

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
AREA CLINICA



CRONICA DE UNA EXPERIENCIA PARA LA ELABORACION
DE PROPUESTAS SOBRE LA INTERCONSULTA
PSICOLOGICA-HOSPITALARIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTAN

BALDEMAR GARZA AVILA
MARIA DEL SOCORRO PEREZ SANCHEZ
YOLANDA MARGARITA RAMOS LUNA

MONTERREY, N. L.

15 DE JULIO DE 1992

T

Z7201

FPS

1992

G3



1020090957



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
AREA CLINICA



CRONICA DE UNA EXPERIENCIA PARA LA ELABORACION
DE PROPUESTAS SOBRE LA INTERCONSULTA
PSICOLOGICA-HOSPITALARIA

TESIS

UANL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

BALDEMAR GARZA AVILA
MARIA DEL SOCORRO PEREZ SANCHEZ
YOLANDA MARGARITA RAMOS LUNA

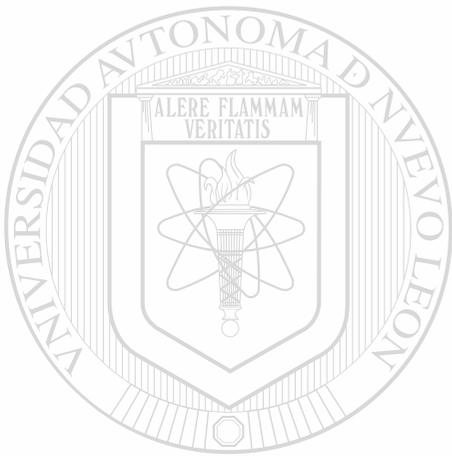


SECRETARIA

MONTERREY, N. L.

15 DE JULIO DE 1992

T
Z 7201
F.P.
19 2
73

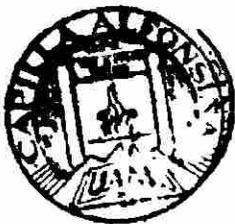


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



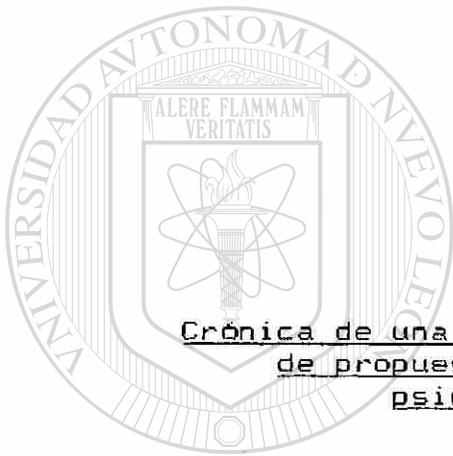
FONDO TESIS

4 8 1

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

AREA CLINICA



TESIS:

Crónica de una experiencia para la elaboración
de propuestas sobre la interconsulta
psicológica-hospitalaria

Presentada por:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Baldemar Garza Avila
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

María del Socorro Pérez Sánchez

Yolanda Margarita Ramos Luna

Monterrey N.L. a 15 de Julio de 1992.

Índice general

Introducción..... 1

Capítulo I. ¿E, psicólogo clínico en un hospital general? 6

- a. Implantación del proyecto..... 7
- b. Aspectos académicos..... 11
- c. Aspectos laborales..... 14
- d. Aspectos sociales..... 15

Capítulo II. Crónica del proyecto de Psicología Hospitalaria

- a. Génesis y estructuración: dificultades..... 17
- b. Aspectos administrativos..... 21
- c. Estructuración interna..... 25
- d. Resistencias..... 30
- e. Estado actual..... 32

Capítulo III. Conceptualización de diferentes especialidades y sus aportes al trabajo psicológico hospitalario..... 35

- a. Revisión histórica del concepto de salud mental.. 36
 - b. Aportes teórico-técnicos..... 38
-
- 1) Psiquiatría..... 39
 - 2) Medicina Psicosomática 41
 - 3) Psiquiatría de enlace..... 44
 - 4) Psicología médica..... 47

Capítulo IV. Psicología Hospitalaria: Propuestas para su abordaje

- a. Desarrollo de la interconsulta psicológica hospitalaria..... 53
- b. Conceptos teóricos..... 58
- c. Procedimiento y técnicas..... 62
- d. Víñetas clínicas..... 66

Conclusiones y recomendaciones..... 74

Referencias bibliográficas..... 79

I n t r o d u c c i ó n

Todo trabajo de investigación es una aventura, llena de riesgos y satisfacciones. Lo sabíamos al instrumentar una experiencia desarrollada en el campo clínico de una institución hospitalaria y, al mismo tiempo, comunicar los resultados de dicho proceso a los sectores sociales en general. Nuestra aventura consiste en la elaboración de una serie de propuestas para el abordaje de la técnica psicológica hospitalaria -tan poco explorada- y a la vez mostrar un modelo de trabajo interdisciplinario que pretenda brindar atención integral al paciente hospitalizado que atraviesa un período de crisis tan importante y que afecta no solo su vida individual sino también su grupo familiar y entorno social.

Otros objetivos se entrelazan íntimamente en el desarrollo de nuestro trabajo y se refieren principalmente a contribuir -en la medida de lo posible- a la definición de la identidad profesional del psicólogo clínico y a la redefinición de la currícula profesional del mismo, con la creación de un modelo de enseñanza-aprendizaje en su formación.

A lo largo de nuestra preparación profesional, observamos que el esquema médico tradicional se ha caracterizado por dirigir su atención hacia el área biológica de la enfermedad sin tomar en cuenta, frecuentemente, los aspectos psíquicos, las relaciones familiares y el contexto social de los pacientes. Solo hasta hace unas décadas se ha tratado de incluir los servicios de

Psiquiatría en los hospitales generales; en Latinoamérica, mas específicamente en Argentina, a partir de los cincuentas (Ferrari, Luchina; 1971) y en nuestro país se empiezan a formar psiquiatras en 1951 en la Universidad Autónoma de México; en 1971 la enseñanza se profundizó al facilitar cursos de subespecialización y es aquí donde se le da a la medicina un toque humanístico con la creación del Departamento de Psicología Médica y Salud mental (Casarini, inédito) en la misma Universidad; sin embargo sólo hace algunos años se han incorporado a los hospitales generales los servicios de salud mental (Lima, 1986)

Nuestra localidad -en creciente expansión- unicamente contaba, hasta hace algunas décadas, con dos instituciones psiquiátricas; la Casa de Salud Mental y la clínica privada del Dr. Camelo; que atravesaron dificultades de todo tipo para lograr el beneficio de una verdadera atención integral al enfermo psíquico (Solis, inédito). Con el transcurso del tiempo y la intervención de especialistas altamente calificados y de gran iniciativa, se crean otras instituciones de corte dinámico como la Unidad de Psiquiatría que abrieron camino hacia el ejercicio de actividades psicológicas o psiquiátricas dentro de instituciones hospitalarias.

La intención de narrar nuestra experiencia y repensarla, lleva como fin no sólo la posibilidad de la inserción de la Psicología clínica en el sistema hospitalario, sino también plantear un método y una técnica altamente diferenciada de

trabajo interdisciplinario, con una identidad propia que llevaría a la apertura de campos de trabajo mas amplios, de beneficio general.

Para llevar a cabo lo anterior, dado que este trabajo esta ligado al desarrollo de una practica inédita, empirica y por lo tanto interpretativa, éste trabajo pretende ser una muestra teórico practica de acontecimientos surgidos desde 1985 con la creación de un proyecto de Psicología clínica hospitalaria para la aplicación de campos clínicos (*) dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y en acción conjunta con la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Para la consecución de los objetivos planteados la estructura de la tesis requirió de la elaboración de cuatro capítulos. En el primer capítulo, intentando responder a la pregunta ¿El psicólogo clínico en un hospital general?, se realizara una revisión histórica del proyecto desde sus orígenes, tratando de establecer una correlación del mismo dentro de un contexto social, académico y laboral que permita ampliar el panorama general sobre el rol del psicólogo en las instituciones y que justifique la inserción de nuestro trabajo en un medio hospitalario.

El siguiente capítulo estara destinado a realizar una crónica -que en ocasiones parecera épica- acerca de los

(*) En adelante para hacer mención a este proyecto lo llamaremos "Proyecto de Psicología Hospitalaria".

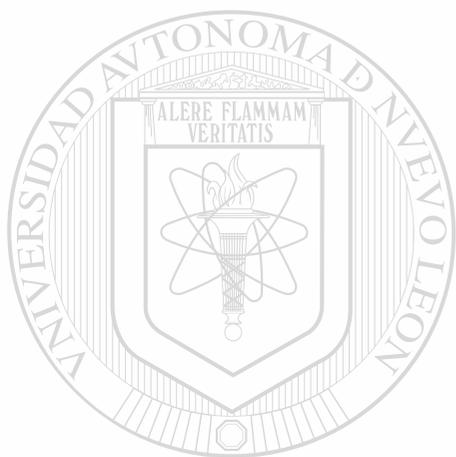
acontecimientos surgidos durante el desarrollo de nuestra experiencia desde sus inicios, sus diferentes momentos, periodo de ajuste institucional y el estado actual del mismo, así como los variados problemas y dificultades que se han suscitado a lo largo de su trayecto.

El tercer capítulo, consiste en una breve recopilación bibliográfica de los métodos, técnicas y conceptos desarrollados por diferentes especialidades en las cuales los profesionales de la salud mental se han apoyado para brindar atención al paciente hospitalizado. Podríamos considerar este capítulo como un preámbulo al siguiente ya que permitiera diferenciar claramente la intervención propuesta de lo que se mencionara en ese capítulo.

En el cuarto capítulo tocaremos el punto nodal de nuestra investigación, la interconsulta psicológica-hospitalaria, mostrando la historia de su evolución, los conceptos teóricos en los que se fundamenta y que nos permiten la formulación de propuestas para el abordaje de la misma. Este capítulo cuenta con la inclusión de dos viñetas clínicas que ilustren el trabajo realizado y contribuyan en el análisis de nuestras propuestas.

En el capítulo final se pretende vislumbrar los alcances y límites de las alternativas propuestas y de igual manera se intentara llegar a conclusiones que podrían repercutir en una adecuada atención integral al paciente hospitalizado.

Finalmente, si al leer esta tesis se piensa que los autores son merecedores de un título profesional (primera motivación para realizarlo) y todo lo que esto conlleva, consideramos entonces, que hemos terminado, con mas satisfacciones que sabores, nuestra aventura...la aventura de un trabajo intelectual.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Capítulo I

¿El psicólogo clínico en un hospital general?

Se decidió iniciar este capítulo con esta pregunta para cuestionar el quehacer del psicólogo clínico en un hospital general, ya que en realidad es escaso o nulo el trabajo realizado en este campo de trabajo, por lo tanto, partimos del supuesto de que el psicólogo clínico posee gran desconocimiento en lo que a esta área se refiere.

Si los propios psicólogos clínicos desconocen su quehacer en el campo intrahospitalario, imaginemos en que circunstancias se encuentra el cuerpo médico en esta misma área; por deducción podremos entender que estos poseen un desconocimiento aún mayor.

Se puede afirmar que este desconocimiento se debe por una parte, a la formación médica tradicional (Ferrari, Luchina, 1978) quién tiende a percibir al ser humano sólo en sus aspectos biológicos, descuidando de esta manera los aspectos psíquicos y sociales de los pacientes y por otra parte, la dificultad del psicólogo clínico al tratar de introducirse al campo hospitalario dado que esta área ha sido considerada como un campo muy poco explorado, especialmente en nuestro país (Casarini, Antinori, inédito).

Será este capítulo el espacio destinado a relatar los inicios de un proyecto de psicología hospitalaria, así como las dificultades encontradas en la implantación del mismo. Se observará que las mayores dificultades se encuentran en relación

con una serie de factores institucionales, académicos, laborales y sociales que trataremos de deslindar en párrafos posteriores y de esta forma, podremos ubicar este proyecto dentro del contexto donde se desarrolla.

Implantación del proyecto:

Origen, dificultades y desarrollo

El proyecto de la práctica hospitalaria surge en el seno del área clínica de la Facultad de Psicología de la U.A.N.L. en el año 1983-84, donde se conjuntaron las inquietudes de la coordinación del área clínica de la citada Facultad (*), y del Departamento de Oncología del Hospital de Altas Especialidades # 25 del IMSS (**), mediante la participación activa de algunos alumnos y ex-alumnos de la misma Facultad que se encontraban realizando voluntariamente sus prácticas profesionales.

En este hospital, la estancia se prolongó durante un tiempo aproximado de un año, trabajando principalmente en terapia de apoyo con pacientes oncológicos a través de la utilización de técnicas catárticas enfocadas principalmente a la familia.

Durante este periodo se elaboro un proyecto que se presentó al Departamento de Enseñanza Médica y de Investigación de la

(*) En ese entonces a cargo del Lic. Guillermo Hernández. Martínez, actualmente director de la Facultad de Psicología.

(**) Dr. Jesús Limón, jefe del Departamento de Oncología.

unidad con el fin de registrarlo oficialmente ya que el trabajo en el hospital no había sido aprobado por las autoridades administrativas de la institución de acuerdo a las normas y procedimientos de esta, de manera que el proyecto funcionaba por acuerdo interno del Departamento de Oncología con la Facultad de Psicología. Después de haberse presentado formalmente, la institución da la siguiente respuesta: El proyecto que se presenta puede ser viable de aplicarse en el hospital, mas por el hecho de no haberse presentado la curricula de los investigadores, tales trámites para su aceptación no procedían.

Ante esta respuesta negativa que implicaba volver a realizar los tan complicados trámites administrativos, y por el hecho de que en realidad este proyecto no había tenido gran aceptación por el hospital, se decidió dejar dicha unidad médica para atender una solicitud planteada por el Hospital General de Zona # 6,

donde requerían la presencia permanente de un equipo de psicólogos debido a la demanda de las necesidades hospitalarias planteadas por los médicos de dicha institución para la atención integral del paciente, ésta necesidad se planteó al jefe de Enseñanza del Hospital (*) el cual se contacta con la dirección de la Facultad de Psicología antes citada quién brindó un gran apoyo en los inicio del programa y se asignan dos supervisores (**)) para atender esta solicitud.

