



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

LA PERSONA DETRÁS DEL ENFERMO  
UNA MIRADA A LA TERAPIA DE APOYO COMO ESPACIO  
PROMOTOR DE SENTIDO Y RESIGNIFICACIÓN EN  
PACIENTES CRÓNICOS Y AGUDOS DE UN HOSPITAL  
PÚBLICO.

Tesis que para obtener el título de  
Licenciada en Psicología  
Presenta  
Maricela Hernández Díaz

Directora: Mtra. Lilia Joya Laureano  
Revisor: Dr. Ricardo Ortega Pineda

Jurado

Mtro. Jorge Álvarez Martínez  
Lic. Damariz García Carranza  
Lic. Blanca Estela Reguero Reza



México D.F. 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios.*

*A mis hijos Mariana y Moisés por ser el motor y la alegría en mi vida.*

*A mis padres por el gran amor a sus hijos y su esfuerzo por inculcarnos la importancia del estudio en nuestras vidas.*

*A mis hermanos Víctor y Horacio porqué han sido el impulso que ha guiado mi camino en esta carrera.*

*A los pacientes por los que fue posible esta tesis gracias a sus experiencias y momentos compartidos.*

*A mi esposo por ser un pilar importante en mi vida, por su apoyo y solidaridad.*

*A mis amigos que han estado siempre presentes con una palabra de aliento y entusiasmo.*

*A la Licenciada Alicia Contreras por permitirme concretar este ciclo de mi vida.*

*A esta Casa de Estudios y a mis maestros, por ser una inspiración permanente.*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> _____	2
<b>INTRODUCCIÓN</b> _____	3
<b>CAPITULO I</b>	
Conceptos de salud y enfermedad _____	6
<b>CAPITULO II</b>	
Las enfermedades crónico degenerativas _____	14
<b>CAPITULO III</b>	
El modelo médico y sus efectos en pacientes con enfermedades crónico degenerativas. _____	22
<b>CAPITULO IV</b>	
Qué se entiende por terapia de apoyo en el ambiente hospitalario, principales enfoques y modelos de intervención utilizados. _____	34
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> _____	44
<b>APÉNDICES</b> _____	57
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> _____	83

## **RESUMEN.**

El presente trabajo tiene como objetivo revisar a través de la consulta de la literatura, ¿Cuáles son la aportaciones de la Psicoterapia de apoyo en pacientes crónicos y agudos en un contexto hospitalario?

Partiendo de la revisión de los conceptos básicos de salud y enfermedad a través de las diferentes épocas históricas, el ejercicio médico, así como la integración de la práctica psicológica al medio hospitalario y los objetivos institucionales que se persiguen con su inclusión.

La revisión de las enfermedades crónicas su surgimiento e incremento en relación a la expectativa de vida y la modernización, así como las formas en que son vividas por los pacientes, y los enfoques terapéuticos más utilizados así como los elementos comunes que permiten la interacción terapéutica con el paciente.

## INTRODUCCIÓN.

“El otro posee una heterogeneidad radical, que se pone de manifiesto cuando le hablo y espero su respuesta.”

Ardiles 1977

En los últimos tiempos los logros en la técnica médica han dado como resultado un incremento de la expectativa de vida, un descenso en la tasa de mortalidad debido a enfermedades de carácter infeccioso y un incremento de las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte (Campos, Torres y Agains, 2002). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) “las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes”. “En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad” OMS (2014).

Estos padecimientos son vividos por los individuos de manera lenta y dolorosa debido al deterioro gradual que sufre su organismo y que mina su capacidad de autocuidado e independencia, siendo un factor decisivo el ingreso hospitalario, que, afecta de manera significativa la concepción de su realidad como individuo, y las posibilidades de decidir y actuar sobre su cuerpo.

En México, el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) de 2013, muestra que, actividades de la vida diaria como vestirse, acostarse y levantarse, caminar, usar el baño, bañarse y comer por sí mismos, son mayormente resentidas por las personas a causa de este deterioro de la salud (INEGI, 2013), en un estudio realizado en un grupo de 50 personas sobre las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas (Campos *et al.*, 2002) se menciona que pese a que las personas reciben información médica respecto de su padecimiento consideran que las molestias se incrementan con las problemáticas particulares, llegando a la conclusión de que estas representaciones sobre la enfermedad son incorporadas de acuerdo a las circunstancias de vida de cada persona.

Los efectos de la hospitalización y el establecimiento del modelo médico instrumentalista actual, “enfocado a la atención de la maquinaria biológica humana” (González Tinoco y Benhumea; 2011), soslayan la expresión subjetiva de la vivencia de la enfermedad, dejando vacante el espacio de relación y conocimiento que guardaba el “médico de cabecera” respecto a su paciente (Chaiklin y Leave, 1996), el cual no solo abarcaba el campo orgánico, sino también el vital, entendido éste como las preocupaciones internas del paciente y su relación con el entorno. Yorjō (citado por Chaiklin y Leave, 1996) menciona la caracterización del paciente posmoderno <<Muchos pacientes, cuando entran en el consultorio, no tienen aún una afectación principal. Tienen un conjunto de síntomas mal definidos, ansiedades y deseos de que se los tranquilice>>.

Este cambio en el modelo médico, no solo obedece a la tecnificación de su ejercicio, sino también a los contextos de su práctica, donde el volumen de pacientes, los tiempos de atención y la administración burocrática suma en contra del paciente y su mundo vital, excluyendo del ejercicio médico al paciente y su carga emocional, aunado a ello la especialización del campo médico, así como su masificación, institucionalización y mercantilización dan cabida a la introducción de otras disciplinas en el marco hospitalario, como lo son el trabajo social, la Psiquiatría y la Psicología siendo estas últimas las encargadas de dar contención al paciente y elaborar un plan adaptativo para el sujeto que facilite la intervención médica y su adecuación al medio hospitalario (Zas, 2011), a esta actividad del psicólogo se le ha llamado “Terapia de apoyo”, por lo regular esta intervención se desprende a partir de una petición o “interconsulta” por parte del cuerpo médico y generalmente se debe a las dificultades conductuales que presenta el paciente para su atención y tratamiento, de ahí la importancia de llevar a cabo este trabajo.

### Objetivo

El presente trabajo propone que la terapia de apoyo aporta al paciente no solo un medio de contención y adaptación sino un espacio para su re-significación como persona, busca indagar sobre ¿Cuáles son las contribuciones que brinda el ejercicio del psicólogo clínico a través de la “la terapia de apoyo”, en la comprensión integral

de la situación de enfermedad, del paciente crónico hospitalizado? ¿Cuáles los beneficios que aporta el acompañamiento y la escucha de la terapia de apoyo en relación a su mundo vital y de significado? Y ¿En qué medida este acercamiento al mundo vital del paciente contribuye a la elaboración de la persona en su situación de enfermedad? Independientemente de la técnica psicoterapéutica que se aplique.

### Método

A través de la revisión de la literatura busca ampliar el conocimiento de esta actividad para que pueda ser utilizado por aquellos psicólogos interesados en la intervención en el campo de la salud, y específicamente en el terreno de las enfermedades crónico degenerativas en ambientes hospitalarios.

### Capitulado

En el primer capítulo se abordan las principales definiciones de salud y enfermedad a nivel biológico, así como las implicaciones que conlleva la pérdida de la salud para la persona, psicológica y socialmente.

En el segundo capítulo se habla de las enfermedades crónicas degenerativas, su surgimiento, desarrollo en la época actual, así como las implicaciones psicológicas y adaptativas que conllevan estos padecimientos, para la persona enferma.

En capítulo tres se aborda el modelo médico actual y su repercusión en la persona enferma durante su tratamiento en condición de hospitalizado.

En capítulo cuatro se revisa ¿Qué se entiende como terapia de apoyo en el contexto hospitalario?, los principales enfoques y modelos empleados por los psicólogos en la atención a las personas con enfermedades crónico degenerativas, así como las aportaciones que puede tener en el proceso de resignificación de estos pacientes.



## CAPÍTULO I

### Conceptos de salud y enfermedad.

“El concepto de Salud no es un concepto, sino una experiencia que se vive y está asociada fundamentalmente al proceso de la vida y de la muerte”.

Flores 1999

Etimológicamente el concepto de salud deriva de la raíz latina “salus” que designaba el atributo principal de los enteros, de lo intacto y de lo integro, por otra parte el término enfermedad proviene de la raíz latina *fermare*, encerrar, encarcelar, y de *infirmitas*, *in* negación *firmus* fuerte, aduciendo a la no fortaleza, desde otra raíz la enfermedad también ha sido designada como dolencia cuyo origen latino deriva de *dolentia*, dolor. La designación a la persona enfermo *infirmus* designa a la persona como el que no está firme, el que cae (Flores 1999).

Desde una perspectiva histórica la salud y la enfermedad han sido vividas de diferentes formas por cada sociedad (Goberna, 2004) en la época antigua (4000 a.C) la salud y el bienestar se percibían como un equilibrio entre el hombre y lo divino, el hombre y la naturaleza, el calor y el frío, el cosmos y la tierra, la alimentación y el cuerpo, la moral y la conducta.

Antes de la visión biologicista de la medicina positiva, la interpretación de la enfermedad se fundamentaba desde un referente mágico religioso, siendo la pérdida de la salud el efecto de un mal sino, el castigo de los dioses, la posesión de espíritus maléficos, etcétera. y se constituía a los sacerdotes como los intermediarios, entre la divinidad y el hombre, encargados de administrar los elementos de curación necesarios. En la Grecia antigua los Asklepiad, encargados de ver por las cuestiones de la salud y adoradores del templo de Asclepio, o, Esculapio dios griego de la medicina para los Romanos (Parafita, 2014) responsable del restablecimiento de la salud, para ellos la vida humana sufría de imperfecciones y el papel de los hombres era el de restablecer la salud.

Aunada a la figura de Asclepio otra de las deidades asociadas a ello era Higia diosa de la salud, para cuyos seguidores la salud era el estado natural de las cosas, la

consecuencia de un juicioso manejo de la propia vida, de ella se desprende en la actualidad la palabra higiene cuyo significado está asociado a la pulcritud y aquellas prácticas orientadas a la prevención de la enfermedad, y que contribuyen al estado de bienestar de las personas.

No es sino hasta el año 500 a. C. y desde la base de la fisiología griega con Hipócrates donde la enfermedad empieza a adquirir este carácter centrado en los componentes orgánico-corporales, anteponiendo un pensamiento racional a las concepciones mágico religiosas, aquí la enfermedad es vista como una desarmonía del buen funcionamiento del cuerpo, abandonando así estas concepciones antiguas, es a partir de este momento en que empiezan a realizarse los primeros estudios enfocados a comprender las causas naturales de la enfermedad, así como de la incidencia de los factores ambientales sobre la salud.

Es Hipócrates quien sienta las bases éticas que delimitan el ejercicio médico y que se resume en tres fundamentos básicos, el primero está orientado a la protección del doliente –Favorecer o al menos no perjudicar-, el segundo al reconocimiento de las propias limitaciones, conocimientos y a la no intervención ante un pronóstico de muerte evidente –Abstenerse de lo imposible- y la tercera orientada a la indagación y discernimiento correcto de las causas originarias del malestar del paciente para enfocar en ese origen los esfuerzos de curación –Ir contra el principio de la causa.

El juramento Hipocrático se mantuvo como el rito de paso para todo iniciado en el arte médico y se extiende hasta nuestros días, donde las últimas adecuaciones que se realizaron sobre éste fueron las acordadas en la convención de Ginebra de 1945, y posteriormente las elaboradas por el Dr. Luis Lasagna decano de la Facultad de medicina de Tufts en 1964, en ellas se incluyen conceptos como la calidez humana, la comprensión y la compasión como elementos valorativos orientados en relación al respeto del paciente y su mundo vital así como primar el aspecto preventivo más que curativo del ejercicio médico, para algunos autores es Hipócrates quien sienta las bases de la epidemiología sobre este constructo de la relación entre los ambientes y las epidemias, y su consideración de la tradición de Higia sobre la salud como resultado de la armonía entre los hombres y su ambiente.

Más tarde en esta misma época Galeno influido por la doctrina hipocrática, sostiene que la salud del individuo se basa en el equilibrio entre la sangre y los humores (bilis amarilla, negra y flema) y en el campo de la farmacoterapia, crea la “doctrina de la indicación” (Fresquet, 2014) donde reglamenta el uso farmacológico bajo los siguientes lineamientos. “Lo que está indicado depende: 1) del tipo o índole de la enfermedad conocida por el diagnóstico, 2) de la crisis y las facultades de los órganos en los que se localiza la misma, 3) de la constitución biológica y otras peculiaridades del enfermo (edad, sexo, costumbres, etcétera), y 4) el carácter de las condiciones ambientales y demás causas morbosas, implementando el proceso de elaboración de la historia clínica como fundamento de un adecuado diagnóstico e intervención, orientado a minimizar las afectaciones al paciente y a documentar de manera sistemática cada uno de los casos que se presentan.

Durante la edad media la influencia de la religión judeocristiana relacionó la concepción de la enfermedad con la naturaleza imperfecta del hombre que puede enfermar en cualquier momento o bien a consecuencia del pecado original, de ahí que los avances desarrollados en la época antigua con Hipócrates y Galeno sufran un retroceso adoptando un modelo explicativo en lo sobrenatural para los conceptos de salud y enfermedad, asociadas a la ira o benevolencia de Dios, y al buen o mal comportamiento de los individuos, esto reforzado por la afectación de la peste que de 1347 a 1350 acabaron con la mitad de la población mundial (Peste negra o peste bubónica, y la peste pulmonar).

