

Actividad de enlace en un Hospital General

I. Palazón, M. Munárriz, A. Adam, J. Mira,
J. Rodríguez, A. Reig

Hospital Virgen de los Lirios, Insalud, Alcoy
Facultad de Medicina. Universidad de Alicante

INTRODUCCION

En la Medicina ha existido siempre una corriente de pensamiento que ha considerado al enfermo desde una perspectiva holística tratando de ir más allá de los aspectos puramente somáticos. En esta tradición se inserta la Medicina o la Clínica Psicosomáticas, que se fue enriqueciendo con aportaciones de diferentes procedencias sin llegar a impregnar nunca la práctica cotidiana de las profesiones sanitarias (Lipowsky, 1974; Gelder, 1983).

En los últimos tiempos, sin embargo, se han dado dos hechos que pueden reorientar esta situación. El primero de ellos es el creciente interés demostrado ante la evidencia de la asociación entre patología orgánica y psicológica. Asociación más intensa si se tienen en cuenta además algunos factores relacionados con el hecho de enfermar, tales como la hospitalización, las condiciones de supervivencia o cronicidad asociadas a nuevos procedimientos terapéuticos.

El segundo hecho a reseñar es la creación de las Unidades de Psiquiatría en los Hospitales Generales, que ha permitido que los profesionales de la salud mental accedan a un conocimiento práctico de los problemas bio-psico-sociales del enfermar somático, compartan un lenguaje y un método de trabajo con sus colegas sanitarios en un clima en el que se prima la concreción y la eficacia terapéutica y sean accesibles a las demandas de consulta y apoyo que provienen de otras ramas de la medicina.

A estos dos hechos hay que añadir el auge de lo que viene denominándose Medicina Comportamental, que acentúa el desarrollo e integración de conocimientos y técnicas de las

Ciencias Conductuales y Biomédicas con el objetivo de comprender, tratar y rehabilitar de la enfermedad además de promover, intensificar y mantener la salud (Reig, 1981), junto a que el conocimiento acumulado en el tratamiento de los trastornos mentales puede usarse también para mejorar la evolución de otras enfermedades.

A partir de todo lo anterior se ha puesto en marcha un campo de conocimiento y un modo de trabajo que se agrupa bajo la denominación de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace (Consultation-Liaison Psychiatry, (Hackett, 1978; Strain, 1983). El término interconsulta se refiere a una actividad habitual en el trabajo asistencial por la cual un profesional, que tiene a su cargo un paciente, solicita a otro profesional su opinión experta para un aspecto o en un momento del tratamiento. Se trata de una intervención o demanda concreta, centrada en el paciente individual y que puede llevarse a cabo de forma directa entre el consultor y el paciente, o a través del consultante.

El término de enlace se usa aquí para designar otro tipo de intervención que se basa en el contacto continuado entre el consultor del equipo de Salud Mental y los profesionales de cualquier otro servicio. Se trata de mejorar el cuidado de grupos de pacientes considerados, por diferentes razones, como de alto riesgo de padecer problemas emocionales. El trabajo del profesional de la Salud Mental se integra en el cuidado general de estos pacientes de forma permanente. Hay diversos modelos teóricos de enlace y algunos autores hacen definiciones muy precisas, pero la idea que subyace a todos ellos es la de la relación continuada con grupos de pacientes o profesionales.

No debe entenderse, sin embargo, que las dos actividades son independientes, ni mucho menos, que el enlace sea la óptima y la interconsulta psicológica el mal menor. Las dos están relacionadas y resulta cada vez más evidente que las diferencias se diluyen en la práctica.

Un enunciado de principios como el que precede puede llevar, por otra parte, a que se despierten expectativas desmesuradas con respecto al alcance de los programas. Algún autor (Lipowsky, 1981) ha identificado una secuencia habitual de acontecimientos ante la presencia de un dispositivo de interconsulta y enlace, que se caracteriza por un inicio lleno de entusiasmo ilimitado y promesas que se siguen de desilusión, recriminaciones y declive. Esto obliga a que la puesta en marcha de un servicio de interconsulta dentro de un equipo de Salud Mental requiera una valoración cuidadosa de los objetivos, basándose en las demandas, que han de ser reformuladas según las posibilidades reales de intervención, una elección de procedimiento asequibles y una evaluación eficaz de los resultados. De esta manera se obtendrá no sólo una mejora de los cuidados a los pacientes, sino también de la formación de los profesionales encargados y de la investigación dentro del modelo bio-psico-social.