(*) Dr. Raymundo Arroyave Rodríguez, Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación del HGZ # 6 del IMSS.

(**)) Lic. Miriam Colín y Lic. Guillermo Hernández

Los supervisores asignados realizaron concertaciones con la unidad médica, éstos se entrevistaron con los jefes de los siguientes departamentos clínicos: Enseñanza e Investigación, Pediatría, Medicina Interna y Ginecología. En estas concertaciones surgió la posibilidad de llevar a cabo una experiencia en donde se podían incluir tres áreas de operación específicas: a) Consulta Externa, b) Trabajo intrahospitalario, c) Trabajo en comunidad de atención primaria a la salud.

En acción conjunta con los jefes del Departamento clínico ya citados se realizó un breve diagnóstico de la Institución para valorar cuál podría ser el servicio con el que se pudiese iniciar las labores. Por acuerdo se decidió que el área prioritaria era Pediatría en Consulta Externa. Uno de los aspectos principales por los que se decidió actuar en esta área fué debido a que la población derechohabiente en este hospital tiene un alto porcentaje en niños menores de 15 años. También se tomaron en consideración los reportes emitidos por la Organización Mundial de la Salud, en donde afirman que una gran mayoría de los afectados en lo que a salud mental se refiere, es la población infantil, siendo ésta, además la más desprotegida en Latinoamérica (Lima, 1986).

Otro aspecto importante para trabajar con la población infantil fué que los médicos pediatras mostraron en este momento una mayor disponibilidad para observar los aspectos psicológicos de sus pacientes. Por lo que al equipo de Psicología respecta,

tomando en cuenta los aspectos ya mencionados y las concertaciones con el cuerpo directivo, se pensó igualmente que la intervención más efectiva podría ser en una primera instancia, con la población infantil.

Existió otro factor muy importante para comenzar a laborar en el área de Pediatría, el cual no podemos dejar de lado: nos referimos a las propias motivaciones de los psicólogos supervisores, quienes en su experiencia anterior del Hospital de Especialidades # 25; su trabajo versó exclusivamente con pacientes oncológicos en fase terminal. Este tipo de actividades despertó en los psicólogos reacciones contratransferenciales intensamente vividas por todo el equipo de trabajo, donde surgieron ansiedades fuertes relativas al temor hacia la muerte. Estas experiencias resultan sumamente difíciles de sobrellevar, y creemos que fué esta vivencia la que en gran medida motiva a trabajar en forma reactiva con "la otra cara de la moneda" (Hernández, 1990, comunicación personal); sabemos lo gratificante que resulta trabajar con los niños "supremos representantes de los inicios de la vida".

Una vez definida el área de trabajo con la que se iniciaría y después de varias reuniones con los jefes de los distintos departamentos, se logra ubicar el proyecto de Psicología Hospitalaria en esta unidad.

Se realizaron los trámites necesarios para lograr la aprobación de la Coordinación Delegacional de Enseñanza e Investigación; debido al gran tiempo requerido para lograr la

aprobación oficial se decide comenzar a trabajar por arreglo interno, hasta esperar la respuesta oficial de la autoridad delegacional.

Como se puede observar, al llevar a cabo la implantación del proyecto se encontraron problemáticas de distinto orden, algunas como las que se mencionan en párrafos anteriores referentes a las cuestiones administrativas de la institución y otras que corresponden al orden académico, laboral y social, las cuales se describen a continuación.

Aspectos académicos

Al inicio del proyecto y al querer implantar los conocimientos teóricos, el equipo se encontró con un desfase importante en cuanto a los conocimientos que recibían los psicólogos en su formación y los requerimientos del área hospitalaria, que llevó a la confrontación de los problemas académicos, debido a que las materias y los contenidos del área clínica resultaban insuficientes para que el psicólogo clínico pudiera desarrollarse efectivamente en el área hospitalaria (Foladori, 1980), tal dificultad conduce a realizar un análisis de los objetivos curriculares del área clínica de la Facultad de Psicología antes citada, así como los diferentes campos propedéuticos que han existido hasta el momento, todo esto con la finalidad de verificar la congruencia con los requerimientos del campo hospitalario. Este análisis se presentará un tanto breve por la naturaleza de nuestro trabajo. Se mencionará lo necesario

para ubicar al lector en la desventaja con que nos encontramos en esta área de trabajo.

Como primer punto mencionaremos los objetivos del área clínica así como su campo de acción, tal y como se plantea en el programa curricular de 1985. El área plantea como objetivo lo siguiente:

El alumno será capaz de elaborar un diagnóstico clínico dinámico y estructural por medio de la entrevista psicológica y el uso del material proyectivo (pruebas psicológicas).

Será capaz de emitir criterios, no solo diagnosticar sino pronosticar y realizar estrategias terapéuticas.

Será capaz de implantar psicoterapias de apoyo y breves, estas teniendo como campo referencial la teoría psicoanalítica.

En cuanto al campo de acción se plantea la posibilidad de tener contacto con todo tipo de pacientes (adultos, adolescentes, niños, grupos, parejas y familias) a nivel institucional -IMSS, ISSSTE, Unidad de Psiquiatría (Facultad de Medicina UANL), Centros de Integración Juvenil, Departamento de Orientación Vocacional de la preparatoria # 2 de la UANL, Unidad clínica y de rehabilitación psicológica (facultad de Psicología), Clínica Hospital del Norte y Casa de Salud Mental.

El objetivo planteado por el área clínica se observa adecuado para las exigencias requeridas a nivel licenciatura ya que plantea la adquisición de conocimientos y habilidadse no solo a nivel diagnóstico sino también a nivel terapéutico (Eco, 1982). Solo restaría investigar de que manera se ha logrado instrumentar o no, y hasta donde, dichos objetivos, coherentes con el contenido curricular y las áreas de trabajo. En lo que a

esto respecta se puede visualizar un desfase importante en cuanto al contenido teórico de la curricula y la instrumentación de ésta en la práctica de la psicología hospitalaria.

Para comprobarlo solamente basta observar cómo los diferentes campos propedéuticos a nivel hospital (Hospital de Altas Especialidades # 25 del IMSS, Unidad de Psiquiatría, Clínica Hospital del Norte) se han cerrado probablemente a que no se lograron implantar dichos programas, de lo contrario estos centros propedéuticos hubiesen prevalecido hasta la actualidad. Sin embargo no podemos dejar a un lado la influencia tan importante que provocan los conflictos por los que ha pasado ultimamente la UANL. No es nuestro objetivo ahondar en tales cuestiones.

Con estos aspectos que hemos mencionado hasta el momento; hacemos notar que la concordancia de los objetivos del área clínica no se han logrado implementar en lo que respecta al área hospitalaria. Al tratar de establecer una congruencia entre lo que plantea el área clínica y las exigencias del quehacer hospitalario; se encontró la necesidad de implantar actividades extracurriculares para compensar tal desfase; tema que se tratara ampliamente en el siguiente capítulo.

También existen otros factores que no son de orden académico como la gran efervescencia política ya mencionada, los graves desajustes sociales, la falta de recursos financieros, limitación de recursos humanos, así como otros aspectos de orden legal y cultural. Todo lo anterior confluye y hace sumamente difícil la

solución a esta problemática de salud mental en nuestra comunidad y en nuestro país (Oficina Regional de la OMS, 1986).

Aspectos laborales

En cuanto a estos aspectos se observa que hasta hace algunas décadas en México se ha considerado al psicólogo como un auxiliar en diagnóstico psiquiátrico y, en los últimos años, ha concentrado su campo en las instituciones de enseñanza; poco a poco el psicólogo ha pugnado por abrirse nuevos campos de trabajo: la escuela, el hospital, empresas, áreas que ha buscado definir para poder ubicarse dentro de un marco laboral específico. Nuestro trabajo podría ser un aporte a este respecto, al tratar de definir un campo laboral para el psicólogo clínico como lo es el área intrahospitalaria.

Al tratar de realizar nuestra intervención nos encontramos con el desfase ya mencionado en cuanto a la formación que se le brinda al psicólogo clínico y por otra parte, también señalamos el hecho de que la demanda laboral no tiene bien definido lo que quiere de un psicólogo. En consecuencia este profesionista se encuentra con un círculo vicioso en donde "...el medio laboral no sabe pedir y las escuelas no saber ofrecer" (Casarini, Antinori, inédito). Creemos que este círculo vicioso está dado principalmente porque la psicología en México es tan joven, que no ha podido definir exactamente su identidad y en la búsqueda de la misma ha intentado afanosamente encontrar un espacio para tratar de consolidarse, lo que provoca que los campos laborales

desconozcan lo que un psicólogo puede realizar y como consecuencia la sociedad en general tiene una visión muy limitada del quehacer de un psicólogo.

Aspectos sociales

Se tomaron en consideración los aspectos sociales que este proyecto pudiese brindar como respuesta a las necesidades actuales de la comunidad y de igual forma que respondiese a las expectativas de trabajo que el psicólogo pudiese tener en ésta área. Para poder entender si se responde a una demanda social, a continuación mencionaremos lo que a nivel mundial se trata de obtener a este respecto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su programa "Salud para todos en el año 2000", plantea como estrategia fundamental la atención primaria a la salud e incluye a la "salud mental" como uno de los componentes principales de la salud en general. Para la OMS la salud es entendida como "...un grado de bienestar que permita llevar una vida social y económicamente productiva, así como lograr la satisfacción proveniente de sus talentos latentes" (Mahler, 1981).

En México así como en otros países la salud mental ha sido gravemente desatendida. Existe una gran cantidad de personas que padecen trastornos emocionales, los cuales no reciben ayuda psicológica alguna (*) ya que en los países en desarrollo no se

(*) En el mundo actualmente existen 400 millones de personas incapacitadas, las cuales padecen enfermedades mentales graves que varían desde enfermedades neurológicas y psiquiátricas incluyendo farmacodependencia y alcoholismo.

cuenta con recursos ni programas adecuados para atender tales necesidades y cuando se poseen, factores tales como el bajo nivel de utilización de estos servicios por la población misma, ha hecho difícil el éxito de tales programas y, por otro lado en los países subdesarrollados, los problemas de atención de salud mental se agudizan y tienden a guardar relación inversa con la prosperidad económica. Esto es, a mayor depresión económica, menos desarrollo de programas adecuados de salud mental (Feldman, 1985).

Consideramos que la definición de salud que sugiere la OMS esta basada en el modelo médico el cual se guía por los conceptos de salud y enfermedad;; sin embargo sabemos que esto no es válido para entender los aspectos psíquicos del ser humano, ya que en tal modelo, salud es un término que equivaldría a normalidad y por lo tanto a adaptación, y si hablamos de adaptación tendríamos que pensar: ¿adaptación para quién?, o ¿al servicio de quién? (Braunstein, 1975). No es nuestra intención hacer una crítica al modelo médico ni a los lineamientos del programa "Salud para todos en el año 2000" que propone la OMS, sino que deseamos dejar en claro que nuestra posición no se refiere a una total e incondicional adhesión a la OMS, sino más bien dejamos ver que el psicólogo clínico puede y debe tener un lugar propio dentro de tales programas. Es aquí, precisamente donde podemos insertar el proyecto de Psicología Hospitalaria.

Capítulo II

Desarrollo del Proyecto de Psicología Hospitalaria

En el presente capítulo se tratará de reconstruir en forma detallada el proceso a través del cual se fué gestando, el desarrollo del Proyecto de Psicología Hospitalaria. Se observará su evolución y sus diferentes momentos, así como el momento actual del mismo.

Cabe señalar la presencia de una multiplicidad de factores dentro del proceso de estructuración del proyecto, los cuales serán abordados siguiendo tres aspectos a considerar: los referentes al área administrativa, estructuración interna inicial y las resistencias. Posteriormente se pasará a relatar la manera en que este funcionó hasta Agosto de 1990.

Génesis y estructuración: Dificultades

Para ofrecer una visión más clara de lo acontecido al iniciar las actividades en el hospital, señalamos que el primer objetivo consistió en definir la tarea, es decir, cómo se diseñaría el proyecto de Psicología Hospitalaria. Recordando lo mencionado en el capítulo anterior, en un primer momento se realizaron juntas técnicas con los médicos para así poder lograr un diagnóstico de la institución; sin embargo, esto no alcanzaba para determinar la configuración formal del proyecto, por lo que se dedicó el primer semestre de estancia en el hospital para trabajar al respecto. Período durante el cual surgen obstáculos de diferente índole que se describirán en los siguientes

párrafos.

El diseño del proyecto (realizado por la Lic. Miriam Colín y asesorado metodológicamente por la Lic. Martha Casarini) presentó cierto grado de dificultad, debido, en primer lugar al desconocimiento de una multiplicidad de aspectos de las actividades hospitalarias en las que el psicólogo se encuentra en desventaja por ser éste un campo poco explorado por el mismo psicólogo; segundo, la dificultad para manejar terminología médica y, tercero el desconocimiento acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las diferentes patologías orgánicas existentes, lo que ocasionó una serie de dificultades que no permitían definir el trabajo que se podría realizar con los distintos pacientes y sus enfermedades físicas.

Estas confrontaciones plantearon al equipo un problema, no desde la teoría sino desde la práctica, y se constituyó en una de las más importantes interrogantes planteadas a lo largo de nuestro trabajo; nos referimos a la manera en que se puede realizar una intervención psicológica si se desconoce el aspecto médico de la enfermedad; pregunta que en un inicio nos contestamos abordando tres niveles de intervención:

1. En el primero, se ubicó al psicólogo que posee una escasa información acerca del aspecto médico de la enfermedad; en un primer momento tal intervención no fue considerada la más óptima debido a que la crisis es ocasionada en una primera instancia por un trastorno

físico (*), sin embargo no se podría afirmar que ninguna intervención psicológica, en el sentido más amplio de la palabra, pudiera ser hecha, sin el conocimiento general de los aspectos físicos de la enfermedad.

2. Se posee la información mínima requerida

-dependiendo del caso- entendida ésta como el conocimiento general de la etiología, la evolución, así como el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades físicas. En esta etapa -tanto de la investigación como del proyecto en sí- se consideró que al ubicar al psicólogo en este segundo nivel podría realizar con mayor eficacia una adecuada intervención psicológica ya que con estos conocimientos generales, puede determinar cuándo ciertos síntomas son de origen

orgánico y/o psicógenos, y cuando éstos se ven afectados por el predominio de algunos de los factores ya mencionados.

