

**MODELOS Y PRAXIS PSICOLÓGICOS EN LA MEDICINA:
LA PSICOLOGIA MEDICA
Dr. Juan José Dapuetto - Psic. Berta Varela**

EL SETTING MÉDICO COMO DETERMINANTE DEL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA MÉDICA

El campo de trabajo de la Psicología Médica está centrado en el ser humano que padece -o está en riesgo de padecer- una enfermedad vinculada al cuerpo. Ese es el epicentro a partir del cual se desarrollan las distintas áreas tanto clínicas como de investigación de la disciplina y desde donde se hacen las conexiones con disciplinas afines.

Profundizando más, la Psicología Médica está situada en la intersección del área de la Salud Mental con el resto de las Ciencias Médicas. Desde allí, procura entender al hombre y la mujer aquejados de una dolencia somática, tratando para ello de tener en cuenta tanto aquellos factores personales como las variables interpersonales: sociales o culturales, sin desentenderse de los determinantes biológicos en juego.

Siendo el objetivo obtener una comprensión globalizadora del problema en el interjuego de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, la praxis de la Psicología Médica se focaliza en el trabajo psicológico con el paciente y en relación a los equipos médicos. Esta íntima vinculación a las especialidades médicas lleva a que existan, a su vez dentro de la Psicología Médica, áreas de trabajo correlativas para muchas de esas especialidades. Específicamente nuestro Departamento trabaja en las áreas de Medicina y Cirugía. Gineco-Obstetricia, Materno Infantil, Quemados, Geriatria, Medicina Intensiva, Nefrología, Oncología, Hematología, Uso Indebido de Drogas, Trasplante. En muchos casos estos tipos de aproximación a temáticas específicas dentro de un área mé-

dica tienden a constituirse en subespecialidades: Psicooncología, Psiconefrológica, Psicogeriatría, etc. .

DIFERENTES NIVELES DE ACCIÓN DE LA DISCIPLINA

Al analizar la praxis de la Psicología Médica encontramos 3 niveles: la función de interconsulta, la función docente y las acciones de investigación.

I. LA INTERCONSULTA MÉDICO PSICOLÓGICA

La entrevista

El instrumento básico de la Psicología Médica, a nivel de la interconsulta, es la entrevista clínica que involucra al paciente, a la familia y al equipo tratante. La entrevista en Psicología Médica está fuertemente condicionada por el contexto médico en el que se realiza no sólo en los aspectos formales -el lugar y la forma en la que se lleva a cabo el encuentro-, sino más aún en cuanto a su objeto epistemológico, es decir, aquello que de el paciente y su entorno resulta relevante para la praxis.

Básicamente en un corte transversal interesa evaluar el impacto que la enfermedad produce en la persona que la padece y en su entorno, tanto en un plano real como en el imaginario. En la práctica, se hace una valoración de los síntomas psicológicos, de las fantasías movilizadas a partir del cuerpo enfermo, de los conflictos actuales y actualizados a partir de la situación, de los mecanismos de defensa y estrategias de afronta-

miento a las que recurre el yo.

En un corte longitudinal, importa la personalidad en la medida que es determinante de respuestas globales de la persona y del modo de relación con el entorno asistencial. De la trama social compleja en la que gira el paciente, interesa comprender la calidad de sus vínculos y los cambios que determina la enfermedad en los múltiples roles que juega.

Un área de especial interés en Psicología Médica es la relación del personal asistencial con el paciente. El tipo de comunicación, la mutua aceptación o rechazo, la adhesión del paciente a las indicaciones, problemas en el manejo de los sentimientos y actitudes que se generan en el personal a partir de la persona del enfermo o a partir de la propia enfermedad.

Resumiendo en este punto, el campo de la Psicología Médica incluye, esquemáticamente, las líneas de un triángulo en el que ubicamos en uno de los vértices a la persona y su entorno, en otro a la enfermedad y otro al médico y al grupo asistencial. Cabría preguntarnos entonces: ¿qué rol le compete al técnico en Psicología Médica en este esquema?

En el trabajo cotidiano en la interconsulta, partimos de una demanda que llega desde el personal asistencial o desde el paciente, esto es el pedido de consulta. Ya los trabajos de Lipowski, en los años 70, dan cuenta que el motivo de consulta en la interconsulta médico-psicológica o médico-psiquiátrica puede estar orientado hacia tres objetivos: orientado hacia el paciente, orientado hacia el personal asistencial u orientado hacia la relación médico-paciente.

