

Psicología de la salud en los ambientes hospitalarios (I)

Carlos Mingote Adán, Médico Adjunto de Psiquiatría; **Manuel Dávila**, Jefe de Sección de M. Preventiva; **Francisco Martí**, Psiquiatría infantil; **Pilar Pérez Díaz**, Psicóloga; **Francisca Denia Ruiz**, Psicóloga; **Isabel Sierra Sánchez**, Psicóloga; **María Concepción Losada Ortuño**, Asistente Social

Miembros del Hospital Primero de Octubre. Madrid

I. INTRODUCCION

1. Esquema histórico

Aunque el primer hospital psiquiátrico del mundo se funda en Valencia en 1409 por el padre Juan Gilbert Jofré, es en la segunda mitad del siglo XVIII cuando comienza la medicalización de la locura, que deviene enfermedad nerviosa y que se contempla desde las perspectivas anatomoclínica, fisiopatológica, etiopatogénica, evolutiva, etc., según los diferentes modelos psicopatológicos y epistemológicos que marcan la evolución de la medicina científico-natural.

Es en la segunda mitad del siglo XIX cuando Sigmund Freud crea el psicoanálisis y se inicia la paulatina psicologización de la enfermedad psiquiátrica, como complemento de la concepción anterior. Demostrada la insuficiencia de los modelos explicativos biológicos, Freud desarrolla el psicoanálisis como teoría y como técnica de conocimiento acerca de la conducta humana desde la historia personal con unos contenidos peculiares propios en cada paciente. Desde Freud el síntoma clínico manifiesto adquiere una significación simbólica latente, con unos contenidos emocionales inconscientes que le determinan, en tanto que lenguaje significativo, como el sueño y el lapsus, que son metáforas no reconocidas de mociones pulsionales.

Es en la segunda mitad del siglo XX cuando se consolida la psiquiatría social y se estudia los fenómenos socioculturales que influyen en la génesis y manifestaciones de las enfermedades psíquicas, a la vez que utiliza las técnicas grupales en su prevención y tratamiento. Se realizan estudios epidemiológicos sobre

cómo la patología mental se relaciona con la clase social, con el grado de satisfacción en el empleo y con el desempleo, con los niveles de estrés psicológico, se discriminan los factores y los grupos de riesgo, como la frecuente asociación entre la enfermedad médico-quirúrgica y la enfermedad psiquiátrica, obteniéndose valores llamativamente elevados de morbilidad psiquiátrica en enfermos somáticos hospitalizados y entre los médicos.

Con los progresos científico-técnicos y con la mejoría de la calidad asistencial, tanto diagnóstica como terapéutica, resulta necesaria la integración de la psiquiatría en el hospital general, como otra especialidad médica, aunque conserva ciertos aspectos diferenciales característicos.

El primer servicio de psiquiatría creado en un Hospital General fue en el Albany, de Nueva York, en 1902, y es en los años 40 cuando se empieza a generalizar, junto al desarrollo de la medicina psicosomática y al progreso de la psicofarmacología, aunque la existencia de la unidad de psiquiatría no implica su integración funcional en el hospital. La interconsulta es la técnica psicopatológica, a la vez que diagnóstica, preventiva y terapéutica que puede permitir lograr este objetivo. La articulación del orden médico y del orden psicoanalítico entraña importantes dificultades, al ser dos ciencias diferentes, independientes y que utilizan lenguajes propios. La clínica psicoanalítica es también diferente, y es imposible la conjunción (confusión) de los dos discursos, aunque sus prácticas puedan ser complementarias y coincidentes en el estudio y tratamiento del enfermo psicósomático en el seno del hospital general.

2. Datos epidemiológicos

Se repite cifras de morbilidad psiquiátrica en la comunidad que son superiores al 15%, con valores promedio del 20%, que indican que aproximadamente este porcentaje de la población general padece síntomas psiquiátricos, que requerirían tratamiento psiquiátrico, aunque sólo un 2% de la población utilice algún tipo de ayuda psiquiátrica (1).