3. En este tercer nivel, ubicaríamos al médico psiquiatra y psicoanalistas médicos, quienes por su formación conocen a profundidad la patología orgánica.

Se podría pensar que éste es el nivel adecuado para la realización de un abordaje terapéutico óptimo; sin

(*). Si bien es cierto, el motivo del internamiento es siempre derivado de un padecimiento físico, no podemos descartar que este haya sido desencadenado por un aspecto psíquico; tal es el caso de la enfermedad psicósomática.

embargo al afirmar lo anterior estaríamos haciendo una equivalencia con la polémica acerca de la conveniencia o no de que el psicólogo no podría realizar cierto tipo de intervención por el hecho de no poseer un título médico (Freud 1926); por lo tanto, partiremos de el supuesto que este debate ya ha sido analizado lo suficiente como para concebir que sólo son aspectos administrativos (Flores,1985) y por consecuencia tanto el psiquiatra como el psicoanalista y el psicólogo, están capacitados para realizar tal trabajo.

Con esto no queremos decir que estos tres profesionales de la salud mental se encuentran en el mismo nivel académico sino que, en lo que respecta a esta área de trabajo se considera a estos tres especialistas como los indicados para realizar una adecuada intervención

psicológica tal vez no con el mismo enfoque, pero si en función del bienestar del paciente. ®

Hasta aquí, hemos abordado una de las primeras grandes dificultades, la cuál tuvo que ser vencida utilizando algunas estrategias, como la asistencia a las sesiones clínico-patológicas, sesiones de presentación de casos, sesiones generales, así como la introducción de seminarios exclusivos para psicólogos y consulta bibliográfica de las enfermedades más comunes que se presentan en el hospital, lo que ayudó en gran medida para ascender al segundo nivel antes mencionado y la difusión del servicio de Psicología dentro del mismo hospital.

Aspecto administrativo

Otro de los grandes problemas es el referente al de la asignación del área física, ya que se constituyó como un obstáculo mas que intervino en la estructuración y organización del proyecto, puesto que las instalaciones del hospital resultan insuficientes para la demanda de derechohabientes. Esto dificultó en un primer momento la asignación de un área física para la consulta externa de Psicología, situación que llevó a la improvisación de espacios no adecuados para la atención psicológica, debido principalmente a múltiples interferencias de orden administrativo. Tal acontecimiento pudiera matizar el trabajo con cierto tinte empirista que constituye la base del proyecto. Es necesario en este momento rescatar la labor por el equipo de psicólogos, quienes aún sin poseer la estructuración formal del proyecto, éste se fue creando al considerar los aspectos específicos de la situación total.

Con la implantación del proyecto de Psicología Hospitalaria, que dependía de Enseñanza Médica e Investigación, llevó a una confusión entre los integrantes del proyecto y el cuerpo de la unidad ya que no se tenía en claro de quién se dependía normativamente puesto que no se hacían tangibles los beneficios de dicho programa, de tal manera, que se vió amenazada la estancia del proyecto en este hospital. Por otro lado los

trámites para el registro de campos clínicos (*) estuvieron constantemente obstaculizados por burocracia. A pesar de estas dificultades se empezó a organizar la consulta externa que consistió en:

1. Conocer los métodos y procedimientos del hospital en cuanto a agendas de citas y registros de pacientes.
2. Fijar lineamientos para la apertura de expedientes de acuerdo a los parámetros del IMSS y tomado en cuenta los requisitos del Hospital Psiquiátrico en cuanto a batería de pruebas y criterios teóricos diagnósticos (DSM III-R e ICD-9).

La paulatina separación de dificultades, marca el inicio hacia la construcción progresiva del perfil del psicólogo clínico en el área intrahospitalaria; por consiguiente, los resultados presentados en cuanto a la atención psicológica del paciente, fueron positivos ya que al ampliar el campo de intervención del psicólogo y sus expectativas, aumentaba la demanda y se generó mayor consulta. Sin embargo, estos logros no tenían la fuerza suficiente para asegurar la permanencia del proyecto en el hospital al tener que cumplir dos objetivos simultáneamente:

- a) Adquirir el conocimiento de la institución hospitalaria para poder terminar el diseño escrito del proyecto y que éste cumpliera los requerimientos en

(*) Se entiende por campo clínico un área asignada en el IMSS a la que pueden asistir diferentes estudiantes de pregrado a realizar sus prácticas profesionales.

cuanto a normas y procedimientos que fija el departamento de Enseñanza Médica y de Investigación y que fueran aprobados por la Coordinación Delegacional.

b) Crear una demanda de atención psicológica lo suficientemente grande que hiciera indispensable la presencia de un departamento de Psicología y que en un momento determinado, tal consulta no pudiese ser absorbida por ningún otro centro.

La legitimidad de la práctica profesional del psicólogo en este proceso, no se vió acompañada por una legitimidad normativa en la institución; de esto surgieron múltiples dificultades de orden político y administrativo que pusieron en peligro la permanencia del proyecto en el hospital. Fué tan grande la

demanda generada de consulta psicológica, que llegó a ser imposible que la misma fuese referida a otras unidades (como el Hospital # 25) siendo atendidos por el servicio de Psicología

-aún sin aceptación oficial- hasta que finalmente la administración del hospital decidió realizar un convenio interno con la Facultad de Psicología para continuar las actividades. Asimismo se asignó un psicólogo rotatorio del IMSS y se incluyó al servicio de Psicología en la auditorías del hospital, cabe aclarar que no fué sino hasta Noviembre de 1987 cuando se presenta oficialmente el proyecto de Psicología Hospitalaria de acuerdo a normas y procedimientos del IMSS.

A la par con los aspectos administrativos, aparecieron otros aspectos de la misma índole que obstaculizaban el desarrollo del proyecto; con esto nos referimos a las cuestiones administrativas intrínsecas como lo referente a:

a) Registro de pacientes: es decir un Diario interno del Departamento donde se ordena con número progresivo el expediente del paciente el cuál posee los datos generales requeridos. Al contar cada paciente con un número de expediente, de la misma manera estos expedientes serán archivados para facilitar su manejo.

b) Registro de productividad: diariamente se entrega al Departamento de consulta externa de Psicología un registro (forma 4-30-6) de los pacientes que serán atendidos por primera vez como subsecuentes convirtiéndose en el único registro oficial de productividad ante la institución, quedando una gran parte del

trabajo del psicólogo sin realizar; no referimos a la labor intrahospitalaria que hasta este momento se había estado desarrollando, la cuál no se registraba en forma oficial por no conocer los formatos indicados para su solicitud y que hasta este momento se solicitaban de manera verbal por los médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

En este período, se les permitió a los psicólogos tener acceso al expediente médico del paciente, mas no estaban autorizados para anexar sus notas clínicas tal y como se hace en todo servicio después de realizar alguna intervención por lo tanto, posterior a la consulta realizaba una impresión

diagnóstica la cuál era descrita verbalmente al solicitante.

Esta situación causaba gran insatisfacción al psicólogo ya que se tenía la sensación de que el trabajo (en esta área específica) no era reconocido ni valorado. Y por otro lado el personal administrativo de la institución al mismo tiempo infería que el departamento de psicología no realizaba su trabajo en esta área porque no existía el registro de la productividad.

Fué en 1987, con la llegada de un psicólogo adscrito a esa unidad (Lic. Gerardo Salazar Barrientos) y asignado en forma permanente, que se produjeron ciertas modificaciones: ahora los psicólogos en formación podrán registrar a través de una nota clínica su impresión diagnóstica, así como hacer recomendaciones en el expediente clínico del paciente. A partir de este momento las peticiones de interconsulta se harán utilizando el formato indicado. Posterior a esto, la institución solicita la

productividad por escrito por lo que se diseñaron hojas de registro de productividad para la interconsulta. Este registro es llenado mensualmente por cada uno de los psicólogos y al mismo tiempo se elabora una suma del total de interconsultas realizadas por el departamento; este dato será reportado al Servicio de Estadística de la Unidad el día 25 de cada mes.

Estructuración interna

En este período se trato de lograr una organización que permitiera lograr los objetivos planteados por el proyecto original. La primera acción que se realizó fue encaminada hacia

la atención del paciente en consulta externa; contando con un solo consultorio, asignando horarios específicos para cada estudiante. Debido a la gran demanda de estas, la duración de cada consulta se fijó en 30 minutos, utilizando un diario donde cada psicólogo programa sus sesiones según sus posibilidades y las del paciente.

Mas tarde, el espacio asignado al departamento de Psicología fue de tres consultorios, por lo tanto surgió la posibilidad de asignar más tiempo de consulta para cada psicólogo. En promedio se asignaron de 4 a 6 horas de consultorio a la semana, divididas en dos o tres días según fuera el espacio disponible en cada turno.

La consulta de los pacientes que acudían al servicio por primera ocasión, se distribuía equitativamente, y ésta se supervisaba en sesiones de evaluación por el equipo. De esta

manera se trabajó hasta Noviembre de 1987, con la inclusión del psicólogo de base, quién recibe, a partir de este momento, la preconsulta del departamento refiriendo posteriormente los casos para su manejo mas prolongado, tanto en evaluación, como tratamiento a corto y mediano plazo. Este sistema continua vigente hasta la actualidad.

Para cubrir las necesidades antes mencionadas, cada estudiante permanece por lo menos cinco horas diarias en la unidad por un espacio de dos años y cuenta con dos períodos de vacaciones de quince días cada uno al año. Cada seis meses se incorporan al programa nuevos estudiantes de séptimo semestre del

área clínica, realizando en esta forma un sistema de educación continua compuesta por alumnos de los cuatros últimos semestres de la carrera, a raíz de esta diferencia de niveles académicos, se presenta el siguiente problema: ¿Cómo introducir a las nuevas generaciones al área intrahospitalaria si los alumnos no cuentan con una preparación adecuada para desarrollarse en un ambiente hospitalario?. Este problema fue resuelto tomado como base el modelo médico donde el más avanzado enseña a los recién ingresados, tanto en actividades de consulta externa como en el trabajo de las diferentes áreas del hospital; además se asignan alumnos a cada uno de los supervisores para que los instruyan en el manejo de pruebas, entrevista, manejo de expedientes tanto clínicos como psicológicos. De este modo el alumno cuenta con seis meses para familiarizarse con el trabajo del hospital, y cuando llegue el momento de que una generación termine su estancia en la clínica, aquellos ocuparán los lugares vacantes y sus horarios de consulta. ®

Desde sus inicios fueron asignados al proyecto dos supervisores y un año mas tarde la UANL envia otro supervisor (Lic. Rosa Elva González Villarrreal). El proyecto queda constituido con un total de quince alumnos en promedio, que se encuentran distribuidos aproximadamente en número de cinco por cada supervisor, y estos tienen una hora a la semana para supervisar los casos de consulta externa e interconsulta.

Durante las sesiones de supervisión, surgieron algunas dificultades en lo relativo a la preparación académica de los

estudiantes, ya que con los elementos teóricos y prácticos con los que contaban su quehacer para con los pacientes se veía muy limitado, por lo tanto se decidió realizar seminarios extracurriculares para subsanar las lagunas existentes. Estos seminarios se organizaron de la siguiente manera: cuatro seminarios por semana con duración de una hora cada uno, los que eran impartidos por los supervisores y dirigidos hacia cuatro áreas específicas:

- a) Area infantil: entrevistas de evaluación y tratamiento.
- b) Area de grupos: teoría y técnica sobre grupo, pareja y familia.
- c) Area diagnóstica: con pruebas psicológicas, maduracionales, proyectivas y cognoscitivas.
- d) Area neuropsicológica: enfocada hacia el conocimiento de las enfermedades causadas por daño cerebral.

Otra actividad realizada para complementar la formación del alumno, fue la asistencia a las sesiones clínico-patológicas; éstas fueron realizadas mensualmente por el área médica de la unidad, en las que ocasionalmente se incluía a los psicólogos en la presentación de casos clínicos.

Una parte de la organización del proyecto y que en un primer momento fué dejada a un lado, lo constituye la intervención psicológica dirigida al paciente hospitalizado (interconsulta) la cuál siguió la misma trayectoria que el proyecto de consulta externa, fué el área de Pediatría la primera en solicitar este servicio. La primera actividad que se llevó a cabo en esa área

fue la observación; con esta técnica se lograron registros de las actividades cotidianas desarrolladas en las salas de Pediatría. Esta estrategia sirvió de introducción al área, se logró conocer a los médicos especialistas que laboraban en el lugar, así como su horario de visita, cuidados de enfermería, visita de familiares y horario de alimentación. Es necesario conocer estas actividades ya que con ello se logra identificar el momento más adecuado para la realización de la intervención psicológica.

En esta área se comienza a trabajar con programas de estimulación temprana, padecimientos psicosomáticos y enfermedades crónicas; también se atienden algunos casos donde se detecta una disfunción familiar que directa o indirectamente afectan al pequeño paciente. Para lograr lo anterior se requirió establecer un programa para los estudiantes, en donde se rotaban por las distintas áreas del departamento de Pediatría. Al inicio

se realizaba una estancia de seis meses por cada área, pero este sistema no fue satisfactorio debido a que los psicólogos no tenían la oportunidad de conocer la totalidad de las áreas y por otra parte el tiempo de permanencia era muy largo, lo que ocasionaba dificultades como incremento de stress y desinterés, por lo tanto se opta por establecer una rotación bimestral en cada área. Esta nueva opción permite que se logre conocer más ampliamente las distintas áreas del hospital.

Resistencias

Lo mencionado durante el desarrollo del presente capítulo, permite hacer una reflexión: ¿Qué procesos se estarían dando que hacían tan difícil la aceptación del proyecto de Psicología Hospitalaria? Evidentemente esto parece indicar que se trata de un fenómeno llamado "resistencia". Este término es utilizado comunmente en el ámbito psicoanalítico para designar aquellos procesos que durante el análisis impiden el trabajo terapéutico (Laplanche, 1983). Siguiendo la línea de diversos autores, en este trabajo el término resistencia será utilizado en su sentido más amplio para "denotar los esfuerzos de los médicos por evitar, oponerse, denegar, desanimar y obstruir por cualquier medio, consciente o inconscientemente, la consideración de la influencia del aspecto emocional del padecimiento de los pacientes (Greenhill, inédito)

Las resistencias que aparecen en el proyecto de Psicología Hospitalaria se remontan desde los primeros esfuerzos realizados en el Hospital de especialidades # 25, donde se intentó desarrollar un trabajo de esta naturaleza, cuyos esfuerzos resultaron infructuosos, debido principalmente a que el personal médico y administrativo de dicha unidad le daban poco crédito a los aspectos psicológicos. Su formación es diferente y tienen pocas expectativas al respecto, además de un desconocimiento en la efectividad de la intervención psicológica.