La función del psicólogo médico será en primer lugar decodificar el pedido de consulta manifiesto a través de dos instancias: el

diálogo con el médico -o quien lo subroga en el pedido de consulta- y a través de la entrevista con el paciente. De esa manera, trata de determinar cuál es el motivo real o latente de la consulta. Muchas veces una consulta urgente en la que se define como problema, p. ej. "paciente de 23 años, angustiada, sarcoma de pierna, probable amputación", no sólo está motivada por el miedo, la ansiedad o la incertidumbre del paciente, sino por las ansiedades propias de los miembros del personal a cargo en su conjunto frente a un diagnóstico y tratamiento difíciles de procesar.

Esta redefinición del motivo de consulta permite ubicar en cuál o cuáles de los ejes del triángulo mencionado arriba se llevarán a cabo las acciones y como se hará la devolución de los datos obtenidos y los diagnósticos en juego a quien pidió la consulta. Esta devolución de la información procesada es de extrema importancia y no debería ser omitida en las interconsultas en esta área.

Existe una variedad del trabajo de Psicología Médica en cuanto a la Interconsulta y es la modalidad de Enlace en la cual el técnico de salud mental está integrado al equipo tratante y evalúa de rutina, y sin necesidad de que medie un pedido de consulta, a los pacientes a partir de lo cuál informa periódicamente al resto del equipo.

Para Lijtenstein, el lugar del psicólogo médico es siempre excéntrico puesto que el drama se debate entre el paciente, el médico y la enfermedad y el objeto es para nosotros las líneas de relación o los vínculos entre estos tres polos.

Elaboración del diagnóstico y estrategias terapéuticas.

El diagnóstico en Psicología Médica es, en primera instancia, situacional. La en-

entrevista, en cuanto instrumento de investigación clínica, tiene como finalidad obtener la mayor cantidad de datos de las áreas biológica, psicológica, social y asistencial que luego serán integrados de manera de alcanzar una comprensión lo más global posible de la situación.

Al decir que el diagnóstico en primera instancia es situacional se trata de enfatizar la situación como "problema", es decir como crisis, como aspectos que serían objeto de intervenciones terapéuticas. Por lo mismo, queda relegado a un segundo plano el diagnóstico nosográfico psiquiátrico, ya sea porque la situación puede no incluir un diagnóstico psiquiátrico clasificable dentro de los ejes I y II de los DSM o porque, aún existiendo un diagnóstico psiquiátrico éste no constituye el problema principal objeto de atención clínica. En una primera instancia más importante que este diagnóstico nosológico, es para nosotros obtener una comprensión de los dinamismos puestos en juego en la situación.

Desde el punto de vista operativo, se utiliza un modelo multiaxial que consta de 4 ejes: biomédico, psicológico, sociofamiliar y asistencial.

En el eje biomédico se incluyen todos los problemas biológicos dentro de los que adquieren gran relevancia por ejemplo: preoperatorio de cirugía de alto riesgo o mutilante, las enfermedades crónicas y evolutivas, el cáncer, el dolor, los tratamientos invasivos como la diálisis, entre otras.

En el eje psicológico se hace una lectura del impacto de la enfermedad en vida psíquica de la persona, se trata de alcanzar una comprensión de las estrategias defensivas conscientes e inconscientes, de la estructura de la personalidad, las conductas de riesgo y protección, los síntomas psicológicos. El problema crucial en este eje se refie-

re a la adaptación a la enfermedad y el tratamiento. El paciente está enfrentado a la amenaza, al límite de la vida, a la alteración del esquema corporal, al agravio al cuerpo y a los ideales narcisistas de omnipotencia, invulnerabilidad, inmortalidad. El común denominador de todos nuestros pacientes es la situación de duelo: el duelo por lo que no se ha sido y más aun, por lo que ya no se podrá ser.

Los problemas que se presentan con frecuencia en esta área y que están estrechamente relacionados con lo anterior son: los trastornos de adaptación con alteración del estado de ánimo o de la conducta, reacciones psíquicas inadecuadas con mecanismos de afrontamiento que no contribuyen a un buen ajuste. Con frecuencia estos problemas están vinculados a personalidades perturbadas con tendencia a la actuación y actos impulsivos que generan gran conmoción en los equipos asistenciales. Problemas más específicos lo constituyen: síndromes cerebrales orgánicos, disfunciones sexuales, adicciones, maltrato, el paciente "entregado" (withdrawal) o con "predisposición a morir" (predilection to death).

