

LA RELACIÓN PROFESIONAL DE AYUDA PERSONAL PSICOLÓGICA Y LOS MODELOS DE ACCIÓN INTERRELACIONADOS EN LA CLÍNICA Y LA SALUD EN CUBA

Alexis Lorenzo Ruiz

Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, Cuba

Resumen

La psicología como ciencia y profesión en los últimos tiempos ha tenido un enorme desarrollo y ampliación a muchas áreas de la sociedad. El objetivo aquí va dirigido a abordar al psicólogo como orientador en el ámbito donde ha sido histórica y mantenida su presencia, se trata una mirada al quehacer de la psicología clínica y de la salud. En el presente trabajo son descritas cuestiones vinculadas con la relación profesional de ayuda personal psicológica y los modelos de acción en la clínica y en la salud, siguiendo como marco teórico metodológico al esquema referencial de alternativa múltiple de M. Calviño, y como realidad a la práctica profesional del psicólogo en el Sistema Nacional de Salud en Cuba.

Palabras claves: Psicología clínica y de la salud, orientación psicológica

Abstract

Psychology as a science and profession in recent times has been a huge development and expansion into many areas of society. The goal here is aimed at addressing the psychologist as counselor in the area where it has been historically and maintained its presence; this is a look at the work of clinical psychology and health. In this paper are described the relationship issues related to professional and personal support psychological models of action in the clinic and in health, following as methodological framework to multiple alternative benchmark scheme M. Calviño, and as true to the professional practice of psychologists in the National Health System in Cuba.

Keywords: *Clinical psychology and health, counseling*

Introducción

El quehacer del psicólogo hoy nos muestra una amplia gama de áreas donde a diario se inserta y trabaja para dedicarse a ofrecer diversos sistemas de atención especializada ante la demanda de solicitud de ayuda por parte de individuos, grupos, instituciones y comunidades. Ello es posible por el creciente desarrollo de la psicología como ciencia y profesión en cada uno de nuestros países y regiones, en cada una de ellas con sus propias particularidades y matices, las cuales van a estar condicionadas por múltiples factores, los cuales son rectorados, principalmente, por las condiciones histórico culturales de cada momento y lugar concreto.

Desde sus albores, y por regla general a nivel cotidiano en nuestros países, se intenta asociar el desempeño profesional del psicólogo con su inserción al ámbito del trabajo clínico, y ello ha motivado a lo largo de la historia la tendencia a generalizar muchas cuestiones inherentes a todo lo que hace y piensa el psicólogo en su actuación en esta esfera con otras nuevas realidades y actividades.

El objeto de este estudio será el desempeño del psicólogo como orientador en el Sistema Nacional de la Salud (SNS) de Cuba, un área donde ha tenido fuerte desarrollo en los últimos cuarenta años, y en estos momentos encontramos nuevas y crecientes exigencias con relación a sus roles y desenvolvimiento.

Abordaremos cuestiones que consideramos cruciales y hasta problemáticas por haber cambiado sustancialmente las condiciones históricas culturales nacionales e internacionales en los últimos diez a quince años. Se trata de valorar su evolución desde una época anterior en la segunda mitad del siglo XX –inicios de este tipo de actividad–, de desconocimiento e insuficiente preparación sobre muchas aristas de la ciencia psicológica aplicadas a este campo de acción, para llegar hasta el momento actual –inicios del siglo XXI–, cuando el arsenal de conocimiento y experiencias de la ciencia psicológica y de otras disciplinas más o menos afines resulta inmenso y de una gran variedad. Para como colofón, ofrecer algunas consideraciones, de cómo percibimos el futuro desarrollo de este tema,

El tema que nos ocupa tiene gran actualidad por necesitarse de una sistematización de este tipo de experiencias, y un análisis crítico de cuáles tendencias requieren continuación y generalización, para poder avanzar en las precisiones sobre cuáles requieren de un cambio radical y preciso.

Como objetivos nos trazamos los siguientes:

1. Caracterizar el rol de la psicología y de disciplinas afines en la clínica y la salud.
2. Argumentar la orientación psicológica como actividad de ayuda profesional.
3. Valorar algunas cuestiones propias del desempeño de la relación profesional de ayuda personal psicológica y los modelos de acción en la clínica y en la salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS) Cuba.
4. Relacionar las principales tendencias futuras, favorecedoras de un perfeccionamiento de la orientación psicológica en la clínica y la salud.

Desarrollo

Desde sus orígenes ya hacen más de cien años ha sido el área clínica con la cual histórica y habitualmente la población y hasta los propios profesionales identifican al psicólogo como su ambiente natural de trabajo. La psicología clínica ha sido quizás la disciplina más conceptualmente definida, estudiada y de más amplia tradición. Aun cuando hoy no hay un área y problema de la sociedad contemporá-

nea en las cuales no exista un psicólogo trabajando e investigando, o en su ausencia, aplicándose los preceptos de la ciencia psicológica de un modo implícito e indirecto inclusive.

El método científico es un método general, constituido por varias etapas necesarias en el desarrollo de toda investigación científica. Es la forma de abordar la realidad y estudiar los fenómenos de la naturaleza, la realidad y el pensamiento para descubrir su esencia y sus interrelaciones. El método clínico es la aplicación particular del método científico, y en las condiciones económicas actuales resulta vital en aplicación por las ventajas que reporta desde ese punto de vista, así como también por el bienestar del paciente (Hernández Hernández, 2002).

