

## **ATENCIÓN PRIMARIA EN PSICOPATOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD E INVALIDEZ. UNA EXPERIENCIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL.**

**Javier Herruzo**  
**M. Carmen Luciano Soriano**  
**Rafael Ferro García**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
UNIVERSIDAD DE GRANADA.

### **RESUMEN**

*En el presente artículo se ofrece, en primer lugar, una definición de Psicología y Psicopatología de la Discapacidad e Invalidez. A continuación, se destacan brevemente algunas características relevantes que influyen sobre el efecto psicológico de la lesión, discapacidad o deficiencia, especificándose las principales psicopatologías de la discapacidad, entre las que destaca, por su incidencia más elevada, la depresión (33% de los pacientes atendidos). En tercer lugar, se relata brevemente la experiencia de atención primaria de ésta psicopatología, llevada a cabo en un contexto de la Seguridad Social, especificando las características más relevantes que posee un servicio de este tipo, donde los problemas psicológicos tienen que ser rápida y claramente identificados.*

**Palabras Clave:** *Psicología y Psicopatología de la discapacidad e invalidez; atención temprana; Seguridad Social.*

## SUMMARY

*This paper presents, firstly, a definition of the psychological and psychopathological characteristics of dissability and disablement. Some relevant variables involved on the psychological effects of this problem are, secondly, described and "depression" is emphasized as the most frequent behavioral problem. Thirdly, an specific clinical experience, in a hospital setting, with respect the psychological problems related to physical dissabilities is described, taking into account the most relevant characteristics of a type of public service in wich assesment and treatment of the behavioral problems, have to be quickly but clearly identified.*

**Key Words:** *Psychology and Psychopatology of dissability and disablement; Primary health care; Public health service.*

## LA PSICOLOGIA Y LA PSICOPATOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD E INVALIDEZ

Puede resultar interesante comenzar reflexionando brevemente sobre los términos incluidos en la etiqueta Psicopatología de la Discapacidad e Invalidez, ya que han sido motivo de atención y redefinición en los últimos años por parte de las autoridades sanitarias mundiales. La OMS establece una diferenciación entre los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía para referirse a los colectivos que precisan una intervención rehabilitadora (INSERSO, 1983). Así, deficiencia se referiría a toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, anatómica o fisiológica; y discapacidad, a toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Minusvalía sería una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

Dado lo anterior, podemos aventurar una definición tanto de psicología de la discapacidad e invalidez como de su psicopatología. Psicología de la discapacidad haría referencia a cambios en la personalidad o carácter de los Ss con discapacidades físicas, es decir, cambios en sus formas globales de comportamiento sin que lleguen a ser patológicas. En este sentido, la Psicología de la discapacidad e Invalidez estaría muy relacionada con lo que Pelechano (1987) llama Psicología de la Rehabilitación en un sentido amplio que abarque tanto su aspecto físico, clínico como social.

Para la Psicopatología de la Discapacidad e Invalidez valdría lo que se dice de la Psicopatología General (ver definiciones en Coleman, 1972; Davidson y Neale, 1974; Maher, 1970, Polaino, 1983). De esta manera, haría referencia a aquellos problemas psicológicos que son definidos como patológicos (ya sea en función de criterios culturales, subculturales, familiares o individuales, Luciano, 1989) que surgen en los sujetos, súbita o paulatinamente, tras la aparición de una deficiencia, discapacidad o minusvalía. Abarcaría tanto las conductas alteradas que surgieran tras la lesión como producto de un alteración estructural o fisiológica, como las alteraciones psicológicas más o menos específicas que no estén directamente relacionadas con una limitación estructural o fisiológica. Por ejemplo: comportamientos de carácter depresivo, problemas relacionados con habilidades sociales, aislamiento, déficit de habilidades de resolución de problemas, de autonomía funcional, ansiedad más o menos generalizada, dolor funcional, etc.