En el eje sociofamiliar aparecen dos órdenes de problemas: los relacionados con la calidad del soporte social y los que tiene que ver con la existencia de sucesos vitales estresante agudos o crónicos, más allá del estrés determinado por la aparición de la enfermedad.

En el eje asistencial, los problemas tiene que ver con la adhesión del paciente al tratamiento, con la relación médico-paciente o mejor equipo-asistencial paciente donde cobran especial jerarquía los problemas de comunicación. También incluye los problemas que se generan al interior de los equipos a partir del trabajo: sobrecarga emocional, "burn out", actuaciones contra-transferenciales.

La inclusión de ciertos ítems dentro de un eje u otro tiene que ver con la posibilidad de una lectura más completa desde allí, a la luz de otros determinantes o también porque es desde ese eje que se instrumentarán las acciones.

Este diagnóstico multiaxial se ejemplifica con la ficha de identificación de problemas que le ofrecemos a los médicos y estudiantes. En esta hoja los ejes se yuxtaponen. En el Capítulo II trataremos de ejemplificar esto a través de un caso clínico así como mostrar el tipo de intervenciones terapéuticas que surgen de este diagnóstico situacional. Dentro de esta yuxtaposición de pueden destacar los problemas más importantes en la coyuntura actual, como áreas iluminadas en un determinado momento. Sin embargo, cabe la posibilidad de establecer líneas de interrelación entre los ejes que permite una lectura no sólo descriptiva de la situación sino también dinámica o interactiva.

Este tipo de lectura, ausente en otros modelos multiaxiales como los DSM, requiere de modelos teóricos explicativos de la compleja realidad biopsicosocial que trataremos de resumir a continuación.

Modelos teóricos

Los Antecedentes

Los antecedentes del trabajo en Psicología Médica en la Facultad de Medicina se remontan al Plan 68 con la creación de la línea de Psicología del Ciclo Básico. Quizás el paradigma subyacente en aquella época era proveer al médico de conocimientos psicológicos a partir de una lectura crítica de la práctica médica que se hacía desde la Psicología. Los aportes provenían de los trabajos de Pichon-Rivière, Balint y la supervisión

de José Bleger y los precursores en nuestro país: Viñar, Carlos y Esperanza Plá, Neme, Morató de Neme, Bernardi, Lijtenstein, entre otros. Con la intervención de la Universidad en 1973, el Ciclo Básico es suprimido.

Se retoma recién la línea en el año 1985. En ese ínterin la disciplina sufre importantes transformaciones a nivel mundial. La aparición de una medicina altamente especializada, compartimentada, con predominio de la técnica sobre la relación humana; la posibilidad de prolongar la vida aun a costa de un mayor sufrimiento, la invención de técnicas invasivas y tratamiento generadores de un gran impacto sobre la persona tales como el CTI, la hemodiálisis, la cirugía cardíaca, etc; con la desvalorización concomitante del médico de cabecera, plantean nuevos desafíos a las Ciencias Médicas que tiene que ver con el impacto de esta nueva Medicina en el ser humano y en la sociedad. Las Ciencias Humanas, en especial la Ética, la Antropología y la Sociología, aunque también la Historia, comienzan a ocuparse de la Medicina y a cuestionar el poder médico al tiempo que los usuarios se arrogan el derecho de juzgar a los técnicos hasta ahora incuestionables y aparece entonces el tema de la "malpraxis" y del consentimiento informado.

Las Ciencias de la Salud Mental son convocadas a participar en la comprensión del sufrimiento psicológico tanto del sujeto sometido a los procedimientos médicos como de los técnicos encargados de proveer esos tratamientos. Aparecen, entonces, la Psiquiatría de Interconsulta-Enlace en los años 70 con Lipowski, Engel, Strain, la Psicología de la Salud, la Medicina Psicosocial, la Medicina del Comportamiento, la Psicología Hospitalaria y la Psicología Médica.