En el estudio de New Haven (2) destacaba que sólo un tercio de los deprimidos iban al psiquiatra, una mayoría del 63% de los que no habían ido había utilizado otros servicios médicos con motivo de sus síntomas. Lipowski (3) en 1977 insiste en la alta frecuencia de depresión entre los enfermos que visitan a médicos no psiquiatras, probablemente en base a una modalidad defensiva de tipo hipocondríaco, que intenta negar un conflicto psíquico intolerable que se desea ubicar en el cuerpo, y hacer tributario de tratamientos médico-quirúrgicos, por terceros, con escasa responsabilidad personal.

En 1974 J. Santo Domingo Carrasco y cols. (4) concluyeron que era posible diagnosticar síndromes psiquiátricos clínicos en un 75% de los enfermos hospitalizados en Medicina Interna, sobre todo de tipo depresivo-angustioso (en el 58%), y como reacciones vivenciales anormales (en el 54%), y un 20% de psicosis exógenas. Se delimitó un 23% de casos que necesitan ayuda psiquiátrica durante su internamiento.

En el estudio de F. Martí y J. Rallo de 1976 (5) encontraron diagnósticos psiquiátricos en la hoja de salida sólo en el 5'7% de los ingresados, pero un 32'6% del total utilizaron psicofármacos durante su estanciamiento.

cia, y en un 26'6% de las historias clínicas se constata síntomas psíquicos anormales. En el 15'4% se indica psicofármacos en los informes clínicos de salida.

En estudios más recientes de prevalencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos en los hospitales generales se obtienen resultados del 72% en pacientes de Medicina Interna y en pacientes quirúrgicos del 40% (6), del 47'15% (7), y del 62%, con unas desviaciones máximas del 54% y del 71% (8), que confirman la asociación entre patología somática y psiquiátrica. Denney da valores entre 32% y 72% (9); Querido (10), de 46'6%, y Kaufman, de 66'8% (11).

II LA PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL GENERAL

1. La interconsulta médica psicológica

Es la actividad del médico psiquiatra en los sectores no psiquiátricos del hospital, para prestar atención a los problemas psicológicos de los enfermos, a las dificultades de relación médico-enfermo y al estudio de la interrelación de variables biológicas, psicológicas y sociales en la investigación psicosomática. A nivel clínico trabajará colaborando tanto en el diagnóstico diferencial de las manifestaciones psicológicas de la enfermedad orgánica, de sus complicaciones psicológicas o de las reacciones psicológicas a la misma, como en el manejo terapéutico del enfermo. Especial interés tiene el establecimiento de las indicaciones y orientación psicoterápica en sus diversas modalidades, se realicen o no en la propia unidad.

A veces su trabajo se centrará en el análisis de los problemas de la relación médico-enfermo, originados por el enfermo y/o por el equipo asistencial, con los cuales tratará de tener la mejor relación posible, como marco continente elaborador de dichas dificultades.

Se establecerá áreas de atención preferencial, como los intentos de suicidio, toxicomanías, enfermos de las unidades especiales, coronarios, oncológicos, renales, en función de la demanda asistencial y de la disponibilidad y motivación del equipo de interconsulta, y en estrecho contacto con los compañeros de los centros de asistencia primaria del área de salud.

A pesar de su actual complejidad

organizativa y de su sofisticación técnica, tiene lugar un proceso de primarización y de deterioro asistencial en el hospital general, que está facilitado por las insuficiencias de la red de asistencia primaria, y se convierte en un enorme ambulatorio, masificado y despersonalizado, en el que tampoco es posible una relación médico-enfermo individualizada. Así, se ha constatado que en más de la mitad de los casos no se dan ni se respetan las citas horarias, sino que se cita a todos los enfermos a primera hora. Igualmente, abundan los pacientes que no saben el nombre del médico que les trata. Estos datos señalan la despersonalización del vínculo terapéutico en el hospital general, que cada vez se convierte más en una vinculación entre la institución y la enfermedad.