Según, M. Rojo (2003) los problemas que se plantea la psicología científica son preguntas acerca de los procesos ideales y subjetivos cuyas respuestas consisten en descripciones y explicaciones de estos procesos y sus semejanzas, diferencias y variaciones (Rojo, 2003, p.12). Para este autor, la psicología tiene como objeto de estudio los sentimientos, las emociones, los pensamientos, los deseos, las actitudes, las opiniones, los hábitos y así podríamos continuar una larga enumeración de procesos y fenómenos (Rojo, 2003, p. 7). En función de nuestro tema, enfatiza que los rasgos característicos que identifican a las personas y que las diferencian no se presentan aisladamente unos de otros, sino que forman constelaciones, agrupamientos, tipos, “síndromes”, que son el objeto de la psicología clínica (Rojo, 2003, p.16).

Roca concibe la psicología clínica como una rama aplicada de los conocimientos psicológicos que persigue el estudio integral de individuos y grupos humanos, por medio del uso de técnicas psicológicas, la cual tiene un campo, el proceso salud-enfermedad en su dimensión psicológica, donde realiza funciones encaminadas a optimizar las relaciones del individuo con su medio en función de sus potencialidades reales (Roca, 2000, p.26).

El viejo modelo biomédico ha ido cediendo lugar a un modelo biopsicosocial, que no restringe el diagnóstico de la enfermedad a la presencia de anormalidades bioquímicas e incorpora variables psicológicas y sociales en

su etiología. Cuestiones estas, que son hoy en el año 2012, en la inmensa mayoría de los profesionales y trabajadores de la salud simultáneamente tanto el modo de pensar como el hacer diario en cada una de nuestras instituciones del SNS cubano.

Dado el creciente accionar de la psicología en este ámbito, no solo en Cuba, a nivel internacional han suscitado diferentes discusiones y divergencias de criterios con relación a si absorbe en tales consideraciones como un todo y la especificidad al amplio quehacer del psicólogo en la clínica y la salud.

Analizando la realidad de Cuba, un país que ha dedicado serios esfuerzos al sector salud, el fenómeno de transición epidemiológica, caracterizado por un predominio de las enfermedades crónicas degenerativas (anteriormente, denominadas no transmisibles), cambios en los cuadros de morbilidad, accidentes, efectos de los cambios medioambientales sobre las enfermedades infectocontagiosas y por carencias nutricionales. Por ende, el accionar del SNS cubano y toda la sociedad ha ido cambiando políticas y las perspectivas de salud (Hernández Meléndez, E., Grau Abalo, J., 2005, p. 35).

Este análisis del asunto a nivel epidemiológico tiene un estrecho vínculo con la demografía, dedicado al estudio de las colectividades humanas, especialmente en lo que se refiere a la estructura y dinámica de la población. También ha ocurrido un ascendente reconocimiento desde la segunda mitad del siglo XX en esta dirección con la sociología, como la disciplina que contribuye a caracterizar y explicar los fenómenos sociales pertinentes a la salud, la adopción e interjuego de roles significativos y la expectativa en relación a estos (Morales Calatayud, 2005).

La psicología, en su proyección hacia el estudio de los problemas de la salud y la enfermedad, tendrá siempre que establecer importantes relaciones con otras disciplinas, conocer sus aportes y nutrirse de ellos (Hernández Meléndez, E., Grau Abalo, J., 2005; Morales, 2005; Knapp, 2005; Roca, 2000; Zas, 2011).

Llama la atención el hecho de que en pocas obras se hace referencia a la aparición y desarrollo de la psicología de la salud en Latinoamérica. Para ser justos con la historia, la psico-

logía de la salud nació en América Latina, precisamente en Cuba, a finales de los años 60, con el desarrollo de recursos profesionales para la naciente atención primaria de salud entonces (1968) (Hernández Meléndez, E., Grau Abalo, J., 2005, p. 42).

Cuba se puede considerar cimera y un laboratorio experimental para afianzarse en tales polémicas. Aunque ello no es el motivo del presente trabajo, a continuación delimitaremos algunas conceptualizaciones que consideramos básicas y obligatorias en este campo de la orientación psicológica, al menos desde nuestra propia práctica profesional de más de veinte años.

En las proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015 se plantea como objetivo general mejorar el estado de salud de la población cubana. Teniendo como directrices la interdisciplinariedad como forma organizativa del trabajo en salud permitirá abordar con mayor integración, calidad y eficiencia los complejos problemas de la salud y la enfermedad, utilizar las más novedosas tecnologías y alcanzar mejores resultados para nuestro pueblo. Destacándose en la comunidad más que objeto y beneficiaria de los programas y servicios de salud constituye la razón de ser del sistema. Su participación en la identificación y priorización de los problemas de salud, en las acciones de intervención a ejecutar y en el control y evaluación de los resultados, representa la garantía de que la salud pública responde a los intereses y necesidades de nuestro pueblo y de nuestra sociedad.