Si bien es cierto que este primer intento fracasó, un acontecimiento importante sucedió al iniciar el proyecto en el

Hospital General # 6 del IMSS, donde la labor del psicólogo fué solicitada por el cuerpo médico, específicamente por los pediatras. Como se mencionó anteriormente, ellos fueron los primeros en solicitar la atención en consulta externa y la intervención psicológica con el paciente hospitalizado. El trabajo realizado en el Departamento de Peduatria obtiene cierto reconocimiento y gracias a esto fué posible extender los servicios de Psicología hospitalaria a otras áreas.

Cuando el Departamento de Psicología fue incluido a las distiantas áreas hospitalarias, surge un desconcierto en algunos médicos; creemos que fue debido a su formación, cuyo enfoque es meramente biológico, y no comprendían la intervención del psicólogo con el paciente hospitalizado refiriendo en una primera instancia, que no necesitaban de esta clase de servicio, por lo tanto, en este momento la reacción de los médicos fué de rechazo; no deseaban que el psicólogo se integrara al equipo de salud, ya que no le encontraban gran utilidad, pero los jefes del Departamento si estaban convencidos del beneficio de su intervención.

Esta resistencia ha sido enfrentada por parte de los psicólogos asistiendo a las sesiones clínicas de los médicos. También impartiendo cátedras a los médicos residentes acerca del quehacer del psicólogo y de aspectos psicológicos que intervienen en algunas enfermedades.

Esta reacción de los médicos esta relacionada intimamente con una segunda resistencia, que pensamos es la mas importante:

nos referimos a las resistencias de los propios psicólogos que se daban en fenómeno paralelo con las del personal médico y administrativo.

En un primer momento se pensó que las dificultades que presentaba el psicólogo para realizar el trabajo hospitalario, estaba en función al no conocimiento que se tenía acerca del mismo, sin embargo, al pasar el primer nivel (antes mencionado) y ubicarnos en el conocimiento necesario para desenvolvernos en tal medio, nos damos cuenta de que existen otros factores como los aspectos contratransferenciales inherentes a cada uno de los psicólogos, principalmente al enfrentarse a la muerte y/o a padecimientos crónicos que gradualmente llevan a ésta.

Lo relevante de este proceso resistencial radica en el hecho de que constituye un factor que ha retardado el desarrollo del proyecto. A raíz de esto surgen dificultades de integración en el equipo de trabajo incluyendo el de los supervisores y estudiantes.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Estado actual

En el presente apartado se procederá a describir cómo se encontraba funcionando el proyecto hasta Agosto de 1990, haciendo uso del esquema seguido desde el inicio del capítulo, revisando los aspectos administrativos, pasando por la estructuración interna y finalizando con el apartado dedicado a las resistencias.

En lo que se refiere a los aspectos administrativos se puede

observar que el problema de la estancia legal ha sido resuelta parcialmente, refiriendonos al hecho de que el proyecto funciona institucionalmente dependiente del Departamento de Psicología y teniendo al psicólogo de base como el representante, debido a los problemas que atraviesa el IMSS y la UANL, el trabajo que hasta la fecha se ha estado realizando se considera aún un proyecto en trámite.

En lo que se refiere a la estructuración interna, se menciona que el proyecto ha sufrido modificaciones tanto en la atención de los pacientes de consulta externa como en las áreas de hospitalización.

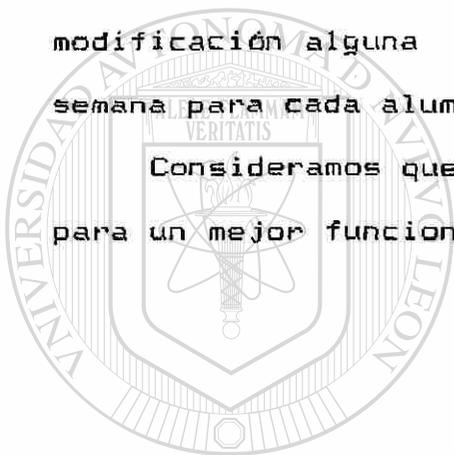
En cuanto a los horarios de consulta externa, continua funcionando la asignación de consultorios y días específicos para cada estudiante, utilizando al máximo los consultorios.

Por lo que a la atención del paciente hospitalizado respecta, una importante modificación ha tenido lugar; se trata de una nueva organización de los servicios del hospital, de acuerdo a las necesidades específicas de cada departamento clínico, ahora se cuenta con tres psicólogos para cada servicio, y a cada uno de ellos les corresponde un número igual de camas, dependiendo de la existencia en cada área. Tal modificación pareció resultar conveniente tanto en la rotación por las diferentes áreas como en la carga de trabajo asignada a cada psicólogo.

Si bien es cierto que en estos aspectos el proyecto evoluciona notablemente, en otras áreas se observa un ligero

estancamiento, manifiesto en la gradual disminución de seminarios, presentación de casos clínicos y asistencia a sesiones generales, así como una baja en el número de interconsultas realizadas. Tal estancamiento nos remite a las resistencias por parte del psicólogo ya mencionadas en el apartado anterior. Sin embargo lo que, en parte, permite sobrellevar tal situación, son las supervisiones, que sin modificación alguna corresponden aproximadamente a una hora por semana para cada alumno.

Consideramos que este estancamiento pudiese ser la causa para un mejor funcionamiento de un futuro próximo.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO III

Conceptualización de las diferentes especialidades y sus aportes al trabajo psicológico hospitalario

Después de haber descrito ampliamente la crónica del proyecto de Psicología Hospitalaria y una vez señalados los acontecimientos que hubieron de ocurrir para la implantación del mismo, llega la hora de realizar una revisión bibliográfica que nos oriente, primero, hacia el concepto de salud mental como precursor histórico de nuestra disciplina y segundo, hacia una conceptualización teórica de algunas especialidades que se han desarrollado dentro del marco hospitalario, a saber:

1. Psiquiatría
2. Medicina Psicosomática
3. Psiquiatría de enlace
4. Psicología Médica

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Se eligieron estas disciplinas debido a que la labor realizada por las mismas indican cierto grado de semejanza con nuestro trabajo; sin embargo se muestran diferencias significativas en algunos aspectos que serán retomadas y examinadas, con el objetivo de llegar a una aproximación conceptual acerca de lo que distingue el quehacer de la Psicología Hospitalaria; tema que será expuesto ampliamente en el capítulo siguiente.

Revisión histórica del concepto de salud mental

El concepto de enfermedad mental ha estado presente desde los inicios de la civilización humana, el hombre desde entonces ha intentado dar una explicación a esas situaciones y fenómenos que encontraba misteriosos e ilógicos. Encontramos en los chamanes de las antiguas civilizaciones un precursor de alguien igualmente misterioso y mágico que intentaba dar coherencia y en la mayoría de los casos, tratamiento a los "padecimientos del alma" como más tarde les llamaron los griegos. El enfermo mental a lo largo de la historia ha ocupado un sitio periférico en la sociedad, así, marginados y maldecidos en algunas culturas, otras, como la árabe, los consideraban santos y personas que gozaban del favor de Alá, por lo que debían ser tratados respetuosamente.

En el siglo XIII se consideraba que la locura era un trastorno somático atribuible a un deficiente uso de la razón y se creía que la causa y tratamiento de esta dependía de influencias astrológicas y malignas. Los pacientes mentales continúan sin ser entendidos y fué hasta el siglo XIV, que se fundaron instituciones que más bien servían para la custodia del paciente mental y no tanto para su tratamiento. En 1409, se funda el primer hospital mental en Valencia y en México, aparece el primer hospital mental en 1567. A finales del siglo XVI, Weyer (1515-1588), considerado como el padre de la psiquiatría, da

explicación -a lo que entonces se consideraba como brujería- por medio del conocimiento médico puro a los trastornos mentales, no obstante, cuando no se podían explicar en tales términos, se atribuían, a una combinación de ambos factores. La más importante contribución de Weyer fué en el terreno de la psicoterapia, insistía en que se debían considerar las necesidades del individuo antes que las reglas de la institución, y reconoce la importancia de la relación terapéutica, la atención y comprensión que el terapeuta debía brindar al paciente, fundamentando esta actitud benévola en principios científicos como la observación y exámen psiquiátrico.

Con las bases dadas por Weyer, los siglos XVII y XVIII fueron una transición entre la brujería y el conocimiento científico, se crea el primer texto de Psiquiatría (Platter, 1602) en donde se hace una clasificación de los trastornos

mentales. En Psicología se le da importancia a la relación mente-cuerpo y se continua avanzando en la observación clínica dando énfasis a los factores emocionales. A finales del siglo XVIII y principios del XIX, se crearon instituciones donde se combinaron características de una institución penal, manicomio, taller y hospital. En estos centros el tratamiento iba enfocado a mitigar el sufrimiento de los pacientes por medio del llamado "tratamiento moral", que basado en el concepto aristotélico de que la salud mental dependía del equilibrio de las pasiones, considerando a estas como un eslabón entre la mente y el cuerpo. Durante estos siglos la comprensión de la salud mental avanza

gradualmente con las contribuciones de la neurología y tratamientos orgánicos. Lo anterior dió paso a lo que se considera la "psiquiatría dinámica", que se interesa por los factores inconcientes, con Charcot a la cabeza, siguiendo con Freud quién aplica el método catártico de Charcot en un intento de aliviar los síntomas neuróticos de sus pacientes. Posteriormente en pleno siglo XX, se desarrolla el psicoanálisis, cuyos conceptos son dados por el conocimiento de lo inconciente así como la importancia del desarrollo psicosexual en la etiología de los trastornos psíquicos (Kaplan, 1979)

En conclusión, esta breve reseña revela que gracias a la admisión en la historia humana de ciertos fenómenos como la enfermedad mental y la evolución en su conceptualización, posibilita extender este enfoque a otros contextos como el área hospitalaria, brindando la posibilidad de incluir el factor psíquico en padecimientos orgánicos en los cuales la conflictiva emocional puede no ser evidente, aunque no por esto debe dejarse de lado sin abordarse exhaustivamente.

Aportes teórico-clínicos al campo hospitalario por distintas especialidades

El desarrollo conceptual siguiente se hace a partir de una pregunta clave en este trabajo: ¿Cuál es la aportación de estos enfoques al esclarecimiento teórico y clínico de fenómenos emocionales que presentan los pacientes ingresados en hospitales

generales?

Para dar cuenta de las aportaciones hechas al campo hospitalario por diferentes enfoques, se pretende revisar conceptualmente tanto definiciones así como método y técnicas específicas para el manejo del paciente hospitalizado, que nos permitan rescatar lo esencialmente valioso así como omisiones de cada enfoque.

Psiquiatría

Históricamente la Psiquiatría es la rama de la medicina que se ha encargado del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Desde sus inicios se ha abocado a la búsqueda nosográfica de los diferentes cuadros clínicos y evoluciones típicas de los trastornos mentales (Ey, 1975). Se encontró la necesidad de tener una clasificación que fuera utilizada como guía de diagnóstico, tratamiento y pronóstico basada en síntomas, signos y curso de la enfermedad, elaborando documentos como el DSM .III e ICD 9, en donde se encuentran descritas dichas clasificaciones (Hughes, 1984).

La Psiquiatría hace uso de la entrevista, constituyéndose en una de las principales herramientas necesarias para el diagnóstico del paciente proporcionando la historia psiquiátrica y el examen mental, dando al clínico una comprensión del desarrollo de sujeto en el contexto en que se ha desarrollado. Difiere de otros exámenes clínicos por el hecho de que el diagnóstico, pronóstico y tratamiento forman parte de un mismo

movimiento, además de incluir las actitudes subjetivas y objetivas del médico y exámenes físicos y de laboratorio para observar el grado de compromiso existente entre la enfermedad mental y los aspectos orgánicos.

En lo que respecta al tratamiento, actualmente ha aumentado mucho la especificidad de los mismos, algunas continúan siendo inespecíficas, como diversas psicoterapias orientadas hacia la discusión, intervenciones de la conducta, aunque otros se han caracterizado por orientarse hacia la supresión de síndromes, síntomas y signos del trastorno, como los tratamientos farmacológicos así como la terapia electroconvulsiva y la psicocirugía. Dentro de la llamada "psiquiatría dinámica" se utiliza la psicoterapia dinámica como principal modalidad de tratamiento, enfocándose en la personalidad del paciente y sus conflictos. Actualmente se tiene a disposición, otro tipo de tratamiento, que basado en el conocimiento que brinda el psicoanálisis y la teoría general de sistemas, ha permitido a los pacientes tener un contexto en el cual recibir un tratamiento hospitalario de 24 horas (Garza Guerrero, 1975), nos referimos al "hospital psicoanalítico" o "comunidad terapéutica", en donde se reconoce a la comunidad entera como el "terapeuta" (Farrell, inédito) y cuyas bases se fundamentan en el conocimiento de que un individuo desarrollará patrones de interacción conflictivas dentro del contexto hospitalario, teniendo de esta manera elementos suficientes para el tratamiento de los mismos, involucrando a la familia, intentando brindar un tratamiento

integral.

Consideramos que la Psiquiatría tradicional fundamenta su intervención desde un punto de vista organicista y orienta su enfoque hacia la supresión de síntomas principalmente, posiblemente dejando de lado la conflictiva psíquica. Como se ha podido observar, este tipo de intervención ha sido altamente efectiva con cierto tipo de pacientes, aunque tal enfoque se limita a la atención de uno de tantos factores que constituyen el contexto de un trastorno mental, descuidando al sujeto como unidad, imitando la disociación mente-cuerpo que la medicina ha efectuado a lo largo de su historia.