No es el momento este de dilucidar las diferencias entre estas acepciones sino destacar el elemento común a todas ellas que es el abordaje de los fenómenos psico-

lógicos que surgen en esta compleja interrelación del sujeto enfermo, su familia, los cuidadores, la institución.

En nuestro país, durante los años de la intervención numerosos profesionales de las áreas psicológica y psiquiátrica trabajaron a nivel privado desarrollando una experiencia importante, en Cirugía Cardíaca (Probst y Dossil), Hemodiálisis (Ceretti, Porley), en Oncología (Sarro, Cesarco) y muchos otros.

El cambio de paradigma que mencionamos antes se produce de manera tal que la Psicología Médica no constituye, hoy día, sólo un aporte desde la Psicología al conocimiento médico sino que también se traduce en una praxis específica dentro del contexto clínico. En ese sentido, la Psicología Médica combina hoy los aspectos de disciplina básica y de disciplina clínica.

Siguiendo a este cambio de objetivos se produce un cambio en ámbito de trabajo y un asentamiento en el medio hospitalario, precisamente en los servicios de alta tecnología, allí donde se presentan la mayoría de los problemas. También en el Servicio de Atención Primaria de Salud donde se encuentra el paciente portador de una enfermedad crónica que necesita ser acompañado en el proceso de adaptación y sobretodo donde es posible hacer intervenciones tendientes a la prevención y educación.

Aportes desde distintas teorías.

La Psicología Médica se nutre del aporte de varios modelos teóricos.

Para comenzar podemos decir que existe un basamento dado por el Psicoanálisis. En este sentido, podemos decir que de los modelos psicodinámicos adoptamos la concepción de los fenómenos psíquicos como el resultado de una acción recíproca y de la acción contraria de fuerzas, esto es de una

manera dinámica (Fenichel). Adoptamos por ende las nociones de conflicto y defensa.

Conflicto en Psicoanálisis se entiende como la oposición de fuerzas contrarias: a nivel de las pulsiones, de las instancias psíquicas, entre el deseo y la defensa, conflicto edípico. Se lo denomina dinámico, porque los procesos son resultantes de este conflicto.

Nuestra comprensión teórica del proceso de defensa difiere del concepto basado en las pulsiones del modelo psicoanalítico. Nos parece más apropiada la conceptualización de defensa entendiéndola como una herramienta mayor de la regulación de la relación entre el self y el objeto (Steffens y Kächele). Por medio de la defensa el yo domina los conflictos internos incitados por el trauma externo. El estrés causado por la enfermedad y el tratamiento pueden bien reactivar conflictos inconscientes pasados tanto como provocar nuevos afectos dolorosos y peligrosos, los cuales pueden por si mismos iniciar maniobras defensivas.

Surgen también del modelo psicodinámico la comprensión de los procesos psíquicos puestos en juego en las relaciones interpersonales, esto es, la comprensión de la intersubjetividad por medio del concepto transferencia-contratransferencia.

La comprensión de las estructuras de la personalidad también se apoyan en este modelo.

En segundo lugar, podemos preguntarnos qué aportes realiza la psicósomática y en qué se hace operativa esta comprensión psicósomática en el abordaje que se hace en Psicología Médica.

Se entiende por psicósomática la comprensión de la incidencia de los factores psicológicos en la etiología de la enferme-

dades orgánicas. Numerosos han sido los desarrollos en psicopatología, desde la ya clásica escuela de Chicago, Dunbar y Alexander, quienes postularon un perfil de personalidad que corresponde a determinadas enfermedades orgánicas, las siete enfermedades clásicamente identificadas como psicopatológicas hasta los desarrollos de Marty en el IPSO de París y que postula que la aparición del síntoma somático se debe a una falla del funcionamiento mental en el procesamiento de los estímulos tanto externos como internos, mostrando la ineficacia de las defensas mentales.

Las funciones corporales tendrían en la actividad del sistema nervioso superior, el modulador, el campo de organización más fino, y ahí estaría toda la vida fantasmática y libidinal. Si la vida fantasmática y libidinal va perdiendo su cualidad y los recursos mentales de la persona dejan de funcionar, el sistema nervioso central pierde la regulación más fina de los estímulos internos y externos y esto promueve movimientos desintegrativos o contraevolutivos. Esta es la hipótesis central que llevan a que estas funciones corporales dejen de funcionar adecuadamente, lo cual predispone a enfermedades cualesquiera que sean. Lo que se busca evaluar son estos indicadores: la desorganización mental como factor de riesgo.