Esta época se ve marcada por la conformación de cuarentenas, lazaretos y más tarde hospitales constituidos con la finalidad de mitigar el desorden de la muchedumbre afectada por el flagelo de la peste. Se reinstauran las prácticas galénicas de higiene individual al campo social buscando sanar este tejido a través del aislamiento ya no solo de los enfermos sino también de sus familiares, acción apoyada y promovida por el estado vigente. Marcando estas acciones como el estado embrionario de lo que posteriormente vendrá a ser la constitución de la salud pública, y la observación y seguimiento epidemiológico de las enfermedades.

En la edad moderna que abarca tres periodos importantes del siglo XVI con el renacimiento, renovación cultural del humanismo, el Barroco en el siglo XVII de las monarquías absolutas y el mercantilismo y el siglo XVIII o de las luces, comienza a gestarse el declive de las concepciones religiosas alrededor de los conceptos de salud y enfermedad; marcada por la recesión de la peste y un florecimiento cultural, científico y económico conocido históricamente como el renacimiento; en esta época el tema de la salud se orientó básicamente hacia las concepciones higienistas grecorromanas y los intentos por el establecimiento de un sistema de protección a la salud fueron rechazados inicialmente (Parafita, 2014) no es sino hasta finales del siglo XVII cuando se consolida el pensamiento médico científico organizándose alrededor de la enfermedad y el método Clínico. Por su parte el hospital surge de manera institucional ya que aunque existía en el estadio previo, su función no estaba destinada a la curación sino a los procesos de asistencia al menesteroso y al aislamiento y evitación de la propagación de enfermedades, y en él se encuentra ausente la figura del médico. A principios del siglo XVIII se asumió el carácter curativo y educativo del hospital derivado de los efectos nocivos que éste tenía en las poblaciones donde se situaba.

El nuevo humanismo surgido en el periodo renacentista es pues un humanismo clásico, derivado del desarrollo de las ciudades y la formación de una nueva clase social aliada de los monarcas, la burguesía, poseedores del poder económico y de la nueva intelectualidad.

En esta época la salud vista desde el ejercicio médico entra de lleno en la mirada anatómica según Foucault (2009) con Vesalio “El anatomista loco” quien impulsa el uso de las disecciones, robando, al principio, algunos cadáveres de los patíbulos y de las horcas (Thiel, 1972), El estudio de la anatomía a través de la disección, echa por tierra algunas de las concepciones Galénicas respecto a las estructuras corporales, y empieza la búsqueda comparativa de las estructuras de los cuerpos sanos y los deteriorados por la enfermedad, es aquí donde la medicina centra el foco en el cuerpo (método anátomo-clínico) enmudeciendo el dialogo con el enfermo

y haciendo que el cadáver de cuenta de lo evidente que antes permanecía oculto en él claustro del cuerpo del enfermo.

En la edad Contemporánea que puede vislumbrarse desde finales del siglo XVIII, con la Revolución Francesa en 1789 y la Revolución Industrial, hasta nuestros días, los conceptos de salud y enfermedad siguen sufriendo cambios radicales sobre su asiento geográfico y su conceptualización, con el descubrimiento del microscopio, los rayos x y la microbiología (Thiel, 1972), el descubrimiento de agentes infecciosos y la inmunología, la salud y la enfermedad de los individuos se fragmenta ya no en el asiento del cuerpo sino en el de las células que lo componen, dando paso a una concepción de la enfermedad y la salud como la repercusión última de agentes invisibles sobre las estructuras celulares de los individuos, dando paso a un mayor alejamiento de las experiencias del paciente en el proceso de enfermar.

Debido al descubrimiento de agentes infecciosos el Estado comienza a hacerse cargo de los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones tomando en cuenta la idea de salud como un factor de desarrollo, ligado a las condiciones que rodean la vida (estilo de vida, medioambiente, condiciones de trabajo, organización de los servicios de salud) relacionando los conceptos de salud y enfermedad con los conceptos de praxis social y visión cultural, también empieza el auge del seguimiento epidemiológico de las enfermedades, y la medicalización como parte de la profilaxis de estas a raíz de los descubrimientos de la penicilina y las vacunas.

Level y Clark en 1976 exponen su modelo epidemiológico denominado “Historia Natural de la enfermedad” (Almeida y Rouquayrol, 2011) donde delimitan un conjunto de procesos interactivos entre los estímulos del medio ambiente y el hombre, y su respuesta a dicho estímulo, pasando por las alteraciones, la recuperación o la muerte, el objetivo de este modelo consistía en promover la prevención y el control de las enfermedades.

Bajo esta perspectiva Level y Clark (2011) se permiten vislumbrar la incidencia del carácter evolutivo, como el precio pagado por la especie humana en su adaptación a las nuevas condiciones ambientales derivadas de la modernización.

Cinco años más tarde en 1981 San Martín plantea, desde la Epidemiología un enfoque sistémico multifactorial donde el ambiente, la población, la economía y la cultura se afectan mutuamente en una dinámica ecológica.

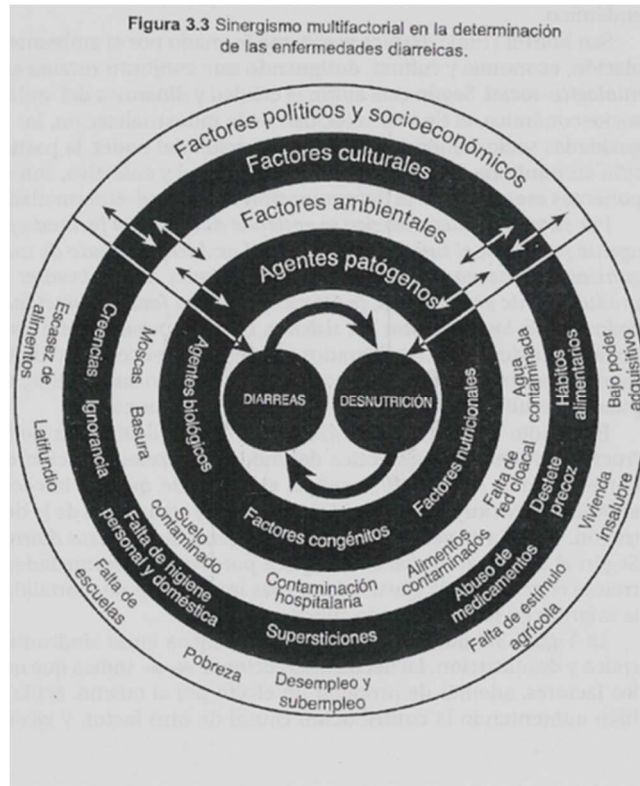


Figura1: Tomado de Almeida y Rouquayrol (2011, p 68)

“La calidad y dinámica del ambiente socioeconómico, el tipo de velocidad de la industrialización, las desigualdades socioeconómicas, la concentración del poder, la participación comunitaria, la responsabilidad individual y colectiva, son componentes esenciales en la determinación de la salud” (Almeida y Rouquayrol, 2011 p. 67).

Desde esta perspectiva la mera concepción higienista queda rebasada, debido a la complejidad que presenta San Martín en el análisis de los factores incidentes en el proceso de salud-enfermedad del ser humano donde un cambio en el estado de cualquiera de sus elementos provoca un cambio en el estado de los demás.

*“La medicina es la única profesión dedicada a lograr que hombres y mujeres vivan y mueran sanos lo más tarde posible” (Pérez, 1997).*

Visto desde aquí la vivencia de la enfermedad por parte de la persona, se deposita ahora en el aparato sanitario, a quien atribuye el saber y el poder, donde la curación ocurre fuera de la persona en el no-yo desprovisto de sentido personal a diferencia de la concepción griega donde la enfermedad no es solo lo que el hombre soporta de la naturaleza sino como el sabedor y artífice de su enfermedad.

En perspectiva y a través del recorrido de las distintas épocas, la salud ha sido entendida en general como la ausencia de enfermedad, del bien estar, completo, íntegro, del hombre “salvus”, libre de amenazas para la integridad física de las personas.

En la actualidad y según la OMS (2014) la salud se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de las afecciones o enfermedades”, esta definición incluye un componente importante desde la perspectiva de lo que nos confiere como humanos y que abarca no solo los procesos de alteración que sufren los organismos de las personas a nivel de la biología corporal sino también a los elementos a través de los cuales se interpreta y se relaciona esta experiencia (lo mental y lo social). “Como fenómeno biológico, la salud y la enfermedad pertenecen al reino de la naturaleza, pero en el ser humano nunca son naturaleza pura, sino que siempre están mediatizadas y modificadas por la actividad social y el medio cultural y ecológico donde se desarrollan” (Ponte, 2014).

En la década de los 70 el salubrista Millón Terris, agrega a esta definición la frase “con capacidad de funcionamiento” y elimina la palabra “completo”, introduciendo en la comprensión de la salud primeramente la capacidad valorativa, subjetiva de la persona y la discontinuidad en la apreciación de la salud llevándola a la gradación de la misma en cuanto a su plenitud.

El concepto de enfermedad por su parte parece leerse entre líneas en estas definiciones como parte del devenir vital del ser humano, en un proceso dialéctico

donde la persona enferma muestra su “dolencia” y ésta es interpretada por la observación de la mirada médica vigente que a saber, es quien dará cuenta del grado de las afectaciones. (Foucault, 2009).



## **CAPITULO II**

### **Las enfermedades crónico degenerativas.**

En el capítulo anterior se dejaron sentadas las bases histórico-culturales sobre las cuales se han asumido los conceptos de la salud y la enfermedad en cada época, pero también se traza el camino que han seguido tanto las técnicas diagnósticas, partiendo de la experiencia subjetiva de la persona enferma, las formas de interpretación de las mismas (método anatómico-clínico), las técnicas y los medios curativos y las nomenclaturas que han señalado y dado lectura a las enfermedades.

De la misma manera podemos identificar en la medicina moderna un énfasis importante en la detección temprana de las enfermedades, apoyado por la tecnificación del diagnóstico.

En ella el cuerpo, visto como símbolo de la salud a través de la experiencia subjetiva de las personas, no es suficiente, y las prácticas educativas para hacer sensible a la población de los trastornos que no producen síntomas tempranos se hacen necesarios para el mantenimiento de una población saludable, “la medicina preventiva descubre enfermos que ignoraban serlo” (Goberna, 2004).

Este es el caso de las enfermedades crónico degenerativas donde el componente morboso (al principio asintomático) hace la diferencia con respecto a las demás enfermedades (infecciosas, traumáticas, bacteriológicas, etcétera).

La tendencia a la baja de las enfermedades infecto-contagiosas, y la elevación de la expectativa de vida, constituyen una población mayormente afectada por enfermedades crónico degenerativas, también llamadas enfermedades no transmisibles (ENT) o “enfermedades de la civilización”, cuyo origen es atribuido principalmente al envejecimiento, los hábitos de alimentación superabundantes en calorías y los estilos de vida poco saludables soportados por las estructuras sociales prevalecientes.

En el boletín informativo de la OMS (2013) se publicó que las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a más de 36 millones de personas cada año, siendo las más recurrentes el cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones) y la diabetes (1,3 millones), datos que no pueden parecernos extraños debido a la longevidad lograda en nuestros días y al deterioro natural que el cuerpo humano puede sufrir a causa de la edad y el estilo de vida.

Las enfermedades crónicas o ENT se caracterizan por ser de larga duración y por lo general de evolución lenta, lo que hace que quienes la padecen tengan una experiencia de angustia, y desconcierto hacia las posibilidades que abre para ellos un diagnóstico de tal magnitud, los más, presentan conductas escépticas ante la falta de evidencia contundente en el “mal estar”, estas situación demanda grandes esfuerzos no solo a nivel general, sino a nivel de los individuos que las padecen.

En general y desde una perspectiva existencialista el ser humano es un ser relativamente hacia la muerte (Heidegger, 1971) donde el horizonte de sus perspectivas termina en tanto sus posibilidades de ser en el mundo, en las enfermedades crónicas la anticipación de esta posibilidad guarda una profunda mella en la vida anímica de las personas, siendo esta recibida con temor, ansiedad e incertidumbre. El sobrevenir de la muerte no será inmediato, pero irá haciendo mella en su vitalidad y en las formas de relacionarse con su mundo físico, social y emocional.

Una de las primeras emociones experimentadas por los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas es el temor y el miedo que produce la certeza del sobrevenir de la muerte, del dolor futuro y del desvalimiento que conlleva la evolución, sometiéndolo a una indefensión anticipada.

“Culturalmente la experiencia de morir, solo puede comprenderse a través de la muerte de los otros” (Heidegger, 1971, p. 260), sin embargo en esta experiencia acota Heidegger “la persona muerta” que no el “cuerpo muerto” sigue siendo un ser con los otros en la medida en que culturalmente se le confiere esta existencia a través de los rituales funerales desde donde puede aún ser con los supervivientes en el mundo.

En general está exposición a la muerte de los otros conformará en la persona enferma, las posibles dimensiones de su propio final.

Por su parte Colell (2005) en su tesis doctoral menciona que, en la actualidad la vivencia de la muerte ha cambiado.

En las ciudades los niños generalmente son apartados de este suceso vital, pudiendo llegar a adultos sin tener la experiencia de convivir con los enfermos terminales de su familia, e inclusive son apartados de los ritos funerales.

De la misma manera Illich (1975) menciona que cada vez es más frecuente que en los países de primer mundo el lugar destinado para el cuidado del enfermo sea un hospital y que lo “natural” es que la persona muera en él,

Ante esta perspectiva la ansiedad que genera en la persona el diagnóstico, le abre la posibilidad a todo lo que entraña esta nueva cultura de la muerte lejos de casa.