Después de estas breves reflexiones, nos podemos dar cuenta, que la aplicación de la Psiquiatría tradicional puede tener su máxima efectividad en la atención al paciente cuya sintomatología psíquica influye en gran medida sobre los aspectos orgánicos dando lugar a complicaciones severas que pudiesen poner en peligro la integridad física del paciente y de quienes lo rodean.®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Medicina psicosomática

La medicina psicosomática es una concepción de la medicina que designa aspectos de la patología general relacionados con la vida psíquica consciente e inconsciente; es una tendencia a comprender todos los fenómenos que ocurren en el organismo incluyendo los aspectos psicológicos tradicionales y los aportes más actuales de la psicología general. Se aplica cuando el médico

encuentra una unidad entre la patología orgánica y una expresión psicológica manifestamente coordinada (Ey, 1975).

La historia de la medicina muestra el desbalance entre dos posiciones de tal forma que la enfermedad puede ser concebida como:

1. Una reacción del enfermo a las condiciones de su existencia, una especie de error en la conducta de sus intercambios con el medio que lo rodea; esta es la posición hipocrática.

2. O bien es una especie de parásito que habita el interior del organismo; esta es la posición del anatomista.

Ey (1975) menciona que ambas corrientes han nutrido la medicina, una más subjetiva, otra más humana; una despojando al enfermo de su singularidad, otra despojando a la enfermedad de su figura "abstracta" y científica; una dice: "El sujeto está enfermo", mientras que la otra: "Tiene una enfermedad", sin

embargo ambas son complementarias.

La Medicina Psicosomática reintroduce en la medicina al hombre como sujeto; Alexander en 1950 sostiene que el trastorno psicosomático aparece cuando los efectos o emociones no pueden expresarse normalmente y cuando la energía que permanece oculta en el organismo en forma crónica, produce una disfunción de los organismos (Aguriaguerra, 1975), y esto se convierte en el síntoma somático el cuál se conceptualiza dentro de esta disciplina como el producto de la estricta disociación mente/cuerpo; éste a su vez, es un intento de recuperación de la unidad psicosomática a través de la emergencia de un síntoma

corporal.

La posición psicosomática trastorna las nociones habituales sobre la etiología. No se trata de considerar lo psicológico entre las causas posibles de la enfermedad como aislada, sino que se transforma en el punto de vista sobre la historia del paciente y su enfermedad, explorando con métodos inspirados en el psicoanálisis y adaptados a la patología general para establecer relaciones con los rasgos de personalidad, investigando mecanismos inconscientes que utiliza el sujeto para derivar sus conflictos profundos y desconocidos hacia la patología orgánica, tomando en cuenta los conflictos específicos de cada sujeto.

Lo que confiere a la medicina psicosomática su originalidad en relación a la medicina tradicional es la renovación en los métodos de tratamiento ya que incluye la introducción de técnicas psicoterapéuticas en el seno de la medicina general haciendose una medicina más dinámica y verdaderamente más humana.

Hasta aquí hemos podido observar las tesis fundamentales de la medicina psicosomática; se ha podido detectar cómo esta concepción de la medicina trata de integrar los factores psíquicos y sociales a la enfermedad orgánica, tratando de observar al ser humano como un ente biopsicosocial, dando un paso adelante en la concepción tradicional de la medicina. Sin embargo algunos aspectos son dignos de ser reconsiderados; dentro de esta postura, pareciera ser que el proceso para dar explicación a la enfermedad psicosomática se da cuando: "El médico encuentra cómo unidad patológica a la vez una unidad fisiológica y una expresión

psicológica manifiestamente coordinadas" (Ey, 1975) lo cual nos conduce a pensar que para entender a este sujeto se parte de la patología orgánica y del sufrimiento corporal, escindiendo nuevamente al ser humano en una parte psíquica y otra orgánica, siguiendo en esta forma la concepción tradicional de la medicina, con la inclusión de dos componentes más de la enfermedad, "la psique" y el medio ambiente. De tal manera que se forma un todo biopsicosocial donde se relacionan estrechamente estos aspectos, sin embargo este "todo", muestra en sí una escisión puesto que se piensa en el sujeto como resultado de una suma de estos factores, olvidando que el sujeto es algo "abstracto" que no puede ser sumado o localizado en alguna parte del cuerpo.

Cabe señalar que en nuestra revisión bibliográfica, nos encontramos con mayores puntos de convergencia en relación a nuestras hipótesis iniciales acerca del tema central de esta investigación, por lo que serán rescatados sus aportes en el siguiente capítulo.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Psiquiatría de enlace

La psiquiatría de enlace fué la consecuencia del movimiento psicosomático que se inicio en Australia y Alemania en el presente siglo y encontró su apogeo en Estados Unidos en los años treinta y cincuenta (Greenhill inédito). Este concepto es un paso evolutivo en el desarrollo histórico del cuidado psicológico del enfermo hospitalizado. Es el sistema mediante el cuál la psiquiatría y otras disciplinas cooperan en actividades clínicas

para tratar con variables psicosociales en sus conexiones con la salud y enfermedad. La función de la psiquiatría de enlace, como su nombre lo indica es establecer un "enlace" con otros departamentos de la medicina en el medio hospitalario para promover el reconocimiento de los factores psicosociales en el trabajo clínico y comprobar que el enfermo obtiene beneficios de un cuidado completo que requiere la inclusión de tales factores.

Otra función de la psiquiatría de enlace (Lipowski 1973) es abarcar las actividades clínicas de enseñanza e investigación de los psiquiatras para lograr una alianza de los profesionales de salud mental con otras especialidades no psiquiátricas del hospital general.

El propósito del sistema de enlace es mejorar el desarrollo o suministro del cuidado de salud mental y superar los obstáculos que impiden su efectividad. Esto es logrado primero, asegurando la disponibilidad de psiquiatras en las unidades de otros departamentos clínicos del hospital general, utilizando estrategias que los adhieren a rondas clínicas, conferencias, ejercicios de enseñanza, etc. y de esta manera procurar el contacto y la relación con los médicos no psiquiatras y otros miembros del equipo de salud.

La manera en que atiende un servicio de psiquiatría de enlace es mediante la solicitud formal de interconsulta por parte del médico llamado "consultante", quién planteará preguntas o situaciones específicas sobre el caso; posteriormente el psiquiatra asignado o "consultor" revisa el expediente clínico,

poniendo especial atención en fármacos y considerando la entrevistarse con la familia del paciente y con el staff con el objetivo de obtener información complementaria. En la entrevista con el paciente se deja en claro la posición del psiquiatra enfocándose a la exploración de sentimientos que el paciente tenga sobre su padecimiento físico, se investiga a la vez la demanda principal del médico. En la nota del expediente clínico se registra un diagnóstico diferencial y se anotan las recomendaciones que habrán de contestar las demandas del médico consultante.

Después de hacer estas consideraciones sobre la psiquiatría de enlace se enfatiza que la tarea principal del psiquiatra es la de servir de puente entre el psiquiatra tradicional con la medicina, se trata de conjuntar las diferentes especialidades que intervienen en el cuidado del paciente hospitalizado. Si bien es cierto que este movimiento ha venido a constituirse como un esfuerzo de la psiquiatría tradicional para lograr la atención integral del paciente, visto ya no en forma escindida, sino como un ser biopsicosocial enfocando su quehacer a la relación con el paciente con su entorno social y sus conexiones con la salud y la enfermedad. Se diferencia de la psiquiatría tradicional en cuanto a que su enfoque deja de ser reduccionista y amplia su campo de acción tratando de enlazar las diferentes áreas que intervienen en la atención del paciente hospitalizado brindando de esta manera un servicio más integral.

Podemos observar que éste es un esfuerzo plausible, ya que

se enfoca en la adaptación del enfermo al medio ambiente, atendiendo en primera instancia la demanda institucional, sin por ello descuidar la psicodinámica del paciente.

Psicología médica

Históricamente la psicología médica esta determinada por el acercamiento entre el psiquiatra dinámico y el médico, dando lugar a la instalación del profesional de la salud mental en el hospital general, reconsiderando la función del psiquiatra y esclareciendo el ejercicio médico, a la vez que fija pautas para una tarea más eficaz. Esta área dentro de la atención psicológica en el hospital general es definida como: "La disciplina fundamental de la medicina que estudia los aspectos psicosociales de la actividad médica comprendidas las relaciones humanas que el facultativo establece con sus enfermos, colegas y colaboradores así como las instituciones y la sociedad. Por otra parte se encarga de las repercusiones psicológicas y psicosociales del estado premórbido del paciente con su entorno" (Colín inédito).

Lo antes mencionado nos da la pauta para definir los objetivos de la psicología médica:

Se plantea brindar a los medicos las bases de la información psicológica desde el desarrollo maduracional y psicosexual, pasando por sus motivaciones y conductas así como su adaptación a la sociedad, idealmente esto permitirá reconocer la importancia de los hechos de la vida de los pacientes que a lo largo de ésta se constituyen elementos de organización y desorganización del

funcionamiento psíquico. La información así obtenida por el médico le permite encauzar sus ansiedades y el poder desligarse de la relación simbiótica con el paciente, ya que podrá reconocer el campo dinámico de la relación y de la institución regulando sus intervenciones eficazmente (Ferrari, Luchina 1971).

Lo anterior se hizo fundamentalmente en los años recientes a través de la llamada interconsulta médico-psicológica que se define como: "Aquella en la que el médico que consulta intuye que hay elementos o síntomas dentro del cuadro general del paciente que no son atribuibles directamente a la enfermedad pero cuyo peso y significado dentro de la evolución del caso son importantes y que parte de la evolución adecuada no depende ya de su exclusivo conocimiento médico, sino de sus actitudes o del adecuado manejo del paciente (Luchina, 1980).

Los pasos que se siguen para la realización de esta intervención consisten en:

- a. Recopilar información en la misma cama del paciente, aunque claramente marca Luchina que el material más importante es el referente al "conflicto actual en la relación médico paciente" y la entrevista que aporte datos más esclarecedores será la del médico tratante, aquí resulta fuera de lugar la búsqueda de la psicopatología del paciente, ya que la crisis es la resultante de elementos no claros en la organización de la enfermedad del paciente actualizados en su relación con el medio.

b. Esclarecimiento. Aquí se establece qué es lo que está pasando institucionalmente como en la relación médico paciente, convirtiendo al interlocutor en observador participante que utiliza su contratransferencia para lograr una distancia óptima de la situación sin correr el riesgo de identificaciones que no conducirían al resultado esperado.

c. Devolución de datos: Luchina y Ferrari en 1980 definen una interconsulta exitosa si se localiza el bloqueo de la relación médico/paciente restaurando el vínculo, logrando diagnósticos situacionales que reparen la comunicación y la continuación de la labor médica, es decir, que se transforme en una auténtica acción terapéutica. La devolución de datos siempre tendrá en cuenta como factor importante, al médico tratante ya que es el más adecuado para intentar reanudar la relación terapéutica. La comunicación con el médico se constituye entonces en un punto capital de éxito o fracaso de una interconsulta médico psicológica.

La interconsulta posibilita la vinculación del modelo de atención psiquiátrica y la psicología dinámica con los modelos de los que hace uso la medicina tradicional. Tal vinculación rescata todos los aspectos y personajes en la relación médico-paciente que se encuentran en crisis por situaciones conflictivas, de tal suerte que el médico establece con el enfermo relaciones plagadas de aspectos emocionales con los que se identifica y su tarea se

ve obstaculizada. La interconsulta significaría un intento de comprensión de tal situación para evitar que la identidad médica se deteriore (Ferrari, Luchina 1979).

La psicología médica por lo tanto es el esfuerzo por tratar de introducir en el campo de la medicina el modelo biopsicosocial en la atención del paciente hospitalizado, el resultado ideal de una educación médica efectiva que ofrezca distintos acercamientos a la labor del médico. Tal intento ha tenido gran desarrollo tanto en clínicas de atención primarias como en unidades de diálisis o centros de cáncer donde se ha reconocido la importancia del aspecto psiquiátrico y psicosocial de sus pacientes (Engels, inédito).

Hasta este momento hemos dado un breve recorrido en los principales aspectos de la psicología médica y ahora convendría ~~observar ciertas características que deberan ser rescatados.~~

Desde la definición misma de psicología médica se observa que lo que en primer instancia interesa, son las relaciones del médico para con "...sus enfermos, colegas y colaboradores así como las instituciones"; además se encarga de las repercusiones psicológicas del "estado premórbido del paciente y su entorno", con lo que cabe preguntarse: ¿Dónde queda el estado mórbido de la enfermedad de paciente y sus posteriores repercusiones psíquicas?. Por otra parte, históricamente esta disciplina de la medicina ha reconsiderado "la función y rol del psiquiatra, a la vez que ha esclarecido el ejercicio médico fijando pautas para una tarea más eficaz del médico".

Al abordar el instrumento principal de la psicología, la interconsulta médico psicológica ya nos marca la pauta acerca de quién es el personaje clave de tal intervención. Luchina en 1980 claramente observa cómo el médico puede identificarse contratransferencialmente con su paciente, de tal manera que su identidad médica se deteriora y además, en un interconsulta médico psicológica, el material más esclarecedor provendrá de la entrevista realizada al médico tratante. Con lo mencionado hasta el momento pretendemos detectar puntos oscuros que a nuestro parecer tiene este tipo de abordaje, sin menospreciar el valor que esta clase de intervención tiene en la educación médica, que permite reconocer los aspectos emocionales del paciente hospitalizado y le permite al médico no identificarse masivamente con el paciente, haciendo de esta manera más eficaz su labor. Sin embargo nos preguntamos si lo más importante es el conflicto actual en la relación médico-paciente, parecerá obvio preguntarse, ¿qué pasa con la otra parte de esa relación?; si el enfoque lo determina el médico, ¿dónde ubicamos al paciente?...y si además resulta fuera de lugar buscar la psicopatología del paciente argumentando que la crisis es la resultante de algo no claro en la enfermedad del mismo y actualizados en la relación con el médico, no podríamos pensar que actualizar es sinónimo de repetir y ese repetir no nos habla de patrones de conducta, actitudes, etc del paciente en relación con su médico y sus relaciones interpersonales?, ¿no será que ese actualizar-repetir nos deja entrever la psicopatología del paciente?