Entendemos, con Davison y Neale (1974) y Ullman y Krasner (1975) que las condiciones normales y anormales pueden diferir sólo en aspectos relativos a sus parámetros (mayor o menor frecuencia, intensidad, duración, etc. así como cambios en las situaciones en las que una respuesta se da). De esta manera, una alteración puede ser calificada como anormal cuando no ha desaparecido la habilidad social, pero se encuentra sensiblemente reducida o escasa; también cuando las conductas de quejas son demasiado frecuentes, o también cuando las interacciones verbales han disminuido, o cuando los contactos sexuales, siendo posibles, no se producen realmente, etc. Señalemos también que partimos de la asunción de que, tanto la conducta normal como la anormal poseen una misma naturaleza. Este hecho nos hace abordarlos desde una misma perspectiva conceptual, teniendo en cuenta, obviamente, las características particulares de cada sujeto a la hora de intervenir. En estos casos, es especialmente relevante el alcance de la lesión, en cuanto a la pérdida que produce de actividades habituales para cada individuo, es decir, actividades laborales, escolares, familiares, de la forma o estilo de vida habitual que tenía antes de producirse el traumatismo, infección, etc. Establezcamos, por tanto, que el análisis de cada problema psicológico debe hacerse, desde nuestro punto de vista, de manera individualizada, conforme a esos criterios indicados en las actividades o formas de supervivencia social de cada sujeto particular. Es decir, no hay máximas ni objetivos que sirvan para todos, como tampoco hay formas de actuar generalizadas. Todo ello depende - y así lo ajustamos- de la forma de interacción más apropiada a cada caso individual.

Las diferentes minusvalías y discapacidades físicas pueden ser congénitas o perinatales o bien pueden adquirirse en algún momento a lo largo de la vida. Estas pueden producirse de manera súbita (traumática) o bien de forma gradual. Además, pueden ser reversibles o irreversibles. Las características de la lesión, en suma, van a repercutir en el grado de impacto psicológico que va a producirse en el individuo. A la vez, también influirá sobre ese impacto, la información o grado

de conciencia de dichas características que el individuo posea en tales circunstancias. Es decir, lo que significa que para cada sujeto la lesión, o dicho con otras palabras, la capacidad funcional que ese hecho tenga para un sujeto, a partir del tipo de socialización o acervo cultural que ha recibido relativo a la discapacidad (historia de interacciones). En primer lugar, el alcance de la lesión, y su localización, hay que valorarlo a la luz de los déficits o limitaciones estructurales y/o fisiológicas que ocasiona, es decir, en la medida que afectan o limitan las interacciones extero, intero o propioceptivas, y los sistemas de respuestas. Por ejemplo, pérdida de sensaciones, de movilidad, de funcionamiento sexual, control de esfínteres, etc. El efecto psicológico, sea el que sea, estará, además, claramente ligado al repertorio conductual o psicológico normal que el sujeto tenía antes de la alteración. Además de la capacidad funcional de ese evento para cada sujeto, como hemos indicado, ello hace posible la existencia de alternativas psicológicas claras, o no, que suplan la pérdida conductual ocasionada por la lesión o, al menos, de conductas prerrequisitas que faciliten la adquisición de otros nuevos repertorios. Obviamente, incluimos ahí la sustitución de unos repertorios motivacionales (funcionales antes de la lesión, pero que dejan de serlo) por otras motivaciones (que son posibles pero que aún son poco probables). Este aspecto, no significa más que la aparición de nuevas formas de conducta donde quizás lo único que sea preciso cambiar de “antes de “ a “ahora” o momento actual de la interacción psicológica sea una variable motivacional de ese conjunto de elementos que suponen la conducta. Por ejemplo, supongamos una discapacidad física congénita, como la parálisis cerebral. Los sujetos de estas características pueden llegar a sufrir retraso en el desarrollo en todas las áreas del comportamiento o solo en algunas habilidades dependiendo del alcance de la lesión y de cómo ha sido entendida ésta por quienes rodean al niño, lo que hará que el niño muestre un conjunto conductual más o menos dependiente. En el mejor de los casos, habría déficits ligados a las limitaciones físicas. Esto, por ejemplo, se hace especialmente evidente en la vida del niño en la situación de juego, en su autonomía funcional y en las habilidades sociales; todas estas áreas pueden ser gravemente deficitarias a no ser que se intervenga mediante una educación orientada a reducir el déficit al máximo con conductas alternativas. Algo parecido diremos de los que han padecido poliomelitis, o alguna otra enfermedad que ha provocado una disminución física, sin que se alteren gravemente repertorios más complejos de comprensión, asimilación, etc.

