una posición de igualdad con otros especialistas, lo que favorece la estabilidad de nuestro trabajo con responsabilidad y autonomía en nuestros equipos y ámbitos de trabajo.

Por otra parte, nunca como hasta este momento es más necesario avanzar en contenidos, analizar nuestras carencias para fortalecer nuestros diferentes roles en los sistemas de atención a los problemas de salud de los ciudadanos, sin olvidar

que dichos problemas los sufren personas que se mueven, que viven, en determinados contextos, de determinada manera y con otras personas.

Ello implica la necesidad de establecer con claridad los espacios (que en mi opinión deben ser franjas amplias) de “fronteras”, donde se busque el equilibrio entre profesionales de la propia disciplina y de disciplinas diferentes, para arbitrar propuestas de solución interdisciplinar a problemas multifactoriales.

No es posible avanzar en este sentido, en mi opinión, sin un conocimiento suficiente de nuestra especialidad, de su cometido, de sus límites y de sus carencias. Y esto es lo que propongo que trabajemos juntos es este espacio de trabajo.

El texto que se aporta no pretende ser una publicación exhaustiva ni establecer cuales deben ser las intervenciones en un campo, las adicciones, que no conozco en profundidad. Con esta aportación, traigo ante los asistentes al seminario, algunos de los textos existentes que me han sugerido preguntas y reflexiones que traslado, desde la perspectiva de mi experiencia como psicóloga clínica, con el objetivo de contribuir a que entre todos, avancemos en la identificación de líneas de trabajo futuras.

He procurado citar las fuentes de aquellos documentos y artículos que considero más convenientes al propósito de este trabajo, pero han sido muchos los artículos repasados, Mi reconocimiento expreso a todos los psicólogos y psicólogas que durante todos estos años vienen investigando y publicando sus experiencias, y a los organizadores de este evento, que me han ofrecido la posibilidad de mejorar mis conocimientos sobre el tema y aumentar mi comprensión sobre el tema de las adicciones.

LA PSICOLOGIA CLINICA: DEFINICION

La Psicología ha demostrado que es útil y científicamente factible establecer un nuevo modo de interpretar la vida humana, basado en el reconocimiento de la existencia de una interacción dialéctica entre los factores biológicos, psicológicos

y sociales. Desde esta perspectiva, la salud se concibe como el mejor nivel posible de equilibrio y ajuste biopsicosocial de cada individuo en su contexto.¹

Detengámonos un momento en la definición de la psicología clínica, sin entrar en un relato histórico que creo debe ser suficientemente conocido por todos los asistentes, y en caso de necesitar profundizar, la documentación está al alcance de todos en los diferentes Colegios Oficiales de Psicólogos del Estado (COP), en Asociaciones científicas y profesionales, y en algunas páginas Web de particulares, bien diseñadas y actualizadas, y de las que se aporta un listado en este encuentro.

Se utilizarán como referentes de mayor consenso en este sentido, por una parte, el documento editado por el COP “Perfiles Profesionales”, en especial los referidos a “Psicología Clínica y de la Salud”, y “Psicología de las Drogodependencias”, publicado en 1998, fruto de la larga trayectoria profesional de muchos psicólogos y psicólogas en los diferentes ámbitos de intervención profesional de todo el territorio del Estado, y de la generosa participación de los integrantes de los diferentes grupos de expertos que los elaboraron

Por otra, la definición recogida en el Programa de la Especialidad de Psicología Clínica, en la nueva propuesta de modificación del programa actual, aprobado por la CNEPC en noviembre de 2004, que contó asimismo con la desinteresada colaboración de lectores cualificados que realizaron aportaciones y sugerencias.

“La Psicología Clínica y de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.”

¹ Programa De Formación De La Especialidad De Psicología Clínica. Aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC), el 21 de marzo de 2003. Disponible en Web de la AEN. Madrid, Pág. 2

... “Consecuentemente con la definición propuesta de Psicología Clínica y de la Salud, definimos el Psicólogo Clínico y de la Salud como el psicólogo que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.

...“La consideración de disciplina especializada de la Psicología conlleva, por su parte, la inseparable característica de que los expertos que la practican han de ser necesariamente Psicólogos con una formación complementaria especializada en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Psicología de la Salud, de acuerdo con el ordenamiento legal que actualmente esté vigente en nuestro país. Respecto a los fenómenos a los que se aplica o que constituyen el centro de atención de la Psicología Clínica y de la Salud, éstos son, en primer lugar, las denominadas anomalías o trastornos mentales o del comportamiento, entendidos éstos en un sentido amplio del término y no sólo en el estrictamente psicopatológico y más restringido habitualmente concedido en los manuales estandarizados de clasificación de trastornos psicopatológicos del tipo de la CIE-10 (OMS, 1.992) o del DSM-IV (APA, 1.994). Además de los comportamientos anómalos o alterados, la Psicología Clínica y de la Salud estudia y toma en consideración, igualmente, cualquier otro tipo de comportamiento que sea relevante para los procesos de salud y enfermedad, sea éste normal o patológico y referido tanto a un individuo como a un grupo.

“La Psicología Clínica es una especialidad de la Psicología que se ocupa del comportamiento y los fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud-enfermedad de los seres humanos. Su objetivo es el desarrollo y la aplicación de principios teóricos, métodos, procedimientos e instrumentos para observar, comprender, predecir, explicar, prevenir y tratar trastornos mentales, alteraciones y trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales, malestar y enfermedades en todos los aspectos de la vida humana, así como la promoción de la salud y el bienestar personales y de la sociedad”.²

² Perfil Psicología Clínica y de la Salud. COP. Madrid 1998.

“El ámbito propio de actuación de la Psicología Clínica radica en la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento psicológico y rehabilitación de los trastornos mentales, así como de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales y relacionales, que inciden en la salud y la enfermedad de los seres humanos en su concepción integral. Para ello se vale de la observación clínica y la investigación científica propias de la Psicología. Desarrolla sus actividades en todas las etapas o fases del ciclo vital, con:

- Individuos, parejas, familias, grupos.
- Instituciones, organizaciones y comunidad.
- En el entorno público y en el privado.

Y contribuye a:

- Mejorar la calidad de las prestaciones y servicios.
- Planificar nuevas prestaciones y servicios.
- Informar a los poderes públicos sobre los cometidos propios de la especialidad tanto en lo que se refiere a contenidos organizativos como clínico-asistenciales, de formación y otros.
- Desarrollar el trabajo desde una perspectiva interdisciplinar.³

La importancia estratégica que la consecución de la Especialidad de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria ha supuesto para la consolidación de nuestra profesión y de la psicología en su conjunto, es un elemento cuyo alcance probablemente estemos aun lejos de comprender.

Como tal especialidad, queda adscrita al campo de las especialidades sanitarias, y su ejercicio está regulado y protegido por las diferentes disposiciones normativas dictadas por los Ministerios de Sanidad y Consumo, y de Educación y Cultura, al igual que el resto de las especialidades sanitarias.

³ Programa De Formación De La Especialidad De Psicología Clínica. Aprobado por la CNEPC el 21 de marzo de 2003..Madrid, Pág. 2 y 3 (Disponible en Web de la AEN)

PERFIL COMPETENCIAL DEL PSICOLOGO CLINICO: EL CONTEXTO NORMATIVO Y SUS POSIBLES REPERCUSIONES.

La definición normativa de esta especialidad establece que el psicólogo especialista en Psicología Clínica posee unos conocimientos, unas habilidades y destrezas, y una capacidad profesional reconocida legalmente, que sustenta su autonomía e independencia en cuanto a su función, sin que ello cuestione la importancia de la interdisciplinariedad y del convencimiento de que trabajar y compartir con otros profesionales aporta a los ciudadanos una atención de mayor calidad, en cuanto incorpora diferentes conocimientos y experiencias.

El programa de la Especialidad de Psicología Clínica, en la nueva redacción propuesta por la CNEPC en Noviembre de 2004, establece para el poseedor del título la capacidad para:

EN RELACIÓN A LAS FUNCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:⁴

- a. Identificar los factores psicosociales de riesgo para la salud mental y la salud en general.
- b. Identificar los trastornos mentales y otros problemas que inciden en la salud mental.
- c. Realizar el diagnóstico de los trastornos mentales, según las clasificaciones internacionales, y establecer diagnósticos diferenciales, recurriendo para todo ello a los procedimientos de evaluación y diagnóstico psicológicos pertinentes.
- d. Establecer previsiones sobre la evolución de los problemas identificados y de los factores relacionados, así como de sus posibilidades de modificación.

⁴ Programa De Formación De La Especialidad De Psicología Clínica. Aprobado por la CNEPC el 21 de marzo de 2003..Madrid, Adaptación de la redacción del texto original contenido en Pág. 3 y 4. Disponible en Web de la AEN

e. Elaborar una programación y evaluación adecuadas de las intervenciones asistenciales, de prevención y promoción necesarias.

f. Desarrollar diferentes formas de intervención y tratamiento, mediante las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos disponibles y suficientemente contrastados.

g. Realizar actividades de asesoramiento, interconsulta y enlace con otros profesionales y servicios.

h. Manejar situaciones de urgencias.

i. Diseñar y aplicar las intervenciones psicológicas necesarias en los procesos asistenciales de las enfermedades médicas.

j. Identificar e intervenir en situaciones de crisis individuales, familiares y comunitarias.

EN RELACIÓN A LAS FUNCIONES DE DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN

a. Desarrollar tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas.

b. Organizar el trabajo teniendo en cuenta su inclusión en una planificación global. Elaborar o contribuir a dicha planificación, con el concurso en su caso de otros profesionales.

c. Elaborar procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones, programas y servicios, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial.

d. Recoger, analizar y transmitir información colaborando en la cumplimentación de los protocolos y sistemas de información establecidos.

e. Participar en todas las actividades de coordinación necesarias para el desarrollo de las actividades y los programas del equipo

EN RELACIÓN A LAS FUNCIONES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN:

a. Participar en, y en su caso organizar, acciones formativas para los equipos y programas: sesiones clínicas, bibliográficas, de supervisión y actividades de formación continuada.

b. Supervisar y tutorizar las actividades de los psicólogos en formación, y colaborar en la formación de otros profesionales.

c. Programar y desarrollar, en el nivel que corresponda en cada caso, estudios de investigación dentro del equipo y colaborar en los que realicen otros equipos, dispositivos e instituciones.

PARA EL ADECUADO DESARROLLO DE ESTAS FUNCIONES, EL PSICÓLOGO CLÍNICO DEBE:

1. Conocer, relacionar y optimizar los recursos sanitarios y no sanitarios existentes en el medio en el que actúe, fomentando todas aquellas iniciativas que tiendan, con criterios de eficacia y eficiencia, a la mejora del nivel de salud.

2. Favorecer las actuaciones tendentes a promover actitudes individuales, sociales e institucionales de respeto, integración, apoyo y cuidado de las personas con trastornos mentales o de cualquier otra índole.

3. Estar dispuesto a aportar sus conocimientos teórico-técnicos en los diferentes niveles de colaboración establecidos con otros profesionales, así como a recibir sus aportaciones.

Esta capacidad, que forma parte de la definición de funciones establecidas en el citado programa, permite al psicólogo clínico realizarlas con independencia de la vía de obtención del título, así como establecer un perfil funcional común por encima de diferencias individuales.

Por su parte, la LOPS, en el conjunto de su articulado establece la norma reguladora de los profesionales sanitarios, incluyendo, en mi opinión, elementos de protección para los profesionales. En especial, deseo destacar algunos artículos referidos a la regulación profesional que afectan tanto al ámbito público como al privado, siendo este último especialmente importante, dado su peso en la atención a drogodependencias, la presencia de una gran diversidad de organizaciones privadas, prestadoras de servicios y empleadoras de psicólogos, y por su posible interés para este colectivo, a menudo desprotegido por la indefinición de su situación contractual.

La Ley establece en su presentación algunos principios que han sido y serán objeto de debate y polémica, para los que quiero hacer una presentación extensa que nos permita una lectura reposada, dado que gran parte de los profesionales desconocen los articulados concretos. Ello permitirá establecer, en mi opinión, estrategias de apoyo a nuestra profesión más constructiva y eficaz:

“El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones. A pesar de dichas ambigüedades y considerando que nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquélla que está normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuales son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las

corporaciones colegiales. Por ello en esta Ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

Por otra parte, existe la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión. Por ello en esta Ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente”⁵

ARTÍCULO 4. PRINCIPIOS GENERALES

1.	De acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución, se reconoce el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, con los requisitos previstos en esta Ley y en las demás normas legales que resulten aplicables.
2.	El ejercicio de una profesión sanitaria, por cuenta propia o ajena, requerirá la posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para ello o, en su caso, de la certificación prevista en el artículo 2.4, y se atenderá, en su caso, a lo previsto en ésta, en las demás leyes aplicables y en las normas reguladoras de los Colegios Profesionales.
3.	Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias.