El presente artículo pretende presentar algunas modalidades de intervención surgidas a partir de estos principios en un medio hospitalario concreto.

ACTIVIDAD DE ENLACE DIRIGIDA AL STAFF

Los profesionales de cada uno de los servicios de un hospital se ven en la necesidad de desarrollar estrate-

gias de manejo para enfrentarse al conjunto de variables que se añaden al proceso de enfermar, por el hecho de la hospitalización.

La necesidad de contar con estrategias concretas, comunes o no a los distintos servicios, se ha visto impulsada por varios factores, de entre los que destacamos el cambio ocurrido en el patrón epidemiológico, que exige que el mayor volumen de asistencia en tiempo y personal, dentro de un hospital, se ocupe en proporcionar cuidados. Este hecho enfatiza y da lugar a la consideración de las relaciones interpersonales que se establecen entre el profesional y el paciente como variable que interviene en el proceso mismo de curación.

En nuestro medio hospitalario se ha llevado a cabo, en este sentido, una intervención de enlace dirigida a los profesionales enfrentados a los pacientes con estados confusionales, fijándose los siguientes objetivos:

- Asistencia directa a los profesionales, atendiendo a la demanda por éstos presentada y en relación al manejo de pacientes con estados confusionales.

- Promover la sensibilización del profesional hacia los aspectos psicológicos del enfermar y de la enfermedad.

- Aunar criterios en el manejo de los pacientes con estados confusionales, introduciendo medidas de prevención.

- Sentar las bases para la extensión de estos programas a otros problemas de identificación y manejo de los aspectos psicológicos del enfermar y de los problemas de salud.

El desarrollo del programa se basa en el trabajo en equipo junto con los profesionales de los servicios hospitalarios interesados, en este caso los de UMI y Traumatología. En consecuencia se establece un plan de reuniones en el que se tienen en cuenta los diferentes turnos del personal de enfermería. Estas reuniones se desenvuelven en tres fases:

- En la primera, el objetivo es identificar la experiencia que tienen los profesionales del problema y las estrategias que han empleado para afrontarlo. Se parte de la idea de que la práctica cotidiana es una fuente de conocimiento fundamental. Los profesionales del equipo de Salud Mental intentan fomentar la participación de todos y recogen esta información.

- En la segunda, partiendo de lo que ya se hace, se corrigen las actitu-



des erróneas y se completan con otras procedentes de la práctica y conocimientos de los psiquiatras-psicólogos. Se discute la viabilidad y las alternativas. El resultado se recoge por escrito y se distribuye.

- En la tercera fase se plantea un doble objetivo: evaluar el funcionamiento de las medidas propuestas y

tratar de extender el interés a otros problemas de manejo o a otros grupos diagnósticos.

ACTIVIDAD DE ENLACE BASADA EN LA INVESTIGACION

El desarrollo de técnicas quirúrgicas aplicadas al problema de la obesidad mórbida, de cuya puesta en práctica es pionero en España el Servicio de Cirugía del Hospital del INSALUD de Alc oy, ha dado lugar a que sea factible una reducción significativa del peso en aquellas personas que sobrepasan el suyo ideal en más de 45 kg.

Este tipo de intervención quirúrgica aporta una serie de beneficios al reducir la probabilidad de las enfermedades asociadas a la obesidad, observándose también, a medida que se produce la pérdida de peso consecuente a la intervención quirúrgica, una mejora en la valoración de sí mismo, de la propia imagen corporal, junto a una mayor independencia y asertividad (Rakita, 1979).

La puesta en marcha de este programa de enlace ofrece la posibilidad de ahondar en el estudio del problema de la obesidad, abre la posibilidad de optimizar los efectos psicológicos de la intervención quirúrgica y supone un beneficio interprofesional por el contacto e intercambio de información entre los profesionales de salud mental y del servicio de cirugía.

- Objetivos:

- Observar la influencia de la intervención quirúrgica en el ajuste social y emocional de los pacientes.

- Identificar a «buenos» y «malos» candidatos para la intervención quirúrgica.

- Desarrollar un programa (paquete de intervención psicológica) para optimizar los beneficios de la intervención quirúrgica.

- Metodología de trabajo:

- Se estudia cuidadosamente el protocolo médico para la intervención quirúrgica.

- Se adopta un diseño factorial intra-sujeto (medidas repetidas de un mismo grupo).

- Se realizan medidas de estabilidad emocional, apoyo social, locus de control, ajuste social y otras variables sociocontextuales.

- Tras la intervención se toman medidas del ajuste social y estabilidad emocional. Al cabo de seis meses se realiza una nueva evaluación.