Las discapacidades que sobrevienen a edades más avanzadas, sean de origen traumático o no, se caracterizan por marcar una ruptura en la vida del paciente, sacándolo durante un tiempo más o menos prolongado (normalmente meses) del contexto familiar, escolar o laboral, e introduciéndolo en el hospitalario. Esto le impone una serie de limitaciones en su autonomía, y quedan también alteradas, en un buen número de casos, las propias capacidades para llevar a cabo el trabajo que

venía realizando. Como norma general, y salvando el amplio margen de error que hay que mantener a la hora de generalizar, coincidimos con Krueger (1984) en señalar que la inmunidad a los trastornos emocionales por una pérdida física será mayor cuanto más edad tenga el sujeto y mayor estabilidad y madurez del desarrollo. La existencia de razones más o menos inescapables para continuar realizando las actividades que había bajo su responsabilidad, serán un factor que correlacione fuertemente con la existencia de una motivación alta para la rehabilitación, entendida en su más amplio sentido.

El conocimiento, por parte del enfermo, de la reversibilidad o irreversibilidad de la pérdida suele ser uno de los factores más importantes que determinen la motivación personal para iniciar la rehabilitación. Así, cuando una persona se hace consciente de que le espera irremediamente la silla de ruedas, normalmente caerá en una profunda depresión: el más destacable de todos los trastornos psicológicos que pueden aparecer asociados a las discapacidades físicas (Servos, 1984), especialmente en los casos de traumatismo. Esa persona, de un día para otro, ve cambiada radicalmente su vida: está fuera de su contexto familiar, se encuentra inmovilizado en una cama durante un período más o menos largo de tiempo (puede ser uno o varios meses), con lo cual se reducen al mínimo el número de actividades que se pueden realizar y además, pasa a ser una persona muy dependiente de los demás, lo que en la mayoría de los casos causa malestar y genera verbalizaciones más o menos públicas relacionadas con sentimientos de inutilidad. A esto se le une la incertidumbre sobre la reversibilidad o no de la lesión padecida. Además, no podemos olvidar en esas circunstancias, que el paciente se encuentra encamado al lado de otros sujetos que ya pueden estar mostrando el conjunto conductual que calificamos como depresión. A la par, durante ese período, es observador de nuevos casos que constantemente le recuerdan su situación, su pérdida y donde además, es muy probable que se preste atención a las verbalizaciones negativas, en un momento en que esa persona está privado de interacciones sociales. Sin duda, pues, constituye un caldo de cultivo ideal para desarrollar los comportamientos que conforman un cuadro depresivo. En esta etapa, como se ha indicado, la motivación del paciente puede basarse en la esperanza de que la alteración sea transitoria, con lo que la actividad propiamente rehabilitadora proporcionaría una cantidad de reforzamiento suficiente para evitar la potenciación de los inicios depresivos. Cuando a la persona se le comunica oficialmente, -o bien lo intuye- por ejemplo, que la pérdida de la movilidad en las extremidades inferiores es un hecho irreversible, el factor motivacional general es eliminado y queda sustituido por un estado aversivo, más o menos evidente en patrones fisiológicos, que correlaciona con el efecto funcional de la información proporcionada respecto a su situación actual y futura (obviamente, el efecto funcional de esa información no es equivalente de unas personas a otras, ya que dicho efecto depende de los repertorios individuales de cada una). Este estado motivacional

aversivo, es incompatible con muchas conductas que son entendidas, culturalmente, como adaptativas socialmente (simpatía, actividad, alegría, etc). Es compatible, sin embargo, en la mayoría de los casos, justamente con conductas desadaptativas (cuando son llevadas a un extremo) como silencio, quejas, llantos, inactividad, etc., elementos que conforman el cuadro depresivo. Como señala Krueger (1984), el proceso depresivo tendrá mucho que ver con el tipo de repertorio en el que el sujeto se basa sus actividades y la pérdida. Es decir, el grado de cambio desde un patrón conductual normal a uno depresivo depende de las habilidades y motivaciones previas de cada persona, producto de sus interacciones ontogenéticas. Por ejemplo, si una persona basaba su vida en el funcionamiento intelectual y se produce una pérdida de conductas que conocemos como intelectuales, o si una persona basaba su vida en las actividades deportivas como la fuente de reforzamiento positivo más relevante y la pérdida se produce a nivel de impedimentos o limitación física, la depresión será, en ambos casos, un hecho con una alta probabilidad.