Pedro J. Boschán (12) ha descrito en 1981 algunos aspectos contra-transferenciales de la interconsulta psiquiátrica, sobre la base de las intensas ansiedades que se movilizan en relación con enfermedades orgánicas graves, en tanto constituyen una dramática amenaza a la integridad del *self*, que a su vez van a inducir defensas psicológicas, bien de tipo adaptativo, o bien más inadecuadas y disfuncionales, que pueden llegar a ser nocivas para la situación asistencial y para sus participantes.

El interconsultor puede tener dificultades para mantener la distancia operativa óptima, sea por una actitud evitativa, como por una identificación excesiva con aspectos de la situación. La primera de estas actitudes suele manifestarse como dificultades de contacto con las demás personas involucradas en la interconsulta, olvidos, omisiones del registro escrito de sus intervenciones, y rehuir peticiones de interconsulta, y para supervisar la tarea efectuada. El interconsultor puede trabajar de forma estereotipada, desmotivada, hacer entrevistas demasiado breves y distanciadas en el tiempo, contestar los partes sólo por escrito (a veces ininteligibles), etc.

La identificación excesiva con algunos aspectos de la situación de interconsulta puede llevarle a alianzas inconscientes con alguna de las partes intervinientes (con el paciente contra el médico o la enfermera, con alguno de éstos contra los demás), tendiendo a funcionar de forma narcisista, idealizada y omnipotente, compitiendo con los integrantes del equipo, ocupando su papel y hacién-

dose cargo de algunos aspectos emocionales, extratécnicos, propios y característicos de una buena relación médico-enfermo, en vez de intervenir para facilitar que se restablezca; aunque también se podrá sentir paralizado e impotente, autimaginarsse, formando un clan aparte, y refugiarse en la torre de marfil que propicia un lenguaje oscuro, críptico y de autoprotección defensiva y agredir desvalorizantemente a los no iniciados en los misterios psiquiátricos. Son tan frecuentes los problemas de relación personal entre psiquiatras y entre psicólogos (entre «buenos» y «malos», entre hiperactivos e hipoactivos, biologicistas y psicologistas, psicoanalistas y antipsicoanalistas, etc.), que sería ingenuo considerarles anécdotas banales. Los subgrupos se protogan por doquier en base a mecanismos grupales inconscientes, regresivos, de tipo disociativo y proyectivo, y permanecen enfrentados y/o ignorados, perpetuando unas dificultades emocionales nocivas para todos los implicados, incluidos los enfermos, que en algún caso extremo conocido llegan a pelearse entre sí, actuando los impulsos inconscientes de los médicos tuteladores de su salud mental, cuando no lo hacen ellos mismos.

Las ansiedades inconscientes de fragmentación de los integrantes del equipo interconsultor, negadas y proyectadas, darán lugar a equipos asistenciales fragmentados, disfuncionales y enfermantes para sí mismos y para los demás.

En cuanto al proceso de la actividad de interconsulta, se trata de un trabajo complejo, diferente al que se ejerce con el enfermo psiquiátrico primario, que acepta su condición psicopatológica y acude voluntariamente a un servicio psiquiátrico. En esta tarea es importante el análisis y el manejo terapéutico de los frecuentes problemas que el enfermo orgánico suele tener en la relación con el equipo peticionario de la interconsulta, así como el estudio de los fenómenos de imbricación psicosomática y relacional que tiene lugar en el llamado enfermo psicosomático.