⁵ LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. LOPS. BOE núm. 280 Sábado 22 noviembre 2003. Pág. 41443

4.	Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.
5.	Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión
6.	Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional
7.	<p>El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta Ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:</p> <p>a. Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada Centro y única para cada paciente... La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.</p> <p>b. Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.</p>

c. La eficacia organizativa de los Servicios, Secciones y Equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación, requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones ...

d. La continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aqu-ellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria .

ARTÍCULO 5.-...DE LA RELACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y LAS PERSONAS ATENDIDAS

1.

La relación entre los profesionales sanitarios y de las personas atendidas por ellos, se rige por los siguientes principios generales:

a. Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

b. Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreatilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos.

c. Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

d. Los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que debe atenderles. Tanto si el ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercerá de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible. En esta situación el profesional puede ejercer el derecho de renunciar ...

e. Los profesionales y los responsables de los Centros Sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de los mismos, si así estuvieran definidas en su Centro o Institución.

Los pacientes tienen derecho a recibir información de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2.

Para garantizar de forma efectiva y facilitar el ejercicio de los derechos a que se refiere el número anterior, los Colegios Profesionales, Consejos Autonómicos y Consejos Generales, en sus respectivos ámbitos territoriales, establecerán los registros públicos de profesionalesdeberán permitir conocer el nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio y los otros datos que en esta ley se determinan como públicos

ARTÍCULO 10.- GESTIÓN CLÍNICA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS.

1.	<p>Las Administraciones Sanitarias, los Servicios de Salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica, a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales.</p> <p>Tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación.</p>
2.	<p>A los efectos de esta Ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes</p>
3.	<p>El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados.</p>
4.	<p>El desempeño de funciones de gestión clínica será objeto del oportuno reconocimiento ...</p>

ARTÍCULO 10.- GESTIÓN CLÍNICA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS.

4.	<p>Comisión de Formación Continuada desarrollará las siguientes funciones:</p> <p>e. Las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada.</p>
----	--

ARTÍCULO 36.- DIPLOMAS DE ACREDITACIÓN Y DIPLOMAS DE ACREDITACIÓN AVANZADA

1.	<p>Las Administraciones Sanitarias Públicas podrán expedir Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada, para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en función de las actividades de formación continuada acreditada...</p> <p>Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada, que deberán expedirse necesariamente de acuerdo con los requisitos, procedimiento y criterios establecidos conforme a lo previsto en el artículo 34.4.e), tendrán efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la Administración Pública que expidió el Diploma</p>
2.	<p>Las Administraciones Sanitarias Públicas establecerán los registros necesarios para la inscripción de los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada que expidan. Tales registros tendrán carácter público en lo relativo a la identidad del interesado, al Diploma o Diplomas que ostente y a la fecha de obtención de los mismos.</p>
3.	<p>Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada serán valorados como mérito en los sistemas de provisión de plazas cuando así se prevea en la normativa correspondiente</p>

ARTÍCULO 38.- DESARROLLO PROFESIONAL

a)	<p>El reconocimiento se articulará en cuatro grados. ...</p>
b)	<p>La obtención del primer grado, y el acceso a los superiores, requerirá la evaluación favorable de los méritos del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación... también los resultados de la actividad asistencial del interesado, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica definidas en el artículo 10 de esta Ley.</p>

c)	Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional. ...
d)	La evaluación se llevará a cabo por un Comité específico creado en cada centro o institución... estará integrado, en su mayoría, por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado... así como de evaluadores externos designados por Agencias de Calidad o Sociedades Científicas de su ámbito de competencia
e)	Los profesionales tendrán derecho a hacer constar públicamente el grado de desarrollo profesional que tengan reconocido.
f)	Dentro de cada Servicio de Salud, estos criterios generales del sistema de desarrollo profesional, y su repercusión en la carrera, se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales ...

TÍTULO IV, DEL EJERCICIO PRIVADO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

ARTÍCULO 40: ELEMENTOS DE CONTROL QUE GARANTICEN LOS NIVELES DE CALIDAD PROFESIONAL Y DE EVALUACIÓN ...DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS:

a)	Derecho a ejercer la actividad profesional adecuada a la titulación y categoría de cada profesional
b)	Respeto a la autonomía técnica y científica de los profesionales sanitarios.
c)	Marco de contratación estable, motivación para una mayor eficiencia y estímulos para el rendimiento profesional.
d)	Participación en la gestión y organización del centro o unidad a la que pertenezca.
f)	Evaluación de la competencia profesional y de la calidad del servicio prestado.
g)	Garantizar la responsabilidad civil profesional bien a través de entidad aseguradora, bien a través de otras entidades financieras autorizadas a conceder avales o garantías.

h)	Libre competencia y transparencia del sistema de contratación.
j)	Libertad de prescripción, atendiendo a las exigencias del conocimiento científico y a la observancia de la ley...

ARTÍCULO 41 PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR CUENTA AJENA.

	Los profesionales...tienen derecho a ser informados de sus funciones, tareas y cometidos... de los objetivos asignados a su unidad y centro sanitario y de los sistemas establecidos para la evaluación.
	...obligados a ejercer la profesión, o desarrollar el conjunto de las funciones que tengan asignadas... con observancia de los principios técnicos, científicos, profesionales, éticos y deontológicos...
	...evaluación regular de competencias y los sistemas de control de calidad previstos en esta Ley serán aplicados en los centros privados...

ARTÍCULO 42 PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR CUENTA PROPIA.

	Con el fin de garantizar la titulación oficial de profesionales y especialistas ... todos los contratos de prestación de servicios sanitarios, así como sus modificaciones, ... se formalizarán por escrito.
	Los profesionales sanitarios que ejerzan exclusivamente mediante la prestación de servicios por cuenta propia podrán acceder voluntariamente al sistema de desarrollo profesional.

ARTÍCULO 43 REGISTROS DE PROFESIONALES

	Los centros sanitarios y las entidades de seguros... establecerán, y mantendrán actualizado, un Registro de los profesionales sanitarios con los que mantengan contratos...
	...dicho Registro será público en lo que se refiere al nombre, titulación, especialidad y, en su caso, categoría y función del profesional.
	Los criterios generales y requisitos mínimos de dichos Registros serán establecidos por las Comunidades Autónomas.

ARTÍCULO 44 PUBLICIDAD DEL EJERCICIO PROFESIONAL PRIVADO

	...deberá respetar rigurosamente la base científica de las actividades y prescripciones.
	...será objetiva, prudente y veraz.
	...no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.
	...podrán facilitar a los medios de comunicación... información facilitada sea verídica, discreta, prudente.
	No podrán ser objeto de publicidad las actividades o productos sanitarios no autorizados...
	...sobre los que no exista evidencia de sus efectos beneficiosos...
	...quedando prohibida la publicidad de productos y servicios de carácter creencial y de los productos-milagro.

ARTÍCULO 45 SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL PRIVADO

	Las consultas profesionales deberán cumplir los requisitos de autorización y acreditación...
	Las garantías de seguridad y calidad son aplicables a todas las actividades sanitarias privadas...
	Administraciones Sanitarias Públicas... velar por el cumplimiento de las garantías... para lo cual podrán recabar la colaboración... de los Colegios Profesionales en el caso de las consultas profesionales.

ARTÍCULO 46 COBERTURA DE RESPONSABILIDAD

	...vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad. En el supuesto de profesiones colegiadas, los Colegios Profesionales podrán adoptar las medidas necesarias para facilitar a sus colegiados el cumplimiento de esta obligación.
--	---

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA.- RESERVA DE DENOMINACIONES

Sólo podrán utilizarse, en el ejercicio profesional público y privado, las denominaciones de los títulos de Especialista, las de los Diplomas de Áreas de Capacitación Específica, las de los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada, y las de los grados del desarrollo profesional, cuando tales títulos, diplomas o grados hayan sido obtenidos, homologados o reconocidos de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en las demás normas aplicables.

No podrán utilizarse otras denominaciones que, por su significado, puedan inducir a confusión con aquéllas.⁶

201

Es decir, tanto el perfil competencial definido en la Especialidad, como la norm-ativa de aplicación, establecen unas posibilidades de intervención suficientemente claras, definidas y abarcativas como para servir de orientación a los diferentes profesionales en la autoevaluación de las funciones y competencias que vienen desarrollando en su lugar de trabajo, a la vez que sirve a los empleadores para conocer el nivel de exigencia profesional que pueden y deber requerir a sus especialistas.

Permite, además, identificar los puntos débiles de nuestra frágil presencia en el sistema sanitario, lo que nos debe animar a apoyarnos en los puntos fuertes que la propia norma establece para consolidar nuestra presencia en el sistema.

Pero ello no podemos realizarlo de cualquier forma: es preciso reconocer que la intervención de cada uno contribuye, o puede contribuir, a reforzar los elementos fuertes de nuestra disciplina, o por el contrario, a ensombrecer aun más las posibilidades de desarrollo en el conjunto del sistema sanitario.

⁶ LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. LOPS. BOE núm. 280 Sábado 22 noviembre 2003. Adaptación resumida del articulado general.

PSICÓLOGOS Y/O PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN LA ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

A la hora de considerar la necesidad o no de psicólogos especialistas en psicología clínica en un determinado dispositivo o red de atención, caben las siguientes alternativas:

202

1. El tipo de trabajo desempeñado y el carácter sanitario del dispositivo en que se desarrolla, exigen el nivel competencial descrito, y por ello, el psicólogo debe tener el título de especialista en Psicología Clínica.
2. El tipo de trabajo exige el nivel competencial descrito, y por ello, el psicólogo debe tener el título de especialista en Psicología Clínica aunque el dispositivo no sea administrativamente sanitario.
3. Ni el tipo de trabajo ni el dispositivo en que se desarrolla exigen el nivel competencial descrito, y por ello, el psicólogo no tiene la obligación de tener el título de especialista en Psicología Clínica.

Ello supone, además, que con independencia de la lógica autonomía profesional, del contexto y ámbito de desempeño, y de la adscripción teórico-técnica, el psicólogo especialista tiene un marco común que debe garantizar una oferta de atención lo más homogénea posible al ciudadano y la intercambiabilidad entre diferentes dispositivos que requieran la presencia del especialista, incluso entre las diferentes comunidades autónomas, como así ocurre en las demás especialidades sanitarias.

Sin embargo, el contexto desde el que se abordan los complejos procesos de la salud y la enfermedad, exigen no solo de diferentes profesionales (especialistas y no especialistas, sanitarios y sociales, públicos y privados...), sino de diferentes sistemas y organizaciones, que deben hacer un esfuerzo por integrar respuestas para que los problemas que sufren los ciudadanos se puedan abordar de una forma comprensiva y ecológica, propiciando equilibrios no siempre fáciles de conseguir en contextos a menudo descoordinados, con políticas públicas contradictorias y a menudo, más interesadas en evitar el conflicto social (políticamente poco rentable) que en abordar en su globalidad el problema de salud / o de enfermedad de que

se trate. Este hecho es tanto mas evidente cuanto mayor sea el componente psico-social del problema en cuestión. En el caso de las adicciones, las implicaciones y contradicciones sociopolíticas en el terreno de la atención, son tanto mas evidentes y complejas cuanto mas desarrollada sea la sociedad.

En nuestro contexto, las ambigüedades sobre los perfiles y las funciones de cada profesional, las competencias y responsabilidades en el desarrollo de los diferentes programas e intervenciones, casi siempre tiene una repercusión más directa cuanto menos definida (profesional y normativamente) es una profesión, cuanto más “frágil” es su oferta y más “personal y propia” es su metodología.

El modelo desde el que se sustenta la atención a los problemas de salud de los ciudadanos no es homogéneo en todo el Estado: así, en Andalucía, el peso de la atención a los problemas derivados de las adicciones, recae fuera del sistema sanitario. Y ello, por una decisión política que, si en su origen pudo ser acertada para intentar evitar una respuesta reduccionista a un problema multifactorial de la envergadura que tienen las drogadicciones, en mi opinión, no tiene sentido hoy en día. De hecho, ha dado lugar a mas complicaciones de las deseables: servicios que dependen de diferentes administraciones públicas y privadas, ausencia de un modelo de atención suficientemente consensuado y bien implantado, profesionales con niveles retributivos diferentes y con funciones poco definidas, descoordinación ó difícil coordinación con los servicios sanitarios, en especial con salud mental, falta de liderazgo...