No así para países como México, donde aún preexisten formas de organización social de apoyo ante la perspectiva de la muerte, en las que, en familia y en conjunto con la persona enferma se opta en muchas ocasiones por la espera en casa del sobrevenir de la muerte.

Illich (1975), realiza pues una investigación exhaustiva de los componentes históricos y culturales de esta transformación de la salud, apoyado en el análisis de estudios empíricos y documentales sobre las actuales causas de muerte en el mundo, atribuyendo entre otros factores al modelo capitalista vigente el desarrollo de lo que él llama las enfermedades de la vejez o epidemias modernas, citando entre ellas las cardiopatías coronarias, el enfisema, la bronquitis, la hipertensión, el cáncer, la artritis, la diabetes y los desórdenes mentales.

En este estudio menciona que al analizar las tendencias patológicas se muestra que el ambiente es uno de los factores determinantes del estado de salud de las personas en cualquier población.

Illich menciona al respecto que La alimentación , la vivienda, las condiciones de trabajo, el grado de cohesión del vecindario, así como los

mecanismos culturales que permiten tener estable a la población, son factores decisivos para determinar cuan saludables se sienten las personas mayores y a qué edad tienden a morir los adultos (1975, p. 39)

Por su parte Rose (1985) Epidemiólogo y médico Londinense ha realizado estudios comparativos inter-poblacionales sobre la incidencia de enfermedades determinadas como enfermedades crónicas, en su estudio (Ver Figura 2) sobre la incidencia de la Hipertensión entre poblaciones nómadas de Kenya y funcionarios públicos de Londres, obtuvo una diferencia simbólica entre ambas poblaciones, a lo cual formulo una nueva pregunta buscando responder ya no al ¿Por qué existen diferencias entre las poblaciones? sino a “¿Por qué no existe hipertensión en Kenya?” (Rose, 1985 p.3) vinculando la respuesta a las características de las poblaciones (condiciones medio ambientales, tipos de dieta, ritmo de vida) y no solo de los individuos.

**Figura 2. Distribución de la presión arterial sistólica en varones de edad mediana de dos poblaciones (2,3).**

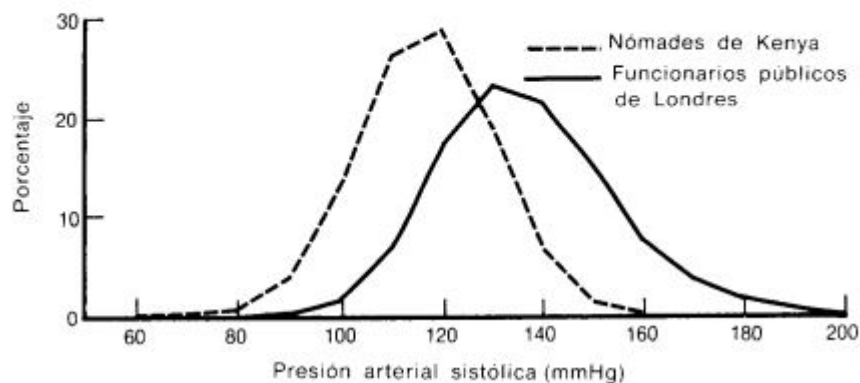


Figura 2: Tomado de Rose (1985 p. 3)

De esta manera las enfermedades crónico degenerativas a nivel de la vivencia de quienes la padecen comportan el afrontamiento de una diversidad de acontecimientos generados a partir de la comunicación del diagnóstico.

El primero como ya lo hemos observado comporta el hecho de confrontarse con el hecho de morir y las formas del morir (dolor, pérdida y desconocimiento de su

corporalidad, afectaciones de la relación, experiencias previas de la muerte y el morir).

El segundo relacionado con el deterioro progresivo y en el horizonte de un tiempo indefinido referido a la vigencia de sus capacidades físicas, de relación e independencia con el mundo (su mundo), viendo disminuidas sus posibilidades de “ser en el mundo” (Heidegger, 1967) tal y como se lo podía representar antes de suceder esta comunicación.

González et al. (2011) en su estudio Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, un acercamiento a la diabetes mellitus 2 citan de Farreras y Rozman el siguiente texto:

“Cuando la persona enferma, lo hace de manera integral, no en parcelas ni a plazos. Todos los componentes quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor y la disnea; síntomas psicoemocionales como miedo, ansiedad, ira, depresión; espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono” (2000; p. 50 y 272)

En un estudio realizado en México sobre las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas (Campos, Torrez y Argains, 2002) se encontró que estas representaciones tenían como componentes.

1. Los antecedentes personales, como son la población de origen, estilos de vida e historia personal.
2. La causalidad, entendida esta como las construcciones de la personas tiene sobre las el origen o desencadenantes de la enfermedad.
3. Los tratamientos utilizados, referidos mayormente a la medicalización y en menor grado a las “terapias” populares.
4. El apoyo social, referido este al grado de apoyo obtenido de las personas de su entorno (familiares y amigos).

Ledón (2011) menciona que las enfermedades crónicas por su naturaleza obligan a la modificación de hábitos y modos de vida debido a su persistencia en el tiempo, y a las limitaciones que producen en la calidad de vida y el deterioro del estado funcional al que debe hacer frente el paciente, siendo vital abordar los impactos generados a partir de sus procesos con enfermedades crónicas y reflexionar sobre los ejes de sentido y significación que tienen en ellos estos impactos, menciona por ejemplo que las manifestaciones externas de la enfermedad suelen generar grandes preocupaciones y temores debido a que pueden conducir a la “modificación, permanente, o no, de la imagen corporal, aspecto fundamental en los procesos de identidad”, poniendo al cuerpo en el centro de la escena como un objeto disfuncional, desde donde la persona que sufre observa su cuerpo como alienado de sí mismo, produciéndose un impacto existencial marcado por “el desmoronamiento de la evidencia corporal y la crisis de sentido que sobreviene en consecuencia” (Bordes 2008, p. 125).

Saizar (2008) en su libro *Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico paciente* menciona que cuando una persona acude a consulta busca escuchar información que le permitan mitigar la incertidumbre respecto a su padecer, busca dar nombre al conjunto de síntomas que le acompañan a través de la figura médica, resalta que el paciente “busca escuchar sobre su padecer, saber si lo que está sufriendo es grave, ¿cuánto tiempo durará?, si podrá continuar con su vida cotidiana, o si requerirá algún tratamiento especial que se lo impida” (Saizar, 2008, p. 35).

El funcionamiento psicológico de un individuo con enfermedad crónica pone de relieve los elevados niveles de distrés psicológicos generados por esta experiencia” (Ledón, 2011).

Córdoba *et al.* (2008 p. 420) Mencionan que “En México el aumento de las enfermedades crónico degenerativas es uno de los mayores retos a los que se enfrenta el Sistema Nacional de salud, siendo el resultado de los cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población” ver figura 3.

**Cuadro I**  
**CAMBIOS EN LA PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS**  
**OCURRIDAS EN MÉXICO ENTRE 1994 Y 2006**

	Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1994 (%)	Cambio porcentual 1994-2000 (%)	Encuesta Nacional de Salud 2000 (%)	Cambio porcentual 2000-2006 (%)	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (%)
Sobrepeso*	38	0.01	38.4	3.6	39.8
Obesidad‡	20.9	13.39	23.7	29.9	30.8
Hipertensión arterial	26.6	15.4	30.7	0.03	30.8
Colesterol-HDL <40 mg/dl	61	4.2	63.6	Aún no informado	Aún no informado
Triglicéridos >150 mg/dl	42.3	13.0	47.8	Aún no informado	Aún no informado
Síndrome metabólico§	26.6	27.8	34	Aún no informado	Aún no informado
Diabetes#	4.0	22	5.8	25	7

\* Índice de masa corporal de 25 a 29.9 kg/m<sup>2</sup>

‡ Índice de masa corporal ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>

§ Definido con base en los criterios del Programa Nacional de Educación en Colesterol 2001

# Diagnóstico previo

Figura 3: Tomada de Córdoba et al. (2008 p. 420).

En México principalmente afectan a personas en edad productiva representando un alto costo para el sector salud, aunado a ello se suma la falta de efectividad en los tratamientos debido a factores atribuibles tanto al sistema de salud, al médico y al paciente y a su entorno de apoyo social, ya que regularmente no se considera la incorporación de la familia al tratamiento pese a que es un factor clave para modificar el estilo de vida.

Reyes (2012) en su artículo publicado en *Excelsior* en línea menciona que, de acuerdo con IMS Healt (empresa líder a nivel mundial en el manejo de información y tecnología de la industria de la salud), México ocupa la posición número 15 en la escala mundial de consumo de productos para enfermedades crónico degenerativas y que éste mercado tiene actualmente un valor de nueve mil millones de dólares potenciales para la industria farmacéutica, acentuando que el Sector Salud destina ciento noventa mil millones de pesos a la atención de éstas enfermedades, representando esta cifra la mitad del presupuesto anual.

Por otra parte actualmente mantiene vigente la “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud” la cual tiene como objetivo reducir la mortalidad debida a las enfermedades crónico degenerativas o ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles).

En él se concede especial atención a las escuelas (primarias y secundarias) a través de la capacitación a los docentes y padres de familia sobre la “vida saludable” además de generar la regulación de los alimentos que se venden en estos planteles, en general, es un programa enfocado a la prevención a través de la información y la educación de la población en lo que a las enfermedades Crónico degenerativas se refiere, sin embargo el componente macro social mercantilizado representa un referente que no habremos de menospreciar en la puesta en marcha de estas iniciativas.



### CAPITULO III

#### **El modelo médico y sus efectos en pacientes con enfermedades crónico degenerativas.**

La clínica médica en sus raíces observaba la enfermedad desde la expresión del paciente, en el recuento de los síntomas y malestares, así como de la observación de la superficie corporal del enfermo, al término del siglo XVIII surge la clínica médica basada en esta experiencia médica de la mirada y de las descripciones objetivas dejando a la luz “la relación entre lo visible y lo enunciable”, la mirada médica crea su propio lenguaje explicativo, para el cual es necesario ser iniciado e instruido (Foucault, 2009).

A su vez la constitución del hospital ya no solo obedece a un proceso asistencial, sino que además dota de un espacio rico de objetos de estudio para su observación, la enseñanza de los aprendices, y el estudio de la enfermedad a la luz de los cuerpos de los pacientes.

Foucault (1976, p. 177) menciona, sobre la configuración de los nuevos diseños para los espacios hospitalarios, como el instrumento donde la acción médica “debe permitir observar bien a los enfermos, y así ajustar los cuidados, debe impedir los contagios y la multiplicación de la enfermedad”. Es, dice Foucault, en su materialidad misma, un operador terapéutico”.

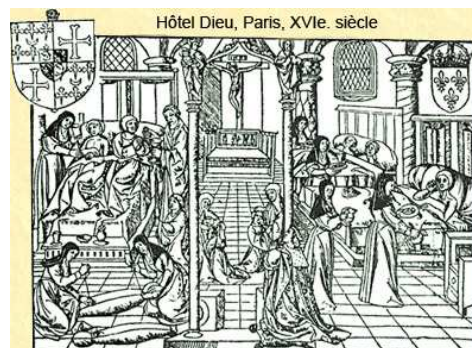


Figura 4: tomado de [http://www.archivosgenbriand.com/cronolog\\_olvido\\_fracia.html](http://www.archivosgenbriand.com/cronolog_olvido_fracia.html)

En México la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000 establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento que debe cubrir un espacio hospitalario público o privado y define al hospital como “el establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención a enfermos que se internen para fines diagnósticos, tratamiento o rehabilitación”.

De acuerdo a Soto, Lutzow y González (2012) la estructura funcional del sistema de salud en México consta de tres niveles:

El primer nivel es conformado por una red de unidades médicas que atienden de manera ambulatoria siendo estas el primer contacto (medicina general), en ellas se llevan a cabo actividades de prevención y detección temprana de las enfermedades crónico degenerativas, siendo en este nivel su primer acercamiento al diagnóstico y ulterior tratamiento.

El segundo nivel de atención está conformado por una red de hospitales generales que atienden las enfermedades que demandan internamiento y o atención de urgencias, siendo la medicina interna, la cirugía y la gineco-obstetricia las cuatro especialidades básicas que atienden.

Los pacientes crónicos regularmente después de un periodo de control y posterior deterioro tienen su primer internamiento, contando en algunos casos ingresos y egresos periódicos que van marcando éste deterioro de las funciones orgánicas y vitales, así como su estado anímico y de relación con su entorno.

El tercer nivel de atención está formado por la red de hospitales de alta especialidad o bien de Institutos Nacionales de Salud especializados en algún campo específico como lo son Cancerología, Nutrición Enfermedades Respiratorias, etc. en los que una de sus funciones básicas es la de investigación y enseñanza.

*Cuadro 3.1. Diferencias entre el trabajo que realizaban los médicos alrededor de 1900 y el que realizan en la actualidad.*

	Médicos que trabajaban en pequeña escala, remunerados con honorarios (1900)	Médicos que trabajan hoy en organismos burocráticos
Autonomía respecto de los términos y el contenido del trabajo	Trabajo típicamente más generalizado y controlado por el mismo médico	Trabajo típicamente segmentado y dirigido por administradores de acuerdo con imposiciones organizacionales (lucro) y reglamentaciones gubernamentales.
Objeto del trabajo	El médico acostumbraba a considerar a los pacientes como <<sus pacientes>>	Técnicamente, los pacientes son clientes o miembros de la organización, y los médicos los comparten con otros especialistas.
Herramientas de trabajo	Por lo general, el médico era su dueño o las alquilaba, y también se ocupaba de contratar a sus empleados.	Por lo general, los medios tecnológicos pertenecen a la organización empleadora y son operados por otros empleados burocráticos.