Finalmente consideramos que al dar más importancia al enfoque que el médico tenga de la relación y dejar de lado el sufrimiento psíquico del paciente, abordando en cambio un posible "sufrimiento psíquico del médico", esta intervención hace sutilmente una disociación de la situación donde el paciente sale beneficiado en una acción terapéutica que da homeostásis, más no logra de ninguna manera que el paciente reconozca qué parte de su propia estructura se ve implicada en tal postura.

Hasta aquí la revisión conceptual hecha de las distintas especialidades hechas que enfocan la atención del paciente hospitalizados; a lo largo de este capítulo se observaron aportes y consideraciones además de puntos oscuros respecto a los distintos enfoques que nos permiten plantear lo que hace distintiva a la psicología hospitalaria de otras conceptualizaciones; se menciona sin embargo que la distinción no es de grado sino de enfoque ya que cada disciplina enfatiza diferentes aspectos de la atención al paciente hospitalizado.

CAPITULO IV

Psicología Hospitalaria: propuestas para su abordaje

Desarrollo de la interconsulta psicológica-hospitalaria.

Aún y cuando se contempló en el proyecto original la intervención a nivel asistencial del psicólogo en el área hospitalaria, no fué sino hasta dos años después de haber sido iniciado este (1987) cuando se hacen los primeros intentos por incorporarse al servicio de hospitalización.

En un primer momento la observación del funcionamiento de las distintas áreas juega un papel importante para la determinación del tipo de abordaje a realizar por el psicólogo; sin embargo tal intento sucumbe ante la ansiedad provocada por el desconocimiento del área hospitalaria y sus vicisitudes que impidieron al psicólogo involucrarse en esta nueva área de trabajo. Transcurrido cierto tiempo dos casos clínicos (+) logran

(+) CASO ROLANDO: Lactante de seis meses de edad, con el mismo tiempo de hospitalización y diagnóstico de paladar hendido; cuya madre sufre descompensación psicótica al nacimiento del niño. El paciente presentaba importante retraso psicomotor, lo que motiva al equipo a trabajar intensamente en un programa de estimulación temprana que permitió el restablecimiento del paciente y de esta manera lograr las condiciones físicas (como peso y talla adecuadas) necesarias que hiciesen posible su intervención quirúrgica, misma que se constituyó en el motivo principal de su estancia en el hospital. La intervención psicológica fué satisfactoria y permite asimismo realizar la cirugía y posteriormente ser integrado al núcleo familiar.

CASO ELLIOT: Casi en forma simultánea se refiere a la Consulta Externa un menor de 9 años de edad que padecía asma bronquial, remitido por el servicio de cirugía debido a una necesaria amigdalectomía, imposible de realizar debido a la presencia de crisis asmáticas al momento de administrar la anestesia, lo que obligó al cirujano suspenderla operación para prevenir posteriores complicaciones, fatales para la vida del paciente. El objetivo de la intervención psicológica fué el preparar a Elliot para la cirugía, que finalmente fué llevada a cabo con éxito.

que el mismo hospital demande la intervención psicológica y movilizan el equipo en tal dirección, logrando de esta manera que se elaboren "terapéuticamente" el temor y la ansiedad frente a la situación de hospitalización, factores relacionados con las resistencias ya descritas en el capítulo II.

A partir de los resultados obtenido en estos dos casos, el servicio de Pediatría, especialmente en el área de nutrición y preescolares, empieza a demandar la interconsulta psicológica hospitalaria. Posteriormente se amplía la cobertura hacia todo el servicio de Pediatría, incluyendo la sala de neonatos y prematuros. Es precisamente esa área la que vincula nuestro servicio al de Ginecología y Obstetricia, a raíz de que la mayoría de las interconsultas se referían apacientes con malformaciones congénitas, síndrome down, trastornos perinatales y parálisis cerebral orgánica. Debido a que el trabajo con estos pacientes hizo indispensable la intervención con los padres y específicamente con la madre, que regularmente se encontraba hospitalizada y se le obligaba a trabajar en programas de profilaxis, estimulación temprana y alimentación al seno materno así como apoyo psicológico. Este momento fué de suma importancia ya que permite trabajar interdisciplinariamente en sesiones clínico-patológicas con las áreas de Ginecología y Obstetricia así como Pediatría. Estas sesiones despiertan el interés del médico por ampliar su conocimiento psicológico y surge la participación docente del equipo de Psicología en la formación de médicos residentes.

El auge derivado de tales acciones propicia la expansión hacia los servicios de Medicina Interna y Cirugía; cabe mencionar que a pesar del trabajo que en estas áreas se realiza ha sido sumamente difícil la integración del equipo multidisciplinario.

Lo anterior se constituye en la primera fase de la interconsulta psicológica-hospitalaria y se refiere específicamente al surgimiento de la misma, donde ésta aparece como una demanda de la institución, en virtud de que incorpora en su "Plan general de Psiquiatría y salud mental" (IMSS), la llamada concepción biopsicosocial en los programas de salud; de esta manera se introduce un concepto más integral en la atención del paciente hospitalizado. Como consecuencia, surge la segunda fase de la interconsulta psicológica-hospitalaria que se edifica en función de responder la demanda institucional, de tal manera que nuestros esfuerzos en un primer momento giraban en ese entono. Las actividades realizadas en esta segunda fase cubrían aspectos tales como:

a. Programas de estimulación temprana: que incluyen la evaluación maduracional psicomotriz a partir del cual se elabora el programa adecuado para el paciente, adiestrando a los familiares y al equipo médico para la aplicación de los mismos, así como la continua supervisión y seguimiento del caso.

El objetivo de esta estimulación es lograr que el paciente alcance el desarrollo psicomotor de acuerdo a su edad cronológica y de esta manera agilizar su proceso de recuperación obstaculizado frecuentemente por el paciente y su tiempo de

estancia hospitalaria, evitando por consecuencia trastornos graves tales como la depresión anaclítica y síndrome hospitalario (Spitz, 1986).

b. Atención pre y post-operatoria en Fediatria: Mediante el discurso del paciente, se pretende explorar las fantasías y temores en torno al estado premórbido de la enfermedad, así como del momento actual (hospitalización) y expectativas de curación. Se considera que tales temores se basan en el no conocimiento de la enfermedad y sus posteriores consecuencias; por lo que se maneja el esclarecimiento llevándose a cabo de una manera estrictamente didáctica apoyándose -la mayoría de las veces- en la inclusión del cuerpo médico y paramédico para lograr el objetivo. De esta manera en el paciente disminuye la ansiedad y puede estar en mejores condiciones para enfrentar la intervención quirúrgica.

c. Programas de profilaxis y alimentación al seno materno: En este renglón la función del psicólogo era dirigida en forma docente hacia la orientación de los padres sobre el cuidado y el desarrollo psicomotriz de sus hijos, lo que se logra mediante la formación de grupos de tarea, donde se manejan los temas antes mencionados.

Las actividades desarrolladas en la segunda fase, llevan a cuestionar si el quehacer del psicólogo no se estaría confundiendo con los roles de otras especialidades ya que

finalmente este tipo de actividades pueden ser desempeñadas en forma efectiva por médicos, enfermeras o trabajadoras sociales.

A partir de la reflexión surgida durante la realización de los programas de estimulación temprana, atención pre y post-operatoria y de profilaxis, que respondían única y exclusivamente a la demanda institucional (como consecuencia de asumir el rol que el hospital nos asignaba) solicitando la atención al paciente visto como un órgano enfermo, en relación al medio ambiente.

En este momento cuando el abordaje del psicólogo aparece un tanto limitado, se permite crear una estructura más sólida puesto que cuestiona el trabajo que hasta ahora se había estado realizando y nos da cuenta que la intervención psicológica había trascendido la demanda institucional sin desligarnos de ésta y en su constante preocupación por incluirse en el hospital, se ubica en la atención al órgano enfermo. Con esto nos referimos al hecho que la intervención psicológica se enfocó a trabajar con el paciente solamente las repercusiones de su enfermedad; es decir, el síntoma del paciente cobra la mayor importancia para la intervención, descuidando al sujeto.

La constante preocupación acerca de la atención psicológica al paciente hospitalizado, motivo al equipo de supervisores a una búsqueda de distintas estrategias, requiriendo de esporádicas (aunque no por eso menos valiosas) supervisiones de distintos especialistas ajenos al Proyecto. Estas actividades unidas al contacto directo con los pacientes posibilitan el replanteamiento de la intervención realizada, considerándola incompleta, ya que

aún cuando se atendiera la demanda institucional más el síntoma del órgano enfermo, en muchas ocasiones no bastaba para restablecer el equilibrio psíquico de los pacientes.

Conceptos teóricos.

Aquí podemos dejar de lado, por un momento, la interconsulta por considerar que se encuentra en esta fase de desarrollo y así, ubicarnos en lo que será nuestra propuesta para el abordaje de la interconsulta psicológica-hospitalaria.

La propuesta surge a partir de las inquietudes por mejorar la atención que se brinda al paciente hospitalizado. A partir de los hallazgos obtenidos en la revisión de las diferentes especialidades se observa que tanto la Psiquiatría tradicional, Medicina psicosomática, Psiquiatría de enlace y la Psicología

médica han hecho intentos por abordar la problemática que nos impone el paciente hospitalizado y su entorno, sin embargo hemos detectado una omisión en tales enfoques; es decir, el paciente no termina por ser integrado como tal y en cambio, se ha hecho énfasis tanto en el síntoma, como en la adaptación al medio y en la contratransferencia del médico frente a su paciente; en ninguno de los enfoques se pierde de vista la enfermedad orgánica, pero sí al paciente y su realidad psíquica, fragmentando la intervención realizada hacia solo uno de los tantos aspectos de la situación hospitalaria. Y si se pierde de vista la realidad psíquica del paciente, no se está respetando a

éste como sujeto y entonces ¿Qué pasa con la vinculación del paciente y su cuerpo?, ¿Donde queda la identidad de este durante la hospitalización?, ¿Qué pasa con el sufrimiento psíquico del sujeto?...

Antes de intentar resolver estas preguntas se hace indispensable definir lo que entendemos por sujeto, para fundamentar desde una óptica específica nuestras propuestas.

A lo largo de la historia, el ser humano ha tratado de definirse a sí mismo en diferentes formas; como consecuencia de esto se han desencadenado problemas epistemológicos al respecto y cabe mencionar que no intentaremos solucionar estas dificultades pues sabemos que es un debate histórico y tal vez interminable, solamente dejaremos en claro cuál es nuestra postura.

En el diccionario de la Real Academia Española, se define el término "sujeto" como: "El espíritu humano considerado en oposición al mundo externo...y también en oposición a sí mismo como término de conciencia". Con esto podemos entender que se trata de algo no material que vá más allá de la conciencia, aquello que es y que puede ser en la medida que alguien le da existencia; existencia que solo puede ser dada a través de ese conjunto de símbolos que dan a entender lo que el hombre piensa, siente o significa; se trata de ese sistema llamado lenguaje.

Al hablar de sujeto, nos referimos a un pre-supuesto abstracto, un ente más que biológico; ideológico, algo más que un simple organismo vivo investido de una carga libidinal por figuras importantes a lo largo de su desarrollo, es el sujeto que

es hablado (Braunstein,1982), es ésa imagen donde se reconoce a sí mismo y puede esperar ser reconocido por los demás, ese sujeto posee un cuerpo, pero no orgánico, el cuál es creado a través del discurso; ese cuerpo imaginario es lo real para la persona y se conecta directamente con el cuerpo orgánico en la medida en que es representado por el cuerpo imaginario (es el que da forma y consistencia al cuerpo vivo; son las representaciones que se tienen del cuerpo orgánico), éste último no siempre corresponde al cuerpo real. Cualquier variación que ocurra en el cuerpo real puede llevar consigo una modificación en el cuerpo imaginario o viceversa.

Freud (1914) en su artículo "Introducción al narcisismo" describe un fenómeno llamado "introversión de la libido" que se manifiesta cuando una persona con una enfermedad retrae a su Yo sus cargas de libido objetal, para dirigir las hacia el órgano enfermo. Este proceso se da cuando alguien presenta una enfermedad orgánica y Freud explica este proceso a través de tres elementos 1. Perversión, 2. Neurosis, 3. Parafrenias; tal proceso provoca una modificación del sistema económico libidinal que trae, como consecuencia, un funcionamiento psíquico diferente que depende de las representaciones psíquicas que el sujeto tenga de su enfermedad y que puede desencadenar una crisis. En el contexto en el que se desarrolla nuestra investigación, a esta crisis la llamaremos "crisis por hospitalización"; éste término sólo será utilizado con fines clasificatorios, puesto que sabemos que el espacio hospitalario no determina por sí mismo una crisis y es

solamente es un desencadenante de ésta ya que puede presentarse previa, durante o incluso posterior al internamiento.

Lo anterior nos permite hablar sobre un aspecto importante que ha sido poco abordado hasta el momento, y que se constituye en lo más importante que nuestra investigación pretende rescatar. Es precisamente hacia donde dirigiremos nuestra atención; hablamos de un "sufrimiento psíquico", inherente a la crisis por hospitalización. No nos referiremos al sufrimiento físico que esta presente en el paciente por su enfermedad orgánica, sino más bien a las implicaciones psicológicas que ocurren por las modificaciones en el sistema económico libidinal, que tienen como consecuencia un funcionamiento psíquico diferente al habitual del sujeto. Tal variación provocará, en ciertos casos, una crisis por hospitalización que determina el sufrimiento psíquico, evidente en el sujeto al tener que soportar una modificación económica libidinal. Esta es la razón por la cuál la representación de la imagen corporal, la identidad y la vinculación con su cuerpo se ven afectadas durante la hospitalización.

Nuestra intervención tiende a atenuar -en la medida de lo posible- el sufrimiento psíquico, y al hacerlo se abordará en forma integral tanto la sintomatología, la adaptación al medio, en algunos casos incluyendo la contratransferencia del médico, además la identidad del paciente como sujeto y la vinculación de éste con su cuerpo enfermo.

Procedimiento y técnicas de la interconsulta psicológica hospitalaria.

Una vez que se ha delimitado nuestro enfoque principal, dirigiremos nuestra atención hacia el procedimiento que utilizamos para el abordaje de la interconsulta psicológica hospitalaria, desde que se recibe la petición por escrito hasta que el paciente es dado de alta.