Esta situación, común a algunos otros lugares del Estado, genera no pocas incertidumbres profesionales que es preciso resolver si no se quiere aumentar la ya importante problemática existente en este campo. Esto da lugar a muchos interrogantes por parte de los profesionales: ¿Son necesarios los psicólogos especialistas en los servicios de atención a las Drogadicciones? ¿Se crea una nueva especialidad para los médicos que trabajan en este ámbito, que no son ni psiquiatras ni médicos de familia...? ¿Participando en la formación de PIR y de MIR de psiquiatría, se está cavando el camino al desempleo....?

En mi opinión, hacen falta psicólogos clínicos especialistas, (de la misma forma que los dispositivos de atención a las personas con adicciones a sustancias tóxicas deben formar parte de la red sanitaria,) y hace falta contar con una amplia, extensa y diversificada red social en la que deben estar presentes psicólogos no

necesariamente especialistas en Psicología Clínica. Red social sustentada en dispositivos específicos, que como sucede en salud mental, sirvan de apoyo a la reinserción y sostenimiento comunitario de aquellos usuarios que lo necesiten.

Las administraciones y las organizaciones sociales, políticas y laborales, tardan en incorporar los nuevos profesionales, las nuevas tecnologías, los nuevos modelos... Sobre todo cuando detrás de esas innovaciones no hay industria farmacéutica potente, ni investigaciones sobredimensionadas sobre el valor de tal o cual fármaco para resolver tal o cual problema; ni cuando es posible una invasiva publicidad de productos milagro mal controlados por la administración... cuando la innovación se sustenta de forma esencial en equipos humanos, profesionales bien cualificados, que necesitan algo que es costoso dar: tiempo para escuchar al usuario, tiempo para establecer lazos de confianza, tiempo para negociar el programa terapéutico que les puede ayudar a resolver mejor sus problemas.

De ahí las dificultades de nuestra profesión para encontrar un espacio sólido en los diferentes ámbitos de intervención, con un permanente cuestionamiento que yo llamo “con buena cara”, es decir, a todos le caemos bien, somos bien recibidos, pero...si trabajamos gratis mejor (¿lo nuestro no es ser solidarios?). Se supone que la rápida respuesta de un fármaco inductor del sueño es más rentable que articular a medio y largo plazo hábitos de vida que permitan un sueño suficientemente reparador, con independencia del “hábito adictivo” que la medicina tradicional puede generar si se oferta como única respuesta a problemas emocionales, estilos de vida, a la insatisfacción y al sufrimiento humano, condiciones que suelen estar presentes en muchos de los contextos familiares, educativos y laborales como factores de riesgo para multitud de problemas y trastornos, incluidas las adicciones

La polivalencia de nuestra formación, que es en mi opinión un valor incuestionable y base además de su riqueza, puede llegar a convertirse en un elemento de confusión del perfil competencial, sobre todo cuando la mayor parte de las veces, el número de psicólogos en los equipos suele ser impar y menos de 2, incrementándose la inseguridad, la falta de espacios para compartir y supervisar, el aislamiento profesional como claro factor de riesgo para el estancamiento.

En los diferentes contextos en los que el psicólogo trabaja, cuanto mas carente de recursos es la población a la que se debe, mayor es la constatación de la impotencia instrumental y de los recursos hacia los que dirigir de forma efectiva a los ciudadanos:

- Los equipos de orientación educativa infradimensionados y sobresaturados, sólo pueden identificar situaciones muy extremas de riesgo, o bien responder ante madres /padres muy reclamantes a favor de sus hijos, no siempre coincidentes con los mas necesitados. Los menores en situación de riesgo pasan desapercibidos, o no es posible su abordaje eficaz (hijos de padres enfermos, vulnerabilidad personal importante, consumos de tabaco /alcohol tempranos, niños solitarios y aislados...)
- Los diferentes equipos de intervención social funcionan con una precariedad instrumental solo superada por la verborrea política acerca de los recursos que se incrementan.....siempre en otro lugar, según la percepción de muchos de los profesionales que los integran. Las respuestas, la mayor parte de las veces, se reducen a intentar paliar carencias económicas y situaciones de vida extremas, sin poder abordar con continuidad otras situaciones que a medio plazo van a ser generadoras de dependencia social importante...
- Los dispositivos de atención a Drogodependientes adolecen a menudo de una planificación global coordinada, muchos de ellos funcionan saturados en su propio espacio que empieza y acaba en sí mismo, con una coordinación efectiva difícil, costosa y lenta, en especial para la respuesta necesaria para garantizar la continuidad del tratamiento una vez superada la fase de deshabituación.
- Los servicios de salud mental, difícilmente pueden trabajar de forma intensa con las patologías graves, con escaso tiempo y recursos para abordar las situaciones de riesgo identificadas, los programas de prevención, la coordinación...
- Las organizaciones que ayudan a sostener el frágil entramado social de los más desfavorecidos, asociaciones u organizaciones sin ánimo de lucro, carecen de recursos suficientes, y de la coordinación necesaria que permita intervenir con prioridades y evitar duplicidades en los apoyos y actuaciones.

La sociedad ha ido organizando sus exigencias en problemas de salud, reclamando cada vez mayores prestaciones, mejores servicios y más garantías. Reducir las listas de espera se ha convertido en un objetivo político, presente en todos los programas electorales, para cuya consecución no se escatiman estrategias (incluidas las de la ocultación). Y es cierto que las administraciones están preocupadas

por ofrecer los mejores servicios sanitarios posibles, con las contradicciones indeseables vinculadas a la percepción de que en materia de salud las exigencias van a ir siempre en aumento, y que las dependencias sociales cada vez van a ser más difíciles de resolver.

“El llamado modelo del "estado de bienestar social" hace tiempo que entró en crisis y se está sustituyendo por una nueva concepción que asume la transición del estado del bienestar ideal a un "estado de vida sostenible de acuerdo a los recursos". Esta ponderación de los objetivos de bienestar en función de los recursos disponibles tiene mucho que ver con las problemáticas socioeconómicas de este fin de siglo y es a la vez importante señalar que la evolución de la demanda presiona fuertemente en que este tipo de objetivos se cumplan. La oferta es inestable, no esta garantizada por una política clara y coherente a nivel de las administraciones que son las responsables de estructurar este tipo de programas, pero la demanda presiona consistentemente en la petición de servicios de mas calidad que incluyan la psicoterapia como una de sus opciones estratégicas de calidad, y en relación con esto está también la precariedad de las coberturas de los seguros privados

De hecho, al definirse en España el catalogo de prestaciones sanitarias del Ministerio de Sanidad, se incluyó específicamente la psicoterapia dentro del catálogo de prestaciones. Esta inclusión de la psicoterapia dentro del catálogo de prestaciones de la oferta pública no se ha visto todavía correspondida con que se le de un peso específico suficiente a los programas de psicoterapia dentro del esquema existencial de los centros de salud, aunque evidentemente el que exista el reconocimiento de que debe alcanzarse un objetivo, aunque todavía no se hayan puesto los medios, nos hace pensar que si tanto los usuarios como los profesionales tienen una actitud claramente comprometida en la defensa de la prestación de estos servicios habrá una evolución positiva en los próximo años”⁷

Aunque es evidente el importante avance en estos aspectos, estamos aún muy lejos de poder realizar una atención integrada e integral en los diferentes programas asistenciales desde los que trabajamos:

⁷ Ávila Espada, A. La Psicoterapia ante el siglo XXI: Perspectivas de evolución para la próxima década. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 - Febrero - 15 -Marzo 2000; Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa11/conferencias-/11_ci_i.htm

- Los enfermos mentales que además consumen drogas (dejando a un lado el casi consustancial tabaquismo) se atienden a medias en dispositivos de salud mental, o de atención a drogadicción. O no se atienden.
- Los consumidores de drogas que además padecen una enfermedad mental, lo mismo. Los profesionales nos perdemos en disquisiciones tipo: ¿Qué es primero, el huevo o la gallina, la drogadicción o la psicosis...? Al parecer de esta respuesta se derivan una intervenciones u otras radicalmente diferentes.

La Administración andaluza, que como ya he señalado mantiene el tratamiento de las adicciones en el ámbito administrativo de los servicios sociales, ha incorporado un circuito de derivación entre los sistemas sanitario y social para “acabar” con la descoordinación existente, y habla de la utilización del Modelo Psicosocial en ambas redes (¿?)... Esperemos que el futuro sea más esperanzador en este sentido que el presente. Entiendo que mientras la “utilización del Modelo psicosocial” sea una prerrogativa del profesional en cuestión, y que según desde qué área sanitaria y desde qué dispositivo sea posible y viable la coordinación, no estamos mas que en unas bonitas ideas, compartidas por muchos, eso sí, pero poco exigidas desde los propios responsables sanitarios y sociales.

Me parece importante referir este texto, ya que en él se establece una a modo de definición estructural característica a los modelos de salud mental (sanitario) y de atención a drogodependencias (administrativamente social) cuya diferencia esencial, en mi opinión, es la voluntad política de que permanezcan separados. Los intentos de superación de la fractura existente, pese a ser loables, no dejan de ser tiritas, que ni siquiera parches, a la grave situación vivida por los usuarios y a la insatisfacción e impotencia experimentada por los profesionales.⁸

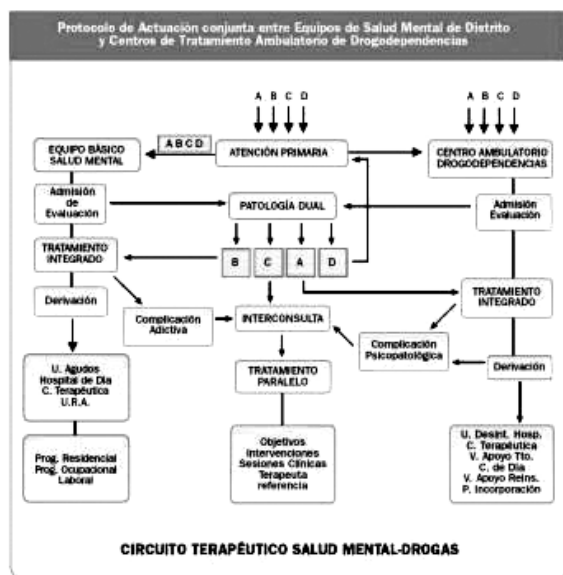
⁸ “Guía de practica clínica basada en la evidencia para el tratamiento de la adicción a opiáceos”. II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Sevilla, Pág. 211

Tanto Salud Mental como Drogodependencias tienen unas características estructurales que les son definitorias; pero también existen una serie de caracteres funcionales y técnicos que les son comunes y pueden facilitar la coordinación. Muestras de los mismos pueden ser:

- Utilización del Modelo Biopsicosocial.
- Presencia de equipos interdisciplinares.
- Contemplación de distintos niveles asistenciales.
- Amplia variedad de encuadres y tipos de programas terapéuticos.
- Recursos asistenciales variados integrados en una red pública.
- Utilización de la figura del terapeuta de referencia.
- Apoyo en recursos asociativos o de autoayuda complementarios.
- Importancia para el proceso de tratamiento de la inserción social.

Con esta perspectiva, es posible crear espacios intermedios entre las dos redes, desde la voluntad e implicación de las mismas, dedicados al abordaje de esa intersección real que existe entre el campo de la Salud Mental y el de las Adicciones. Por ello, se propone el siguiente Circuito Terapéutico que regule los flujos de usuarios, las competencias de ambas redes y el modelo terapéutico más adecuado en cada una de las intervenciones.

En el siguiente esquema se resume el protocolo establecido para la actuación coordinada de ambas redes en los casos detectados.



⁹ “Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el tratamiento de la adicción a opiáceos”. II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Sevilla, 2005, Pág. 212

CONTENIDO COMPETENCIAL DEL ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA

Parémonos ahora a estudiar un poco más detenidamente las competencias profesionales requeridas al especialista en Psicología Clínica.