Figura 5: Fuente original: McKinlay y Stoeckle, (1987, p. 81) (Citado por Seth y Leave, 1996 p. 107)

Engeström (1996) destaca en su análisis la transformación del objeto de la medicina respecto de sus prácticas a la luz de la historia, en las cuales para la medicina de cabecera su objeto de estudio era la persona con su trastorno psicossomático total, y con el devenir de la medicina de hospital este se transforma a una lesión orgánica como punto focal y en un complejo celular con su correlato bioquímico en la medicina de laboratorio.

Por otra parte diferencia la medicina corporativa en la que lo que importa es la <<racionalización, la productividad y la rentabilidad>> (Citado por Seth y Leave 1996, p. 107).

Por su lado Illich (1975) menciona que en los países de primer mundo el hospital ha pasado a ser el lugar natural donde el paciente debe morir, donde el no brindar atención hospitalaria a un enfermo puede criminalizarse como un acto de negligencia, teniendo consecuencias de tipo legal.

En contraste menciona que en países como México el paciente aún puede apoyarse en su grupo social y su círculo familiar para determinar donde esperará el sobrevenir de la muerte en los casos en los que no existe un buen pronóstico.

En conjunto con este espacio reconfigurado, la mirada médica abre camino hacia su objeto de estudio haciéndose de los instrumentos necesarios para penetrar el cuerpo-objetivizado del paciente.

Aunado a los ritmos y la disciplina hospitalaria, la aparatología con la que opera (la disección, el microscopio, los rayos X y la tomografía computarizada por mencionar algunos) son elementos que apoyan al ejercicio médico en la localización del “mal”, que ataca al paciente, sin que este tenga que hacer casi ninguna expresión de lo que siente.

El modelo médico entonces se ha ido conformado por una visión tecnificada, centrada en el proceso diagnóstico, ya no a través de la palabra del enfermo, sino a través de los aparatos para ver.

Foucault (2009) en su libro *El nacimiento de la clínica* lo ubica en una dialéctica que involucra el ver y el saber, como componentes de su cuerpo de conocimiento, a partir del siglo XXI, el cuerpo es sin duda conformado como el territorio de la enfermedad, donde esta mirada médica a de lidiar sus batallas, “ve cuerpos que padecen malformaciones, son heridos, les aquejan dolores, y sufren. Por todo ello se convierten en objetos de la *mirada diagnóstica* y de la pretensión terapéutica del médico” (Pera, 1990).

Esta ampliación, en profundidad, de la percepción que posibilitan las nuevas tecnologías, se han convertido en una nueva mirada, que evita las expresiones de los signos y los síntomas, “ya no son ni tan mirados, ni tan oídos” (Visillac, 2014)

El paciente aquí se ha diluido en una dolencia que requiere una ubicación exacta en la topografía del cuerpo, señalización que paradójicamente no es realizada propiamente por el médico, sino por esta aparatología que permite mantener el estatus de conocimiento positivo, dejando intacto su poder en la gramática de su saber.

Para Foucault (2009) en el silencio del cadáver, último reducto de la persona humana, es donde la mirada clínica puede posarse y extraer la verdad absoluta.

***“La relación de uno con un organismo es distinta de la relación con una persona”***

*Laing R (1975, p. 17).*

El médico de cabecera que atendía a sus pacientes y fomentaba ese espacio de relación, ha quedado atrás.

El modelo médico en su afán de objetividad pierde de vista la integralidad de la persona separando su objeto de estudio, el cuerpo, de los contenidos sensibles, afectivos y sociales.

Antes de que terminara el siglo XX la relación entre el médico y el paciente era “primordialmente interpersonal” Sánchez (2007, pp. 20-28) hoy en día esta relación se encuentra afectada por una influencia multifactorial en la que se suman la relación con la institución ya sea pública o privada y la transformación del paciente desde una óptica de derecho habiente o cliente según sea el caso.

Para la persona enferma el modelo médico vigente repercutirá en la forma de acercamiento que tenga al mismo, ya que los modelos de asistencia pública difieren en gran medida de los servicios particulares, los primeros enmarcados en el desbordamiento la capacidad humana, para la atención de los innumerables casos que acuden en busca de alivio y los últimos dotados de un guion bien definido enmarcado en la comercialización de los servicios sanitarios Chaiklin (2001).

En este aspecto Sánchez (2007) menciona que la relación médico paciente se ve interferida en cuatro formas particulares, la primera la convierte en una relación médico-institución-paciente, la segunda en una relación médico-administración-paciente, la tercera en una relación médico-norma-paciente y una cuarta adicional, donde las aseguradoras y las farmacéuticas también generan de manera indirecta modificaciones en la conducta y ética del ejercicio médico -“Los médicos frecuentemente evitan reconocer que sus decisiones pueden estar afectadas por los obsequios comerciales y servicios” Sánchez (2007 p. 24).

Otro de los factores que comenta, inciden en esta relación médico-paciente, es el ejercicio de la llamada medicina defensiva, la cual se apoya en todos los elementos técnicos al alcance (tomografías, estudios de laboratorio, etcétera) que puedan apoyar el diagnóstico médico aún y cuando no sean del todo indispensables, elevando así los costos económicos y de desgaste físico y emocional para los pacientes, cuya finalidad ésta sentada en la disolución del error, y las responsabilidades iatrogénicas que pudieran ocurrir.

No obstante, en el ejercicio médico se han buscado formas de sensibilizar a sus miembros sobre la importancia del establecimiento de una buena relación entre médico y paciente, donde para el médico debe ser importante el conocer el significado que el paciente da a la enfermedad y su cosmovisión, con la finalidad de poder ayudarlo.

En Emanuel y Emanuel (1992) y Sánchez (2007) podemos ver la descripción de cuatro modelos teóricos de relación médico-paciente que pueden servir de guía para el ejercicio médico:

1. El modelo paternalista dónde el médico es quien protege y decide lo mejor por el paciente.
2. El modelo informativo en el cual el médico brinda la información necesaria sobre las alternativas y el paciente es quien decide sobre ellas.
3. El modelo interpretativo donde el médico funge como un consejero o consultor.
4. El modelo deliberativo donde el paciente y el médico entablan una relación de mentoría o fraternal y discuten de manera cercana las opciones disponibles y sus posibles consecuencias.

Para finales de los 70 surge una corriente de pensamiento médico crítico, que busca cuestionar el carácter puramente biológico de la enfermedad enmarcado al binomio salud-enfermedad como un hecho que puede ser analizado como un hecho social que conlleva el proceso biológico de desgaste del ser humano, determinado por factores de trabajo y clase social, así como de su constitución histórica (Laurell, 1981).

Esta medicina crítica busca comprender más allá del paradigma biologicista los principales problemas de salud derivados de la industrialización.

Según Seth y Leave (2009) para 1984 Bergen en su tratado crítico sobre un modelo de participación mutua consideraron una medicina holística que comprendería dos especies:

1. La de humanización de orientación psicoanalítica que pone el énfasis en los conflictos emocionales profundos.
2. Y la de humanización orientada a la sociopsicología y la comunicación, que comprende la habilidad para comprender a los demás y experimentar empatía hacia ellos.

Por otra parte se podría decir que durante la hospitalización el paciente vive un ritual de despersonalización, comenzando desde su ingreso en el tipo de modelo hospitalario al que se adhiere, la desnudez, la auscultación y numeración de su caso, dejándolo expuesto y despojado de los componentes que le confieren una personalidad propia, incluyendo las comunicaciones y explicaciones respecto a su padecer, que en su mayoría se transmiten en el lenguaje médico y en el cual aprenden poco a poco y por exposición -“El Dr. X debería saber que para diagnosticar tuberculosis pulmonar en un enfermo es necesario que en las basiloscopias (BAR+) se encuentre el Bacilo Acido alcohol Resistente, ayudándose también de una placa de R.X” (Sic pac).

Para Chaiklin (1996) El hospital es masa, es estadística, es operatividad, el espacio que daba sentido al ejercicio médico en relación con su paciente, se pierde ya no solo con la tecnificación médica sino con la aceleración de los ritmos que le son impuestos para la atención del paciente, la enseñanza de los nuevos pupilos, la investigación, las tareas administrativas y el seguimiento de los reglamentos internos, cediendo así, dentro de este contexto hospitalario ese espacio de sentido forjado en la intimidad de la practica a otras disciplinas como la Psiquiatría, el Trabajo Social y la Psicología, que dentro de este campo disciplinario dan cuenta del mundo vital de la persona enferma y de la tarea de relación que le confiere el cuerpo médico.

Desde el punto de vista de la persona y su mundo vital, enfermar deviene como un acontecimiento que modifica su curso de vida alterando sus procesos de relación, y al entrar en contacto con el aparato médico-hospitalario sufre además la alienación de su cuerpo, cuerpo que sufre pero que permite que ahora se subordine a esta mirada médica institucionalizada que lo penetra ya no solo en su desnudez sino en sus interiores, con la esperanza de encontrar alivio al dolor, y una comunicación que le permita una explicación y dar sentido a su situación presente, en una búsqueda que no se constriñe a la mera indicación topográfica que señala con el dedo a un órgano enfermo.

En un estudio realizado en Guadalajara con pacientes crónicos de un hospital público Mercado, Ramos y Valdez (2000), bajo una orientación etnográfica/cualitativa (permitiendo la libre expresión de los sujetos de estudio al momento de egreso del hospital) se buscó indagar la perspectiva de personas enfermas sobre la atención médica en cuatro aspectos básicos 1. ¿Cuál es su punto de vista sobre los servicios médicos que reciben? 2. ¿Existen diferencias perceptivas entre los pacientes que son atendidos en la seguridad social (IMSS) o en la asistencia pública? 3. ¿Qué tan favorable es la valoración que hacen de esta atención? y 4. ¿Existen diferencias sociodemográficas o del mismo padecimiento entre quienes tienen opiniones diferentes?

Según este estudio una tercera parte de los pacientes reportaron que la atención fue buena, la mayoría de los que reportaron esto fueron pacientes con una trayectoria estable de su padecimiento y con trastornos mínimos o nulos y con un promedio de nueve años en promedio.

De la misma manera mencionan que la condición de hospitalización hace a la persona vulnerable a variados estímulos, además de la propia enfermedad están los inherentes al medio ambiente y las relaciones que se establecen para al pasar al "estatus de paciente (Mercado, *et al.* 2000) generándose cambios emocionales intensos que requieren ser ajustados, a su vez estos cambios repercuten en la seguridad y pertenencia, al verse en un medio extraño, con ciertas normas, falta de privacidad, potenciando sentimientos de inferioridad y culpa.



“El hospital junto con ofrecer atención sanitaria, se constituye en un sistema social complejo y delicado, en el que la multiplicidad de personas, con diferentes roles, conforman un red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes” (Burgos y Paravic, 2003)

La intimidad entendida como la realidad oculta, relativa a la persona, se ve vulnerada a través de la invasión no solo del espacio territorial reducido a una cama, sino también a ser examinado por innumerables personas que no conoce y respondiendo preguntas sobre su vida personal , en ocasiones sin una explicación previa del para qué son necesarios.

En un estudio realizado en pacientes hospitalizados buscaron conocer la percepción que los pacientes tienen sobre la violencia generada en estos ambientes y las variables que están relacionadas, encontraron que un 35.7% de los pacientes de Medicina y un 42.3% de cirugía perciben violencia durante la atención hospitalaria entre las que destacaron la falta de atención y el trato frío por parte del personal de salud (Burgos y Paravic, 2003).

También encontraron que los pacientes identificaban un tipo de violencia psicológica dentro del hospital de la que destacaba la falta de atención en la satisfacción de las necesidades de aseo y/o confort “atender llamados de solicitud de retiro de chatas (Charola que se utiliza para el alivio de las necesidades de excreción del paciente) y la falta de cooperación en la realización del aseo personal” (Burgos y Paravic, 2003).

Otro de los aspectos señalados por los pacientes fueron las conductas poco empáticas e impersonales, también señalaron el que el turno nocturno es cuando se perciben la mayor cantidad de estas conductas.

Estos aspectos contribuyen a conformar la totalidad de la experiencia del paciente en las diferentes etapas del transcurso de su enfermedad.

Como alteración subjetiva, la experiencia de la enfermedad se expresa en la incertidumbre, la alteración de la percepción corporal y el deterioro en la

autovaloración, generando así un proceso de despersonalización y falta de sentido en la medida en que el proceso de deterioro avanza en el paciente.

En este proceso también influyen los constructos sociales que se tienen del cuerpo, el acento en la belleza, la funcionalidad, y la utilidad del cuerpo como instrumento de trabajo darán como resultado las formas que del padecer se tengan respecto al deterioro progresivo que representan las enfermedades crónicas.

Los cambios físicos que se suceden durante el transcurso de la enfermedad son vividos e interpretados por los pacientes crónicos desde muy diversas maneras, pero en todos los casos han de hacer una adecuación de la imagen que de ellos mismos tenían antes del en enfermar, “al mirarse al espejo se extrañan e impresionan de sí mismos” (Campos y Merchan, 2008).

La asimilación del deterioro gradual y discapacitante evidencian una parte de su estructura natural que no existía antes “Los cuerpos que anteriormente se movían con autonomía pasan a depender de objetos extraños, o vivir de la protección de otras personas” (Campos y Merchan, 2008).

Desde una perspectiva psicoanalítica se puede decir que las afectaciones del cuerpo afectan el Yo y el conjunto de su psiquis, se hace necesario elaborar duelos para las pérdidas y llegar a aceptarse como una persona igual y distinta a la vez.

Esta ambivalencia genera una desestructuración de la personalidad del paciente. El encuentro con la muerte, la dependencia permanente, la pérdida de la función y de la libertad anterior son causas de una alteración profunda y desestabilizadora (Ferreira, 2002).