- En base a los resultados se establece dos grupos: «buenos» y «ma-

los» candidatos a la intervención quirúrgica.

— Aplicación del programa o paquete terapéutico.

ACTIVIDAD DE ENLACE DE ASISTENCIA DIRECTA A PACIENTES

Son de sobra conocidas las complicaciones y molestias que tanto la colocación como el uso del DIU (Dispositivo intrauterino) producen a muchas mujeres. Ello se debe, por una parte, de las contracciones uterinas, puesto que se trata de un cuerpo extraño, que provocan dolor, pérdidas anormales de sangre y, en el momento de la colocación —debido al temor o recelo— sensación de desagrado, tensión, taquicardias e, incluso, lipotimias. Es muy frecuente que las mujeres que van a colocarse un DIU se muestren intranquilas, mareadas, en tensión, hipervigilantes, asustadas y con miedo a experimentar dolor, todo lo cual complica la colocación del dispositivo, que ya se procura sea insertado en los dos últimos días de la regla para soslayar estas dificultades (Bedoya, 1983).

Más aún, al producir reglas más abundantes, prolongadas y, en ocasiones, pérdidas fuera de la menstruación, provocan dudas e inseguridad en sus usuarias, que acuden a consulta en demanda de explicación.

Aquí proponemos el manejo de estas situaciones aplicando técnicas psicológicas de «manejo de situaciones estresantes». Concretamente los procedimientos desarrollados por Meichenbaum (1977, 1983), y que como objeto último pretenden promover en la mujer un sentido de autoeficacia, según la terminología de Bandura (1977), que hagan que la mujer, por sí misma, pueda hacer frente a las situaciones que el uso del DIU conlleva.

Para el manejo seguimos el esquema del «entrenamiento en inoculación de estrés», de Turk, Meichenbaum y Genest (1983):

1) Fase conceptualización. Clarifica aspectos cognitivos, afectivos, comportamentales y fisiológicos del momento de la colocación del dispositivo y de su uso inmediato. Lo consideramos parte esencial de la intervención, puesto que identifica los posibles problemas, resaltando las condiciones específicas que contribuyen a una mala adaptación.

2) Fase de entrenamiento en habilidades. Se comentan las formas en

que la mujer en su vida cotidiana supera situaciones desagradables, se instruye —sobre una maqueta— a colocar y retirar un DIU y se dan pistas instrumentales y paliativas (pedir explicaciones de cómo va el proceso, relajación, ventilar

emociones, desviar la atención).

3) Fase de aplicación. Se induce a la mujer a intentar los ejercicios de relajación muscular, ver la situación de colocación semejante a la exploración ginecológica que ya ha superado.



BIBLIOGRAFÍA

- A. BANDURA. «Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change.» *Psychological Review*, 1977, 84, 191-215.
- J. M. BEDOYA. *Manual de Contracepción*. Ediciones Alfara, 1983.
- L. BIRK. *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Grune & Stratton, 1973.
- M. GELDER y COLS. «Psychiatry and Medicine.» en: Gelder y Cols. (Eds.), *Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press, 1983.
- T. P. HACKETT. «Beginnings: liaison psychiatry in a general hospital.» En: Hackett (Eds.) *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Mosby Company, 1978.
- Z. LIPOWSKY. «Consultation-Liaison Psychiatry: An Overview.» *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 623-630.
- Z. LIPOWSKY. «New prospects for liaison psychiatry.» *Psychosomatics*, 1981, 22, 806-809.
- D. MEICHENBAUM. «Cognitive-Behavior Modification: An integrative Approach.» *Plenum*, 1977.
- D. MEICHENBAUM y R. CAMERON. «Stress Inoculation Training: Toward a general paradigm for training coping skills.» En: Meichenbaum y Jermko (Eds.) *Stress Prevention and Management*. Plenum Press, 1983.
- G. RAKITA. «Personality and Morbid Obesity. Implications for dietary management through behavior modification.» *Surgical Clinics of North America*, 1979. Vol. 59, No. 6.
- A. REIG. «Medicina Comportamental. Desarrollo y líneas de intervención.» *Análisis y Modificación de Conducta*, 1981. 14, 99-160.
- J. STRAIN. «The Development and Practice of Liaison Psychiatry.» En: Finkel (Ed.) *Consultation-Liaison Psychiatry. Current Trends and New Perspectives*. Grune & Stratton, 1983.
- D. TURK, D. MEICHENBAUM y M. GENEST. *Pain and Behavioral Medicine*. Guilford, 1983.