Ya no es cuestionable la inclusión de los Psicólogos Especialistas al mismo nivel de derechos y deberes que el resto de Especialistas del Sistema Sanitario Público. Pero sin embargo, no es difícil constatar que sigue habiendo en muchas ocasiones una simplificación reduccionista de la contribución de la psicología y de sus profesionales al desarrollo, promoción y recuperación del estado de equilibrio psicosocial necesario para una buena salud entendida en su vertiente más integral

Siendo la psicología una disciplina de una rica polivalencia tanto en sus fuentes como en su desarrollo profesional, ¿no queda mermada esta riqueza cuando se concluye que su única aportación a la salud vendrá de la mano de los profesionales especialistas ubicados en los servicios de salud mental, y en tan escaso número que su presencia a veces es casi testimonial?

Desde el Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental se han hecho llegar a la Consejería de Salud las siguientes consideraciones:

1. En la actualidad, el Sistema Sanitario Público, ha dimensionado su programa de formación a partir de la consideración de que los psicólogos especialistas se ubican de forma mayoritaria en los servicios de Salud Mental.

La presencia de psicólogos en AP es inexistente en la mayor parte de las Comunidades Autónomas, y desde luego en la nuestra, pese a que gran parte del modelo de atención se basa en la asunción, por parte de AP de un gran peso de los problemas derivados de la enfermedad mental y de una buena parte de la atención a la vivencia de sufrimiento emocional, cada vez más presente en las demandas sanitarias.

2. Incluso desde esta consideración, el dimensionamiento de estos profesionales, frente a otros como médicos, psiquiatras, enfermería, supone

una clara contradicción con una definición avanzada de la salud, por lo que la presencia de los psicólogos clínicos en el sistema es mínima y en muchos casos, inexistente.

Las psicoterapias son, cuando menos, de difícil aplicación, y cuando para todos está clara la necesidad de mantener la continuidad del tratamiento farmacológico (mañana, tarde, noche, durante todos los días a lo largo de muchísimos años...), es casi imposible proponer y defender la necesidad de la terapia continuada, al menos una vez por semana, y durante, al menos, 30 minutos con cada usuario.

Las dificultades de implementación de terapias de formato grupal, con escasas facilidades para aplicación y continuidad, y el número escaso de psicólogos clínicos, hace muy difícil abordar de forma eficaz muchos de los problemas de salud que requieren intervención psicológica, con lo que la farmacología se presenta como la terapéutica más accesible, y el funcionamiento "comunitario" actual es más parecido a las antiguas consultas de neuropsiquiatría que a un modelo de atención moderno, basado en la coordinación entre niveles y el trabajo interdisciplinario por procesos.

3. El desconocimiento de las aportaciones de la psicología y de los psicólogos clínicos al conjunto de factores vinculados a procesos de enfermedades diferentes a las mentales, además de privar a los ciudadanos de indudables prestaciones de calidad científicamente reconocidas y reflejadas en los múltiples estudios de psicología y medicina basadas en la evidencia, contribuye a cronificar muchos de los problemas ligados a actitudes y características de la personalidad y al modo de afrontamiento de la enfermedad y su atención.

Existe suficiente evidencia de la beneficiosa aportación de la psicología y de las técnicas psicológicas en la atención a patologías cardiovasculares, obesidad, diabetes, trasplantes, clínica del dolor...

4. No se considera la participación de los psicólogos en el área de gestión, en especial de los recursos humanos, con la evidencia científica de su aportación al mundo de las organizaciones (y de lo que es muy consciente la empresa privada).

En un momento en que el Sistema sanitario Público de las diferentes CCAA, y desde luego de la nuestra, desea la incorporación de los aspec-

tos de gestión de calidad en sus servicios, la aportación de los psicólogos es necesaria en un ámbito diferente al clínico- asistencial.

5. La participación de los psicólogos en el diseño, implementación y evaluación de programas de formación continuada contribuirá a incorporar aspectos como la motivación, las habilidades sociales, asertividad y control emocional en los trabajadores de los diferentes niveles y categorías, aspectos estos vinculados a insatisfacción laboral, bajas por razones emocionales, conflictividad relacional y desimplicación en las tareas.

6. Por otra parte, la actividad privada de la psicología se puede ver afectada según las lecturas reduccionistas hechas por sectores de la profesión de una ley que define con relativa certidumbre al profesional que considera sanitario (y, según el anterior reduccionismo, por exclusión, al que no lo es).

A diferencia de otras disciplinas y de otras profesiones, la nuestra tiene como objeto de su trabajo y como método de intervención en múltiples ámbitos la actividad sanitaria:

Gran parte de la actividad del psicólogo en los diferentes ámbitos de trabajo, se basa en la realización de actividades sanitarias, que ocupan un % variable, según el campo de intervención de que se trate, pero que constituyen un quehacer legítimo y necesario para el buen desarrollo de la tarea.

A nuestro entender, es precisamente el peso continuado y definitorio de la actividad sanitaria lo que inclina la balanza del lado de uno u otro perfil, lo cual, cuando menos, debe quedar garantizado por los poderes públicos en tanto que actividad profesional desarrollada, adecuada, necesaria y propia de nuestra disciplina.

La plasmación práctica de estos aspectos la encontramos en la necesidad de clarificación continua de nuestras competencias, de nuestro valor profesional y de la importancia de incorporar en profundidad los aspectos psicosociales, y de asumir, de una vez por todas, que los psicólogos clínicos somos profesionales indispensables en los diferentes niveles del sistema de salud (incluida la red de atención a drogodependencias), y que es preciso dimensionar los equipos humanos con criterios cualitativos, no solo cuantitativos, para que sea posible incorporar de forma efectiva los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, base para la atención integral a los ciudadanos.

Una muestra reciente de estos problemas ha sido, y eso lo saben muy bien los psicólogos que trabajan en atención a drogodependencias en Andalucía, lo costoso que fue el proceso de convencimiento político para que desde las instancias superiores del Comisionado para la Droga se diesen indicaciones precisas que permitieran un Certificado de Funciones Profesionales para la obtención del título de especialista correspondiente. Los responsables políticos y técnicos han tenido muchas y serias dudas a la hora de establecer en el certificado requerido, el contenido del trabajo que se realiza, y no por falta de reconocimiento de la labor desarrollada, sino por el temor de dejar constancia escrita de ella, como si estuvieran destapando la caja de los truenos...

Es evidente, pues, que andamos aún sobre carbones encendidos, y que hay que aprovechar de forma adecuada los mensajes institucionales en los que podemos apoyar cuantas reivindicaciones y propuestas sean necesarias para lograr el legítimo derecho a ejercer una profesión que va a contribuir de forma innegable a satisfacer las necesidades de atención de los ciudadanos.

En su comparecencia en el Congreso de los Diputados, el 17 de marzo de 2005, la MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO, Dña. Elena Salgado, dijo en un texto cuya lectura recomiendo a todos los interesados en este campo, entre otras cosas:

"En otro orden de cosas se van a desarrollar programas de formación de los profesionales sanitarios, médicos, enfermeros, psicólogos clínicos y otros acerca de los problemas ocasionados sobre la salud y sobre los abordajes preventivos y terapéuticos más apropiados, y para ello se cuenta ya con la colaboración de las sociedades científicas de atención primaria.¹⁰

...Por otra parte, se debe continuar ofertando un tratamiento integral con un diagnóstico completo, un abordaje psicológico, farmacológico y social y un seguimiento adecuado, para lo que se van a potenciar las uni-

¹⁰ Comparecencia de la Ministra de Sanidad y Consumo ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas para informar sobre el Plan de Acción 2005-2008 de la Estrategia Nacional sobre Drogas. Web del Ministerio de Sanidad y Consumo. Pág. 7

dades asistenciales a los distintos consumos: cannabis, cocaína, medicamentos psicotrópicos, éxtasis, policonsumos, etcétera”.¹¹

La Especialidad de Psicología Clínica establece un marco de objetivos cuya co-nsecución permite hablar de unas condiciones profesionales lo suficientemente homogéneas y potentes, como para que nos sirvan de referente en la búsqueda de un campo de intervención común, adaptado al propio ámbito de actuación, pero con una coincidencia básica en conocimientos, capacidades, habilidades, y destrezas lo suficientemente profunda como para potenciar el desarrollo aún muy incipiente de nuestra disciplina.

Los Objetivos formativos señalados en el programa de la especialidad, establecen la rotación por los diferentes dispositivos que constituyen la Unidad Docente Acreditada, como la pieza clave para la formación del especialista, y constituyen el perfil a obtener después de los tres años de Formación. Puede ser conveniente recordarlos, por si su debate puede resultar de interés a los asistentes al seminario.

OBJETIVOS GENERALES ¹²	
1.	Capacitar a los psicólogos clínicos en formación para el desempeño de la especialidad, desde una perspectiva de atención integral, cubriendo los niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, favoreciendo las actitudes adecuadas para todo ello.
2.	Capacitar a los psicólogos clínicos en formación para el desempeño de las tareas de evaluación, diagnóstico, intervención y tratamientos psicológicos.

¹¹ Comparecencia de la Ministra de Sanidad y Consumo ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas para informar sobre el Plan de Acción 2005-2008 de la Estrategia Nacional sobre Drogas. Web del Ministerio de Sanidad y Consumo. Pág. 8

¹² Programa De Formación De La Especialidad De Psicología Clínica. Aprobado por la CNEPC el 21 de marzo de 2003.. Madrid, Adaptación del texto. Pág. 5. Disponible en Web de la AEN

3.	Capacitar a los psicólogos clínicos en formación para el ejercicio interdisciplinario que una concepción multidimensional del ser humano, así como de los procesos de salud y enfermedad, requieren.
4.	Capacitar a los psicólogos clínicos para conocer y manejar las variables institucionales que están presentes e intervienen en el desempeño de la actividad clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
adquirir los conocimientos, actitudes, habilidades y competencias necesarias para	
1.	La recepción y análisis de la demanda, y establecimiento de los planes de intervención clínica, y/o de tratamiento.
2.	El uso adecuado de técnicas de entrevista psicológica y psicopatológica, a fin de establecer el adecuado análisis funcional de la problemática que presenta un paciente o grupo y proporcionar elementos para el establecimiento del plan terapéutico más adecuado.
3.	La utilización de instrumentos y técnicas de evaluación y diagnóstico psicológicas para la identificación de los trastornos mentales y de los factores de riesgo asociados a ellos.
4.	La evaluación y el diagnóstico psicológico de los trastornos mentales mediante técnicas de evaluación adecuadas y ateniéndose a sistemas de clasificación y diagnóstico homologados.
5.	La elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención y tratamiento psicológico a nivel individual, familiar, de grupo, y comunitario.
6.	La elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención y tratamiento psicológico en pacientes agudos y participación en la resolución de situaciones de crisis y de urgencias.
7.	La elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención y tratamiento psicológico para la población infantil y adolescente.
8.	La elaboración y aplicación de programas de rehabilitación y atención prolongados.

9.	La aplicación de técnicas de relación interpersonal y de trabajo en equipo.
10.	La programación de la coordinación con los dispositivos de la red asistencial y el conocimiento y utilización de los recursos sociales, educativos y comunitarios.
11.	La participación en las actividades preventivas y de promoción de la salud, asesoramiento, interconsulta y trabajo en coordinación con los Equipos Básicos de Atención Primaria.
12.	El desarrollo de programas de asesoramiento a otros agentes sociales no sanitarios.
13.	La realización de informes clínicos, certificados y peritajes psicológicos.
14.	14. El manejo de la metodología y diseños de investigación clínica, social, educativa y epidemiológica en Salud Mental.

Es evidente, pues, que podemos considerar dichos objetivos como indicadores de la propia práctica profesional, estableciendo el propio nivel de conocimientos y habilidades, y permiten identificar carencias y fortalezas en las que estructurar futuros programas de formación, pues entendemos que una consecución equilibrada de estos objetivos permiten hablar de un profesional solidamente formado, que puede desarrollar su trabajo en cualquiera de los niveles del sistema. En esta tarea es preciso requerir más esfuerzos de las Administraciones, apoyando programas formativos también fuera de la industria farmacéutica, oferta casi hegemónica en los últimos tiempos, así como requerir el apoyo de los Colegios Profesionales, de las Asociaciones Científicas y profesionales

En la siguiente tabla se realiza un resumen de objetivos por niveles de atención establecidos en el programa de la especialidad, y que será objeto de uno de los trabajos prácticos propuestos en este seminario, si los asistentes lo consideran de interés. ¿Cuántos de los objetivos abajo referidos se cumplen en nuestro propio trabajo?. ¿Cuáles son mis principales lagunas formativas? ¿Es posible identificar a partir de estos objetivos actividades formativas y de defensa de nuestro ejercicio profesional en el marco en que trabajo?... Intentaremos contestar algunas de estas preguntas en el trabajo colectivo del seminario.

PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA, AMBULATORIA Y DE SOPORTE A LA ATENCIÓN PRIMARIA ¹³	
1.	Conocer y manejar las implicaciones prácticas de los principios y bases organizativos del Sistema Nacional de Salud Español y de la Comunidad Autónoma que corresponda, así como su modelo de atención a Salud Mental.
2.	Adquirir conocimientos y experiencia en programación, organización y planificación de los equipos, unidades, servicios u otros dispositivos sanitarios y en las actividades relacionadas con la problemática legal del enfermo mental.
3.	Conocer y manejar instrumentos de psicodiagnóstico y evaluación psicológica, técnicas de entrevista clínica, análisis y formulación de casos. Realizar diagnósticos, incluyendo diagnóstico diferencial, elaborar historias clínicas, informes clínicos e informes periciales
4.	Elaborar, aplicar y valorar la eficacia de programas de tratamiento psicológico, en los niveles individual, familiar, y de grupo.
5.	Adquirir conocimientos, habilidades y experiencia en el manejo clínico y seguimiento de casos, en el trabajo en equipos multidisciplinares, en la coordinación con otros dispositivos socio-sanitarios, y en las actividades de planificación, prevención y evaluación clínica y epidemiológica, así como en el diseño de actividades y programas de prevención y promoción de la salud.
6.	Conocer y aplicar criterios de indicación de hospitalización, interconsulta, y derivación a otros recursos y profesionales socio-sanitarios.
7.	Adquirir conocimientos y experiencia en técnicas de consejo y asesoramiento.

¹³ Programa De Formación De La Especialidad De Psicología Clínica. Aprobado por la CNEPC el 21 de marzo de 2003. Disponible en Web de la AEN. Madrid, Adaptación del texto referido de las Págs. 11 y siguientes.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS

1.	Adquirir conocimientos, habilidades y desarrollar actitudes adecuadas sobre los diversos aspectos referidos al diagnóstico y valoración de la gravedad del trastorno y la crisis, incluyendo el diagnóstico diferencial con enfermedades médicas, evaluando los síntomas precoces y los incapacitantes.
2.	Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes sobre la atención a pacientes ingresados y sus familiares, y la atención a las urgencias derivadas por los equipos comunitarios y los servicios generales de urgencias.
3.	Conocer y aplicar criterios de indicación de hospitalización, tiempos estimados de ingreso, indicaciones de altas, planificación del seguimiento ambulatorio, etc.
4.	Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para la valoración de pautas de tratamiento intensivo, así como para la coordinación en red con otros dispositivos asistenciales y profesionales en función del seguimiento y apoyo tras el alta, con el fin de reducir la tasa de reingresos futuros y mejorar la calidad de vida de los enfermos y familiares.
5.	Conocer los psicofármacos indicados en cada caso, criterios de aplicación, protocolos de seguimiento, y los efectos colaterales.
6.	Adquirir conocimientos sobre las principales técnicas de exploración neurológica y los síndromes y enfermedades neurológicas más relevantes, los psicofármacos indicados y los efectos colaterales.
7.	Adquirir conocimientos de los factores más relevantes en la coordinación con los distintos dispositivos y recursos de la red socio-sanitaria, desde una óptica de continuidad de cuidados.
8.	Adquirir experiencia en el manejo de técnicas e intervenciones psicológicas para los procesos de agudización de los trastornos mentales y las situaciones de crisis y de urgencias.

PROGRAMA DE INTERCONSULTA Y ENLACE. PROGRAMAS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
1.	Adquisición de las actitudes, habilidades y conocimientos para la práctica de interconsulta con las diversas especialidades médicas, especialmente en situaciones de crisis.
2.	Adquisición de las habilidades y conocimientos para el desarrollo de programas de enlace.
3.	Adquirir conocimientos y desarrollar actitudes y habilidades para la evaluación de problemas psicológicos y de comportamiento que interfieran o puedan interferir con la evolución y el tratamiento de las diversas enfermedades médicas, ya sea en los procesos agudos como en los de larga duración y en las enfermedades crónicas.
4.	Diseñar y aplicar intervenciones psicológicas específicas para pacientes atendidos en otros servicios o unidades hospitalarias.
5.	Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño y realización de actividades de información y apoyo psicológico a familiares de pacientes hospitalizados por enfermedades médicas.
6.	Adquirir y desarrollar actitudes y habilidades específicas para el manejo de pacientes con trastornos mentales que requieran hospitalización y/o tratamiento ambulatorio por enfermedades médicas.
7.	Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de programas de atención a pacientes ingresados en diferentes servicios del hospital en coordinación con el personal facultativo y de enfermería de los mismos.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

1.	Capacitar en el manejo clínico y seguimiento de los pacientes con trastornos mentales crónicos.
2.	Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades específicas para evaluar las habilidades, potencial de desarrollo, y déficits de los pacientes con trastornos mentales crónicos.
3.	Identificar los factores de protección y de riesgo de discapacidad y de marginación. Evaluación de su red de apoyo social.
4.	4. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades sobre los programas, técnicas y estrategias de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales crónicos en y con los diversos servicios y/o dispositivos sanitarios y sociales.
5.	Capacitar para la elaboración, desarrollo y aplicación de planes individualizados de rehabilitación para pacientes con trastornos mentales crónicos, incluyendo tanto los dispositivos adecuados para el logro de dichos planes, así como las técnicas y estrategias específicas para actuar sobre los déficit psico-sociales, las dificultades de integración laboral, y las deficiencias en la adaptación social y familiar.
6.	Capacitación en programas psicoeducativos de rehabilitación, dirigidos a potenciar y recuperar las habilidades y capacidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales del paciente con trastorno mental crónico, con el fin de que logre alcanzar un nivel de autonomía personal óptimo, que le permita adaptarse a la comunidad y desarrollarse como individuo.
7.	Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo clínico de la persona con trastorno mental crónico, en lo que se refiere al cumplimiento adecuado de las pautas de tratamiento.
8.	Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para la coordinación con los diversos recursos socio-sanitarios involucrados en el soporte, apoyo y rehabilitación integral de los pacientes con trastornos mentales crónicos diseñando y realizando actuaciones en función de casos.

9.	Conocer los dispositivos sociales y sanitarios existentes en la Unidad Docente Acreditada o vinculados a ésta y los criterios y procedimientos de coordinación y derivación para un mejor cumplimiento del Programa de Rehabilitación.
----	--

PROGRAMA DE CLÍNICA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA	
1.	Adquirir los conocimientos y desarrollar las habilidades necesarias para la atención psicológica a la salud mental de la infancia y la adolescencia.
2.	Profundizar y adquirir nuevos conocimientos desarrollando habilidades específicas en psicodiagnóstico y evaluación de los problemas psicológicos y trastornos mentales de niños y adolescentes.
3.	Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para el diseño y aplicación de intervenciones psicoterapéuticas en población infantil y adolescente.
4.	Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para realizar intervenciones y programas de enlace y apoyo a Atención Primaria para población infantil y juvenil.
5.	Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para realizar actividades y programas de enlace y apoyo a menores hospitalizados y sus familias.
6.	Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para el trabajo con familias de menores con alteraciones psicológicas. Identificación de contextos familiares y factores de especial riesgo para el niño y adolescente.
7.	Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para la coordinación con instituciones sociales, educativas y judiciales involucradas en la atención a menores

PARTICULARIDADES DE LA INTERVENCIÓN DEL PSICOLOGO CLINICO EN EL CAMPO DE LA ATENCION A LAS DROGADICCIONES

Paralelamente, en el campo de las Drogodependencias, se han ido produciendo importantes aportaciones, fruto del desarrollo de la Psicología en general y de la Psicología Clínica, de la mano de muchos profesionales históricamente implicados en mejorar no solo las prácticas, sino los modelos, los programas y los servicios.

221

En el Perfil de Psicología de las Drogodependencias, se establece algunas consideraciones que considero de interés destacar

...“Varias conclusiones resaltan a la hora de teorizar sobre la práctica profesional:

1. Necesidad de trabajo en equipo multidisciplinar.
2. Necesidad de trabajo por programas sobre problemas concretos.
3. Trabajar sobre las relaciones que se establecen entre técnicos, comunidad y políticos que a veces incapacitan la propia intervención.
4. Resolver las limitaciones que imponen la inestabilidad de los programas por problemas presupuestarios y los cambios institucionales que obligan a cambiar las directrices de los mismos.¹⁴

...“En el momento actual, ejercer como psicólogo en cualquiera de los niveles de la intervención en drogodependencias: planificación, prevención, atención, investigación, etc., viene condicionado por las características que hoy presenta dicha intervención y que tiene que ver con tres bloques determinantes:

¹⁴ Perfil de Psicología de las Drogodependencias. COP. Madrid 1998. Introducción.

Los referidos al Marco Institucional.

- La naturaleza de la institución, sea pública o privada.
- La fuente o fuentes de financiación.
- El marco ideológico-conceptual.
- El tipo y las características de la planificación para la actuación.
- La situación del programa concreto.
- El marco laboral que la institución tiene establecido.

Los referidos a la finalidad de cada Programa concreto.

- Los supuestos ideológico-conceptuales en base a los cuáles se ha diseñado el programa. Esos abarcan tanto la visión que se tiene de la realidad sobre la que se pretende intervenir como la finalidad que se plantee con la intervención.
- El marco programático específico: objetivo propuesto, metodología, estrategias, recursos humanos y materiales y sistemas de evaluación.

Los referidos al Marco Multidisciplinar.

- Los distintos referentes conceptuales que aportan los miembros del equipo.
- Los distintos referentes teóricos en los que se asientan las actuaciones de los miembros del equipo.
- Los intereses corporativistas.
- Los que implica la dinámica grupal.¹⁵

¹⁵ Perfil de Psicología de las Drogodependencias. COP. Madrid 1998. En el capítulo: Determinantes de la Práctica Profesional.

La intervención de la Psicología en Drogodependencias ha tenido un desarrollo paralelo al de la especialización de este ámbito de trabajo. Puede decirse que el psicólogo no se ha unido a una intervención ya conformada, sino que con su trabajo ha contribuido al desarrollo de la misma, viéndose a su vez obligado a dar respuestas cada vez más especializadas conforme más complejas han sido las demandas que ha tenido en su intervención.¹⁶

En el siguiente cuadro, se resume de forma esquemática la evolución histórica que el abordaje de las Drogodependencias ha tenido en nuestro país, a partir del citado documento, evolución que se ha ido produciendo, también, con la evolución de la presencia y participación de los psicólogos, desde las incipientes experiencias de intervención comunitaria hasta las complejas intervenciones actuales.

60-70

- Consumo aún escaso y en personas y grupos definidos.
- Crece el consumo de tabaco y alcohol.
- El tratamiento desde los centros psiquiátricos.
- No existe formación específica. El psicólogo casi no existe.
- El Alcoholismo es el problema.

70-80

- Incremento de las medidas represivas. No de tratamiento.
- Tratamiento se sigue prestando de forma irregular, desde el sector psiquiátrico e instituciones privadas y benéficas.
- Algunos equipos se especializan.
- Déficit importante de formación y falta de coordinación y recursos.

¹⁶ Perfil de Psicología de las Drogodependencias. COP. Madrid 1998. En el capítulo: Desarrollo Histórico.

80-85

- Aparición de un consumo abusivo de heroína. Primeros centros específicos de tratamiento, incorporación de los psicólogos.
- Incipiente organización de equipos en Ayuntamientos, equipos de Promoción de la Salud. Se empieza a trabajar en Psicología Comunitaria.
- Tratamiento caracterizado por la rigidez, énfasis en el alejamiento del contexto habitual y objetivo la abstinencia.
- Bienestar como concepto (político) de salud. Intervenciones centradas en el contexto que rodea a la adicción. Importancia de los conceptos globalidad, multifactorialidad, e interdisciplinariedad. Se empieza a trabajar desde dos modelos: el psicosocial y el psicodinámico.

85-90

- Plan Nacional Sobre Drogas: 1º.- centros especializados 2º.- aumento de servicios ofrecidos por las redes sanitarias y sociales.
- Se define el centro ambulatorio eje principal, con cauces y canales de coordinación / derivación hacia otros recursos.
- El psicólogo: profesional de necesaria presencia en todos los recursos y aumenta la formación específica.
- Se incorpora a la práctica el modelo relacional, se realizan importantes aportaciones del modelo cognitivo-conductual (prevención de recaídas), contribuyen decisivamente el encuadre técnico del psicólogo en drogodependencias.