Como formuló Schwab en 1968 (13), se debe destacar algunos aspectos básicos en la realización del diagnóstico:

- ¿Existe enfermedad mental?
- ¿La enfermedad física está originada o precipitada por factores

- psicológicos o ambientales?
- ¿Existen factores psicosociales capaces de alterar la evolución de la enfermedad o el grado de involucración del paciente en el tratamiento?
- ¿Es previsible la existencia de secuelas psíquicas?
- ¿Cuáles son las indicaciones terapéuticas de tipo médico y psicoterápico y las recomendaciones socio-ambientales precisas?
- ¿Cuál es el nivel asistencial en el que el paciente debe de ser asistido?

La colaboración interdisciplinar dentro del campo de la salud mental resulta imprescindible entre psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras psiquiátricas, etc., así como con el resto de los especialistas médicos. Dentro de un concepto integral de la salud no se puede prescindir en un hospital del asistente social, y menos en un Departamento de Psiquiatría. La atención psiquiátrica no puede abarcar todo el conjunto de necesidades y factores de índole general que configuran la salud mental, porque muchos de ellos no dependen de la acción sanitaria, sino de otros factores familiares, económicos, sociolaborales, educativos, culturales, etc., y en la medida que se atienden éstos, el tratamiento psiquiátrico será mucho más eficaz. El asistente social tiene una función importante como profesional dentro del Equipo de Psiquiatría, diagnosticando y tratando aquellos problemas sociales que tanta incidencia tienen en la enfermedad. Es misión suya apoyar, orientar, asesorar al paciente en estos temas y cooperar con otras instituciones asistenciales, sociales y educativas, potenciando el trabajo interdisciplinario, facilitando así la reinserción social, la vuelta al medio sociofamiliar. Las estructuras actuales del hospital general han dejado al descubierto vacíos importantes, entre ellos los aspectos sociales, y es necesario y urgente cubrir estas áreas olvidadas si queremos que mejore la salud mental de la población. El asistente social está infravalorado en el hospital general, y particularmente en el Departamento de Psiquiatría, y en muchos casos sólo se le «utiliza» para reparar o paliar una situación inmediata, sin profundizar en las causas de esa situación y llevar a cabo un proceso que contemple la prevención y el seguimiento hasta una reinserción social. Nos encontramos

con una carencia de programas interdisciplinarios de rehabilitación y reinserción social y de una falta de recursos sociales y socio-sanitarios para la protección de estos pacientes. Faltan proyectos, programas y recursos, hay por una parte, y por otra escasez de medios y criterios sobre el trabajo interprofesional en la Unidad de Psiquiatría. Y en este ambiente trabaja el asistente social, que cada día es más requerido por la población. Desde la perspectiva del asistente social, la psiquiatría en los hospitales es actualmente deficitaria, no dotada adecuadamente y sin un marco global de planificación dentro del sistema sanitario. No se tiene una visión interdisciplinaria que integre los distintos sectores donde el paciente se desenvuelve.

Para acabar este apartado citaremos textualmente a Boschan: «La interconsulta psiquiátrica es una tarea de fundamental importancia dentro del campo de la salud. Lo reciente de su praxis y lo conflictivo de su ejecución hacen evidente la necesidad de un conocimiento más profundo del campo. Al plantear no solamente una nueva técnica psicopatológica, sino una concepción diferente de la asistencia médica, proponiéndose una función integradora con respecto al ser humano enfermo y a quienes lo asisten, el conocimiento de las dificultades contra transferenciales que presenta para el interconsultor es indispensable para su propia integración en su actividad.»

III. REACCIONES PSICOLÓGICAS A LA HOSPITALIZACIÓN Y A LA ENFERMEDAD

En la literatura pediátrica de los últimos cuarenta años se han publicado abundantes trabajos sobre los problemas psicológicos de los niños que acuden al hospital, reiterándose que no les conviene perder el contacto con sus padres, aunque sea una medida necesaria, y hasta beneficiosa desde el punto de vista psicológico.

El doctor F. Martí Felipo estudió en 1978 (14) cómo los niños hospitalizados plasman en sus dibujos espontáneos estados afectivos tan diversos como la angustia a lo desconocido, el temor a la propia muerte y el dolor de la separación y de la pérdida, entremezclados con el anhelo de ser queridos y atendidos a través de los cuidados pediátricos.