Podemos decir entonces que la percepción del cuerpo es modificada con la llegada de la enfermedad, “el cuerpo aparece alienado de sí mismo (self), lo que produce un fuerte impacto existencial marcado por el desmoronamiento de la evidencia corporal y la crisis de sentido que sobreviene en consecuencia, “la biomedicina lo refuerza” (Bordes, 2008).

“Esta perspectiva propia de la modernidad se caracteriza por la dilución de la enfermedad en el espacio indefinido de los cuerpos, como por la soledad de los

individuos enfrentados con algo que ya no saben verbalizar fácilmente: la enfermedad y el poder mortífero que trae consigo” (Campos y Merchan 2008).

Aunado a ello este extrañamiento opera también en la concepción de sus relaciones cotidianas, en un estudio realizado sobre la percepción de la intimidad de los pacientes López, Moreno, Pulido, Rodríguez, Bermejo y Grande (2010) realizado a través de grupos de discusión con los profesionales de enfermería conceptualizaron la intimidad del paciente de naturaleza compleja, considerándola personal e intransferible y de acuerdo a las situaciones y al contexto, y que incluye sentimientos emociones y valores.

También indagaron sobre las situaciones que vulneran la intimidad de los pacientes en hospitalización.

“ENF. ONC-1: “Desde que entras al hospital, te sientes agredida, la intimidad se queda en la puerta. Te ponen un camisón con el que te sientes ridícula y con el culo al aire” López *et al.* (2010)

También se ven violentados aspectos de la imagen con relación a la percepción del otro que entrañan las referencias de autoestima e integridad personal debido al despojo de elementos, símbolos y señas de su identidad personal y cultural.

AE.TRA-2: “Por favor póngame los dientes, mi marido no me ha visto nunca sin dientes” López *et al.* (2010)

En este mismo estudio el personal de enfermería asoció los procesos de cuidado, aseo y exploración a sentimientos de desprotección, desamparo y vergüenza y sensación de estar expuesto.

MATR-1: Estaban allí...las alumnas, los médicos, los residentes, las enfermeras hablando,...y yo allí en la mesa de quirófano, desnuda y en posición ginecológica...”

Las vivencias del paciente en el ámbito hospitalario, bajo la mirada médica lo atraviesan en su corporalidad, pero también en un cuerpo singularizado en una doble condición la que parte de su individualidad, pero también como portador de

las experiencias sociales en el que se hacen visibles las normas culturales y los contextos y que consiguientemente cambian con ellas.

El paso de la salud a la enfermedad de acuerdo a lo aquí expuesto se encuentra enmarcado por una dinámica compleja que va del sujeto a la compleja red de relaciones, históricas, sociales, culturales y perceptivas que se entrelazan con la realidad tangible del dolor y la perspectiva del deterioro progresivo de lo que hasta entonces la persona tenía certeza de ser.

## **CAPITULO IV**

### **Qué se entiende por terapia de apoyo en el ambiente hospitalario, principales enfoques y modelos de intervención utilizados.**

#### **PROCESO DE RESIGNIFICACIÓN**

Entendemos aquí el proceso de resignificación como un acto que puede posibilitar la transformación de su realidad percibida, su definición y las posibles acciones en función de lo que se ha comprendido durante este proceso, esto es, de cómo pueden cambiar esta percepción y significación respecto de sí mismos y de las relaciones que los vinculan en este contexto (Molina, 2013)

#### **PSICOTERAPIA DE APOYO**

Entenderemos como psicoterapia de apoyo en un medio hospitalario a aquella actividad que cumple la función de dar contención al paciente, así como la de elaborar un plan adaptativo que facilite la intervención médica y su adecuación al medio hospitalario Zas (2011).

Esta actividad regularmente es llevada a cabo por el Psiquiatra o Psicólogo clínico adscrito al área de psiquiatría del hospital en cuestión y es variable en su enfoque y técnica de acuerdo a la corriente psicológica empleada por el terapeuta que la ejerce.

El procedimiento común para la asignación de pacientes se realiza a través solicitudes llamadas interconsulta de valoración enviadas por el parte médico y que regularmente son causa de pacientes cuyas conductas se constituyen en un obstáculo para el tratamiento médico, regularmente son expresadas ya sea en términos diagnósticos como probable trastorno de adaptación, síndrome depresivo o bien coloquiales como paciente agresivo, etcétera. en la jerga médica se clasifica a los pacientes en dos grande rubros, buen paciente, adaptado al hospital y al tratamiento médico y paciente problemático, irritable, hostil y exigente Faberman (2010).

La interconsulta debe ser respondida por el terapeuta asignado confirmando o asignando el diagnóstico, así como el tipo de intervención que se ha de llevar a cabo con el paciente, “El psiquismo queda al cuidado del psicólogo que trata de rescatar al hombre que sufre, teme y se angustia” Crachick (2010).

Faberman (2010) menciona que los objetivos encomendados de esta intervención son claros “Ayudar a pacientes y familiares a efectuar los tratamientos médicos, convivir con la enfermedad y hacerlo con el menor costo psíquico posible.”

Algunos de los elementos terapéuticos comunes que se observan en la psicoterapia de apoyo en el medio hospitalario son la creación de un vínculo con el paciente (vínculo terapéutico) y el establecimiento de los objetivos terapéuticos.

En el contexto de la psicoterapia en general, la psicoterapia de apoyo tiene sus raíces en el psicoanálisis Alarcón (2008) y requiere comprender el papel de la historia del paciente en la formación de sus síntomas así como el manejo de los efectos de la alianza de trabajo y la transferencia en relación al paciente terapeuta, sin embargo en el contexto hospitalario y debido a sus ritmos internos la psicoterapia de apoyo puede involucrar intervenciones desde perspectivas metodológicas y técnicas diversas.

La cantidad y la duración de las sesiones son de una variación constante debido a los ritmos del hospital, la salud o agravamiento del paciente, y sobre todo al grado de aceptación y establecimiento del vínculo que se pueda generar entre el terapeuta y el paciente, y en el último de los casos el sobre venir de la muerte.

Según Gómez-Restrepo (2008) en su artículo “Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace”, el objetivo de la psicoterapia de apoyo en este contexto es que el paciente recobre el equilibrio y pueda manejar de mejor forma sus dificultades.

También menciona que es importante tomar en cuenta los factores psicológicos y psiquiátricos asociados a la hospitalización, así como los promedios de estancia que cada vez obligan a realizar intervenciones cada vez más breves (ver figura 6).

*Cuadro 1. Factores asociados a la hospitalización y enfermedad*

- Procedimientos médicos intrusivos
- Aislamiento
- Pérdida de la autonomía y privacidad
- Dolor
- Cambio del medio ambiente
- Posibilidad de incapacidad o muerte
- Deprivación de sueño
- Incertidumbre respecto a la etiología, el diagnóstico y el pronóstico
- Dificultades para asumir las responsabilidades habituales
- Carga económica y problemas financieros derivados de la enfermedad
- Consecuencias sobre el cuerpo y sobre la imagen corporal derivadas de la enfermedad o las intervenciones
- Pérdidas y duelos derivados de la enfermedad
- Conocimiento incompleto o equivocado acerca de la enfermedad
- Fantasías y representaciones sobre la enfermedad
- Temores acerca de la confidencialidad y el manejo de terceros
- Dudas acerca de la pertinencia o no de informarle al familiar acerca de su estado (esto con mayor frecuencia en menores de edad o en la tercera edad, lo cual se refleja en dificultades de los acudientes)
- Claridad o inquietudes sobre el soporte familiar

Figura 6: Tomado de Gómez-Restrepo

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-745020080005000008&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-745020080005000008&lng=en&tlng=es)

Por su parte González, Valencia y Bersh (2006, p. 79S) coinciden en que existe diferentes tipos de intervención psicoterapéutica para los pacientes con enfermedad médica y que las técnicas varían desde las denominadas “breves” o “muy breves” a la “sesión única”, y pueden ser persuasivas, sugestivas o educativas.

Gómez-Restrepo (2008, p. 104) menciona a este respecto que tener el tiempo limitado nos lleva a actuar como si fuera la última vez que nos encontramos. En lo que estos autores llaman terapia “ultra breve” recomiendan al psicoterapeuta ser más activo, facilitar la comunicación, dirigir la exploración de temas relevantes, explicar, y “en ocasiones educar sobre los problemas clínicos”

Según estos autores, algunas de las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas son, la relajación orienta al manejo del dolor, el insomnio y la ansiedad derivada de procedimientos médicos y en el manejo de la hipertensión, las técnicas de hipnosis para la reducción de situaciones o eventos o recuerdos que fueron disociados y que

se manifiestan en forma desfavorable para él y que pueden acelerar el impacto de las intervenciones cuando se requieren resultados a corto plazo.

Por otra parte las técnicas de grupo favorecen la promoción de las emociones y la catarsis, generando la mejora de las relaciones, la expresión verbal y la comprensión de las dificultades en el espejo de los otros brindando un repertorio de alternativas.

Según Kzdin (1994) en Castro (2001, p 61) en general existen actualmente alrededor de 400 escuelas de psicoterapia para adultos y 200 para adolescentes.

Algunas de las terapias de apoyo más utilizadas en el ámbito hospitalario pueden englobarse en los siguientes modelos teóricos:

Modelos Psicodinámicos	Modelos Humanistas Existenciales	Modelos Cognitivos y Conductuales	Modelos Sistémicos y Posmodernos
Dirigidos al insight siendo la meta principal la resolución de los conflictos inconscientes. Sus principales herramientas son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La verbalización</li> <li>• La interpretación</li> <li>• El análisis de la transferencia.</li> </ul>	Se favorece la integración del Self (si mismo) y el sentido de autenticidad. Sus principales herramientas son: El reconocimiento de estados emocionales. Intuición. Apertura. Autoconocimiento.	Buscan eliminar las cogniciones irracionales de los pacientes. Sus principales herramientas son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos de condicionamiento.</li> <li>• Cambio en las representaciones</li> </ul>	Se centra en la identificación de las conductas disfuncionales con los miembros del sistema. La narración como unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida.

Figura 7: Castro (2001); González y Valencia (2006); Rozo (2002)

## PSICOTERAPIA DE APOYO PSICOANALÍTICAMENTE ORIENTADA

En la psicoterapia de apoyo psicoanalíticamente orientada el objetivo está centrado en la mejoría de los síntomas a través del equilibrio adaptativo de los impulsos a través del reforzamiento de las defensas adaptadas, haciendo uso de la clarificación, la confrontación y el apoyo cognitivo y emocional, esto con la finalidad de reforzar



los compromisos adaptativos haciendo uso de la persuasión y de la intervención directa del terapeuta y de los elementos de su entorno, en ella la transferencia no es interpretada pero tampoco es ignorada Kernberg (2000).

Según González (2006, p. 81) la pérdida de apoyo social influye negativamente el curso de la enfermedad, este tipo de psicoterapia parte del reconocimiento de la importancia de la interacción humana en la vida del paciente como un aspecto positivo en su recuperación, son efectivas en el tratamiento de pacientes con cáncer VIH, diabetes, artritis reumatoide y otras condiciones médicas crónicas.

Este tipo de intervención basada en la innata necesidad humana de relacionarse, mejora la adherencia al tratamiento, la utilización de los servicios de salud, el manejo de la ansiedad tanto del paciente como de la familia, al proveer nuevos marcos referenciales y de consciencia en el paciente y que pueden incidir en el grado de aceptación de sus circunstancias y las implicaciones que esta tiene

#### PSICOTERÁPIA HUMANISTA CENTRADA EN LA PERSONA

La Psicoterapia Humanista o de enfoque centrado en la persona está basada en la tradición filosófica humanística y existencial (Castro, 2001), tiene como base la investigación sistemática del proceso terapéutico teniendo como consecuencia que, los resultados positivos de la psicoterapia no estriban en la técnica empleada sino en las características inherentes a los psicoterapeutas que muestran los más altos niveles de empatía, aceptación incondicional y autenticidad Oblita (2008)

El objetivo psicoterapéutico de la Psicoterapia Humanista es el de identificar los factores que facilitan el cambio duradero tanto en el paciente como en el terapeuta.

Algunos de los elementos en que se apoya este modelo terapéutico son:

1. La empatía considerada como el intento por comprender de fondo la experiencia de la persona y hacerle evidente esta comprensión, poniéndola como un factor terapéutico de primer orden, es una captación de la experiencia de esa persona tal como ella la vive y la describe, comunicada con nitidez y con afecto (Oblita 2008)

2. La actitud positiva incondicional neutra y libre de juicios de valor sobre la persona o sobre su conducta.
3. La autenticidad, entendida como el grado de congruencia que guarda la actitud del terapeuta durante la relación terapéutica.

En ella se enfatiza el reconocimiento de los propios estados emocionales, siendo el rol del terapeuta el de un observador que ayuda al reconocimiento de los mismos en su mundo subjetivo (Castro, 2001), favoreciendo la integración del self (si mismo).

## PSICOTERAPIA DE CONDUCTA

La Psicoterapia de Conducta centrada en los conceptos básicos de la corriente conductista, la conducta y la adaptación.

Algunas de las características básicas de este modelo sostienen que las conductas anormales se adquieren, mantiene y extinguen según las leyes generales que también mantienen las conductas normales, en ella la labor del terapeuta radica en analizar, evaluar y tratar las conductas específicas a través de la medición de las mismas, teniendo como objetivo instalar conductas más adaptativas.

Algunas de las técnicas conductuales de mayor utilidad en el contexto médico son la desensibilización sistemática, el manejo de contingencias, la relajación progresiva y la extinción González, Valencia y Bersh (2006 p. 83) con ello se busca la disminución de la ansiedad producida por alteraciones conductuales bien identificadas, establecidas por el terapeuta y el paciente, en la cual evalúan constantemente los avances.

## PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La Psicoterapia Cognitivo Conductual se centra en la cognición y la conducta, teniendo como intermediario el insight (darse cuenta), algunos de los elementos en los que se basa este enfoque son en que los individuos responden a las representaciones cognitivas, y que estas median la disfunción emocional y conductual y que al cambiar esa cognición o conceptualización se pueden cambiar los patrones disfuncionales, emocionales, y conductuales que aquejan al paciente.

Este enfoque emplea tácticas tanto cognitivas como conductuales y no se remiten al espacio terapéutico, sino que pueden ser llevadas o aplicadas a su contexto social.

De acuerdo a González, Valencia y Bersh (2006 p. 80S) se ha observado que la terapia cognitivo conductual ha comprobado su utilidad en el manejo de problemas médicos como la cefalea tensional, enfermedades reumáticas, crónicas y varios tipos de dolor crónico, ya que considera fundamental lo que el paciente piensa de sus síntomas, buscando intervenir en las interacciones entre la cognición, la emoción, la atención y el comportamiento.

Algunas de las estrategias que emplea están dirigidas a explicar al paciente los efectos de la enfermedad, enseñar técnicas para identificar y cuestionar las distorsiones cognitivas para su autorregulación buscando devolverle al paciente el control sobre su cuerpo y sus reacciones emocionales.

Según González (2006) una de las fortalezas de esta psicoterapia es que le proporciona al paciente herramientas para su autorregulación y le devuelve el control sobre su cuerpo y sus reacciones emocionales.

## PSICOTERAPIA BREVE

Este enfoque centra su atención en la relación entre los individuos donde la naturaleza de los problemas son considerados de índole interaccional y no puramente intrapsíquica (Oblita, 2008) como resultado de la falla en el establecimiento de las relaciones humanas, tomando en cuenta los contextos y ambientes donde se desarrollan, es utilizada mayormente en el tratamiento de afectaciones derivadas de situaciones traumáticas. Está orientada a cambiar la forma de actuar, modificar la forma de ver la situación y a facilitar los propios recursos del paciente.

Algunas de las premisas básicas de la psicoterapia breve son:

1. Se enfoca en el aquí y el ahora, toman como punto de partida la queja inicial del paciente buscando el alivio de las mismas,
2. El paciente define el objetivo, y el terapeuta promueve el logro de los cambios que se van sucediendo.

3. Considera que las personas cuentan con los recursos y habilidades para la superación de sus dificultades.
4. Considera que las categorizaciones y etiquetamientos pueden profundizar las dificultades.

“La psicoterapia breve se ha posicionado como modalidad terapéutica en el paciente hospitalizado. Es efectiva y económica, observándose una reducción hasta del 75% en la utilización de los servicios de salud en los pacientes con enfermedades crónicas que recibieron este tipo de terapia (González, Valencia y Bersh, 2006, p. 82)

#### ENFOQUE NARRATIVO

Por otra parte Pérez (2013, p. 15) refiere que la importancia de la narrativa en terapia se sitúa aquí como “historia que da sentido a la vida conectando pasado, presente y futuro” dando sentido integrado o “poniendo en su sitio” las experiencias que trastornan nuestra vida, que de otra manera se tornan extrañas, imponentes o alienantes, esta narrativa establece las conexiones y explicaciones para la continuidad de ser uno mismo, tiende puentes al futuro como proyectos, fantasías e ilusiones, “habitamos en el lenguaje y el lenguaje habita en nosotros”, en los pacientes crónicos esta narrativa les permite construir esta ilación entre lo que eran, lo que son y lo que esperan.

A este respecto Gergen psicólogo social de corriente constructivista menciona que en general las personas buscan una psicoterapia porque tienen una historia que contar “una historia de preocupaciones, desconcierto, penas o rabia, acerca de una vida o de una relación que ahora se encuentra arruinada. Para muchos es una historia de eventos calamitosos que han conspirado contra su sentido de bienestar, de satisfacción personal o de eficacia” (2007, pp.191-193), donde la principal preocupación es localizar un nuevo curso de acción y la terapia puede proveer de una realidad alternativa que guarde una promesa para el bienestar futuro.

En cuanto a la eficacia de las terapias psicológicas en general Castro (2002) sostiene que al no haber evidencia empírica sobre la eficiencia de una terapia sobre

otra, muchos autores tienen la convicción de que independientemente de los componentes activos de las psicoterapias, son los factores comunes a ellas las que hacen posible explicar su eficiencia, algunos de los factores que identifica este autor son, el apoyo que brindan a los pacientes, los efectos de la persuasión, y el establecimiento de la relación, alianza o vínculo terapéutico.

Las divisiones de Psicoterapia y Psicología clínica de la Asociación Americana de Psicología realizaron un estudio sobre “lo que funciona en una relación terapéutica” los aspectos que resaltaron mayormente fueron la alianza terapéutica, la empatía, la aceptación, la congruencia y la retroalimentación del paciente (Pérez, 2013).

1. La alianza supone un vínculo emocional positivo entre el terapeuta y el paciente cuyas características son la confianza, el respeto, la conexión y un acuerdo sobre el objetivo del tratamiento.
2. La empatía se describe en este estudio como la sensibilidad y voluntad del terapeuta hacia los sentimientos y esfuerzos del paciente.
3. La aceptación está referida a la mirada positiva “(cálida, cercana y de apoyo)” (Pérez, 2013).
4. La congruencia es visualizada desde la conducta del terapeuta en el curso de la terapia.
5. Y finalmente la retroalimentación es la capacidad de mantenerse al tanto del transcurso del proceso terapéutico.

Jerome Frank (1993) en su libro *Persuasion and Healing: a comparative Study of Psychotherapy*, coloca a la psicoterapia, desde una perspectiva práctica, como todas las formas de influencia personal, y que tienen elementos tales como un agente sanador, un sufriente y una relación de cura, considera que las raíces de la psicoterapia moderna tienen su origen en “la historia de las tradiciones de sanación.

Desde la práctica hospitalaria una de las grandes dificultades a las que el psicólogo clínico se enfrenta al momento de la intervención psicoterapéutica está referida al abordaje del paciente, debido a que la solicitud de ayuda no proviene de éste directamente y obedece más bien a las dificultades que presenta su manejo para

el personal, siendo el objetivo primario el control de las conductas disruptivas del equilibrio del sistema hospitalario.

Bordes (2010) menciona que “es difícil ayudar sin partir de sus creencias y de los acontecimientos de su historia que se entrelazan con la forma de encarar la enfermedad y el tratamiento”, la creación de confianza que pueda generarse en el primer contacto con el paciente crónico hospitalizado generará un vínculo que puede perdurar aún si no se han tenido encuentros exclusivos o pactados con el propio paciente “La tarea exige plasticidad para conducir entrevistas, junto a una cama, de pie en los pasillos o delante de otros pacientes” Bordes (2010, p. 23)

Para Bordes (2010) el interés básico de la aplicación de la Psicología a la medicina radica en los concomitantes psicológicos de la condición del enfermo, en favorecer los comportamientos adecuados para una buena evolución y en que el personal de asistencia tenga una buena comprensión de los pacientes, sin embargo en ninguna parte de la literatura se contempla la conducta desadaptada a este medio como una petición de referente e interacción positiva que le permita dar cuenta de sí mismo.

Molina (2013), menciona que, en referencia a la intervención narrativa tiene el propósito de cambiar la percepción de las partes en conflicto, acerca de sí mismas y de la situación que las vincula, en este caso la persona enferma y el “hospital”, transformando la historia, el conflicto se transforma, así como la relación entre los actores.

Por su parte Pérez (2013) dice respecto de las terapias, que ni en mecanismos averiados ni en técnicas específicas radica el valor de las mismas, “Sin supuestos”, “mecanismos” y “técnicas” no hay terapia, como sin piedras no hay puente. Pero, como en el puente, lo que importa en terapia es el arco. El arco sostiene las piezas y permite el paso de una situación a otra.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

En este apartado trataremos de integrar los elementos históricos referidos al ejercicio médico a través de las diferentes etapas históricas que nos permitan

visualizar de manera integrada la división surgida en el ámbito hospitalario sobre la atención del paciente crónico.

Adicionalmente iremos tratando de mostrar aquí algunas de las narraciones de pacientes hospitalizados (en un hospital público), y que fueron canalizados a través de una interconsulta al departamento de psiquiatría para su abordaje y posterior tratamiento, de tal manera que puedan ir ejemplificando las formas complejas de percibir la enfermedad al inicio de una intervención de terapia de apoyo y su resultado después de esta en el proceso de resignificación del paciente, es conveniente acotar que solo servirán de ejemplo ya que las narraciones se han extraído de tal manera que cumplan esta función ilustrativa y no tanto como un análisis profundo de las mismas.

El proceso de resignificación no es tomado aquí como una elaboración completa de los pacientes está más bien expresado en los pequeños cambios que respecto a sí mismos y a sus circunstancias que consiguen elaborar con las breves intervenciones de la psicoterapia de apoyo.

Partiendo de esto y siguiendo la ruta que hemos trazado, en los capítulos anteriores hemos podido observar que las enfermedades crónicas en la cultura occidental han tenido un incremento que puede atribuirse a una gran cantidad de factores derivados de la modernización, a partir de la adopción de la agricultura y hasta nuestros días la población mundial ha crecido de manera dramática, generando cambios culturales, de la organización social, políticos, asistenciales, etc. (Galido, 2008).

La revolución industrial (1750) fue una etapa decisiva en esta configuración poblacional (ver figura 8) debido a la expansión de los servicios sanitarios y su influencia en la disminución de la tasa de mortalidad, el cambio en la dieta y los hábitos de higiene (Ilich, 1975; Almeida y Rouquayrol, 2011; Córdoba *et al.* 2008; Flores, 1999; González, 2006; Lozano, 2010)

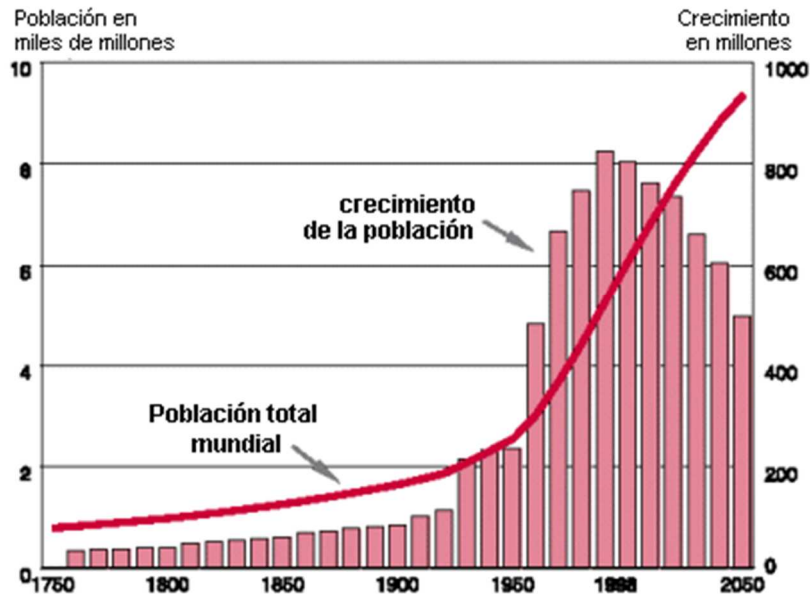


Figura 8: tomada de Edumed.net Universidad Andaluza <http://www.resumelibros.tk/nca> Garcilazo

Aunado a ello la conceptualización de la salud y la enfermedad, así como la forma de abordarlas también fueron cambiando a lo largo de las diferentes épocas, desde la Edad Antigua (3000 a.C- siglo V) se concebía a la salud como equilibrio entre el hombre y lo divino, la naturaleza, la tierra, la alimentación y el ejercicio juicioso de la vida y la enfermedad como su opuesto.

Para finales del siglo V y hasta finales del XV comienza con Hipócrates a centrarse la atención sobre los componentes orgánico-corporales, poniendo el pensamiento racional por sobre el mágico religioso, estableciéndose así al cuerpo como asiento de la salud y a la desarmonía como la causa de la enfermedad.

Comienzan a relacionarse los factores ambientales a las enfermedades (epidemiología), la historia clínica como método diagnóstico, el establecimiento de la ética médica (Juramento Hipocrático) y la farmacopea o doctrina de la indicación, estableciendo así los primeros lineamientos a seguir por los médicos en sus intervenciones, así como las formas de relacionarse con él.

Después de sufrir un retroceso de estas prácticas durante la Edad Media, debido a la expansión del cristianismo y la peste, en la Edad Moderna se retoman las prácticas higienistas y el método clínico para la atención de los pacientes, comienza



la institucionalización del hospital ahora no solo como leprosoario para los afectados por la peste, sino ya con fines curativos y educativos orientada a la formación de nuevos médicos que prevalece hasta nuestros días.

En la edad contemporánea con el descubrimiento del microscopio, los rayos x y la teoría celular, la enfermedad viene a develarse en los procesos microscópicos e invisibles para el ojo del médico que ahora cuenta con una tecnología que lo acerca, a nivel de la fisiología, al origen de la enfermedad pero que, a su vez, y en conjunto con la institucionalización y la masificación de la atención médica, originada por el creciente número de pacientes, lo aleja de la experiencia de la enfermedad misma, narrada a través de sus propios pacientes (Bordes, 2008; Chaiklin y Leave, 1996; Foucault, 1976; Goberna, 2004; Villisac, 20014) ver figura 9.