En consonancia con ello, el Grupo Nacional de Psicología propone en su Programa de Trabajo de la Psicología a propósito de los objetivos del Ministerio de Salud Pública de Cuba hasta el año 2015 que la psicología de la salud puede enriquecer, desde una perspectiva psicosocial, la implementación de acciones y procedimientos contenidos en el documento. Los escenarios a considerar no solo deben ser demográficos, socioeconómicos y de salud, sino también psicosociales, acorde a los nuevos contextos en que se desarrolla la salud pública cubana (CD *Memorias Psicosalud*, 2011).

Siguiendo estos preceptos, la psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que

se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención en salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo a enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones múltiples para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención a enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que lo reciben (Morales, 1997).

La práctica totalidad de las definiciones de psicología de la salud participan de un mismo marco conceptual de fondo, así todas las definiciones estudiadas apuntan a la convergencia por sus autores en los aspectos, bien importantes, que a continuación referimos: la psicología de la salud es una disciplina aplicada, sus funciones más importantes se centran en la promoción, mantenimiento y cuidado de la salud, así como la prevención de la enfermedad su participación en el diseño y estructuración de las políticas de salud y del sistema que las ejecuta (Knapp, 2005, p.7).

Según Calviño (2004) los psicólogos acostumbramos a decir que la psicología en nuestro país, como práctica profesional, nació en la comunidad. No sabíamos bien ni qué era ser psicólogo, pero ya estábamos haciendo trabajos comunitarios. Años después nos encontramos con las propuestas conceptuales y metodológicas de la llamada "psicología comunitaria".

Es esta otra área aplicada de la ciencia psicológica a este tema, la psicología comunitaria, por su parte, destinada a la comprensión, explicación y solución de los problemas desde el punto de vista supraindividual (social o comunitario), enfocando su atención preferencialmente en el cambio y en la mejora del entorno social (Hernández Meléndez, E., Grau Abalo, J. 2005; p. 50).

Para América Latina, la psicología comunitaria, Morales asume que: 1) representa una inten-

ción de reconocer los problemas del comportamiento individual que son pertinentes para la salud y la enfermedad en una perspectiva que desplaza el acento desde el individuo al medio social, por lo que resulta un enfoque más cercano a la evolución del pensamiento sobre la causalidad de la enfermedad; 2) su diseño metodológico basado en el llamado modelo de competencia no contribuye suficientemente a esclarecer el modo de participación de las variables psicológicas ni de las sociales presentes en el proceso salud-enfermedad, ni tampoco al desarrollo tecnológico requerido, a causa de un planteamiento simplista tanto del individuo como del ambiente, así como de las relaciones entre estos; y 3) su orientación general no logró rebasar, en la práctica, el campo de la llamada salud mental (Morales, 2005, p. 54).

A modo de resumen de diferentes tendencias, el desarrollo de la psicología en el área clínica y de la salud ha sido esencialmente el resultado natural de: a) las controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones en la práctica actual en salud; b) el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud, y c) la posibilidad de comprender cómo algunas variables sociales y psicológicas (creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social, etc.) mediatizan los problemas de salud, como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad (Hernández Meléndez, E., Grau Abalo, J. 2005).

Resulta imposible no emitir criterios valorativos en relación a las referidas aseveraciones y a lo acontecido en cada una de estas apreciaciones sobre el supuesto objeto, el rol e interrelaciones de la psicología en la clínica y la salud en épocas ni anteriores ni en la actualidad. En la mayoría de las veces, desde nuestro punto de vista, existen más coincidencias en este sentido que divergencias en las discusiones conocidas sobre estos temas. Ello va a depender, por un lado del punto de vista teórico-metodológico, del otro de las experiencias profesionales como tal de cada exponente, y principalmente se resalta cuál es su contexto histórico cultural de desempeño.

Previamente al análisis de la orientación psicológica como tal, resulta inminente responder la siguiente interrogante ¿Cuáles serían entonces

los roles de la psicología en la clínica y la salud?

Existen diferentes criterios al respecto, en aras del tiempo y en el contexto del presente trabajo, consideramos oportuno apelar al enunciado de las funciones del psicólogo clínico. Estas son descritas por Roca (2000) del siguiente modo: la prevención de enfermedades mediante la exclusión de factores de riesgo; la promoción de salud por medio de acciones encaminadas a optimizar la calidad de vida de las personas; el diagnóstico que nos permita caracterizar al individuo, así como establecer hipótesis de hacia dónde dirigir la intervención psicológica; el tratamiento, incluye las acciones que contribuyen a fomentar en el individuo una postura activa ante el restablecimiento, mejoría u optimización de la salud; la rehabilitación que implica acciones psicológicas sobre individuos cuyo carácter distintivo es el ser portador de limitaciones físicas y(o) psíquicas de carácter irreversible, por lo cual son tributarias medidas psicológicas; además, puede realizar las funciones de administración, asesoría, docencia e investigación (Roca, 2000, pp.:22-24).

Estas funciones, desde nuestro punto de vista y experiencia profesional, resultan coincidentes con los criterios de Zas Ros (2011) enfocados al área de la psicología hospitalaria en forma-contenido, esencia-fenómeno. Tanto en sus matices teórico-metodológicos, como los de índoles práctico-instrumentales con las consideraciones de los otros investigadores, principalmente, cubanos, descritos representantes de la psicología de la salud.