DESDE LOS 90

- Consolidación de recursos específicos de de progresiva especialización.
- La presencia de los psicólogos en los mismos es incuestionable, aunque empiezan a despuntarse trabas administrativas
- Convivencia de programas "libres de drogas" y de "disminución de riesgos".
- Aparecen oportunidades nuevas para la Psicología.
- La Psicología Comunitaria abre nuevas vías para el trabajo de prevención
- Las funciones del psicólogo se diversifican y se produce una progresiva incorporación a tareas de gestión, planificación y evaluación de programas.

En este momento, el relativo fracaso de las diferentes políticas (a nivel internacional) en lo que a consumo se refiere, dejan mas en evidencia las contradicciones que se interrelacionan en este fenómeno, difícilmente analizable sólo desde una perspectiva profesional, pues su dimensión y sus raíces exceden claramente este campo.

A modo de ejemplo, algunos datos globales del consumo, para situar un poco las repercusiones de este fenómeno en la población

OBSERVATORIO EUROPEO

- Cada año entre 6000 y 7000 muertes relacionadas directamente con drogas (sobredosis), estando implicado en la mayoría de ellas un opiáceo.
- El consumo de heroína se ha estabilizado o ha disminuido en todos los países.
- El cánnabis está aumentando.
- Entre un 50 % y un 70 % de los que solicitan tratamiento son consumidores de heroína.
- 1-1,5 millones consumidores de drogas de la UE (500 000-750 000 opiáceos).
- Mayor prevalencia consumo de heroína entre los consumidores problemáticos.
- El cánnabis como la droga ilegal más consumida en la Unión Europea.

OBSERVATORIO ESPAÑOL

- 2001 se registraron 49.487 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco).
- La mayor parte de las admisiones a tratamiento se debieron a heroína (72,2%).
- Importante descenso del consumo de heroína y del uso de la vía venosa.
- Las admisiones a tratamiento por heroína han descendido de forma importante.
- Se observa un aumento del consumo de cánnabis y cocaína.
- La heroína continúa siendo responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las droga.

ANDALUCÍA COMISIONADO PARA LAS DROGAS

- 51, defunciones en 2002.
- 16.008 admisiones y readmisiones a tratamiento. El 86% había recibido tratamiento por la misma sustancia.
- Las admisiones por tabaquismo son 573 (3,5% del total, se observa una disminución del consumo de heroína.
- 10.583 usuarios en 2002 por consumo de drogas ilegales y psicofármacos.
- En 2002 de 6.251 usuarios con consumo de heroína y/o "rebujaos".
- 1% de la población andaluza de 12 años en adelante indica haber consumido heroína alguna vez.
- Entre 6.000 y 8.000 serían consumidores habituales de heroína

Y ello sin hablar de las "cifras" del sufrimiento que acompaña al que padece la adicción y a los que le rodean, las consecuencias directas e indirectas del consumo, y las enormes repercusiones políticas del asunto, a veces motor de cambios en la prioridad de los programas de atención y en la defensa de diversos tratamientos estrella, mas sostenidos en la necesidad de dar respuesta a la presión sociopolítica que a su efectividad y posibilidades de generalización.

Teniendo en cuenta el Perfil del Psicólogo Clínico anteriormente descrito, y las peculiaridades del campo de intervención de las Drogodependencias (o conductas adictivas, para ser mas abarcativos, ¿sería acertado decir que el psicólogo clínico experto en adicciones, sería aquel especialista que ...

1. Comprende los componentes antropológicos, sociológicos y económicos necesarios para entender el consumo de drogas en su sentido historicocultural. Conocer la legislación vigente y la red de atención a Drogodependencias
2. Conocer de forma suficiente los fundamentos farmacológicos y psicofarmacológicos de las diferentes sustancias psicoactivas.
3. Mantiene una comprensión integral del problema de las conductas adictivas, con una incorporación de las nuevas adicciones (Internet, móviles, juego, trabajo...)

4. Conoce los conceptos y contenidos básicos de los fundamentos de la prevención primaria, el tratamiento y la rehabilitación de las conductas adictivas
 5. Diagnostica los factores de riesgo y los factores de protección y diseña estrategias para su potenciación y desarrollo.
 6. Diseña, implementa, supervisa, coordina y evalúa programas de prevención, incluyendo el trabajo en Escuelas, Empresas y Grupos sociales de mayor riesgo.
 7. Aplica de forma eficaz diversos modelos de intervención terapéutica con evidencia empírica de eficacia
 8. Desarrolla estrategias adecuadas para conseguir y mantener la adherencia al tratamiento.
 9. Realiza las derivaciones y /o consultas con otros profesionales y /o dispositivos cuando así lo requiera la correcta atención del problema.
 10. Es riguroso y competente en el desarrollo de las técnicas psicológicas, sin olvidar ni descuidar la comprensión, la empatía y el respeto por el usuario y su entorno.
 11. Incorpora en su intervención la evaluación específica del contexto social en que se mueve el usuario con problemas, y sabe relacionar los factores individuales, familiares, grupales y sociales implicados, y desarrolla programas de rehabilitación adecuados a dichas circunstancias personales, familiares y sociales
 12. Mantiene en su intervención una actitud ética que le permita atender las necesidades del usuario y su familia con independencia de las exigencias sociales que pueden aparecer
 13. Trabaja con eficacia en equipos multidisciplinares, manteniendo una actitud abierta a las reflexiones y debates necesarios que favorezcan el consenso con otros profesionales de la propia disciplina y de otras.
- Participa en el diseño de programas y en la gestión de unidades y dispositivos de atención a Drogodependencias.

En el terreno del tratamiento de las adicciones, es preciso dejar constancia con mayor claridad de la presencia específica del psicólogo especialista. La terminología administrativa tiende a ocultar bajo denominaciones “comunes” que pueden dar lugar a confusión, hablando mayoritariamente de terapeutas, sin que dicho término signifique lo mismo en un lugar u otro, referido a un profesional o a otro (al igual que sucede en salud Mental, cuando se hable de facultativos, en lugar de Psiquiatras y Psicólogos Clínicos)

La amplia aceptación social y el reconocimiento científico del papel del psicólogo clínico en la intervención en el área de las drogodependencias, debe ser administrativamente correspondido con la estabilidad de nuestra presencia profesional en dicho área, estableciendo, de acuerdo con las normas y evidencias citadas en este texto, una clara definición del profesional de las drogodependencias, a la vez que debe potenciar el trabajo en ámbitos diferentes al clínico –asistencial, claramente predominante sobre otros campos.

En esta línea, la propia especialidad de Psicología Clínica, debe incorporar contenidos teóricos y prácticos en el área de las adicciones (hoy casi inexistentes), imposibles de articular adecuadamente si no se consigue incrementar el programa en cuatro años, como ha sido solicitado desde la CNEPC. Es importante, además, conseguir que la formación y experiencia en este campo, sean incorporados en la consecución de un Diploma de Acreditación / Diploma de Acreditación Avanzada, según permite el Art. 36 de la LOPS. Ello fortalecerá la presencia profesional de los psicólogos clínicos, y de forma indiscutible, se contribuirá a hacer más eficaces y eficientes los servicios.

Desde diferentes instancias administrativas se está procediendo al lanzamiento de políticas, planes, manuales, guías y protocolos a menudo descontextualizados, con poca fluidez entre sistemas, incluso la misma administración, puede estar pronunciándose sobre medidas contradictorias, incluso cuando el objetivo sea el mismo.

Sería deseable establecer un OBSERVATORIO PROFESIONAL (es posible que los colegios Profesionales lo puedan apoyar, desde luego, el Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental lo haría se fuera de interés para el colectivo), con carácter transversal, que realizara una lectura crítica y constructiva de los dife-

rentes documentos que afectan o pueden afectar a la profesión, y permitiera reforzar una política activa de penetración en las administraciones y organizaciones implicadas que favorezcan una mayor implantación de las terapias psicológicas desarrolladas por psicólogos clínicos en los diferentes niveles de intervención sanitaria.

A modo de ejemplo, destaco un texto reciente por poseer, a mi entender, un valor importante en muchos sentidos: uno de ellos, el de realizar un intento de abordaje serio del fenómeno que nos ocupa en el contexto laboral, con las repercusiones positivas esperadas de una política de estas características. Otro, el de resumir en pocas frases dos de los aspectos que de forma más insistente se han intentado señalar en este texto: 1º.- la importancia de las aportaciones de la psicología y de los psicólogos al campo de comprensión y atención de las adicciones, y 2º, el empeño en destacar la subsidiariedad de nuestra profesión a otras más consolidadas, estableciendo profesiones sanitarias de primera y segunda clase, además de utilizar inadecuadamente el concepto agentes de salud.

Por su interés, de todas formas, recomiendo la lectura de este “manual” a todos los interesados y que pueden encontrar en la Web de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Dice entre otras cosas (el subrayado es mío):

“Se inician toda una serie de programas y mensajes dirigidos hacia la atención primaria, cuyas herramientas fundamentales son la promoción y la educación para la salud. Los equipos de profesionales que empiezan a formarse en los nuevos dispositivos sanitarios se amplía, la incorporación de nuevas profesiones dentro del escenario sanitario se constituye como una realidad absolutamente insoslayable hoy en día. Psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, sociólogos, maestros...posibilitan que los principales agentes de la salud: médicos y diplomados en enfermería, fundamentalmente, comiencen a asumir posiciones más activas.

La existencia, hasta entonces del modelo clínico, llamado con posterioridad tradicional, comienza a verse invadida por aires más progresistas y renovador-es que sustentan la base de su acción sanitaria en elementos fuertemente arraigados en el desarrollo de la propia sociedad en su conjunto, no desgajando la salud del resto de los procesos sociales, tanto en

su vertiente económica como de las demás áreas que inciden en la sociedad: educativa, de ocio..., definiéndose esta opción sanitaria como modelo comunitario.

Como diferencias fundamentales entre el modelo clínico tradicional y el modelo comunitario, podríamos hablar de las siguientes:¹⁷

MODELO CLINICO TRADICIONAL	MODELO COMUNITARIO
Dirige su acción a personas aisladas	Actúa sobre los grupos y las organizaciones, sobre la comunidad, los centros de trabajo y el territorio, es decir son intervenciones centradas en lo ecosocial
Se centra en individuos enfermos	Actúa sobre los individuos enfermos, los que se encuentran en riesgo y los sanos (promoción y educación para la salud)
Genera acciones terapéuticas	Amplía su intervención con acciones educativas, preventivas y de promoción de la salud
Desarrolla un estilo receptivo en la prestación de los servicios	Tiende a fomentar modelos de búsqueda activos en la resolución de problemas trabajando con los grupos existentes en la comunidad
Trabaja de manera unisectorial	Vincula el trabajo específico con otros aspectos que inciden en el individuo como pueden ser la vivienda, la alimentación, la educación, la cultura...
Analiza, fundamentalmente variables y niveles de intervención biologicistas y fisiopatológicos	Es ecológico, analiza variables de desarrollo e implicación personal y ambiental
Medicaliza o psicologiza el problema en el usuario	Amplía el campo competencial a la familia e incluso, llegado el caso, a grupos estructurados o formales donde participe el usuario

¹⁷ Manual para la prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral. Plan de Prevención de las Drogodependencias y Adicciones en las Empresas. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones Consejería Para La Igualdad Y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Sevilla, 2005. Pág. 33-35

Utiliza recursos profesionalizados	Utiliza recursos que, aun no siendo profesionales, se encuentran en la comunidad
Da escasa importancia a la acción pedagógica	Tal como hemos indicado, prioriza la educación para la salud como estrategia fundamental
Centra su atención en los dispositivos que se generan desde los modelos de intervención hospitalaria	Se acerca y se adentra en los contextos más cercanos a la población, no sólo para intervenir, sino para entender cómo se estructura y cómo funciona la población destinataria
Plantea acciones unidisciplinares basadas en la investigación clínica	Ejerce acciones interdisciplinares y utiliza la investigación epidemiológica como principal herramienta para su desarrollo

Es evidente que parece mas deseable y eficaz para la población la implantación del modelo comunitario, como sostén del modelo de salud, con la consiguiente promoción de estrategias multidisciplinares de prevención y promoción, no solo de atención. Pero lo que me ha resultado más curioso es comentar que desde el modelo médico llamado tradicional en este documento, “se medicaliza o psicologiza el problema en el usuario”, como si ambos hechos tuvieran el mismo origen, las mismas consecuencias, y sobretodo, las mismas dimensiones... Parece que a nuestros colegas, trabajando en minoría en “Grupos de Expertos” designados por los administradores, les costara trabajo encontrar un equilibrio de defensa del territorio profesional que no comprometiera demasiado al que hace el encargo.