Cuadro 3.1. *Diferencias entre el trabajo que realizaban los médicos alrededor de 1900 y el que realizan en la actualidad.*

	Médicos que trabajaban en pequeña escala, remunerados con honorarios (1900)	Médicos que trabajan hoy en organismos burocráticos
Autonomía respecto de los términos y el contenido del trabajo	Trabajo típicamente más generalizado y controlado por el mismo médico	Trabajo típicamente segmentado y dirigido por administradores de acuerdo con imposiciones organizacionales (lucro) y reglamentaciones gubernamentales
Objeto del trabajo	El médico acostumbraba a considerar a los pacientes como «sus pacientes»	Técnicamente, los pacientes son clientes o miembros de la organización, y los médicos los comparten con otros especialistas
Herramientas de trabajo	Por lo general, el médico era su dueño o las alquilaba, y también se ocupaba de contratar a sus empleados	Por lo general, los medios tecnológicos pertenecen a la organización empleadora y son operados por otros empleados burocráticos

*Fuente: McKinlay y Stoeckle, 1987, pág. 81.*

Figura 9: tomada de Chaiklin y Leave comps. (1996, p. 107)

En la actualidad organismos como la OMS (Organización Mundial de la Salud) han tratado de introducir en los conceptos teóricos de salud-enfermedad la comprensión no solo de los aspectos de la biología corporal, sino también los elementos bajo los

cuales se interpreta la experiencia de enfermar, por su parte las instituciones de salud pública y privada han integrado a la economía de sus servicios las áreas de Psiquiatría, Psicología y Servicio Social en sus diferentes niveles de atención (Faberman, 2010; López *et al.*, 2010; Soto *et al.*, 2011; Zas, 2011)

Ellos sirven de enlace entre el cuerpo médico y el paciente, teniendo un campo abierto para la observación y atención de los aspectos vitales que giran alrededor del mismo, pero que dentro de la estructura institucional sus esfuerzos están orientados a la misión primordial de facilitar la intervención médica buscando la adecuación de las conductas que permitan el manejo adaptado del paciente a los ritmos del hospital.

El ejercicio de la psicoterapia de apoyo en el contexto del hospital, está marcado pues por los ritmos del mismo en él, el terapeuta se encuentra inmerso en un discurso médico donde es valorado en tanto su controlador del síntoma y su propia adecuación a la estructura organizativa hospitalaria (prácticas, lenguaje, tiempos, volúmenes de atención).

Derivado de los altos volúmenes de pacientes, es observable que, así como no hay suficientes médicos para la atención de esta creciente demanda, la estructura del departamento de Psiquiatría del cual depende el ejercicio terapéutico tanto de Psiquiatras como de Psicólogos tampoco es suficiente, generando que estas intervenciones estén orientadas mayormente a aquellos pacientes de trato difícil, Faberman (2010) hace referencia sobre que la interconsulta está dirigida a encarar una problemática particular detectada en el ámbito médico, orientada por la clasificación “buen paciente” o “paciente problemático”.

Teniendo como métrica de esta clasificación el grado en que el individuo se conduce frente al aparato institucional y sus prácticas, a menores resistencias y mayor docilidad es calificado como “buen paciente.”

EJEMPLO CASO “F”

Paciente Masculino de 51 años de edad, de ocupación artesano, separado con dos hijos, padres vivos sin datos de ocupación, diagnóstico médico TBP grado III y neoplasia de pulmón izquierdo, desnutrición crónica del tórax.

Es referido al departamento de psiquiatría tras haber tenido enfrentamientos con el personal de admisión, de enfermería y con su médico tratante, ha sufrido varios internamientos desde hace 28 años, siendo este su cuarto internamiento, a lo largo de 9 sesiones de interacción con él se pudo observar en su narrativa una canalización de su agresión sobre todo a través de la escritura y el dibujo.

#### 1ª Interacción

Motivo Médico: Paciente Sarcástico y agresivo.

F se muestra inquieto, pero cooperativo

F. dice estar en desacuerdo con el personal del instituto.

F. dice haber tenido una discusión con el personal de recepción por ser unos incompetentes y por maltrato hacia su persona.

F. dice haber discutido con la enfermera que le tomó muestras de sangre porque lo inyectó mal.

F. muestra un derrame formado en el brazo derecho.

F dice haber visto su tabla de control.

F. dice haberse molestado porque la enfermera le puso “paciente agresivo”.

F. Le comenta este suceso al doctor y discute con él.

Sobre esta interacción puede apreciarse una disonancia sobre el motivo de consulta el calificativo “paciente agresivo” no es aceptado por el paciente desencadenando un recrudecimiento de la conducta y su justificación con la evidencia del derrame formado en el brazo.

Una de las dificultades a las que se enfrenta la práctica psicoterapéutica ésta referida al abordaje del paciente, donde la generación del vínculo terapéutico debe

establecerse fuera de algunos de los elementos terapéuticos básicos, como son un espacio privado, y una solicitud de atención que en este caso es derivada de una necesidad diferente (la del médico).

Pese a ello cuando el terapeuta consigue establecer este vínculo con el paciente, perdura aun sin tener encuentros, pactados o prolongados.

## 2ª Interacción

En esta interacción se trabajó con F la construcción de un familiograma, esto le permitió abundar sobre eventos pasados y presentes e ir atribuyendo sentimientos y valoraciones hacia los miembros de su familia y hacia sí mismo, pese a la resistencia inicial a compartir sus experiencias, termino compartiendo muchos más detalles de su mundo familiar.

M. Saludó a F y le digo que cómo se ha sentido.

F. Dice que igual.

F. Dice que ya ha estado en tratamiento psicoanalítico pero que lo dejó porque no tenía dinero para pagarlo.

F. Dice que en el Hospital Fray Bernardino le dijeron que tenía una maníaco depresión, que estuvo como año y medio internado.

M. Le pregunto por su familia.

F. responde que no quiere hablar con ellos, que ellos tienen su vida y él la suya, que no los llamen pues no desea verlos.

F. dice que hace tiempo se separó de su mujer y que tiene dos hijos con ella.

M. le pregunto ¿Por qué se separó?

F. no responde.

.

.

F.- ¡Mis hermanos son unos cabrones y yo... pues ya para que les cuento! No acabaría nunca-

F. ¡Quién sabe de dónde venga esto, el chiste es que nadie tiene la culpa es de más allá de mis abuelos!

F. dice que con el único que se lleva bien es con su hermano gemelo que es profesor de escuela.

F. dice que ha llegado a vivir con él en dos ocasiones pero que no le gusta dar molestias con su presencia.

M. Le digo F que ya es hora de retirarme, que regresaré mañana nuevamente y le doy las gracias por compartir todo eso conmigo.

F. dice que está bien y asiente con la cabeza.

Para la novena sesión F realiza un largo escrito donde canaliza toda la agresión y los sentimientos que tiene respecto al historial de sus cuatro internamientos, pasando por la primera emisión de su diagnóstico y sus vivencias en el hospital, es de notar que el escrito lo realiza en un formato institucionalizado denominado "Sugerencias, quejas y denuncias" (Ver apéndice), y que no es sino hasta esta sesión que toca de manera clara y a través de la escritura su situación de enfermedad y las emociones ligadas a ella.

Previo a ella en un dibujo de la figura humana sobre el cual escribe respecto a la perspectiva que tiene a futuro.

hoy tiene 51 añ. ha vivido  
muchas cosas, posiblemente  
viva ya poco, pero lo  
fue lo necesario x a  
aprender mucho, como  
es mucha gente q  
quiso a mucha gente  
ya es tiempo q dije  
el lugar a tron...

Concluye el escrito con la siguiente narrativa.

-Espero me disculpen lo extenso de mis sugerencias y quejas, creo que es necesario para mejorar el servicio del INER y si queremos cambiar un poco el servicio médico del país, así como mejorar un poco, dentro de lo posible, la situación del País en que vivimos.

Si deseamos mejorar en lo PSICOLOGIO, BIOLÓGICO Y SOCIAL.

Denunciar no es chismosear

Sugerir no es imponer

Decir la verdad no es ser mal agradecido- (Sic pac)

Desde una perspectiva terapéutica, ha podido vehiculizar de manera catártica su experiencia del hospital, pero también lo ha hecho ahora de manera que pueda ser escuchado, como una necesidad que se mantenía presente desde la primera intervención.

Respecto a la resignificación se puede visualizar en su última frase como un reconocimiento a los servicios que ha recibido y que buscan ubicarlo no ya como un “paciente agresivo” sino como quien quiere ser escuchado en “su verdad” en la vivencia de 28 años de cursar con su enfermedad.

Actualmente el crecimiento de pacientes crónicos en las poblaciones industrializadas está alcanzado niveles cada vez más alarmantes, generando una alta demanda en los servicios de salud para una población cuya perspectiva de vida se percibe acortada desde la develación de su diagnóstico.

Por otra parte factores como la reincidencia en las hospitalizaciones, el grado de las afectaciones, el dolor físico, las creencias religiosas, la concepción sobre la muerte, el apoyo social y familiar, la economía, y la historia personal, entre otros, influyen notablemente en la forma que estos pacientes tienden a enfrentar y significar su enfermedad (Faberman, 2010; Burgos y Paravic, 2003, Barra; González, Tinoco y Bahumea, 2011), constituyéndose así en una situación compleja de abordar, ya que apuntan a las nuevas formas de vivir las enfermedades y el proceso de morir.

Las aportaciones que la psicoterapia de apoyo puede brindar a los pacientes en la comprensión de la enfermedad radican no solo en su utilidad como una herramienta de adaptación y contención, sino en la posibilidad de hilar estas vivencias y dar un espacio de continuidad a través del acompañamiento que el terapeuta puede hacer durante su contacto con él, las historias que cuenta el paciente acerca de su enfermedad y de su vida en general le permiten exponer y vehicular sus preocupaciones, sus emociones y sus expectativas a través de una narrativa donde el terapeuta y el paciente construyen de manera conjunta nuevas vías de entendimiento poniendo al paciente como persona y en relación con otro que le deja ver su grado de humanidad y no como una cosa entre las cosas, con sus posibilidades de ser aún ante la muerte (Heiddeger, 1967).

## EJEMPLO CASO "I"

Paciente Femenino de 27 años de edad, de ocupación costurera, separada con un hijo, diagnóstico médico TB Activa, anemia, desnutrición grado III, Hemoptisis secundaria.

Es referida al departamento de Psiquiatría por su poca cooperación al tratamiento, a descartar depresión profunda, no come, no duerme, llora todo el tiempo.

Con "I" se tuvieron 3 sesiones en las cuales se trabajó con familiograma, frases incompletas de Sacks y Machoover y Casa árbol, persona.

### 1ª sesión

I menciona que su madre murió cuando tenía 3 años y que a partir de ahí vivió con su abuela hasta los 12 años de edad que tuvo 6 hermanos.

### 2ª sesión

Se realiza el test de Frases incompletas de Sacks durante el cual va haciendo acotaciones en las preguntas a las que atribuye un mayor peso emocional, y puede construir posibilidades de verse a futuro en circunstancias diferentes, metas u objetivos que le gustaría cumplir al mismo tiempo que parte de su situación actual y le permite reconocer cómo se siente en el presente.

I. Respecto a la frase "Mi ambición secreta en la vida"... Triunfar, ser alguien para no sentirme así.

M. ¿Cómo te sientes?

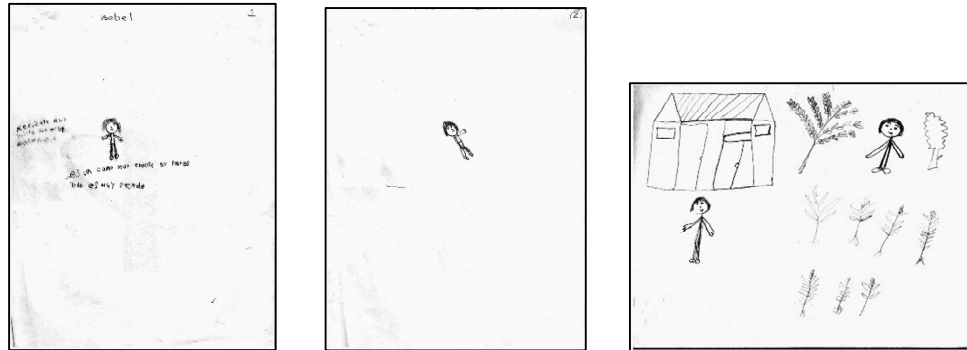
I. Insignificante

I. Respecto a la frase "Mi experiencia infantil más recordada"... Mi padre me dejó con la cuñada de la mujer que tenía, me bañaba con agua fría y me dormía en una cama de madera y una cobija, y me ponían a juntar frijol en pleno calor, me salían granos en la cabeza, me fui con mi abuelita.

I. Recuerdo cuando mi hermano se murió de hinchado, comía tierra, me trató bien, (yo creo que no les dolió), me acuerdo que yo gritaba que sentía frío.



En cuanto a los dibujos generados antes y después de las intervenciones terapéuticas se pueden apreciar un cambio significativo en la forma de expresarse sobre las dimensiones del papel y los elementos que incluye.



La psicoterapia de apoyo en el contexto hospitalario brinda la posibilidad de re-describirse siendo él mismo en diferente circunstancia, la posibilidad de designarse a sí mismo como autor de sus acciones, de sus pensamientos, y de sus deseos, y por qué no, de sus decisiones en tanto la asunción de la dimensión temporal de su naturaleza humana.