Cabe añadir, en este contexto, algo sobre las estrategias de resolución de problemas que el sujeto acostumbra a emplear. Normalmente, la carencia de estas habilidades es uno de los déficits más comunes que los pacientes muestran al acudir a la consulta de rehabilitación y psicológica. Estas habilidades son necesarias a la hora de afrontar la nueva situación, en el sentido de partir de una visión realista de la situación, planificar objetivos alcanzables a corto, medio y largo plazo, y especificar las actividades y pasos necesarios para alcanzarlos.

Dentro de las alteraciones mencionadas con anterioridad, hemos de añadir que la conducta verbal (en los pacientes en los que no ha habido una lesión que impida estructural o fisiológicamente mantener el lenguaje) tiende a girar en torno a aspectos negativos de la situación, es decir, el contenido verbal es especialmente negativo, de baja autoestima, etc. Este tipo de verbalizaciones resultan potenciadas por las personas de su alrededor mediante atención social, como por ejemplo, a través de verbalizaciones que denotan "sentimientos de lástima" en los que, a veces, se especifican y reiteran las actividades o personas a las que el paciente ya no puede acceder. Este aspecto o tema es reavivado con frecuencia cuando el paciente recibe alguna visita o bien la recibe un compañero de habitación. Como afirma Wright (1984), se trataría de evitar esto creando un contexto positivo alrededor del enfermo que no se centre en las pérdidas y aspectos negativos y que, aún cuando destaque los problemas, no deje ocultos y olvidados los restantes aspectos positivos. Es decir, al contrario de lo que habitualmente puede ocurrir ante una situación como la que analizamos, se trataría de potenciar las cualidades y capacidades de la persona afectada y los posibles recursos ocultos de la familia y de la sociedad en general, en orden a abrir caminos nuevos o alternativas que tanto la familia como la sociedad deben posibilitar, apoyar y reforzar.

Aunque brevemente, es preciso citar otra alteración bastante frecuente en

estos Ss: los trastornos emocionales. Pasado el traumatismo, durante el inicio del tiempo de espera para conocer la reversibilidad o no de la lesión, los niveles de ansiedad aumentan en el sujeto enormemente, pudiendo dar lugar, según los sujetos (en función de sus historias particulares) a la aparición o incremento de conductas agresivas hacia el personal sanitario o hacia los familiares, así como pueden surgir de miedos y fobias de diversa temática, que también pueden cusar en otros momentos de la estancia de la persona en el hospital. Una vez que el paciente está siendo atendido en su rehabilitación física, y según se vaya haciendo consciente de su nueva situación, pueden aparecer problemas como un miedo excesivo a reincorporarse a la vida social extrahospitalaria, dependencia funcional de los familiares por encima de las limitaciones reales impuestas por la lesión, etc.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, características brevemente descritas a nivel general de este tipo de pacientes, especificaremos a continuación las características que reúne una experiencia sobre un servicio de atención psicológica primaria enmarcado en un Departamento de Rehabilitación de la Seguridad Social.

## **ATENCION PRIMARIA DE LAS PSICOPATOLOGIAS DE LA DISCAPACIDAD**

La OMS en el documento de Alma Ata (OMS, 1978) afirmaba que la Atención Primaria de la salud consiste en dar asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías sencillos, científicamente fundados y socialmente aceptables, a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. En otro documento posterior (1988), se afirma que "se debe procurar incorporar elementos de salud mental en la atención primaria y organizar sistemas de apoyo comunitario que permitan a los pacientes -aunque padezcan una deficiencia crónica- vivir una vida social y económicamente productiva" (OMS, 1988. pg. 142).