1. Se recibe la interconsulta a través del formato adecuado por parte de algún miembro del equipo de salud.
2. La revisión del expediente clínico para verificar el contexto en el que se ha desarrollado la enfermedad, hasta el momento actual de la misma.
3. Entrevista abierta con el paciente:

En base al discurso de este, se elabora una impresión

diagnóstica que consta de

- a. La exploración del examen mental,
- b. Conocer el estado premórbido de la enfermedad; ya que en la medida en que podamos conocer algunos datos históricos relevantes podremos entender la dinámica estructural del paciente.
- c. Por otra parte identificar el vínculo que el sujeto tenga con su enfermedad, para explorar las representaciones psíquicas que el paciente posee de esta y en esa forma poder identificar el sufrimiento psíquico del mismo.
- d. Explorar las fantasías y expectativas que el

paciente tenga respecto a la enfermedad y su evolución.

e. Valorar la relación que el paciente ha establecido con su medio ambiente a partir del padecimiento.

4. Intervención psicológica:

Misma que será dirigida hacia el sufrimiento psíquico del sujeto que será identificado a través de la exploración de las áreas antes mencionadas y de esta manera esclarecer su propio discurso a manera de "espejo" porque se intuye que su forma de enfrentar la enfermedad nos indica que sabe algo que tal vez no quiera reconocer. Este desconocimiento es lo que provoca su sufrimiento psíquico, por lo tanto cualquier intervención deberá ir dirigida al esclarecimiento de los actos no reconocidos por el paciente, como menciona Braunstein (1975) "...y puesto que

actuamos en un terreno caracterizado por parte de quién demanda nuestros servicios, el llamado "paciente, por el sufrimiento subjetivo; no podemos dejar de actuar con los medios a nuestro alcance para atenuar tal sufrimiento y en lo posible para esclarecer y combatir sus causas o los mecanismos a través de los cuáles estas causas actúan".

Las formas que puede adoptar nuestra intervención son la de las psicoterapias breves y de emergencia o de intervención en crisis, las cuales varían dependiendo de las condiciones del paciente; de esta forma podemos mencionar diferentes técnicas psicoterapéuticas, como el esclarecimiento y técnicas de soporte.

Otra modalidad que puede adoptar la interconsulta después del trabajo con el paciente, es la intervención con la pareja, la familia y/o el equipo médico y en ocasiones, se podrá remitir a la consulta externa para su manejo más prolongado.

Para llevar a cabo tal intervención se requiere de dos importantes modificaciones al encuadre de las psicoterapias tradicionales:

I. El espacio físico donde se lleva a cabo la interconsulta es la cama asignada al paciente, la cual se encuentra regularmente en una sala ocupada por tres o más pacientes. Bajo estas condiciones se trabaja en una especie de cubículo imaginario (Escalante, comunicación personal), donde se habla con relativa libertad sin que los demás pacientes intervengan.

II. Se realiza un contrato en donde se le brinda al paciente la oportunidad de ser escuchado durante un tiempo aproximado de 30-45 minutos y al terminar este periodo, se da por concluido dicho contrato, reabriéndose cuando el caso lo amerite; cuando la estancia será prolongada, quedará establecido en el contrato que se le atenderá tantos días como se encuentre hospitalizado.

5. Entrevista con el médico solicitante:

Posterior a la intervención con el paciente, se establece contacto con el médico consultante estableciendo un enlace entre la demanda institucional representada por la figura del médico y la demanda indirecta del paciente. Para poder establecer tal enlace se hace indispensable clarificar los motivos por los

cuáles el médico consultante solicita la interconsulta y, una vez comprendidos, informar al médico acerca de los procesos psíquicos del paciente que se ven implicados en la crisis por hospitalización. Cabe mencionar que en ocasiones la personalidad del médico también se verá inmersa en tales procesos, configurando un campo dinámico particular que motiva la solicitud de la interconsulta.

Otro aspecto importante a considerar en esta entrevista se refiere a las recomendaciones y/o sugerencias en cuanto al manejo en la interacción médico-paciente que permitan una disminución del sufrimiento psíquico del paciente y en ocasiones del médico mismo.

6. Entrevista con familiares:

Generalmente se encuentra con el paciente algún familiar cercano, con el cual también se podrá realizar una entrevista con la finalidad de explorar, en la medida de lo posible, la dinámica familiar y las variaciones que ha sufrido la misma a raíz de la crisis provocada por la enfermedad del paciente y su hospitalización, valorando la concepción que la familia tiene sobre el estado actual del paciente y de sus posibles repercusiones. Al conocer estos aspectos estaremos en condiciones de esclarecer la situación que se presenta contribuyendo a la disminución de las ansiedades familiares y en la participación activa de la misma en la hospitalización del paciente.

Para poder comprender más claramente nuestro enfoque, es menester mostrar al lector algunos casos clínicos que ejemplifiquen la aplicación de nuestra propuesta en el hospital general y de esta forma lograr una visión más clara de nuestro trabajo.

VINETAS CLINICAS

CASO ROSA

Rosa es una paciente de 11 años de edad que ingresa al servicio de Pediatría, con dolor en región costal izquierda y epigastrio de cuatro horas de evolución, sin irrigación y con hipotermia no cuantificada. La impresión diagnóstica del médico es un absceso hepático amibiano vs infección de las vías urinarias; se procede a drenar quirúrgicamente, tomando una biopsia sin resultados al momento de la entrevista psicológica.

Por solicitud de Enfermería el servicio de Psicología realiza una interconsulta para esta niña a la que se refiere muy angustiada y deprimida, sin comer bien y alterándose siempre frente a la figura del médico.

Durante la primera entrevista -a una semana de internamiento- fué evidente la falta de información de la paciente y sus padres acerca del padecimiento, que sumada a la propia del personal médico agudizaba el estado emocional de la paciente. Sin embargo, fué claro desde el inicio de la intervención que Rosa contaba con un sistema familiar lo suficientemente contenedor para ayudarla a enfrentar la "crisis

por hospitalización" que la familia entera estaba soportando Individualmente daba la impresión de ser una niña de inteligencia promedio o superior al promedio, con un lenguaje fluido y de pensamiento coherente; se encontraba bien ubicada tanto en espacio como en tiempo y persona y podía relacionarse espontáneamente con la psicóloga que la entrevistaba, sin embargo al llegar al punto de su motivo de internamiento y lo que sucedía en su cuerpo se tornaba sumamente angustiada, con crisis de llanto que cedían únicamente si la madre se dirigía con la psicóloga para continuar la entrevista. Cierta desconcierto se percibía en esta madre que descuidaba a otros tres hijos para hacerse cargo de Rosa; sin embargo fué evidente en la entrevista la cooperación entre ambos padres turnándose por días completos para cuidar a la paciente.

Hasta su ingreso en el hospital, Rosa fue una niña de conducta similar a la de otras niñas de su edad: asistía regularmente a la escuela primaria, cursando el cuarto de primaria con buenas calificaciones, sus relaciones con otras niñas se referían estables y pasaba gran parte del tiempo jugando; se menciona que la madre describía a su hija como "algo enojona" y que esto les lleva a tener dificultades con la paciente que en general no eran de gravedad. El conocimiento de estos datos premórbidos vienen entonces a confirmar el diagnóstico de "crisis por hospitalización".

La repentina aparición del padecimiento hacen que el equilibrio psíquico frente a la imagen corporal se vea afectado,

encontrándonos con un Yo que sufre terriblemente y al que deberá proporcionársele apoyo para que recupere su homeostasis. En esta primera fase de la interconsulta se deja claro tanto el motivo de la intervención psicológica a ambos padres, así como el encuadre, es decir los días y tiempo en que se trabajará con la paciente. Se hace necesario establecer un adecuado rapport con Rosa, así como mostrarle la imposibilidad que tenía para hablar de su padecimiento y esclarecer el mismo por medio del dibujo y juegos, además de reforzar el vínculo con los padres y aclarar la situación del padecimiento.

En la segunda fase de la interconsulta, puede considerarse que nos encontramos frente a fenómenos paralelos tanto el personal médico como psicológico así como los padres y la paciente en cuanto a la desinformación acerca de los resultados de la biopsia que impedían, el manejo específico por parte del staff del hospital. No fué sino hasta que fueron dados a conocer los mismos y mediante una entrevista abierta con el médico residente fué posible esclarecer por medio de dibujos el padecimiento físico y por consecuencia el "sufrimiento psíquico", mismo que impedía que Rosa habláse, haciéndola llorar y sentirse ansiosa. A continuación se muestra un fragmento de una sesión en donde se esclarece por medio de dibujos:

Psicóloga (P) - ¿Cómo estas Rosa?
Rosa (R) - No!! (lloriqueando y dándome la espalda)
P - Como ha visto a Rosa, sra?
Madre - Bien, los doctores dicen que mejor.
P - ¿Y tú que dices Rosa?
R - No!! (lloriqueando)
P - Veo que continuas muy preocupada por lo que te pasa...me permite un momento a solas con Rosa,

sra? (Sale de la sala la madre).

...bueno, tenemos un ratito para platicar o hacer otras cosas, te acuerdas que hoy íbamos a dibujar?

R - (Asiente con la cabeza)

P - ¿Quieres hacerlo tú? (se le extiende hoja y lápiz)

R - (Niega con la cabeza)

P - ¿Y que te parece si yo dibujo algo que a ti te preocupa...como esa bolita en la panza?

R - (En ese momento se voltea y mira muy atenta al dibujo)

P - Voy a dibujar a una niña que se llama Rosa y que trae un chongito como el que tú traes en la cabeza, ¿esta bien?...esto es por fuera (se le dibuja una figura humana femenina y se le muestra)...esta es la boca...ahora vamos a ver por dentro...por aquí pasa un tubito que se llama esófago que lleva la comida de la boca ¿hasta?...¿Tú sabes hasta donde?...

R - No...

P - Pues hasta la panza o estómago, hasta aquí (se le señala en el dibujo), de ahí a un lado esta el hígado, que sirve para agarrar cosas que te sirvan para poder hacerte sentir bien de lo que comiste, pero un día le salió esa bolita (se dibuja) que un día te dolió y te hizo que vinieras al hospital..(Rosa continua muy atenta) y cuando llegaste los doctores no sabían que tenías y por eso te pusieron un tubito para poder ver que tenías adentro (se marca una herida en el dibujo), también agarraron un pedacito para estudiarlo y ver como era y que forma tenía y de que era y por eso esperan unos resultados, ¿te acuerdas?...

R - Si!

P - Bueno los doctores dijeron que te iban a quitar esa bolita con medicinas o cortando el pedacito, pero te va a volver a crecer y no te va a doler porque cuando lo hagan te van a poner una medicina que se llama anestesia que te duerme y no duele...luego vas a tener que estar otros días en el hospital hasta que tu herida este limpia y no se vea rojita...Que te parece?

R - Bien (asiente con la cabeza)

A partir de ese momento una notable mejoría es observada en la paciente, tanto en su aspecto físico como en su relación con la psicóloga, tornándose más abierta y hablando directamente

sobre su padecimiento físico. Además fué evidente una mejor comunicación médico-paciente ya que Rosa se interesó muchísimo por conocer los procedimientos del médico para la valoración física, además de que el médico se mostró accesible en todo momento para dar las explicaciones pertinentes.

Al llegar a este punto, donde los objetivos planteados en un inicio se cumplieron satisfactoriamente, se hace necesario marcar una terminación que lleve a la paciente a verbalizar lo que aconteció desde su ingreso, pasando por las etapas críticas hasta su gradual recuperación, terminación que debía ser lo suficientemente fuerte para permitir a Rosa entender el proceso de hospitalización y sus propias reacciones frente a situaciones de tensión; aspecto que fué llevado a cabo satisfactoriamente.

CASO PATRICIA

Femenina de 30 años de edad, casada, madre de tres hijos, dedicada al hogar. Se le diagnosticó una insuficiencia renal de nueve años de evolución, padecimiento que no fué atendido en su momento sino a últimas fechas, ahora complicado por la presencia de un lupus, el equipo médico habla de un pronóstico reservado y a largo plazo malo para la vida.

La paciente es ingresada al servicio de Medicina Interna, con el diagnóstico antes mencionado. Se solicita interconsulta al servicio de Psicología por la jefatura de Enfermería, quién refiere un comportamiento extraño en la familia de esta paciente, cuyos miembros acuden solo esporádicamente a visitar a su enferma.

En la primera entrevista, Patricia se muestra callada y distraída; al hablar lo hace en tono bajo concretizandose solo a la respuesta. En el momento de elaborar el exámen mental se encontraba la paciente ubicada en las tres esferas, su pensamiento, al igual que el lenguaje es coherente aunque este último pausado y en tono bajo, el afecto aparece deprimido, con llanto fácil y se observa una inteligencia abajo del normal.

Al indagar la percepción que la paciente tiene de su enfermedad, ella refiere con coraje y reclamo:

Patricia (P) - Ya estoy harta, siempre enferma, sin poder hacer nada, con estos dolores que no me dejan ni levantar, hasta a veces me quisiera morir. Como sea siempre voy a estar así.

Psicóloga - Qué sabes acerca de tu enfermedad?

P - No sé nada, solo que no se cura.

Aparentemente la paciente y sus familiares no tienen información acerca del padecimiento, sin embargo es evidente el temor de conocer, ya que el conocimiento pudese confirmar sus fantasías en torno a la muerte; la ansiedad de no saber y sin embargo sentir su grave pronóstico, despiertan en la paciente angustia reflejada en un Yo débil con una sobrecarga provocada por un lado, por una enfermedad física, el sufrimiento psíquico ante el temor de morir, y por el otro una inconsistencia familiar incapaz de brindar apoyo. Estos elementos desencadenan la "crisis por hospitalización" manifestada en Patricia por su depresión y en la familia en sus ausencias del hospital.

Anterior a la enfermedad, Patricia fué una persona activa, su mayor satisfacción y entretenimiento eran el cuidado de su

casa y de su familia. Al tener conocimiento de su insuficiencia renal, hizo caso omiso a su atención, en sus palabras: "No le di importancia, ya ve como es la gente de decidiosa"; al paso de algunos años los síntomas fueron acentuándose lo que llevó a la paciente el esquema de vida antes mencionado. Antes de su hospitalización Patricia era incapaz de realizar la menor actividad. La paciente al referir lo anterior se altera, llora, se le observa abrumada y se le invita a calmarse.