La no mentalización deja a las pulsiones sin traducción a nivel psíquico. La capacidad de mentalización juega un rol decisivo en cuanto a las posibilidades del sujeto de resistir a un eventual movimiento de desorganización somática. Cuando el funcionamiento mental pierde su función protectora y no da expresión adecuada a la vida fantasmática predispone a los procesos de desorganización somática.

Desde la Psicología Médica podemos decir que la psicopatología es a la Psicología Médica como la psicopatología es a la Psi-

quiatria en la medida que ayuda a comprender mejor los fenómenos en juego, orienta y complementa en cierta medida el proceso diagnóstico y en muchos casos permite trazar líneas terapéuticas.

Eso no quiere decir que se opere con un psicoanálisis del síntoma. El síntoma psicopatológico no es analizable puesto que es una manifestación de un déficit del aparato mental. En todo caso, se procede con el objetivo de lograr la reanimación del funcionamiento mental de alguna manera deficitario.

En tercer lugar, son muy importantes los aportes que la Psicología Médica recibe desde la Teoría del Estrés y los modelos cognitivos (Lazarus y Folkman, 1986).

Conceptos como estresores, sucesos vitales estresantes, factores de riesgo, vulnerabilidad, resiliencia, coping o estrategias de afrontamiento, factores de protección y soporte social (Saranson), conductas de enfermedad (Pilowski) son de importancia capital en la comprensión de los problemas que se presentan en la práctica médica y en el momento de planear intervenciones.

Han sido muy importantes también los aportes del Modelo Bio-psico-social de George Engel, basado en la Teoría General de los Sistemas, que ofrece un esquema integrador de los fenómenos como subsistemas de complejidad cada vez mayor que van desde lo biomolecular y celular hasta lo psicológico, social y cultural. Este pretende ensanchar la aproximación a la enfermedad, incluyendo los factores psicosociales, sin sacrificar los enormes avances de la aproximación biomédica. También se destacan los conceptos de "hopelessness and helplessness" (desesperanza y desamparo) como situaciones de vulnerabilidad del sujeto (Schmale).

En cuanto a la Psicología Clínica, ve su explosión en los años de la posguerra, observándose una creciente especialización en los años de los 60 como Psicología de la Salud, Psicología Clínica, Psicología Médica o Behavioral Medicine. La Psicología aplicada a la rehabilitación precedió en algunos países a la Psicología Clínica en settings médicos. También se desarrolla la clínica neuropsicológica. En los E.U.A., los psicólogos trabajan en el 98% de las escuelas de Medicina. El psicólogo es considerado de esta forma un trabajador de la salud y se pregunta, no que le podría ofrecer al médico, sino que puede ofrecer al cuidado de la Salud.

En 1977, la Medicina del Comportamiento (Behavioral Medicine) emerge como un campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo, integración y aplicación del conocimiento científico y técnicas de comportamiento que se suman al conocimiento biomédico para la aplicación a la salud y la enfermedad.

Weiss, que llama la atención sobre los modelos subyacentes, afirma que es la emergencia de los enfoques multifactoriales a la patogénesis de la enfermedad lo que facilita el enlace entre la ciencias biomédicas y las del comportamiento. Las aproximaciones multifactoriales se hacen necesarias para confrontar la complejidad de los problemas de salud. El desafío hoy es determinar como los procesos biológicos y psicosociales actúan en la salud y en la enfermedad a lo largo de la vida.

II. LA TAREA DOCENTE EN PSICOLOGÍA MÉDICA

La docencia abarca tanto el pregrado como el posgrado y merece un capítulo aparte. A nivel de pregrado, se busca que el

estudiante adquiera las actitudes, destrezas y conocimientos que le permitan integrar los aspectos biopsicosociales a nivel del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.

En cuanto a las actitudes, se procura la utilización de la comprensión psicológica, por parte del médico, para relacionarse con el paciente y para evaluar los efectos que sobre él tienen sus propios actos y palabras (actitud de autoaprendizaje continuo).

Las destrezas se refieren al manejo de la relación médico-paciente de modo de brindarle a este último un adecuado soporte emocional, informacional y educacional, a fin de lograr una mutua cooperación. Implica un manejo correcto de los problemas psicosociales que son de competencia del médico general y de los criterios de derivación cuando corresponda.