En nuestro país, sólo recientemente está siendo puesta en marcha la reforma de los servicios de salud mental, habiéndose limitado en el pasado la extensión de éstos a la existencia de instituciones de atención de nivel superior, careciéndose casi por completo de servicios de atención comunitaria. No obstante, en la actualidad, la extensión de esta reforma de la Salud Mental es desigual, y existe aún un vacío atencional en los servicios de salud de nivel primario. Este vacío viene siendo cubierto de forma asistemática por el médico de cabecera y, en el caso de un servicio de rehabilitación, por el médico y personal rehabilitador. En este sentido, Goldberg y Huxley (1980) afirman que "el 95% de los individuos que sufren trastornos mentales significativos acuden a su médico de cabecera". Carnwath y Miller (1989) y Marks y cols. (1979) estiman que el médico de cabecera

puede estar gastando una tercera parte de su tiempo en consultas de tipo psicológico, aún cuando no reciben una formación específica para ello. Por el contrario, la incorporación de psicólogos especializados en el análisis de alteraciones psicológicas a través de métodos y técnicas más o menos complejos, clínica y experimentalmente evaluados se justifica como una alternativa escasamente potenciada y ausente de la organización y estructuración de éstos y otros servicios de la Seguridad Social. Como Carnwath y Miller (1989) señalan, la evaluación e intervención en problemas psicológicos en el contexto de la atención primaria está infrutilizada.

Como una experiencia sencilla, parsimoniosa, contemplando el mínimo en la organización y personal sanitario, se inició hace un año el desarrollo de un servicio clínico de atención psicológica ubicado en un Dpto de Rehabilitación de la SS. (Nota 1). El objetivo que se perseguía con este servicio era atender a las demandas de casos que debían recibir tratamiento psicológico, en función de una valoración inicial efectuada por los médicos del dpto. Esta asistencia se lleva a cabo en una estancia que normalmente funciona como despacho de consulta médica en el hospital, aunque la consulta se realiza en la habitación del paciente cuando, por prescripción médica, debe permanecer inmovilizado.

En la recepción de un paciente por primera vez, junto con su historia clínica, se adjuntaba el diagnóstico, pronóstico médico y las razones por las que el médico lo remitía a este servicio. Se pretendía mantener una relación bidireccional con el personal médico, es decir, una interacción entre ambas partes en la que la información sobre el paciente y las decisiones fuesen compartidas. Sin embargo, en esta experiencia, esta interacción ha sido escasa, dado que uno de los objetivos era, como ya se ha mencionado, interferir mínimamente en el trabajo del personal sanitario.

El servicio, actualmente, está consistiendo en una consulta semanal de tres horas, en la que dos psicólogos se turnan en la dirección de los diversos casos sometidos a consulta.

En estas condiciones, la forma de actuación se caracteriza, entre otros aspectos, por una rapidez en la intervención, que viene dada por el tiempo limitado para las sesiones clínicas y el número de pacientes. Por otro lado, hay que matizar que la mayoría de los casos son remitidos cuando el problema está, de alguna forma, en una fase aguda requiriendo una intervención inmediata. Así, sólo es posible la atención con una frecuencia reducida, lo que hace que ésta no sea tan formal, tan adecuadamente establecida, con los problemas tan puntualmente evaluados como lo sería en una consulta psicológica normal, sino que se requiere una atención selectiva a los problemas más acuciantes y a su rápida solución, y todo ello a partir de información incompleta. A todo esto ha de añadirse que el paciente es remitido por el médico, independientemente de la motivación que tenga para



solucionar el problema, lo que puede perjudicar el seguimiento de instrucciones de la intervención.