Se reconoce el desarrollo histórico que la psicología en su aplicación a las instituciones de salud, que ha alcanzado en Cuba, exige la necesidad de la existencia de un profesional de la psicología, que debe poseer al menos como condición esencial formativa, una mirada de tercera dimensión (y así estaríamos a la par de todo el desarrollo tecnológico de la medicina contemporánea). Esta mirada tridimensional está compuesta por: una visión clínica, una visión social y la visión institucional (Zas Ros, 2011).

En el campo de la salud, además, destacamos también la relación entre educación, medio ambiente, salud y calidad de vida que desafía el antiguo modelo estructurado sobre el saber

biomédico (Werner Sebastiani, Pelicioni, Chiatone, 2002).

Al correlacionar cada una de estas cuestiones, resulta obligatorio resaltar que las acciones de promoción de salud deben tener, por tanto, carácter multisectorial (no exclusivas del sector salud) y multidisciplinario, y deben implicar un importante compromiso de las autoridades políticas (Morales, 2005, p: 87). En este sentido, el autor nos enumera seis recomendaciones para el trabajo de los psicólogos en este campo:

1. Identificar los problemas que requieren atención prioritaria.
2. Para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente para la toma de decisiones y se deben usar datos seguros procedentes de registros continuos, investigaciones previas o investigaciones al efecto.
3. Trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas y compartir el conocimiento que sea necesario compartir.
4. Evaluar los resultados siguiendo un modelo de intervención (al menos “antes-después”, y con grupos de control cuando sea posible).
5. Utilizar diferentes procedimientos con un carácter creativo.
6. Estimular la más activa participación de los miembros de la comunidad, ya sea tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y las estrategias, ya sea como “multiplicadores”, o bien en la evaluación de los resultados (Morales, 2005, p. 89).

La orientación psicológica como actividad de ayuda profesional en la clínica y la salud

A continuación analizaremos la comprensión de las anteriores cuestiones del rol y quehacer de la psicología interrelacionadas con la orientación psicológica como actividad de ayuda profesional, como modelo de actuación en el trabajo clínico y de la salud.

Con independencia del tiempo transcurrido y de todo el desarrollo demostrado por parte de nuestra ciencia y profesión, en la descripción precedente se ratifican las aseveraciones que escuchamos a muchos de nuestros mentores

hacer en los últimos veinte años con relación a las representaciones sociales (existentes al menos en Cuba —aunque también lo ratifican nuestras vivencias de trabajo profesional que hemos tenido en otros países) que prevalecen en la población al considerar muchas veces como muy llamativo y como tendencia generalizadora en sus significados los términos siguientes: salud-médico, psicología-psiquiatría, psicólogo clínico-psicólogo de la salud, locura-enfermedad mental, ayuda psicológica para sus problemas-prioridad con/sin medicación, inmediatez-urgencia-duración u otros criterios en cuanto a los tiempos-formas de organización que se requieren en las diversas modalidades de atención especializada, idiosincrasia-modo de ser, etc.

Igualmente, por diversas razones y por la propia complejidad del campo de acción que nos ocupa, aún hoy persisten por parte de los psicólogos manifestaciones de incertidumbre, insatisfacciones, contradicciones mucho más relacionadas con la adecuación-veracidad-cientificidad-confiabilidad-efectividad, etc., relacionadas con las valoraciones y criterios críticos que emiten de sus propias prácticas desde la psicología clínica y de la salud.

Nosotros en la práctica y ejercicio profesional en la clínica y la salud muchas veces también nos cuestionamos y preguntábamos sin encontrar con facilidad la respuesta precisa a las siguientes interrogantes: ¿Cómo calificar toda esta práctica profesional por medio de la cual poco a poco se iba estructurando nuestro modo de actuar? ¿En cuál modelo de los estudiados o hasta ese entonces conocidos se ubicaba? ¿Cuáles eran las causas de nuestros fracasos e imprecisiones? ¿Por qué en determinadas circunstancias y enfoques nuestro quehacer como psicólogo clínico y de la salud era mucho más preciso-certero-rápido-eficiente y coherente, o todo lo contrario?

Han sido muchas las dudas y los comentarios también entre colegas con idénticas preocupaciones, tendencia más evidente durante los años 90 del siglo pasado, cuando en Cuba se vivían momentos muy críticos. Fue una etapa en la cual hubo un crecimiento acelerado de la demanda de búsqueda de ayuda psicológica por parte de nuestra población en general, y muy peculiar por parte de aquellas otras personas —a quienes por lo general llamamos pa-

cientes— por ser portadores de diferentes dolencias y enfermedades; quienes en mayor medida en tales circunstancias veían agravarse su estado de salud (con crecientes alteraciones dentro del proceso salud-enfermedad *versus* insuficientes opciones de alivio-cura-ayuda) y no siempre encontraban con la inmediatez y efectividad habitual las soluciones esperadas.

En nuestra práctica brindábamos, desde aquel entonces, la atención psicológica a personas que padecían las siguientes enfermedades crónicas no transmisibles: asma bronquial severa, *diabetes mellitus*, cáncer, leucemia, vitiligo, alopecia, psoriasis, dolor crónico, hipertensión arterial, entre otras; así como a una amplia gama de personas con problemas y/o conflictos propios de su vida cotidiana.