El niño reacciona a las actuaciones

médicas con una intensidad emocional dramática, que no es comparable a las reacciones del adulto, y vive a los pediatras como figuras parentales idealizadas y/o terroríficas, cuidadores capaces de calmar el dolor y/o de dañarle, y a menudo con poco tiempo para dedicárselo a él. Cuando los niños juegan a los médicos y enfermeras, a veces tratan de elaborar sus ansiedades despertadas en el sufrimiento corporal de la enfermedad y en la relación con su pediatra.

Las reacciones psicológicas de los niños a la hospitalización van a depender de su momento cronológico-evolutivo, de las actitudes de sus padres ante la enfermedad y la hospitalización, y de las actitudes de los cuidadores durante su hospitalización, destacándose la necesidad de que el niño esté acompañado de forma continua por un familiar durante su estancia en el hospital, para disminuir de forma estadística significativa los síntomas psiquiátricos en la post-hospitalización.

La enfermedad y la hospitalización también producen importante ansiedad en el adolescente y en el adulto, sea de daño corporal, de separación y de pérdida, en una situación de duelo traumático, con aspectos regresivos, angustia ante lo desconocido, etc., que van a inducir diversas modalidades de defensas psicológicas. Destaca la negación de la realidad dolorosa, como el doctor M. Blumen Field (15) dice: «Igual que el iris se contrae para evitar la sobreestimulación de la retina ante una luz demasiado intensa.» Aunque puede adquirir una intensidad excesiva y hacerse patológica, por implicar la negación de importantes aspectos de la realidad. Esto se aprecia en aquellos casos de diagnóstico tardío porque el enfermo no ha podido darse cuenta de su miedo y del peligro de enfermedad, e instrumentalizarlos adecuadamente, así como en aquellos pacientes «que no se enteran» de la información adecuada que les es dada por sus médicos. Es también una forma de defensa patológica que a menudo utilizan los médicos con sus propias enfermedades y con las de sus familiares y allegados. La negación puede ser la base dinámica inconsciente de algunas interrupciones prematuras de los tratamientos o de sus malos cumplimientos.

Otro mecanismo defensivo menos patológico es la intelectualización y

el hipercontrol de los sentimientos, que se aíslan por resultar intolerables, a la vez que el paciente puede ser erudito en la materia, sin ninguna resonancia afectiva, e incluso ser «un buen paciente» durante cierto tiempo.

Una problemática especial es la que presentan los enfermos portadores de enfermedades crónicas y sometidos a tratamientos prolongados, con situaciones regresivas importantes.

IV. ESTRES OCUPACIONAL EN EL EQUIPO MEDICO/ASISTENCIAL

1. Datos epidemiológicos

El encuentro con el enfermo orgánico constituye una experiencia relacional cargada de importantes emociones, que tienen una transcendencia significativa en la vida personal de todas las personas involucradas en la misma. Recordemos la alta frecuencia con que el médico y la enfermera sueñan con los pacientes, y viceversa, como son también muy frecuentes los sueños con médicos, hospitales, operaciones, etc. Se trata de una experiencia que puede aportar muchas satisfacciones personales, y a la vez es fuente de sufrimiento y de dolor psíquico.

A. Gunn-Sechehaye (16), en 1976, señala algunos componentes dinámicos de la angustia del equipo médico:

- El planteo de la propia muerte por identificación con el paciente.
- El temor a dañarle con tratamientos a veces «agresivos», efectos secundarios.
- El sentimiento de impotencia y de fracaso personal.
- El temor a una relación afectiva intensa y prolongada.
- El manejo de la información intensa y prolongada.
- Problemas éticos, etc.