En fin, es sólo una muestra del difícil marco de trabajo en que nos encontramos, con discursos profesionales que marchan en paralelo, demasiadas veces sin tocarse, demasiadas veces sin ni siquiera conocerse.

LA APUESTA POR LA GENERALIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS SOSTENIDOS POR LA EVIDENCIA EMPÍRICA

Uno de los problemas con que se encuentra nuestra profesión en el campo de intervención de las conductas adictivas, ha sido que unido a la enorme penetración y generalización de las técnicas psicológicas, y de la indiscutible importancia

de la participación del psicólogo en todas las vertientes del problema, parecería que dichas aportaciones se han traducido mas en un afianzamiento de los modelos de atención y de servicios que en un perfil profesional claramente definido. Parece que las intervenciones psicológicas pueden ser realizados por cualquier otro profesional "con algún que otro curso de formación y algunos manuales de autoayuda".

Algo tenemos de responsabilidad los profesionales cuando no defendemos se forma suficientemente cohesionada y potente, a la vez que con rigurosidad científica, los tratamientos psicológicos validados (o al menos, suficientemente avalados), y desechemos esa errónea apreciación de que el "ojo clínico", o las particulares formas de hacer del profesional (terapeuta) tienen el mismo valor que las científicamente validadas.

"Los factores que resumen el interés por la evaluación de la eficacia o la efectividad terapéutica pueden resumirse en: la evolución de la ciencia psicológica; el incesante desarrollo de los tratamientos psicofarmacológicos en dura competencia con los tratamientos psicoterapéuticos y, el acceso creciente de los ciudadanos de los países avanzados a los servicios sanitarios, junto con la necesaria contención del gasto por parte de los pagadores (Pérez et al, 2003). En la actualidad se dispone de tratamientos psicológicos de contrastada eficacia, no obstante, no todos los tratamientos psicológicos tienen el mismo valor, al parecer también existen tratamientos psicológicos ineficaces"¹⁸

En este sentido, me parece de gran interés el artículo publicado en el nº 87 de Papeles del Psicólogo, algunos de cuyos párrafos me permito trasladar a este texto:

"A diferencia de otras profesiones, la psicología tiene todavía hoy toda una serie de temas en los que no se ha llegado a un completo consenso.

¹⁸ Emilio Sánchez Hervás. Los Tratamientos Psicológicos En Adicciones: Eficacia, Limitaciones Y Propuestas Para Mejorar Su Implantación. Papeles del Psicólogo, Nº 87, 2004. COP.

Uno de estos temas, que ha sido fuente continua de debate en la psicología clínica desde su aparición, es qué es una intervención psicológica eficaz; o, qué es un tratamiento psicológico eficaz. Aunque la psicología es una ciencia y, como tal, tiene que utilizar el método científico, han existido, y siguen existiendo, puntos de vista divergentes sobre ello. Por ejemplo, cuando se afirma que la evaluación de un tratamiento sólo podemos hacerla basándonos en criterios fenomenológicos o individuales. Sin embargo, hoy esto es difícil de sostener si queremos estar en el lado de las ciencias experimentales”.

“Por otra parte, la evaluación se ha ido imponiendo sistemáticamente como un criterio básico para saber lo que funciona o lo que no funciona, en nuestro caso para saber si funciona o no el tratamiento psicológico y qué tipo de tratamiento psicológico. La necesidad de conocer el coste de los servicios, la competencia del tratamiento farmacológico y otro tipo de intervenciones, junto a la presión social de conocer lo que es o no eficiente, está en la base de la evaluación. Aunque este movimiento tiene una raíz más profunda en el análisis de costes de los servicios que surge en el mundo anglosajón, se ha ido imponiendo en todos los países desarrollados, incluido el nuestro, como es hoy claro en el campo de la sanidad pública”

Hoy ya no vale el "ojo clínico" o las características personales del terapeuta. Hoy es necesario tener el tratamiento claramente descrito en un manual de tratamiento, que se pueda aplicar por distintos terapeutas (y replicar), que sea viable y posible de aplicar, protocolizado, aceptado por los clientes, evaluado con los criterios de evaluación científica, etc. Y esto para cada uno de los tratamientos que vamos a aplicar. Por ello, entendemos por tratamiento psicológico, siguiendo a Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo (2003) "una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etc.). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana" (p. 25). Esta diferencia es importante, ya que se confunde con frecuencia psicoterapia con tratamiento psicológico, y hay muchos matices entre una y otra denominación (ver Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Un tratamiento psicológico eficaz sería aquel que "ha

pasado los controles y pruebas científicas adecuadas de tal modo que sabemos que funciona respecto a no aplicar ningún tratamiento o a otro que no muestra tener efectos o a otro menos eficaz" (Labrador et al., 2003, p. 28).¹⁹

El tratamiento psicológico es un aspecto esencial en la intervención en drogo-dependencias. Los principios de tratamiento efectivo propuestos por el NIDA señalan que la intervención psicológica es fundamental a largo plazo

Cuadro 1
Principios del Tratamiento Efectivo
(traducido del texto publicado en NIDA, 1999)

- 1.- Ningún tratamiento en particular es apropiado para todos los individuos
- 2.- El tratamiento necesita ser fácilmente accesible
- 3.- El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo
- 4.- El plan de tratamiento individual debe ser evaluado continuamente y modificado en la medida en que sea necesario para asegurarse de que dicho plan tiene en cuenta las necesidades cambiantes de la persona
- 5.- La permanencia en el tratamiento durante un tiempo adecuado es crítico para la efectividad del tratamiento
- 6.- El consejo psicológico (individual o en grupo) y otras terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogadicción
- 7.- La medicación es un elemento importante para el tratamiento de muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el consejo psicológico y otras terapias conductuales
- 8.- Los individuos que son adictos o que abusan de las drogas y que presentan además trastornos mentales deberían tener tratamiento para ambos trastornos de una forma integrada
- 9.- La desintoxicación médica es sólo el primer paso del tratamiento de la adicción y por sí misma es poco efectiva para cambiar el uso de las drogas a largo plazo
- 10.- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo
- 11.- El uso posible de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente
- 12.- Los programas de tratamiento deberían proveer la evaluación de una posible infección por VIH/SIDA, Hepatitis B y C, Tuberculosis y por otros agentes infecciosos, además de consejo psicológico para ayudar a los pacientes a cambiar o modificar las conductas que les ponen a ellos mismos o a los otros en riesgo de infección
- 13.- Recuperarse de la adicción a las drogas puede ser un proceso a largo plazo y requiere frecuentemente múltiples episodios de tratamiento

¹⁹ Elisardo Becoña Iglesias. Guías De Tratamiento Y Guías Para La Práctica Clínica Psicológica: Una Visión Desde La Clínica. y otros. Papeles del Psicólogo Abril, nº 87. 2004. COP..

En relación a esta tabla, que he visto al menos en cinco textos diferentes, con una traducción distinta del punto 6, es interesante observar, por ejemplo, que la Guía editada por la Dirección General de Atención a Drogodependencias, suprime directamente la palabra “psicológico”, sustituyéndola por “terapia individual o de grupo”.²⁰

En un artículo de revisión de los programas de tratamiento que me parece especialmente serio,²¹ se insiste en la importancia de generalizar la implantación de tratamientos psicosociales, base de la continuidad de respuesta efectiva a medio y largo plazo, y a la vez, nos alerta acerca de la importancia de asumir un compromiso profesional más activo para la formación, actualización e implantación de tratamientos reconocidos como eficaces:

...“Los principios 6, 7 y 9 del tratamiento efectivo según el NIDA, adoptan un punto de vista común. El núcleo del problema adictivo es un trastorno psicológico, en el que hay importantes componentes biológicos que hay que tratar, pero en el que el abordaje psicológico es crítico en el largo plazo. En este mismo sentido se orientan las recomendaciones para el tratamiento de los trastornos debidos al uso de sustancias de la Asociación Psiquiátrica Americana. En esas recomendaciones se dice textualmente que - y traduzco - "los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa comprensivo de tratamiento" y que "los tratamientos farmacológicos son beneficiosos para pacientes seleccionados" (American Psychiatric Association, 2000b). No se puede ser más claro. Sin embargo, no cualquier intervención psicológica está justificada”

De acuerdo otra vez con la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 2000a), los tratamientos psicosociales que gozarían de una confianza más alta para el tratamiento del alcoholismo serían

²⁰ “Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el tratamiento de la adicción a opiáceos”. II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Sevilla 2005. Pág. 14

²¹ José Ramón Fernández Hermida y Roberto Secades Villa. La Evaluación De Los Programas De Tratamiento En Drogodependencias. Implicaciones Profesionales Para Los Psicólogos. Papeles del Psicólogo, Noviembre, nº 77, 2000. COP.

los de orientación conductual y para los trastornos por uso de cocaína y opioides, las terapias conductuales y las cognitivo-conductuales. Otros tratamientos con otras orientaciones (psicodinámicas, de auto-ayuda, sistémica) también pueden resultar útiles en algunos casos, pero se les asigna un nivel de confianza menos elevado.

Según la Sociedad de Psicología Clínica (División XII de la APA) los tratamientos que están apoyados por la evidencia empírica serían los que aparecen reflejados en el Cuadro 3.

Cuadro 3
Tratamientos apoyados por la evidencia empírica (Traducido de Society of Clinical Psychology, 2000)
1.- Alcoholismo: El Tratamiento con Exposición a Pistas, la Aproximación de Refuerzo Comunitario, El Proyecto CALM y el Entrenamiento en Habilidades Sociales
2.- Abuso y dependencia de la cocaína: la Terapia Conductual y la Terapia Cognitivo-Conductual de Prevención de Recaídas
3.- Abuso y la dependencia de la heroína: la Terapia Dinámica Breve y la Terapia Cognitiva
4.- Abuso y la dependencia de los tranquilizantes menores: la Terapia Cognitivo-Conductual.

Por su interés y actualidad me parece interesante incluir las conclusiones del citado artículo, pues pueden servir a la reflexión y al trabajo del seminario:²²

...”Desde la perspectiva de la Psicología profesional hay algunas consecuencias que se pueden deducir de lo dicho hasta este momento. Estas consecuencias son de diverso orden, pero todas ellas se encuentran perfectamente relacionadas.

La primera consecuencia es la abrumadora evidencia de que la intervención p-sicológica es esencial para el tratamiento de las drogodependen-

²² José Ramón Fernández Hermida y Roberto Secades Villa. La Evaluación De Los Programas De Tratamiento En Drogodependencias. Implicaciones Profesionales Para Los Psicólogos. Papeles del Psicólogo, Noviembre , nº 77 , 2000. COP.

cias. Si se pretende producir una modificación del patrón adictivo en un drogodependiente, la indicación más eficaz es el tratamiento combinado (fármacos - psico-social) en forma siempre adaptada al caso individual. Como se ha dicho anteriormente no hay ningún tratamiento que sea válido para todos los casos, pero en líneas generales todos los tratamientos funcionan por lo que parece que hay que estar atento a satisfacer las necesidades de cada sujeto con la oferta que produzca cada uno de los tratamientos. Diversidad y ajuste de los tratamientos al individuo desde una óptica bio-psico-social del proceso adictivo. Esa sería la idea básica actual.

La segunda consecuencia es que no debemos dar la espalda a las recomendaciones que surgen de la evaluación de los tratamientos y que por lo tanto, la intervención psicoterapéutica de elección debe estar guiada por lo que informa la evidencia empírica publicada o si se prefiere, el estado del arte. Tanto la APA (Asociación Psicológica Americana), la Asociación Psiquiátrica Americana, como el NIDA han confeccionado listas de tratamientos con soporte empírico. Es evidente que ese tipo de recomendaciones no es estática y evolucionará en consonancia con la investigación que se vaya produciendo, pero no hay razón alguna para aplicar a los pacientes un tratamiento del que, en el mejor de los casos, desconocemos sus resultados.