Hemos tenido la obligación moral y la oportunidad personal durante todos estos años de ofrecer ayuda psicológica profesional a personas tanto aparentemente sanas como a enfermos en diferentes etapas del ciclo vital (en la etapa infante-juvenil, adultos), así como a mujeres embarazadas, discapacitados y personas en momentos de debut-crisis-remisión-fase final de la enfermedad-la vida, y de conflictos.

Fue entonces cuando en el año 1993 tuvimos la oportunidad de asistir por vez primera a los cursos de postgrado que impartía en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana el profesor M. Calviño. En ese momento, apenas escuchamos sus aseveraciones y razonamientos sobre la orientación psicológica, nos dijimos que este tema y sus polémicas tenían mucho que ver con mi modo de pensar y hacer psicología clínica y de la salud. Desde ya se apoderaron de nuestros actos, y hasta hoy todos estos años hemos continuado estudiando e investigando cada experiencia que escuchamos o encontramos al respecto por el convencimiento de la novedad y pertinencia de esta forma de ayuda.

Teniendo en cuenta la novedad científica, el carácter autóctono cubano de este producto, su demostrada aplicabilidad y la pertinencia de esta propuesta (la cual no ha sido del todo aún hoy divulgada ni comprendida en nuestro medio), optamos a continuación por ofrecer nuestra visión sobre sus aportes teórico-metodológicos con relación a los criterios de la ciencia

psicológica descritos en la clínica y la salud, así como algunas apreciaciones emergentes desde la propia dinámica de la práctica clínica.

Para satisfacer esta necesidad, en este trabajo, nos motivamos a emitir un conjunto de apreciaciones relativas a las observaciones del profesor Calviño interrelacionadas todas como una especie de recorrido en paralelo. Pretendemos aquí, por un lado, favorecer una mayor divulgación del modelo, y por el otro, a su vez ofrecer valoraciones críticas del desempeño profesional del psicólogo clínico y de la salud cubano como orientador.

Nos referimos a abordar a profundidad a lo que denomina el autor Relaciones Profesionales de Ayuda Personal (RPAP), como aquellas que tienen como fin propio ayudar a las personas. Tales criterios teórico-metodológicos y el resultado de la propia práctica clínica le permitieron a Calviño elaborar una propuesta de modelo de orientación psicológica denominado Esquema Referencial de Alternativa Múltiple (ERAM) (Calviño, 2002, p. 28).

Estamos hablando en esencia aquí de la orientación psicológica personal como una relación de ayuda profesional que se realiza entre un especialista (psicólogo) a quien llamaremos orientador, y un demandante, el orientando en una situación específica, sobre un problema específico y durante un período de tiempo determinado, con el objetivo de facilitar las acciones más prudentes del demandante (Calviño, 2002, p. 28).

El establecimiento de cualquiera de los tipos de RPAP supone una interacción entre dos o más personas que se establece como relación entre ambos. La denominación que damos de relación no se refiere a cualquier tipo de vínculo, sino a un tipo de vínculo en el que hay contacto (Calviño, 2002, p.12).

Todo contacto humano está sujeto a una mediatización simbólica (la palabra, la representación) no es otra cosa que el instrumento en ese contacto (Calviño, 2002, p.13).

Dicho contacto en el área de la orientación psicológica en la clínica y la salud van a caracterizar las múltiples y complejas relaciones que acontecen entre los psicólogos (orientador en ERAM) y los clientes, a los cuales por regla general en Cuba se les llama pacientes (orien-

tando en ERAM). Ello en la mayoría de las veces ocurre por imitación al modelo y ambiente médico-asistencial, dado que es denominado así toda persona que asiste a una institución de salud, esté catalogado en ese momento el individuo como “aparentemente sano” o “diagnosticado como enfermo”. Este criterio preconditiona de cierto modo al carácter de los contactos y a su vez a las variadas y posibles magnitudes de cada una de las implicaciones mutua y recíproca (lo cual acontece a un nivel consciente, subconsciente e inconsciente) que se van a construir entre ellos.

Todas estas conceptualizaciones de una manera u otra conllevan a la valoración e interpretación del proceso de formación de la personalidad del individuo a lo largo de su ciclo vital, y muy particularmente, durante la infancia (etapa cuando hay una gran tradición en Cuba de asistir a las consultas del psicólogo clínico y de la salud), así como el entorno donde este acontece. Vamos a estar actuando en el marco de una sociedad concreta con una cultura diferente, y por ende, con sus regularidades socio históricas; el reconocimiento y adecuado manejo de las cuales, serían capaces de favorecernos este amplio proceso de actuación e intervención profesional (Lorenzo, 2004).

Siguiendo este orden de análisis, en la práctica profesional diaria observábamos en muchos de los sujetos que tenían unos más y otros menos avances y recuperación de sus problemas iniciales, cuando de conjunto se realizaba el cambio por medio del cumplimiento-incumplimiento de las respectivas metas –de cada propuesta de ayuda ofrecida a cada orientando– esperadas siguiendo estos criterios.

Se concibe que el cambio en orientación psicológica, según Calviño (2002) se manifiesta a través de:

1. La reestructuración de representaciones bajo cuya influencia la persona se ve o se presupone imposibilitada de mantener una RELACIÓN de ajuste entre sus exigencias y las condiciones de la vida (sufre, no se concentra, no explota al máximo sus capacidades, etc.).
2. La disminución perceptible de los estados emocionales particulares de valencia negativa asociados a dichas representaciones (la

molestia, la preocupación en sentido general, la ansiedad, la angustia).