Se considera necesaria la intervención psicológica dirigida a brindar apoyo a la paciente, pretendiendo lograr en la medida de lo posible la homeostásis perdida en base a su padecimiento; asimismo tratar de facilitar la comunicación entre la paciente y su familia, lo anterior se constituye como el objetivo principal de la intervención psicológica.

Los siguientes son fragmentos de algunas entrevistas realizadas con la paciente:

Psicóloga - Cómo estas Patricia?

P - Bien.

Psicóloga - Hoy no te encuentre dormitando, como ayer.

P - No, no me dormí, como me dijo que iba a venir a esta hora, después de comer (prosigue hablando sin que la psicóloga intervenga, se le observa más reactiva, y al hablar ve a la cara de la psicóloga)...hoy quería preguntarle al médico sobre lo que tengo, pero no me animé, me puse muy nerviosa.

Psicóloga - A qué crees que se debieron tus nervios?

P - Es que vienen muchos médicos y todo es muy rápido, uno empieza a escribir, el otro me revisa y eso me pone muy tensa.

Psicóloga - A de ser una situación muy difícil que vengan varios médicos a verte, sin embargo también se puede ver que tienes miedo de saber con certeza o que te pasa, tal vez te imaginas que los médicos te dirán cosas peores a las que tu has pensado o que te las confirmen.

P - Si...si tengo mucho miedo de lo que va a pasar.

Psicóloga - ¿Qué te imaginas que te va a pasar?

P - Que a lo mejor me mandan para la casa, pero allá me voy a volver a poner mal y me tendrán que traer y así me van a traer hasta que me dejen aquí...hasta que me muera. Lo que más me preocupa es que quiero estar con mis hijos.

Psicóloga - Y qué piensas que va a pasar cuando te mueras?

P - Qué los niños se van a quedar muy chicos y no se quién los va a cuidar o a querer...Me acerca un vaso de agua?

Psicóloga - Patricia, se te ve muy ansiosa, te tiemblan las manos, te quieres levantar, necesitas agua, es seguramente por el temor a hablar de la muerte, ese miedo nos da a todos al pensar que moriremos...pero ¿quién te ha dicho que te vas a morir?

P - No, nadie me ha dicho.

Psicóloga - Has compartido estos temores con alguien de tu familia?

P - No, mi esposo tiene bastantes preocupaciones y cuando yo le digo algo se enoja, me dice que no hable así.

Psicóloga - Esto te ha de hacer sentir muy mal, pero si sería muy conveniente que ambos compartieran lo que piensan porque seguramente el está tan preocupado y temeroso como tú.

Al hablar con el marido se le observa ansioso, con tendencia

a desviarse del tema, prefiere comunicar aspectos relacionados al trabajo, hijos en institución:

Psicóloga - Oiga Alfonso, al tocar el tema de la enfermedad de Patricia y de su relación de pareja, como que en ese momento se desvia del tema, como que le es muy difícil para ambos hablar de estas cosas que piensan y sienten.

Alfonso - Si licenciada, ya nos dijeron que la enfermedad es incurable, pero que le vamos a hacer, más que echarle ganas juntos y que sea lo que Dios quiera, el tiempo que sea.

A partir de ese momento, se observa una mejor comunicación y en cierta ocasión se les vió tomados de las manos; por otra parte se reportó que la paciente permanecía menos tiempo sola. En general su pronóstico no cambió, pero si la manera de enfrentar el padecimiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La empresa que este capítulo nos exige, es difícil en varios sentidos: primero, requiere que seamos consistentes con lo que hasta ahora hemos argumentado y al mismo tiempo debemos plantear sugerencias y recomendaciones extraídas de nuestro trabajo. Segundo: significa terminar una tarea de tres años a la que hemos dedicado gran parte de nuestro tiempo y ver culminada nuestra preparación como psicólogos clínicos.

A lo largo del proceso, encontramos sorpresas y dificultades; mismas que atravesó el proyecto de psicología hospitalaria durante su formación, y que a continuación sintetizaremos.

En el capítulo I, se trataron aspectos de orden administrativo, académico, laboral y social percatándonos de cómo la psicología desde un enfoque profesional, ha crecido desarticulada del medio que la rodea; casi sin tomar en consideración los aspectos señalados en la instrumentación de los proyectos y programas; además se observa que la currícula no responde a las demandas laborales actuales ni a una demanda social específica.

Por todo esto, una de las más importantes conclusiones estriba en el hecho de que existe la imperiosa necesidad de actualizar la currícula en función de un nuevo campo laboral y una nueva demanda social actual.

No sólo deseamos sensibilizar, sino en concreto, aportar una experiencia que conjunte los aspectos curriculares, laborales y sociales para lograr la instrumentación de un proyecto de psicología hospitalaria que responda a las necesidades de la época y que permita vislumbrar una nueva opción para la aplicación de la psicología clínica.

En el capítulo II realizamos una crónica de lo sucedido en la implantación del proyecto, revisando las múltiples vicisitudes que se sortearon y las estrategias propuestas para su resolución; asimismo observamos que gran parte de tales dificultades surgieron por el desconocimiento de lo que un psicólogo clínico puede realizar en una área intrahospitalaria y carecer de las herramientas necesarias para la elaboración del proyecto provocándose desorganización, y aunque el esfuerzo realizado por supervisores, directivos y alumnos es digno de reconocimiento, consideramos que se vertió mucha energía en la organización que provocó retrasos, por lo que esperamos que nuestro trabajo contribuya a brindar alternativas para posteriores proyectos al contar con un modelo de interconsulta hospitalaria.

Otra gran dificultad se relaciona con el concepto de "resistencia" que amplió la comprensión de los fenómenos que ocurren dentro del equipo y que son paralelos a los que se dan en contextos administrativos, y por lo tanto es una importante contribución en el esclarecimiento de los mismos.

A lo largo del capítulo III se pudo obtener una

conceptualización acerca de las especialidades que han orientado su quehacer, o parte del mismo, hacia el área intrahospitalaria.

Hemos visto cómo históricamente se ha evolucionado en ésta área, desde las primeras reflexiones de la humanidad respecto a la actividad psíquica, que van desde un pensamiento mágico hasta llegar a un enfoque científico y se crea el concepto de "enfermedad mental"; dirigiendo gran parte de los esfuerzos hacia el área hospitalaria, y se establece un precedente que permite incluir de alguna manera aspectos psíquicos inherentes a las enfermedades orgánicas.

El retomar lo esencial de las diferentes disciplinas, se constituyó en un intento por mostrar a los futuros alumnos lo valioso para la aplicación de nuestro enfoque. De esta manera, la Psiquiatría que con la supresión de síntomas actúa sobre el individuo; la Medicina Psicosomática tratando de no disociar la mente y el cuerpo, la Psiquiatría de enlace intentando lograr un enfoque integral del paciente hospitalizado y la Psicología Médica incluyendo la contratransferencia del médico constituyen importantes aportaciones para nuestro trabajo y para futuras generaciones.

En el cuarto capítulo se narra el proceso a través del cuál se incluye en nuestro proyecto la atención al paciente hospitalizado. Para realizar esta incursión fue necesario vencer algunos obstáculos como las propias resistencias de los psicólogos y el desconocimiento de las áreas del hospital. Este trabajo en un primer momento se enfocó a satisfacer la demanda

institucional, para posteriormente reflexionar sobre este hecho y concluir que el rol del psicólogo se confundía con el del médico, de la enfermera o de trabajo social. Es a partir de este momento que nos permitimos plantear ciertas propuestas para que el trabajo de un psicólogo en un hospital no se dirija, en exclusiva hacia la atenuación del síntoma, ni hacia la satisfacción de la demanda institucional.

Sugerimos que se perciba al paciente como un sujeto y no como un simple organismo vivo interviniendo para evitar o atenuar la "crisis por hospitalización", enfocando nuestra atención hacia el sufrimiento psíquico del paciente, identificando -o intentar hacerlo- las posibles modificaciones al sistema económico libidinal que afectan el funcionamiento psíquico del paciente.

Al realizar este tipo de intervención se abordara en forma integral tanto la sintomatología como la adaptación biopsicosocial, la contratransferencia del médico y psicólogo involucrados, la identidad del paciente como sujeto y la vinculación de este con su cuerpo enfermo. Para lograr lo anterior se mencionan los procedimientos y técnicas utilizadas y posteriormente ejemplificar con viñetas clínicas.

Se podría definir Interconsulta Psicológica Hospitalaria, como la creación de un espacio donde se da la acción del psicólogo en relación con el paciente y su enfermedad; es una acción propia, diferente e independiente de otras actividades hospitalarias; sin embargo, los resultados incidirán en la evolución del paciente en una forma más integral. Es una

intervención necesaria para que el paciente tenga un espacio mínimo donde elaborar su "sufrimiento psíquico" a causa de su enfermedad, y las implicaciones tanto internas como externas que la misma conlleva, evitando la crisis por hospitalización y la elaboración de la situación de la enfermedad.

Y hasta aquí llega nuestra aventura, con muchas más satisfacciones que sinsabores; estamos conscientes de que aún quedan muchas cosas por hacer, muchos aportes que realizar en cada área específica del hospital -tarea que esperamos sea realizada por alguien en el futuro- así como profundizar en la teoría sobre lo que acontece en el sujeto al ser hospitalizado, lo que se constituirá en nuevos caminos que abran puertas al psicólogo y que permitirá colocarse al lado de otros especialistas dentro del hospital con un lugar propio, ya que

será nuestro trabajo el que nos haga merecedores del lugar donde nosotros mismos debemos ubicarnos.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ajurieguerra J.; Manual de Psiquiatría Infantil, 4ta edición
Editorial Masón, Barcelona 1965.

Anónimo, "Sistemas de salud" en Salud Pública en México, vol. 29
Ene-Junio México 1987.

Braunstein N; Psicología, Ideología y ciencia; editorial siglo
XXI S.A., 1975, pp 385-402.

- Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis,
México D.F, editorial siglo XXI S.A., 2da edición, 1984, pp. 80-
104.

Casarini M; Antinori D; "La práctica profesional del psicólogo en
Monterrey N.L.", Inédito.

Colín R. "Comunicación médica" en Fobia Psiquiátrica. Editorial
Productos Roche S.A. de C.V.; Vol. 2.

De la Fuente R, "Semblanza de la salud mental en México" en Salud
Pública de México, México D.F. Vol. 30 Nov-Dic 1988 pp. 861-
877.

Eco H, Como se hace una tesis, Editorial Gedisa y
Representaciones Editoriales S.A., 3a edición, México 1982,
pp. 18-26

Engels "El modelo psicosocial en Educación médica", inédito.

Escalante, Comunicación personal; Facultad de Psicología, 1990.

Ey H, Tratado de Psiquiatría, 7a edición, Editorial Toray Masson,
Barcelona 1975.

Facultad de Psicología, Coordinación del área clínica, "Objetivo
del área clínica". Monterrey N.L., Inédito.

Farrel D., "The Psychoanalytic Hospital in historical
perspectives", Inédito.

Feldman S. "Enfermedad mental y economía" en Boletín de la
Oficina sanitaria panamericana, Washington D.C. USA, Vol 98, No
1, Año 64, Enero 1985, pp. 201-210.

Ferrari, Luchina; La interconsulta médico-psicológica en el marco
hospitalario, Editorial Nueva Visión, Argentina 1971.

- Asistencia Institucional: Nuevos desarrollos en la
interconsulta médico-psicológica, Editorial Nueva Visión,
Argentina 1979.

Flores D, "Psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica?" en Cuadernos del área clínica, Facultad de Psicología, Vol 5-6, 1985, Monterrey N.L.

Foladori H, "Sobre la necesidad de articular una teoría de lo social con una teoría de lo psíquico" en Imago, Revista de Psicología Psicoanalítica, No. 5, Mayo de 1980, Monterrey N.L., pp. 49-57.

Freud S. (1926) "¿Pueden los legos ejercer el análisis?" en Obras completas de Sigmund Freud, Editorial Amorrortu, Tomo XX, Argentina 1986, pp. 165-244.

(1914) "Introducción al narcisismo" en Obras completas de Sigmund Freud, Editorial Amorrortu, Tomo XIV.

Garza C, "Therapeutic use of social subsystems in a hospital setting", en Journal of The National Association of Private Psychiatric Hospitals, 7(1) :23-30, Verano 1975.

Goldman H, Psiquiatría general, Editorial el Manual Moderno, México 1989.

Greenhill M, Psiquiatría de enlace, capítulo 33.

Hernández G, Entrevista personal realizada el 17 de Noviembre de 1990 en la Ciudad de Monterrey N.L.

Hugues J, Manual de Psiquiatría moderna, Editorial Limusa, México 1989.

Instituto Mexicano del Seguro Social, "Plan general de Psiquiatría y salud mental", 1989-1994.

Kaplan, Sadock, Compendio de Psiquiatría, Editorial Salvat, Barcelona 1979.

Laplanche, Pontalis, Diccionario de Psicoanálisis, Editorial Labor, España 1983.

Lima B, "La atención primaria en salud mental" en Salud Pública de México, México D.F., Vol 28, Año 1986, Jul-Dic, pp 354-359.

Lipowski (1973)

Mahler H, "Mensaje del Dr. Holfman Mahler" en Boletín de la Oficina sanitaria panamericana, Washington D.C. USA, Vol 90, 1981, pp 340-353.

Oficina Regional de la OMS, "La salud mental en América Latina", en Boletín de la oficina sanitaria panamericana, Washington D.C. USA, Vol 101, no. 4, Año 65, Octubre 1986, pp 567-592.

- "¿Psiquiatría de los subdesarrollados o psiquiatría subdesarrollada?, en Boletín de la Oficina sanitaria panamericana, Washington D.C. USA, Vol 89, pp322-327.

Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, "Objetivos y estrategias para alcanzar los mínimos de Salud para todos en el año 2000" en Salud Pública de México, Año 5, Vol. XXIII, México D.F., 1981, pp 49-59.

Solis Garza H, "La psiquiatría regiomontana: origen, evolución y perspectivas", Trabajo presentado el 14 de Mayo de 1983 en el Homenaje al Dr. Rubén Taméz Garza. Monterrey N.L, Inédito.

Spitz, El primer año de vida del niño, México D.F., Editorial Fondo de cultura económica, 1986, pp 197-210.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