Ya que el objetivo de este trabajo se limita a una exposición de las características más generales de este servicio, no serán descritas las técnicas de intervención utilizadas. Sin embargo, si se darán algunas pinceladas al respecto. No existen unas formas de intervención generalizadas. La atención a los pacientes se realiza de manera individualizada, interviniendo directamente sobre el paciente y, en los casos que se ve necesario, también sobre los familiares, así como dando, también, instrucciones concretas al personal sanitario. Con cada nuevo caso, se comienza evaluando el problema objeto de envío a consulta y las condiciones contextuales hospitalarias (si el paciente está hospitalizado) y/o familiares. Se analizan las conductas más problemáticas a través de un análisis funcional de las mismas. Se evalúa también el repertorio general de esa persona en sus condiciones actuales, y se pide información del repertorio psicológico o forma de funcionamiento adaptativo que tenía antes del traumatismo. Con este tipo de información se marcan los objetivos terapéuticos, que son definidos operacionalmente y ordenados por prioridades de intervención. Se valora la posibilidad de enseñar algún conjunto de habilidades nuevas y alternativas en las nuevas circunstancias, así como se enseñan estrategias (al propio paciente, a la familia y, si es posible, al personal sanitario que lo atiende) para la eliminación de todas aquellas conductas desadaptativas en la actualidad (sean de tipo depresivo, de tipo dependiente, etc.). A partir de aquí se planifica más específicamente en los objetivos anteriores el tratamiento, en orden a incrementar comportamientos adaptativos, adquiriendo nuevos y eliminando los que no son funcionales. El partir del repertorio individual y concreto de cada sujeto probabiliza el éxito, haciendo también que la intervención sea más rápida y se necesite un menor esfuerzo por parte del paciente, ya que se aprovechan las posibilidades o habilidades que tiene el sujeto, bien las que habitualmente realizaba, o bien las que ha realizado en algún otro momento de su vida, y siempre acorde a sus circunstancias biológicas actuales y a las circunstancias sociales próximas. A nivel general, se puede afirmar que con los pacientes hospitalizados, en un primer momento, se pretende que se adapten a la vida hospitalaria, intentando incrementar actividades reconfortantes, teniendo en cuenta los recursos disponibles en el Hospital (p.e., nº de camas por habitación, situación de salas de espera, salas y materiales de ocio, etc.), eliminar períodos de tiempo de inactividad, donde los pensamientos y verbalizaciones negativas son más frecuentes.

Una vez se consiguen los objetivos iniciales, el siguiente paso consiste en planificar el mantenimiento y la generalización de los mismos, que en los casos de personas hospitalizadas incluye el objetivo de favorecer la reinserción en el contexto familiar y social. Para conocer y apoyar dicho mantenimiento, lo ideal sería realizar un seguimiento de cada caso - que no siempre ha sido posible-

realizando consultas directa o indirectamente -por correo o teléfono- a uno, tres y seis meses posteriores al alta. Se pretende, pues, como objetivo general, no tanto dar un diagnóstico formal, sino intervenir de la manera más natural y rápida posible, partiendo de las habilidades del sujeto y de su familia, y de sus condiciones biológicas y contextuales, ya que son ellos los que pasan la mayor parte del tiempo con el paciente y pueden modificar sus interacciones conductuales, dando lugar a cambios psicológicos.

La característica común que muestran todos los pacientes atendidos es algún tipo de alteración psicológica de las que han sido definidas anteriormente como psicopatologías de la discapacidad e invalidez. La mayoría de los pacientes han sido, hasta ahora, adultos (75% de los casos), aunque también se han atendido niños. Han sido tanto pacientes hospitalizados como ambulatorios.

El tipo de trastorno conductual mostrado por los pacientes atendidos ha sido variado, aunque como se ha indicado anteriormente, están dentro de los problemas típicamente ligados a características traumáticas de los pacientes de un servicio de Traumatología. Las alteraciones más frecuentes son los trastornos relativos al "estado de ánimo" o también conocidos como comportamientos depresivos en general, que llegan a formar el 33% del total de casos atendidos. Dentro de esta clasificación se ha incluido pacientes con verbalizaciones de pensamientos negativos muy frecuentes, una alta tasa de comportamiento emocional (llantos, etc), un nivel de actividad bajo, nivel de ansiedad generalizada alto, etc. El segundo grupo de trastornos más frecuente incluye los problemas de tipo psicósomático (18%). Se presentan casos, p.e. de dolor funcional, dolor crónico, sin un origen orgánico detectado. Otro grupo de alteraciones, como se muestra en la Figura 1, engloba los comportamientos agresivos, tanto verbales como físicas, dirigidos al personal hospitalario o a los familiares (11%). También han sido atendidos pacientes con problemas de adherencia al tratamiento, sujetos que no siguen las prescripciones médicas (11%). Por otro lado, estarían los problemas escolares (9%), es decir, problemas a nivel académico surgidos con posterioridad a la discapacidad. Otro grupo lo forman los pacientes con problemas o trastornos de autonomía funcional (7%): ( control de esfínteres, aseo personal, habilidades sociales, etc.) no incluyéndose aquí, los problemas motores propiamente dichos, objeto de rehabilitación mediante fisioterapia. Sujetos con retraso en el desarrollo (9%) han sido, también, atendidos, incluyéndose retraso verbal, conceptual, conductas hiperactivas, etc.. El resto de los grupos de pacientes están aún más dispersos, incluyendo pacientes con problemas generalizados a nivel verbal y perceptual (7%), amnesias (4%); demencia senil (4%); trastornos específicos de la ansiedad (miedos, fobias, etc.) (4%). Resulta necesario aclarar que la clasificación realizada en cuanto a tipos de alteraciones, no es exclusiva sino que un mismo paciente puede mostrar varios problemas a la vez.