3. La recuperación de un estado de capacidad para movilizar los recursos personales en la dirección de solucionar los problemas vitales fundamentales que tienen que ver con las relaciones de adaptación y transformación sujeto-entorno.
4. El aprendizaje para la reorganización (nuevas formas de utilización) de los recursos personales así como la creación de recursos nuevos (Calviño, 2002, p.12).

En este sentido, la orientación psicológica puede cumplir, según Calviño (2002) distintas funciones:

1. *Remedial* (algo que tiene que ser reparado). En la práctica se asocia a cuestiones (directa o indirectamente) asociadas a diferentes matices inherentes al proceso salud-enfermedad, aun en el caso de personas sin ninguna dolencia diagnosticada. Lo cual acontece tanto en personas con situaciones de la vida cotidiana, como en aquellos que sospechan o ya están con algunas problemáticas más cercanas a lo descrito como de índole de salud mental.
2. *Preventiva* (anticipar dificultades, crear condiciones para que no ocurran o para que se enfrenten bien). Cuestión muy cercana al quehacer habitual del psicólogo cubano en la clínica y la salud por la esencia misma, y que caracteriza su desempeño en cada institución del Sistema Nacional de salud.
3. *Educativa* (obtener y derivar máximos beneficios de las posibilidades personales, descubrir el potencial personal). El psicólogo en esta área por lo general en cada actividad utiliza métodos y herramientas que van encaminadas a la educación por y para la salud, a la par de los más diversos objetivos y metas de la RPAP que se construye en cada momento.
4. *Crecimiento* (elaborar nuevas capacidades, estilos, etc.). Como se describió con anterioridad en la psicología clínica y de la salud se han desarrollado muchas herramientas favorecedoras de una superior cultura creativa y favorecedora de lograr el cambio en pos de nuevos estilos y modos de vida pro salutogénicos que les permiten al quehacer

conjunto orientador- orientando superarse y recuperarse por la eficacia de este modelo RPAP en la clínica y la salud.

La comprensión y descripción de estas funciones ha conllevado a disímiles discusiones entre los psicólogos clínicos y de la salud, como ha acontecido con relación a las mencionadas funciones del psicólogo clínico descritas por Roca (2000). También se puede escuchar este tipo de queja de parte de otros integrantes de los equipos multi e interdisciplinarios de la salud, la educación, la cultura, el deporte, etc., relacionadas con el establecimiento de ciertas diferencias necesarias con su propio quehacer profesional. Se preguntan de si lo que históricamente se ha hecho –y hoy se hace– en la clínica y la salud en Cuba es psicoterapia, consejería (*counseling, guidance*), educación o es esto que denominamos aquí orientación psicológica personal profesional.

Motivado esto porque el orientando que asiste por regla general en Cuba y solicita ayuda de este tipo, llega al psicólogo clínico y de la salud con una amplia gama de interrogantes en las cuales se mezclan problemas de su cotidianidad, lo popular, con un colorido y simbolismo de pseudocientificidad y hasta misticismo muy interrelacionados y explicados por valoraciones del tipo antropológicas-etnográficas-históricas-sociológicas, etc. Aquí, siguiendo el ERAM cada uno de estos problemas se denomina lo que el orientando quiere resolver, o incluso el orientador observa como parámetro esencial sobre el que producirán los efectos de la intervención (Calviño, 2002, p.92).

¿Cuáles problemas observamos con mayor frecuencia en la práctica del psicólogo clínico y de la salud orientador?

- Encontramos variadas inquietudes relacionadas con la salud humana: descritas como problemas médicos, desde aquellos donde el sujeto cree o valora posibles interrelaciones de los factores psicosociales con sus quejas o dolencias actuales (simbolismo de la relación “mente-cuerpo”). En unos casos acuden como criterio de remisión de los facultativos médicos –al no encontrarles ellos explicación objetiva-somática evidente; en otros por propia decisión y ya conocimiento de causa del rol del psicólogo clínico y de la salud. Aquí encontramos inquietudes, desde

las preocupaciones sobre el diagnóstico de sus dolencias-enfermedades ya manifiestas, sus consecuencias, dudas sobre los tratamientos, la propia adherencia terapéutica, hasta los más increíbles aspectos relacionados (directa e indirectamente) con el proceso salud enfermedad; a los cuales hasta ese momento el orientando-paciente no ha encontrado respuestas o las recibidas las catalogan de insuficientes.