En el nivel de conocimientos se jerarquizan los problemas de mayor prevalencia, gravedad y modificabilidad.

No se pretende brindarle al estudiante y al médico conocimiento psicológico teórico que pueda sentir como ajeno a su práctica y formación. Por el contrario, se busca abrir al médico hacia la interdisciplina de manera que esta apertura a nuevos conocimientos provenientes de área psicológica lo prepare para una mejor detección de problemas. Abrir al conocimiento de este campo no implica que el estudiante de Medicina se convierta en un psicólogo, no se trata de sustituir al otro en el ejercicio sino mejorar las acciones conjuntas en la interdisciplina.

A modo de resumen mencionaremos las temáticas sobre las que se basa el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Psicología Médica, el que se extiende desde el Ciclo Básico hasta el Ciclo Clínico. Tales temas son: la entrevista médica integral que contie-

ne además de los aspectos biomédicos también las dimensiones psicológica, social y asistencial; los problemas en la comunicación entre el médico y el paciente: información, educación, “malas noticias”; el proceso de adaptación a la enfermedad y sus trastornos: ansiedad, depresión, trastornos de conducta; los problemas vinculados a la enfermedad crónica: cáncer, SIDA; los procesos de duelo y sus complicaciones; los problemas vinculados al abuso de sustancias, etc.

La metodología de enseñanza en el pregrado se basa en dos pilares: las clases teóricas y los seminarios con estudiantes y el apoyo a la actividad clínica de los estudiantes en sala.

En los seminarios, se discuten y analizan los casos clínicos a partir de entrevistas con pacientes, videos, materiales escritos o roleplaying. Se trata de que el estudiante se familiarice con una forma de pensamiento clínico orientado a la identificación y solución de problemas. Se entiende por “problemas” todas aquellas situaciones que el médico toma como su responsabilidad desde una perspectiva de una Medicina humanitaria. Responsabilidad médica es precisamente la capacidad y obligación del médico de responder, de dar una respuesta mediante un acto médico.

En el área exclusivamente biomédica el proceso de pensamiento está orientado a pesquisar síntomas, agruparlos sindromáticamente y englobarlos en diagnósticos que orienten a la entidad patológica sobre la que se va a actuar mediante el tratamiento. Este proceso deja de lado toda una serie de sucesos y fenómenos provenientes de otras áreas de la persona, que no pueden ser comprendidos y categorizados y por lo tanto no pueden ser atendidos. La capacidad de responder del médico depende directamente de su capacidad de comprensión de los fe-

nómenos y existe una tendencia a excluir del proceso de pensamiento de la elaboración clínica, lo que resulta incomprensible, muchas veces con el argumento que es poco relevante para la solución del problema -se encuentra lo que se busca, se busca lo que sabe.

Esta aproximación por problemas, en cambio, promueve en el estudiante y el médico una mayor tolerancia de la incertidumbre, en la medida que se le yuxtaponen a los procesos del enfermar, tal como los comprende la Medicina biologicista, otros fenómenos del área de la mente o de lo social y cultural. En esta perspectiva se encuentran cosas que no se buscan ni se comprenden porque no corresponden al área específica de formación del médico y se pretende que no sólo no sean eliminadas del proceso de comprensión global sino que sean incorporadas como hipótesis, como “problemas” aunque para ello se necesite la concurrencia de otros técnicos que puedan darle explicación y sentido. Sabemos que estamos muy lejos de la pretensión de una “Medicina Holística” en la que el médico puede entender y solucionar todos los problemas. El objetivo es mucho más modesto en cuanto a preparar al médico, a través de una mayor apertura al campo de lo psíquico, para el trabajo interdisciplinario. Se busca que el joven estudiante de Medicina pueda detectar y describir fenómenos que se presentan en la práctica clínica provenientes, tanto de la subjetividad del paciente como de su propia subjetividad y que trate, en una segunda instancia, de incorporarlos al proceso de elaboración diagnóstica, con el auxilio de especialistas.

Dentro de estos conocimientos están los que se refieren a los ciclos evolutivos de la persona, la respuesta emocional a situaciones amenazantes para la vida, la vulnerabilidad y tolerancia (resilience) para la enfermedad, los mecanismos de que se vale para afrontarla, el impacto somático de los fenó-

menos psíquicos.