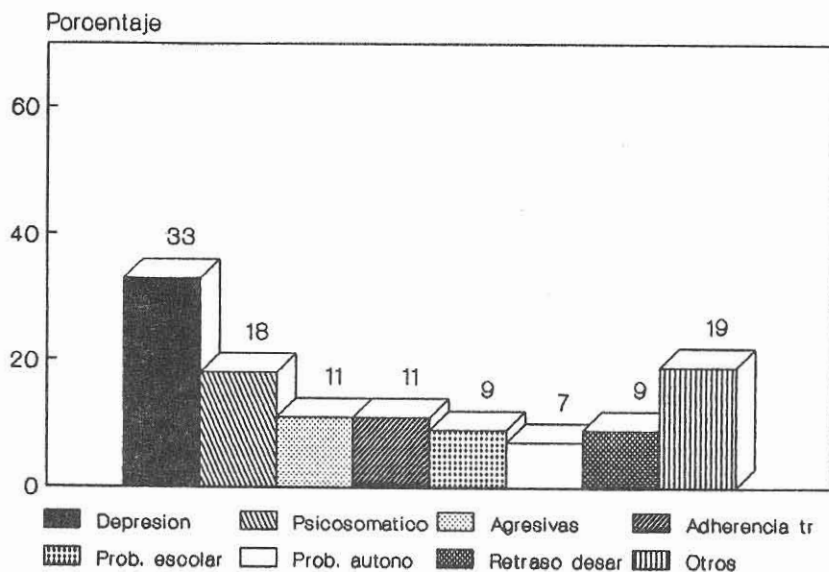


FIGURA 1. Diagrama de barras correspondiente a los porcentajes por tipos de casos atendidos en el servicio. El apartado de otros incluye: Problemas verbales y perceptuales generalizados (7%), demencia senil (4%) amnesias (4%) y trastornos específicos de la ansiedad (4%).

Entre los resultados obtenidos, tras un año de experiencia, se puede destacar que ha resultado exitosa esta forma de intervención en los casos de depresión no cronicada, problemas psicómaticos, comportamientos agresivos, trastornos de la autonomía, trastornos de la ansiedad que no precisaran un entrenamiento específico fuera del contexto de la consulta y en los problemas de adherencia al tratamiento. Esta forma de intervención se ha mostrado inefectiva en los casos de trastornos ya cronicados, como ha sido el caso de algún sujeto deprimido que llevaba mucho tiempo en el hospital mostrando este tipo de comportamientos, o las personas que mostraban un cuadro de demencia senil, o también en los casos de conducta verbal alterada, donde la intervención resultaba muy limitada. Estos casos precisarían de una atención de nivel superior, más que primaria, es decir, más intensa y frecuente y en unas condiciones más institucionalizadas, con una estrecha coordinación, dentro del plan terapéutico, de todas las personas que interactúan con el paciente. Esta forma de intervención ha resultado limitada en el tratamiento de problemas que requieren el entrenamiento explícito de nuevas habilidades, que normalmente no pueden llevar a efecto ni los familiares ni el paciente por sí mismo, sino que necesitaría personal especializado que pudiera dar esa atención más continuada.