- En cada época y momentos de nuestra historia nacional (incluso por la propia ubicación geográfica de Cuba) surgen-coexisten enfermedades-virosis-brotos epidémicos, situaciones medioambientales, u otras cuestiones que la población denomina problemas epidemiológicos. Asisten a consulta para obtener valoraciones sobre las posibilidades de aclaración-asesoría hasta las consultas donde esperan recibir un tipo de ayuda especializada con la capacidad de solucionar sus quejas o síntomas vinculados a estos problemas.
- Al ser el SNS cubano de total accesibilidad y carácter gratuito para toda la población, además, al haberse alcanzado un elevado nivel de satisfacción con sus servicios ya las personas (orientandos) sin estar enfermos plantean problemas salubristas mucho más complejos de un carácter implícito y/o explícitamente relacionados con cuestiones desde filosóficas-espirituales-ecologistas-etc., explicativas hasta aquellas ya inherentes a la propia organización del sector salud y el rol de estos aspectos en la estabilidad-alteraciones-complicaciones del proceso salud enfermedad (en el más amplio significado de este).
- La mayor cantidad y variabilidad corresponden a los típicos problemas psicológicos, muy característicos de la clínica y la salud en cualquier país. Nos referimos a preocupaciones emocionales, cognitivos, de carácter, autoestima, relaciones interpersonales, conflictos (personales, familiares, educacionales, laborales u otros). Estos en ocasiones se interrelacionan, además, con situaciones de índole psicosocial, desde el orden individual, grupal, familiar, institucional, comunitario hasta el nivel de la sociedad como un todo.

- Persisten y coexisten –como en otros países– los problemas y situaciones asociadas a cuestiones de tipo psicopatológico, que en ocasiones se les denomina como de carácter psiquiátrico o en los últimos tiempos de la salud mental. En estos casos históricamente se ve al psicólogo clínico y de la salud más como un posible experto evaluador de determinadas funciones –*a priori*– consideradas alteradas (o hasta enfermas) en comparación con la amplia gama de otros roles y funciones que ya hoy el psicólogo ha demostrado realizar con ética y calidad profesional, entre las cuales está la de la orientación psicológica.

Sin duda alguna, el conjunto de problemas descrito, van a coincidir –y se complementan a su vez– en su esencia con los siete tipos de problemas típicos descritos por Calviño que se presentan ante el orientador: es la conducta de alguien más, es un sentimiento, es la ausencia de objetivo, es que la conducta anhelada resulta indeseable, es que el cliente ignora que su conducta es inapropiada, es un conflicto de elección, y es un interés invertido por no identificar un problema (Calviño, 2002, p.93).

Para una mejor y verdadera comprensión de esto, el modelo ERAM de Calviño nos recomienda siempre considerar y saber responder a dos preguntas: 1) ¿Cuándo se busca el problema? Nos dice, en los encuentros exploratorios; 2) ¿Dónde se rastrea y se busca el problema? En el motivo de consulta, el análisis de la demanda y el diagnóstico de las posibilidades del sujeto (Calviño, 2002, p.94).

Si observamos estas, son estas las acciones que a diario realiza –o debería realizar– un psicólogo clínico y de la salud; ahora, la práctica demuestra que todas y cada una de ellas nos van a exigir entre muchas otras cualidades del psicólogo en su rol de orientador los suficientes conocimientos culturales y no en menor medida el dominio de las técnicas psicológicas u otras necesarias ante cada caso y situación (arsenal hoy en el año 2012 tan variado y disperso, que no siempre cumplen o aplican los requerimientos validados y/o adaptados a la realidad cubana).

Por ello, entre muchas otras razones, pensamos que en Cuba persiste la tendencia al establecimiento de una reducida cantidad de en-

cuentros y tratamientos de tipo psicológico en las instituciones del SNS; se describe con frecuencia entre colegas el uso de la sesión única, mientras que en otras ocasiones se desarrollan entre dos y tres sesiones, y hasta un máximo de ocho a doce sesiones de trabajo. Ello lo explicamos, dado —que aún sin saberlo— muchas veces el tipo de ayuda que se ofrece en la clínica y la salud en Cuba es la orientación psicológica, en supremacía a otras como la psicoterapia hasta las prácticas resolutivas consideradas desde una amenaza de desprofesionalización (Calviño, 2002, p.41).

En el campo de la salud humana, la actuación profesional del psicólogo —u otros— por lo general en Cuba se le considera también un modo o vía de apoyo social. En situaciones donde el tipo de apoyo social ofrecido no es el que demanda la persona necesitada se brinda por una fuente irrelevante para esa persona, los efectos que producirá esta relación obviamente serán negativos; pueden resultar muy nocivos para la salud y el bienestar (Roca, Pérez Lazo, 1999, p. 165).

Somos del criterio, que en los casos donde el psicólogo es capaz de integrar estos conocimientos, se establece una verdadera relación orientador-orientando, se satisfacen las demandas y clarifican los problemas, existen evidencias de una verdadera relación personal de ayuda profesional psicológica. Donde ayudar no es suplantar. Es facilitar el reconocimiento del problema, acompañar al demandante en la difícil tarea que este reconocimiento supone y la posterior búsqueda de alternativas de afrontamiento y de solución (Calviño, 2002, p.63).

En la práctica implementamos estos criterios ante los orientandos y nos identifican a través de diferentes roles psicólogo investigador, como un médico o especialista de la salud más, el de psicólogo clínico ortodoxo, el psicólogo clínico comunitario, el psicólogo de la salud, hasta el descrito acorde a este modelo ERAM del psicólogo orientador (or.). Cada uno de ellos van a funcionar desde muy diversos encuadres teórico metodológicos: psicodinámico, conductista, gestal, cognitivo-conductual, histórico cultural, el eclecticismo en sus diferentes variantes, entre otros.