Las consecuencias de tal aproximación son, por un lado, una mayor eficacia clínica y una mayor satisfacción de los pacientes y por otro una amenaza a una ilusión, la de la omnipotencia médica. Se obtiene una mayor eficacia, en tanto no se dejan de lado factores contribuyentes al proceso patogénico, por ejemplo, *depresión-disminución de las defensas somáticas-predisposición a las infecciones*; en tanto disminuye el distrés subjetivo y los síntomas psicofuncionales relacionados con él. Por su parte, el médico puede sentirse amenazado, de un modo no conciente, en su omnipotencia desde el momento en que debe recurrir a la visión y la participación de otros. Se redimensionan los límites de la práctica al tiempo que se gana en profundidad y en mejores resultados.

Una tercer consecuencia de este modelo es la mayor satisfacción del paciente que se siente mejor comprendido y atendido.

En relación a los graduados, la instancia docente fundamental está dada por la devolución que se hace al médico o la enfermera de cada una de las interconsultas y de la discusión de las recomendaciones para el manejo del paciente y su familia. Esto no impide otras instancias como la presentación de casos clínicos en los Ateneos, reuniones clínicas con equipos médicos o de enfermería, Grupos Balint, talleres para residentes, jornadas de intercambio con discusión de temas éticos, de comunicación, de identidad médica con la participación de intelectuales de nuestro medio (historiadores, ensayistas).

Algunos escollos en la aplicación de este modelo de enseñanza aprendizaje.

En la etapa clínica de su formación el estudiante entra en contacto con el hospital, los pacientes, la enfermedad y se le hace

evidente su proximidad al ejercicio profesional. Este conjunto de situaciones produce una gran movilización interior, hasta ahora postergada por la extensa etapa de formación básica. Estos afectos que se despiertan por la propia práctica clínica deben ser metabolizados a través de mecanismos de defensa psíquicos y estrategias de afrontamiento que la propia institución médica provee y que no resultarán inocuas a la hora de incorporar nuevos conocimientos y modelar actitudes. La propia subjetividad del estudiante se pone en juego y es capaz de intervenir, tal vez bloqueando el proceso de aprendizaje o escotomizando los fenómenos que deben observarse.

El estudiante puede poner en juego defensas adecuadas que pueden dar paso a la sensibilización y recurrir a mecanismos de defensa inadecuados que pueden llevar a una deshumanización de la práctica. Discrepamos con aquellas posturas que buscan sensibilizar o desarmar el andamiaje defensivo en una primera etapa ya que los efectos son contraproducentes en la medida que llevan a aumentar la vulnerabilidad del estudiante frente al impacto de su ingreso al hospital y promover estrategias de afrontamiento muy negativas para él y sus pacientes. En lugar de confrontarlo se trata de ir tendiendo puentes.

Al tiempo que se enfrenta a la enfermedad a la muerte, a su propia muerte y a los límites de la Medicina, el estudiante mantiene aun la ilusión de poder sobre cuerpos y almas y la omnisapiencia y omnisciencia. Debe pasar de la desilusión a una desidealización y en pocos años llegar a una visión realista de su profesión sin caer en posturas cínicas frente a la vida y el sufrimiento.

En este momento histórico particular en el que las Ciencias Médicas están siendo interpeladas desde el conjunto de la sociedad, en que el grado de insatisfacción de los

usuarios es alto, en que se cuestiona el poder y los privilegios del médico al mismo tiempo que se le exige cada vez más participación en los temas de la vida cotidiana y en que se promueven desde los medios “medicinas alternativas”, el riesgo es crear generaciones de médicos desinvertidos de su rol, descreídos de sus posibilidades de servicio a la comunidad.

Dentro de lo que serían las defensas más adecuadas, la escuela de medicina promueve las defensas obsesivo compulsivas, el control, la intelectualización, la racionalización. La discusión de casos con los colegas, los ateneos los congresos, las investigaciones son los instrumentos que protegen al personal de la salud de tantas frustraciones de la práctica.

Un ingrediente particular está dado por la etapa vital del estudiante de Medicina, adolescente tardío o adulto joven dependiendo esto de las particularidades de su vida personal. Adolescente aún, en tanto no se ha hecho cargo muchas veces de su propia manutención, dependiente de sus padres en lo económico, dependiente de sus instructores, debe hacerse cargo de aspectos básicos de otros: el cuerpo, la afectividad, la sexualidad.