En definitiva, hemos de enfatizar que la experiencia está resultando tremendamente positiva y enriquecedora, suponiendo un reto en la forma de trabajo, donde sólo se puede prestar atención a las partes más gruesas y relevantes del problema, y todo ello detectado sin una evaluación demasiado formal y exhaustiva.

De cara al futuro, y dadas unas circunstancias de intervención semejantes a las enumeradas, se mejoraría la efectividad centrándose en la intervención sobre los casos de reciente aparición, que se han mostrado más susceptibles a este tipo de intervención, frente a los problemas cronificados, que requieren una atención especializada más intensa y continuada. Otra mejora, en tanto que ampliaría el rango de casos en los que se podría intervenir y aceleraría el ritmo de mejora en la intervención, vendría dada por el aumento de la duración y frecuencia de la consulta (recordemos que se ha realizado una sola vez por semana durante tres horas). Una tercera mejora de la efectividad del servicio emanaría del establecimiento de una relación oficialmente más institucional, lo que supondría mayor número de horas de dedicación, con personal ayudante especializado en estos temas que llevase a cabo la supervisión de las actividades diarias que el paciente ha de realizar en el hospital en sus ratos de ocio, algo que en esta experiencia ha sido realizado indirectamente por el personal sanitario, sin que, ciertamente, tengan que ser ellos los más directamente implicados. En conclusión, calificamos como muy positiva esta experiencia, haciéndose evidente, una vez más, la utilidad del Análisis Conductual Aplicado como herramienta para la intervención en unas condiciones de atención primaria, que permite evaluar el repertorio psicológico del sujeto, establecer objetivos terapéuticos, programar los procedimientos destinados a su consecución, en un corto espacio de tiempo, y mantener y generalizar los mismos. Además, es una concepción que realza la forma de mejorar las intervenciones y con ello resulta un sistema correctivo y crítico para aquellos especializados en su uso.

## BIBLIOGRAFIA

- CARNWATH, T. y MILLER, D. (1989): *Psicoterapia conductual en asistencia primaria. Manual práctico*. Ed. española: Barcelona. Ed. Martínez Roca, S.A.
- COLEMAN, J.C. (1972): *Abnormal Psychology and modern life*. Glenview, III. Scott, Foresman y Co.
- DAVISON, G.C. y NEALE, J.M. (1974): *Abnormal Psychology: An experimental clinical approach*. N. Y., Wiley.

- GOLDBERG, D.P. y HUXLEY, P. (1980): **Mental Illness in the Community: the Pathway to Psychiatric Care**. Londres, Tavistock.
- INSERSO (1983): **Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad**. Madrid: INSERSO.
- KRUEGER, D. (1984): **Psicología de la Rehabilitación**. Barcelona, Herder.
- LUCIANO, M.C. (1989): **Una aproximación conceptual y metodológica a las alteraciones conductuales en la infancia**. Granada. Universidad de Granada.
- MAHER (1970): **Principios de Psicopatología**. México, McGraw-Hill.
- MARKS, J.N.; GOLDBERG, D.P. y HILLIER, V.F. (1979): Determinants of the ability of general practioners to detect psychiatric illness. **Psychological Medicine**, 9, 337-353.
- OMS (1978): **Atención primaria de la salud**. Ginebra, OMS.
- OMS (1988): **Octavo programa general de trabajo para el período 1990-1995**. Ginebra, OMS.
- PELECHANO, V. (1987): **Psicología y Rehabilitación. Un primer acercamiento. Análisis y Modificación de Conducta**, 13, 5-43.
- POLAINO, A. (1983): **Psicopatología**. UNED.
- SERVOS, A.G. (1984): Deterioro de la movilidad. En Krueger (1984): op. cit.
- ULLMAN, L.P. y KRASNER, L. (1975): **A Psychological Approach to Abnormal Behavior**. NJ: Prentice-Hall, Englewoods Cliffs.

#### Nota

(1) Dicho servicio se inició a través de un acuerdo de colaboración entre el Grupo de Investigación "Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento" del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada y el Dpto. Regional de Rehabilitación del Hospital General Virgen de las Nieves de Granada.