En interés de los pacientes, los psicólogos debemos reclamar que las autoridades sanitarias conozcan con mayor profundidad el debate que se está produciendo en la comunidad científica sobre los tratamientos en drogodependencias. No es justificable que la ignorancia pueda ser la coartada para no introducir cambios en los programas de reducción de daño que permitan (no obliguen) el acceso de los pacientes al tratamiento psicológico, o para dificultar la atención de aquéllos para los que el acceso a la terapia puede ser un buen sustituto de una condena inútil”

Es frecuente, sin embargo encontrar en los diferentes contextos asistenciales una gran ambigüedad en lo que a tratamientos se refiere y en establecer la competencia de uno u otro profesional en su aplicación. En numerosos textos consultados, se evidencia la falta de concreción a los profesionales, en la mayoría de los textos oficiales se habla de técnicas o intervenciones psicológicas, pero se evita el término tratamiento psicológico.

En un texto reciente de la Junta de Andalucía, “Guía de práctica clínica basada en la evidencia”, publicada en agosto de 2005, es decir casi hoy mismo, se dice lo siguiente en relación a los “tratamientos psíquicos” (el subrayado es mío)

...”Por lo general se considera que los especialistas en la adecuada utilización de estos métodos o procedimientos son los psicólogos o los psiquiatras, pero es obvio que con la adecuada experiencia y formación pueden ser muy diferentes figuras profesionales (médicos, enfermeros, trabajadores sociales...) los que pueden aplicar, de forma eficaz, técnicas psicoterapéuticas en su labor de atención a las personas con problemas demandantes de su atención o asistencia.

...”La composición multidisciplinar de los equipos de atención a los problemas derivados del uso de drogas, característica necesaria de estos equipos para dar respuesta a la complejidad multidimensional de este fenómeno, plantea importantes problemas de comunicación entre profesionales provenientes de diferentes disciplinas y que con frecuencia han recibido una formación teórica sobre el origen, mantenimiento y tratamiento de las conductas adictivas distinta, reflejando la variedad de enfoques existente en esta materia...”²³

Es decir, queda evidente no solo la posibilidad, sino una velada apuesta por superar ese tradicional conflicto entre escuelas, que para los autores parece ser más importante en la psicología que en otras ciencias y profesiones, sobre el acuerdo de que compartir la psicoterapia es más multiprofesional, más “equipo”...

Es evidente que en este terreno somos los profesionales psicólogos los que debemos defender con seriedad y fortaleza, al contenido y las competencias de nuestra especialidad:

1. Conociendo en profundidad su definición, sus cometidos, sus competencias.

²³ “Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el tratamiento de la adicción a opiáceos”. Il Plan Andaluz sobre drogas y adicciones. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Sevilla 2005. Pág. 106

2. Conociendo en profundidad las intervenciones científicamente validadas, que han demostrado con evidencia suficiente, su eficacia en los contextos a que se refieren.

3. Desarrollando una potente conciencia de grupo profesional, apoyado en los trabajos propio y de otros compañeros, y utilizando el amplio marco profesional (colegios profesionales, asociaciones, sociedades...) para la difusión de las innovaciones que en el terreno de la intervención clínica se vienen desarrollando

Ningún psicólogo clínico que trabaje en el ámbito sanitario, sea en Salud Mental, atención a Drogodependencias o Sistema Sanitario General, debe desconocer las líneas actuales que a nivel internacional se vienen desarrollando, fruto de la investigación de múltiples equipos, incluidos los de psicólogos, que nos aportan evidencia para la organización de nuestro trabajo, sin que ello suponga un abandono de nuestras propias estrategias de intervención...salvo que la evidencia práctica y científica nos demuestren que estamos equivocados, o que no estamos ofertando la mejor intervención posible a nuestros usuarios.

En este caso, conocer las guías clínicas, el nuevo modelos de gestión clínica, la atención por procesos..., constituye una buena base sobre la que hacer descansar el fortalecimiento de nuestra profesión.

Es evidente que todo intento de homogeneizar tiene unido el riesgo de perder riqueza, y sobre todo de imponer una rigidez de intervenciones que no siempre es recomendable ni eficaz. Pero pese a las críticas las guías clínicas se van implantando en todo el marco sanitario, tanto en el ámbito del tratamiento, como de la organización sanitaria, tanto en los servicios públicos como privados, y en algunos países, se han convertido en referentes para la defensa de determinadas prácticas profesionales en el ámbito penal.

Es obvio que quedar al margen de este desarrollo, supone para nuestra profesión no consolidarse ni crecer en el ámbito sanitario, y nuestras praxis serán incorporadas de forma evidente por otras profesiones cuyo territorio mantiene fronteras comunes con la nuestra: psiquiatras, enfermeros especialistas en salud mental, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, neurólogos, neumólogos...

Si nuestra oferta es confusa, poco avalada, si no aparece en las guías clínicas que se van desarrollando, es mas, si no nos implicamos de forma comprometida en su aparición, corremos el riesgo de quedar fuera de juego.

...“Los sistemas sanitarios públicos de los distintos países han creado agencias de evaluación para discriminar lo que funciona de lo que no funciona. Por ello aún nos queda mucho que aprender y ver en este campo”.

...“En suma, que en el fondo de lo que estamos hablando es de la supervivencia, declive o potenciación de una u otra profesión en función de lo que cada una ofrece y de su papel en el contexto social. La psicología clínica tiene mucho que ofrecer y puede ayudar a que muchas personas reduzcan o eliminen sus problemas y su sufrimiento. Pero somos nosotros quienes tenemos que hacer esto; nadie lo va a hacer por nosotros”

...Conocer, potenciar y utilizar las guías de tratamiento y guías para la práctica clínica nos marcan el camino que tenemos que seguir para la supervivencia de nuestra profesión. ...Es un tema de credibilidad que va a exigir en el futuro homogeneizar criterios y llevar a cabo los tratamientos de un modo más estandarizado y basados en la evidencia. Esto no significa que el clínico tenga que renunciar a sus habilidades terapéuticas para marcar ritmos, tiempos o tomar decisiones en función del individuo, adecuando la guía al individuo no el individuo a la guía...”²⁴

“Las guías y manuales de tratamiento efectivo aunque necesarias, plantean algunas limitaciones (ninguna de ellas insalvable), que en el caso de las conductas adictivas están relacionadas fundamentalmente con las dificultades propias de los trastornos, que en muchos casos obligan a flexibilizar y personalizar los tratamientos, y con la formación de los profesionales. La normalización en el sistema sanitario de la plena cobertura asistencial y, la unificación de los criterios formativos de los psicólogos (no hay que olvidar que muchas de las limitaciones en nuestro quehacer profesional proceden de las tensiones que tradicionalmente han existido en el mismo seno de la Psicología), deben de constituirse en los pilares básicos que permitan una actuación rigurosa y científica. “

²⁴ Elisardo Becoña Iglesias y otros. Guías De Tratamiento Y Guías Para La Práctica Clínica Psicológica: Una Visión Desde La Clínica Papeles Del Psicólogo Abril , Nº 87 , 2004

...” a pesar de la aceptación de un modelo de intervención en conductas adictivas de naturaleza biopsicosocial, todavía existen desde algunos sectores profesionales algunas reticencias a aceptar dicho modelo. Intereses corporativos dificultan la normalización y el estatus laboral de los psicólogos (no puede olvidarse el bloqueo realizado a la aprobación de la especialidad y a la actual situación generada tras la publicación de la LOPS y el Real Decreto sobre Acreditación de Centros). La utilización en la práctica clínica de procedimientos psicológicos validados, ayudará a alcanzar el reconocimiento profesional a la importante labor que los psicólogos realizan en el ámbito de las conductas adictivas. Conviene recordar que la labor asistencial de los equipos de tratamiento de las adicciones en el sistema sanitario (del que forman parte los psicólogos), ha permitido reducir la importante presión asistencial que sobre la atención primaria ejercían los casos relacionados con el uso de sustancias, la reducción de la alta morbi-mortalidad de ellos derivada, y de los costes sociales y sanitarios generados por los mismos. Además, y esto es lo más importante, ha permitido ofrecer a los usuarios una atención integral, integrada y especializada para sus problemas relacionados con el uso de sustancias”²⁵

A la hora de establecer, desde el punto de vista del OBJETIVO fundamental de la intervención profesional, la principal diferencia entre lo social y lo sanitario (diferencia siempre difícil de establecer, cuyas fronteras son espacios amplios donde discurren e interactúan diferentes profesionales), recordar aquí cuales son los principales objetivos de la intervención de los servicios sociales

Apoyar a la persona, al grupo o a la colectividad en el esfuerzo por entender mejor su situación, necesidad o problema

Estimular y desarrollar las potencialidades y autonomía de los usuarios (individuo, grupo o comunidad) y promover su capacidad de reacción y de iniciativa, para llevar a cabo acciones y emprender actividades que sirvan para eliminar las causas de la situación de malestar.

²⁵ Emilio Sánchez Hervás. Los Tratamientos Psicológicos En Adicciones: Eficacia, Limitaciones Y Propuestas Para Mejorar Su Implantación. Papeles del Psicólogo. Abril, Nº 87, 2004. COP.

Trabajar con el contexto del sistema formado por los individuos y por su entorno natural y social tratando de influir sobre los diversos elementos del mismo para que se instauren interacciones constructivas, constituyendo un tejido de relaciones y un sistema de ayuda que desarrolle funciones promocionales, paliativas, reparativas y también preventivas.

Ayudar a las personas y los entornos vitales a convertirse en recursos para sí mismos y para los demás a través de la activación de redes de apoyo social y relaciones más provechosas entre individuos y situaciones ambientales entre usuarios y recursos.

No es pues esperable que los psicólogos, especialistas y no especialistas, sigamos contribuyendo a la confusión de roles, funciones y desarrollo profesional.

Cada vez es mas clara la convicción en el ámbito científico de la necesidad de un mayor nivel de especialización de los profesionales dedicados a este campo de la salud. Podríamos afirmar que la especialización y la multidisciplinariedad constituyen el par dialéctico que habilita la búsqueda de respuestas más calificadas y por tanto, más eficaces.

Es impensable en este momento que el profesional que se dedica al campo de las adicciones o las toxicomanías, no tenga una sólida formación en relación a las áreas de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento, Documentación, Normativa e Investigación.

Podría servir como relato de perfil específico el que sigue, que se somete, a su vez, a debate en el transcurso del seminario:

La sociedad ha ido evolucionando en cuanto a su apreciación del fenómeno de las drogas. Desde la consideración de progres existencialistas, de delincuentes y pecadores, de "artistas y esnob", desgraciados, enfermos...usuarios

Es decir una evolución similar a la que hemos vivido en salud mental con la transición entre los conceptos de "loco a enfermo, y de enfermo a ciudadano"

De la misma forma los servicios y la intervención, las prácticas asistenciales que evolucionan y se diversifican, ofertando a los usuarios una variedad de actuaciones que a veces se ofertan como exclusivas y / o excluyentes:

1. Los programas libres de drogas.
2. Los programas de mantenimiento asociados a un fuerte programa psicosocial (para los dependientes a opiáceos).
3. Los programas de reducción de riesgos y daños, de menor exigencia, adaptados a cada persona con el objetivo de mejorar la adherencia a tratamiento e incidir en una mejor calidad de vida

La experiencia parece haber demostrado que, ante el problema de las drogodependencias, no es positivo una postura rígida, ni por su inutilidad ni por su inaplicabilidad, ya que cada caso es diferente, el peso de los factores ambientales juega un papel diferencial de primer orden, las políticas sanitarias se van adaptando al desarrollo de nuevas tecnologías y el enfoque terapéutico se dirige a apoyar a las personas que van a mantener de por vida una dependencia importante de los sistemas (sanitario y social), muchas veces sin posibilidad de eliminar el problema, al igual que ocurre con la cronicidad de otras patologías.

Parece que el consenso apunta hacia un modelo de atención a la problemática de las drogadicciones integrador, que permita a la persona acceder al servicio /profesional desde diferentes caminos, desde diferentes programas y niveles, y que a su vez, se ajuste a la realidad de la persona, a su posibilidad de cambio y de toma de decisiones, en definitiva, un modelo terapéutico global abierto y flexible.

Según el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, el término “tratamiento” se aplica al proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”.

En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, titulada Demand Reduction – A Glossary of Terms, se añade:

Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas, una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena.

Para el desarrollo de lo contenido en estas dos definiciones, contamos con una disciplina, la Psicología, y con una profesión, la Psicología Clínica, con un desarrollo suficientemente consolidado como para que asumamos la tarea de conocerlo, estimularlo, defenderlo y practicarlo.