La distancia entre el modelo de enseñanza propuesto y la práctica médica que observan constituye otro obstáculo. Los docentes de clínica no fueron formados en un modelo integral de discusión interdisciplinaria, están urgidos por necesidades laborales que los llevan a ejercer el máximo de su actividad profesional fuera del hospital provocando una falla en los modelos identificatorios con una enorme brecha entre el ideal del médico que se busca ser y los médicos reales funcionando en sus roles.

Su visión del mundo, propia de este período, tolera poco la realidad. En este sentido le es difícil remontar la decepción que le produce el hospital universitario en su condición actual. Al ingreso largamente anhelado se opone la situación real de graves carencias. La información que manejan previamente no los prepara para el impacto emocional. Muchos estudiantes asumen una actitud reivindicativa, a manera de defensa, se identifican con sus pacientes y pierden la distancia desde la que podrían hacer una adecuada observación. Es real la desmoralización del equipo médico producto de las pésimas condiciones laborales. Probablemente los docentes mismos no se sientan reconocidos y estimulados en su tarea de formación.

III. Las acciones de investigación.

La investigación en Psicología Médica incluye también la investigación básica y la investigación clínica. Las líneas que se han desarrollado en el Departamento incluyen:

- * La detección de problemas psicosociales en la práctica hospitalaria, ya sea a través de la hoja de identificación de problemas o a través del registro de interconsulta del Consorcio Microcare.
- * Evaluación de intervenciones terapéuticas utilizando el CCRT, Conflicto Central de Relacionamiento.
- * Evaluación de la vulnerabilidad psicosomática a través de protocolo de riesgo de desorganización psicosomática.
- * Investigación de factores de riesgo materno-infantil en relación a la pobreza.
- * Investigación en calidad de vida en relación a la salud en pacientes renales, oncológicos y en geriatría.
- * Investigación de proceso y resultados en intervención de educación preventiva en el tema Drogas a nivel de institutos de educación secundaria de Montevideo.

Dejamos para otra ocasión para presentar estos trabajos algunos de cuyos resultados resultados y conclusiones fueron publicados en otros lugares.

BIBLIOGRAFÍA

BERNARDI, R. (1994). *Psicología Médica: Reflexión sobre una Experiencia*. In: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica: *Psicología Médica, Temáticas*. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica.

BIBRING GL (1956). *Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital*. New Eng J Med 254,8:366-372.

COHEN F. (1981). *Stress and Bodily Illness*. Psychiatric Clinics of North America: 4, 2: 269-286.

ENGEL GL. (1977). *The Need for a New Medical Mode, A challenge for Biomedicine*. Science 196:129-136.

FAHRER R. (1986). *Temas de Psicología Médica*. Buenos Aires: Editorial CTM.

LAZARUS R, FOLKMAN S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca Ediciones S.A.

LIPOWSKI, ZJ. (1967). Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine* 23,3: 201-224.

MILLER W (1973). *Psychiatric Consultation:Part I. A General Systems Approach*. Psychiatry in Medicine 4, 2:135-144.

ROYENSKY H, SWEET J, TOBIAN S (). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Setting*. Chicago: Plenum Press.

SARANSON IG, SARANSON B, POTTER EH, ANTONI MH (1985). *Life Events, Social Support and Illness*. Psychosomatic Medicine 47, 2.

SCHMALE AH. (1972). Giving up as a final common pathway to changes in health. Adv. Psychosom. Med 8.

STRAIN JJ, GROSSMAN S. (1975). *Psychiatric Assessment in the Medical Setting*. In: STRAIN JJ, GROSSMAN S. (Eds.): *Psychological Care of the Medically Ill: A Primer in Liaison Psychiatry*. Norwalk, Conn.: Appleton Century-Crofts.

STRAIN J (1975). *Psychological Intervention in Medical Practice*. In: STRAIN JJ, GROSSMAN S. (Eds.) : *Psychological Care of the Medically Ill: A Primer in Liaison Psychiatry*. Norwalk, Conn.: Appleton Century-Crofts.

SCHNEIDER P (1984). *Psicología Aplicada a la Práctica Médica*. Buenos Aires, Paidós.