Después de lo antes expuesto, no podemos dejar de pensar en el desarrollo de estas cues-

tiones, para cuyo análisis coincidimos con Calviño (2004), que en nuestro caso la mirada al futuro se expresa en la acción profiláctica educativa, de orientación. Pero por ser una acción preventiva, necesita hablar no solo de lo necesario, de lo mejor, sino sobre todo de lo posible. La acción de profilaxis, de prevención, de educación y promoción de salud mental, puede ser representada, retomando a L.S. Vigotsky, como una cierta zona de desarrollo próximo. Se trata a nuestro juicio del establecimiento de las “zonas de impacto probable” que realizamos o proyectamos realizar. La expectativa de modificación ilusoria, casi alucinante, es usualmente frustrante e inmovilizadora.

El futuro de la orientación psicológica en la clínica y la salud lo percibimos centrado en la sistematización de las buenas y verdaderas prácticas de quienes se dedican al Esquema Referencial de Alternativas Múltiples (ERAM) en Cuba y otros países, el permanente diálogo científico con relación a sus preceptos y conceptos, la ampliación de sus usos a nuevos escenarios en pos de favorecer la solución de los más variados problemas, así como la continuidad de estudios multi e interdisciplinarios (inclusive longitudinales y porqué no, transculturales) que nos permitan una mejor y más profunda comprensión del comportamiento humano.

Aun cuando en el texto se privilegian aspectos críticos del quehacer del psicólogo cubano en la clínica y la salud, nos gustaría resaltar, que no existe hoy en Cuba ni en el Sistema Nacional de Salud, ni en las otras esferas donde se aplican los preceptos descritos (educación, cultura, deporte, trabajo social, etc.) un área de trabajo, asesoría, investigación u otras funciones, donde no existan suficientes demostraciones del eficiente y adecuado desarrollo de la labor ética y profesional del psicólogo clínico y de la salud. Labor reconocida y resaltada por colegas e instituciones internacionales como una experiencia digna de seguir desarrollando y aplicándose en lo adelante.

A modo de conclusiones del material descrito podemos decir que:

1. La labor y quehacer de la psicología en la clínica y la salud continúan siendo un área de gran aceptación por la población y un

medio propicio para la canalización y satisfacción de sus demandas-problemas.

2. La orientación psicológica como actividad de ayuda profesional se hace más visible y frecuente en la clínica y la salud.
3. Se reconoce el desarrollo y experiencias del desempeño de la relación profesional de ayuda personal psicológica y los modelos de acción en la clínica y en la salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Cuba.
4. El modelo autóctono cubano descrito de orientación psicológica –Esquema Referencial de Alternativa Múltiple– posee las bases teóricas metodológicas e instrumentales suficientes que demuestran en la práctica clínica y de la salud favorecer una ética, adecuada, eficiente y científica atención psicológica integral a las personas que lo requieran.
5. Aún resta mucho analizar y sistematizar sobre las principales tendencias favorecedoras de un perfeccionamiento futuro de la orientación psicológica en la clínica y la salud.

Bibliografía

Calviño Valdés-Faully, M. A. (2004). "Acción comunitaria en salud mental. Multiplicadores y multiplicandos". En, *Revista Cubana de Psicología*, vol. 21, no. 1.

_____. (2002). *Orientación psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple*. La Habana: Científico-Técnica.

Hernández Hernández, R. (2002). "Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas". En: *Revista Cubana Medicina General Integral*, 18(2)

Hernández Meléndez, E., Grau Abalo, J. (2005). *Psicología de la salud: fundamentos*. México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

Knapp, E. (2005). *Psicología de la salud*. La Habana: Félix Varela.

Lorenzo Ruiz, A. (2004). "¿Dónde está el síntoma en la atención psicológica infanto juvenil?" En: *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 1(2-3). http://www.psiquiaticohph.sld.cu/revista/portal_revhph.htm

Morales Calatayud, F. (1997). *La psicología en los servicios de salud: experiencias de trabajo en Cuba*. Oficina de publicaciones de ciclo básico común, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

_____. (2005). *Psicología de la salud: conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Ciencias Médicas (ECIMED).

"Programa de Trabajo de la Psicología a propósito de los Objetivos del Ministerio de Salud Pública de Cuba hasta el año 2015. Elaborado por el Grupo Nacional de Psicología del MINSAP". En: *CD Memorias de la VI Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD 2011*. 14 al 18 de noviembre del 2011 La Habana, Cuba. ISBN: 978-959-306-115-5

Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. Ministerio de Salud Pública. La Habana: Ciencias Médicas (ECIMED) 2006.

Roca Perara, M.A. (2000). *Psicología clínica. Una visión general*. La Habana: Félix Varela.

_____, Pérez Lazo de la Vega, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana*. La Habana: Félix Varela.

Rojo, M. (2003). "El campo de la psicología científica". En: Z. Bello Dávila y J.C. Casales Fernández: *Psicología general*. La Habana: Félix Varela, pp.: 3-26

Zas Ros, B. (2011). *Experiencias en Psicología Hospitalaria*. La Habana: Publicación digital

Werner Sebastiani, R., Pelicioni, M.C.F., Chiattonne, H.B.C. (2002). "La Psicología de la Salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud". In, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Asociación Española de psicología Conductual (AEPC). Granada, España, pp.: 153-172.