J. McCue, en 1986 (17), añade además:

- Un inadecuado entrenamiento psicológico para la relación con el enfermo, con insuficientes conocimientos psicopatológicos.
- Elevadas exigencias de certeza cuando el conocimiento es sólo aproximado y el médico ha de tolerar un alto grado de incertidumbre.
- La habitual negación de la complejidad de la tarea, sus limitaciones y las dificultades intrínsecas



de la práctica médica. De hecho se da una conspiración de silencio que es el principal obstáculo para la investigación del efecto del estrés en el médico.

Este mismo autor separa el estrés intrínseco, el estrés social, el financiero y legal, y el estrés personal, en función de las propias características de la personalidad de cada profesional.

Vaillant (18) en 1972 publica los resultados de un estudio de seguimiento evolutivo de 30 años, comparando 47 médicos y 79 controles, para determinar si tienen más disfunciones clínicas y psicológicas. Se destacan más conflictos matrimoniales e índices de divorcios, una mayor incidencia de alcoholismo y de otras toxicomanías, y una mayor necesidad de tratamientos psiquiátricos. A este autor le llama la atención que algunos rasgos de carácter de muchos médicos les llevan a cuidar compulsivamente de otras personas, con importantes dificultades para pedir ayuda y cuidados para sí mismos, trabajando en exceso, con relaciones amorosas a menudo insatisfactorias y con dificultades para disfrutar en general de la vida, por un funcionamiento ascético, altruista, ambicioso y perfeccionista de tipo obsesivo, y hasta claramente masoquista. Vaillant llega a recordar el viejo adagio: «Médico, cuida de ti mismo.» El resultado de las excesivas exigencias del médico y de las necesidades del paciente puede llevar a veces a la destrucción literal de la vida del médico.

L. Schweiter (19) insiste en las frecuentes dificultades de los médicos en sus relaciones familiares, progresivamente deterioradas a me-

nudo. Los matrimonios de los médicos son menos duraderos que en otros grupos de profesionales en EE UU. Las largas jornadas de los médicos inducen en sus hijos una privación afectiva, que fuerza las identificaciones con ellos y les lleva a decir que de mayores desean ser enfermos, como chiste significativo.

R. K. Rosow (20) ha observado en 1973 que la incidencia de suicidio en el personal de los centros sanitarios de EE UU es el doble que en toda la población del país.

R. M. Murray (21) destacó en 1976 que en Escocia el porcentaje de ingresos de médicos por alcoholismo era muy alto.

M. Livingston, en 1984 (22), concluyó que la menor experiencia y edad y las categorías laborales inferiores, hacían más vulnerables a las enfermeras a disturbios emocionales. Y es común que los profesionales de la salud con menor experiencia estén más directamente confrontados con las urgencias en las guardias, a la vez que los internos tienen índices psicopatológicos altos.

E. M. Waring (23), en 1974, observó que entre los psiquiatras existe una mayor incidencia de trastornos psíquicos que entre el resto de los médicos, probablemente por un mecanismo de autoselección por su psicopatología previa.

L. M. Iruela Cuadrado (24), en 1983, señala que la vulnerabilidad psiquiátrica del médico está fuertemente condicionada por sus propios conflictos emocionales no resueltos, aunque reconoce el carácter intrínseco estresado del trabajo médico. Clínicamente destacan las toxicomanías, la depresión (sobre todo en la mujer y en la mujer psiquiatra), el riesgo suicida, dos veces mayor que en la población general, y los trastornos de personalidad de tipo obsesivo. Cuando los dos miembros de la pareja son médicos (R. Coombs, citado por Iruela) tienen un mayor riesgo de disfunción marital.

En cuanto a las 4.500 personas de plantilla del Primero de Octubre, y según los datos del Servicio de Medicina Preventiva, en el curso de la asistencia a las personas que solicitaron consultar espontáneamente con dicho servicio se observó una incidencia de patología psiquiátrica severa de 1'63% al 3'25%, según los diferentes años, con un aumento progresivo de la solicitud de interconsultas a psiquiatría desde 1981 a la actualidad.