Paul Ricoeur (1996 p. 111) menciona que la continuidad ininterrumpida entre el primero y el último estadio de lo que consideramos el mismo individuo es el que prevalece a lo largo del crecimiento, “así decimos de un árbol que es lo mismo desde bellota hasta el árbol totalmente desarrollado”

La psicoterapia de apoyo en el contexto hospitalario, se ejerce desde una perspectiva de la emergencia, de la inmediatez y de la finitud, debido al medio donde se desarrolla, la práctica ortodoxa de cualquiera de las corrientes psicoterapéuticas es una tarea casi imposible, sin embargo los elementos que le brindan estructura están cimentados en la relación y el vínculo terapéutico, en la empatía, la vehiculización de la catarsis, el acompañamiento y la escucha, que pueden contribuir a la disminución de la ansiedad, el manejo del dolor y del estrés generado por los síntomas físicos, que una vez bajo control pueden redundar en una mejor disposición para la reflexión e introspección, donde el paciente pueda elaborar desde su historia en el “antes” y el “después” y asumir esta nueva imagen del hoy

como parte de sí mismo sanando la fragmentariedad, y apuntando a nuevas formas en su relación con el mundo y como lo diría Heidegger (1976) lo que le cabe esperar.

El terapeuta en el medio hospitalario debe saberse en un ejercicio distinto del ejercicio médico, sin esta precaución puede correr el riesgo de cerrar este espacio de significado y convertirse solo en un contenedor de conductas, perdiéndose la riqueza de éste ejercicio.

Gergen menciona a propósito de la psicoterapia en general que “El terapeuta y el consultante forman una relación que brinda recursos a ambos y en términos de la cual se pueden labrar los contornos del futuro” (2007 p.198), donde el énfasis debe estar puesto en la relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta que pueda habilitar eficazmente al primero a formar nuevos cursos de acción más satisfactorios para él mismo y sus relaciones, ser un yo ante el otro, en buscar la generación de significado a través del diálogo, en el restablecimiento de un contexto que facilite el surgimiento de nuevas interpretaciones, “un espacio donde los consultantes tengan la experiencia de ser escuchados, comprendidos en su punto de vista y sus sentimientos, y de sentirse confirmados y aceptados” (Gergen, 2007 p. 207)

A modo de conclusión podemos decir que la Psicoterapia de Apoyo en el contexto hospitalario ofrece un espacio abierto para la resignificación de los pacientes con enfermedades crónicas y agudas debido a sus posibilidades de vehiculización de las narrativas de vida que estos pacientes tienen en relación con su proceso de enfermar.

Que existe un campo amplio de sus posibilidades aún no explorado o compartido por quienes ejercen la psicoterapia en los hospitales.

Que un aspecto fundamental para quienes deciden realizar estas intervenciones en el medio hospitalario, es la oportunidad de confrontarse con sus propias posibilidades de “ser ante los otros” (sus pacientes).

*“Cuando me duermo, necesito saber que quien despertará mañana bajo mis cobijas y dentro de mi ropa de dormir seré yo. Que reconoceré mi cuarto, reconoceré a mis padres y al mirarme en el espejo me reconoceré a mí mismo.*

*Eso se llama continuidad y la continuidad es una línea.*

*Una línea entre el que fui antier y el que fui ayer y el que soy ahora y el que seré mañana.*

*Así:*



*Ricardo el de antier Ricardo el de ayer Ricardo el de hoy Ricardo el de mañana*

Chávez (2014)

## APÉNDICES

Historia Clínica F

**Datos Generales:** Paciente Masculino de 51 años de edad, de ocupación artesano, separado con dos hijos, padres vivos sin datos de ocupación, diagnóstico médico TBP grado III y neoplasia de pulmón izquierdo, desnutrición crónica del tórax.

**Datos Heredofamiliares:** hermana muerta por evento cerebral vascular, tía paterna y prima hermana muertas por cáncer óseo, abuela y tío maternos vivo con diabetes, hermana viva con hipertensión arterial.

**Motivo de interconsulta:** a petición del personal médico y del pabellón 2 de internamiento, lo refieren como un paciente agresivo, ya que tuvo enfrentamientos con el personal de admisión, de enfermería y médico tratante.

Datos del expediente médico: Paciente con varios internamientos desde hace 28 años, siendo este el cuarto, relaciones sexuales con más de 50 personas sin protección, entre ellas 3 de tipo homosexual (se descarta SIDA a través de test de Elisa).

### Primera Interacción con FOY 21 de octubre 97

**Interactuantes:** Foy (F), Psiquiatra titular (PT), Psiquiatra RIII (RIII), Psicólogos Servicio Social (PSS), Personal de Enfermería (PE).

-Llegamos a la estación de enfermeras.

PT pregunta por F.

PE indican que está en su cama.

PE. Dicen que es un tipo sarcástico y agresivo.

-Foy se muestra inquieto, pero cooperativo

F. Dice estar en desacuerdo con el personal del instituto.

F. Dice haber tenido una discusión con el personal de recepción por ser unos incompetentes y por maltrato hacia su persona.

F. Dice haber discutido con la enfermera que le tomó muestras de sangre porque lo inyectó mal.

F. Muestra un derrame formado en el brazo derecho.

F Dice haber visto su tabla de control.

F. Dice haberse molestado porque la enfermera le puso “paciente agresivo”.

F. Le comenta este suceso al doctor y discute con él.

F. Dice que hace 28 años estuvo internado en este hospital.

F. Dice que los médicos le dieron un diagnóstico equivocado que no saben hacer su trabajo.

F. Dice que por eso el estudia respecto a su enfermedad.

F. Dice que a él no lo pueden hacer tonto ya que él estudio hasta tercer semestre de medicina.

F. Dice que también estudio hasta tercer semestre de Diseño Gráfico.

F. Dice que estudio 2 semestres de Antropología.

Observaciones: conforme va brindando la información se muestra más excitado.

PT. Pregunta a F ¿a qué se dedica?

F. Dice es artesano. Pinta y hace artesanías y las vende en Coyoacán.

F. Dice que vive con unos amigos.

PT. Pregunta por su familia.

F. Dice no quiere hablar de ellos, no quiere que los llamen y que no desea verlos.

PT. Pregunta ¿quién lo visita?

F. Responde solo un amigo, pero no frecuentemente.

PT. Pregunta si ha consumido drogas de algún tipo.

F. Dice que no debido a su estado de salud.

F. Dice que maneja solventes pero que no le causan ningún placer, que cuando menos se da cuenta ya está bien “elevado”.

F. Menciona haber estado internado en el Hospital Fray Bernardino hace aproximadamente dos años y que le recetaron de por vida Rivotril, que ha dejado de consumirlo debido a su internamiento.

PSS. F realizó un calendario del mes de octubre en un papel de estraza.

F. dice que es para no perder la cuenta del tiempo.

PT. indica a Foy lo seguiremos visitando y se despide.

-Nos despedimos todos y caminamos tras pt hacia la estación de enfermeras.

-Ya en la estación de enfermeras.

PT. Dice a PSS que escriba.

PT. Paciente orientado en lugar espacio tiempo, cooperativo a la entrevista con algunas estereotipias en los movimientos de las manos, lenguaje fluido y lógicamente estructurado.

-PT asigna el caso a PSS(Yo) bajo la supervisión de un RIII

### **Segunda Interacción con FOY-PSS (M) 24 de octubre 97**

-Esta sesión fue preparada con la intención de saber más sobre él, la construcción de un familiograma sirvió de apoyo (pre-texto) para poder acercarnos (el paciente y yo), la sesión se llevó a cabo en su mismo pabellón el sentado en su cama y yo de pie ya que no se cuenta con sillas ni ningún otro tipo de butaca, también es pertinente mencionar que todas las sesiones fueron escuchadas por sus compañeros de habitación, sin embargo conforme transcurrieron las sesiones pareciera que se creaba una atmósfera hermética donde se difuminaban todos los demás elementos del ambiente (enfermeras, pacientes, ruidos, olores, etc.)

-Saludo a F y le digo que cómo se ha sentido.

F. Dice que igual.

F. Dice que ya ha estado en tratamiento psicoanalítico pero que lo dejó porque no tenía dinero para pagarlo.

F. Dice que en el Hospital Fray Benardino le dijeron que tenía una maníaco depresión, que estuvo como año y medio internado.

M. Le pregunto por su familia.

F. Responde que no quiere hablar con ellos, que ellos tienen su vida y él la suya, que no los llamen pues no desea verlos.

F. Dice que hace tiempo se separó de su mujer y que tiene dos hijos con ella.

M. Le pregunto ¿Por qué se separó?

F. No responde.

M. Le pregunto si sabe algo sobre su nacimiento.

F. Menciona que las condiciones del parto fueron difíciles, que el embarazo de su madre fue de 8 meses.

F. Explica que no podía ser de otra manera porque eran dos.

F. Dice que fue el segundo en nacer; que como no lo esperaban tuvieron que sacarlo con fórceps,

F. Dice que tuvo que soportar doble anestesia, la de su hermano y la de él.

F. El 8 de diciembre fuimos concebidos, deberíamos haber nacido el 8 de septiembre, pero nacimos el 8 de agosto-

F. Dice que el 30 de mayo es su santo y también el de su hermano, que sus nombres empiezan ambos con F, que eso es realmente una coincidencia.

F. Dice que los padres siempre mienten respecto a que a todos los hijos los quieren de la misma manera.

F.-Mi madre y mi padre tenían sus favoritos-

F. Menciona tener problemas con los dos hermanos que le anteceden y con su hermana menor.

F.-Los tres se creen lo mejor del mundo sin saber que no valen nada-

F. Menciona que alguna vez agredió a su hermano mayor, que tenía ganas de matarlo, que no lo hizo porque lo detuvieron.

F. Ahora que lo pienso mejor no puedo mancharme las manos con alguien que no vale la pena

F. Dice que esto le causaría muchos problemas con la justicia.

F. Dice que su hermana que le sigue a la mayor fue como su madre, que ella lo cuidó cuando su madre se fue a Mexicali con su Papá.

-F. Se queda pensando unos instantes.

F. ¡Toda mi familia es un desmadre y una bola de cabrones!

F. Dice que son el producto de su organización familiar.

F. Mi hermana la mayor tiene 5 hijos, todos de diferente padre.

F. Mi hermana la segunda es “señorita”

-ríe

F. Nunca se casó ni tuvo hijos.

F. La tercera es viuda.

F. ¡Mis hermanos son unos cabrones y yo... pues ya para que les cuento! No acabaría nunca-

F. ¡Quién sabe de dónde venga esto, el chiste es que nadie tiene la culpa es de más allá de mis abuelos!

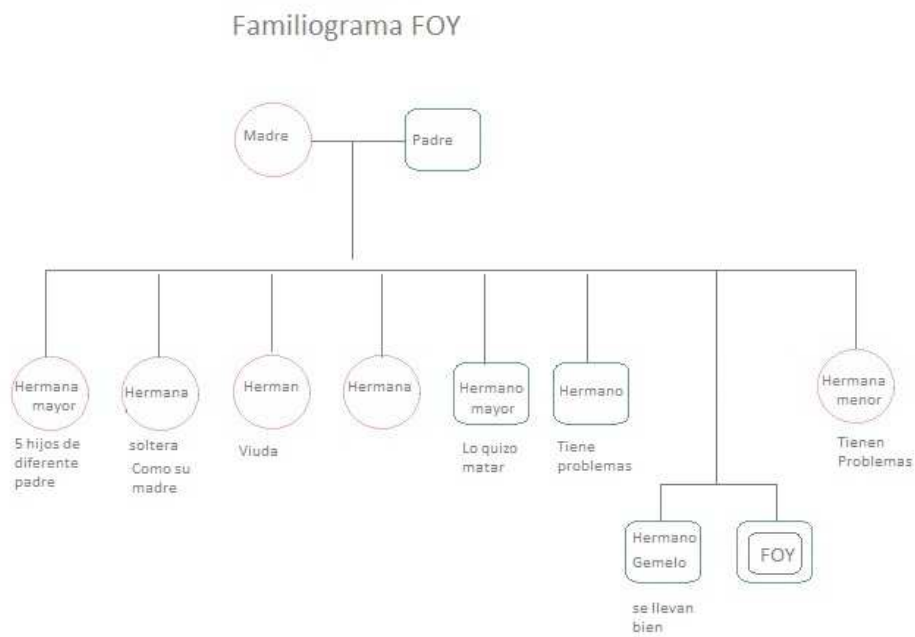
F. Dice que con el único que se lleva bien es con su hermano gemelo que es profesor de escuela.



F. Dice que ha llegado a vivir con él en dos ocasiones pero que no le gusta dar molestias con su presencia.

M. Le digo F que ya es hora de retirarme, que regresaré mañana nuevamente y le doy las gracias por compartir todo eso conmigo.

F. Dice que está bien y asiente con la cabeza.



### **Tercera Interacción con FOY-PSS (M) 2 8 de octubre 97**

-En esta fecha solo hable brevemente con FOY.

F. Comenta que quería leer “algo” que si podía conseguirle” algo” sobre Sor Juana o bien sobre Van Gogh

F. Me pregunta si he leído las cartas a Théo, que él se sentía muy identificado con él por todo lo que vivió.

M. Le digo que no, pero que sí he leído sobre Van Gogh.

F. Me dice que si le puedo obsequiar algunas hojas en blanco para poder escribir “algo”.

M. Le digo que sí y le doy algunas hojas que traía conmigo, y me despido de él.

### **Cuarta Interacción con FOY-PSS (M) 29 de octubre 97**

-Antes de visitar a FOY consulte su historia en la estación de enfermeras, para ver si había mejora de su estado físico, las enfermeras me comentas que ya está más tranquilo, su médico tratante me dice que lo mejor es que ya se fuera.

-Al entrar al pabellón sonrío y me alarga a la mano una hoja de papel con un dibujo.

F. Haber.... ¿Qué encuentra usted en él?

-Observo el papel y casi de inmediato me comienza a describir el dibujo.

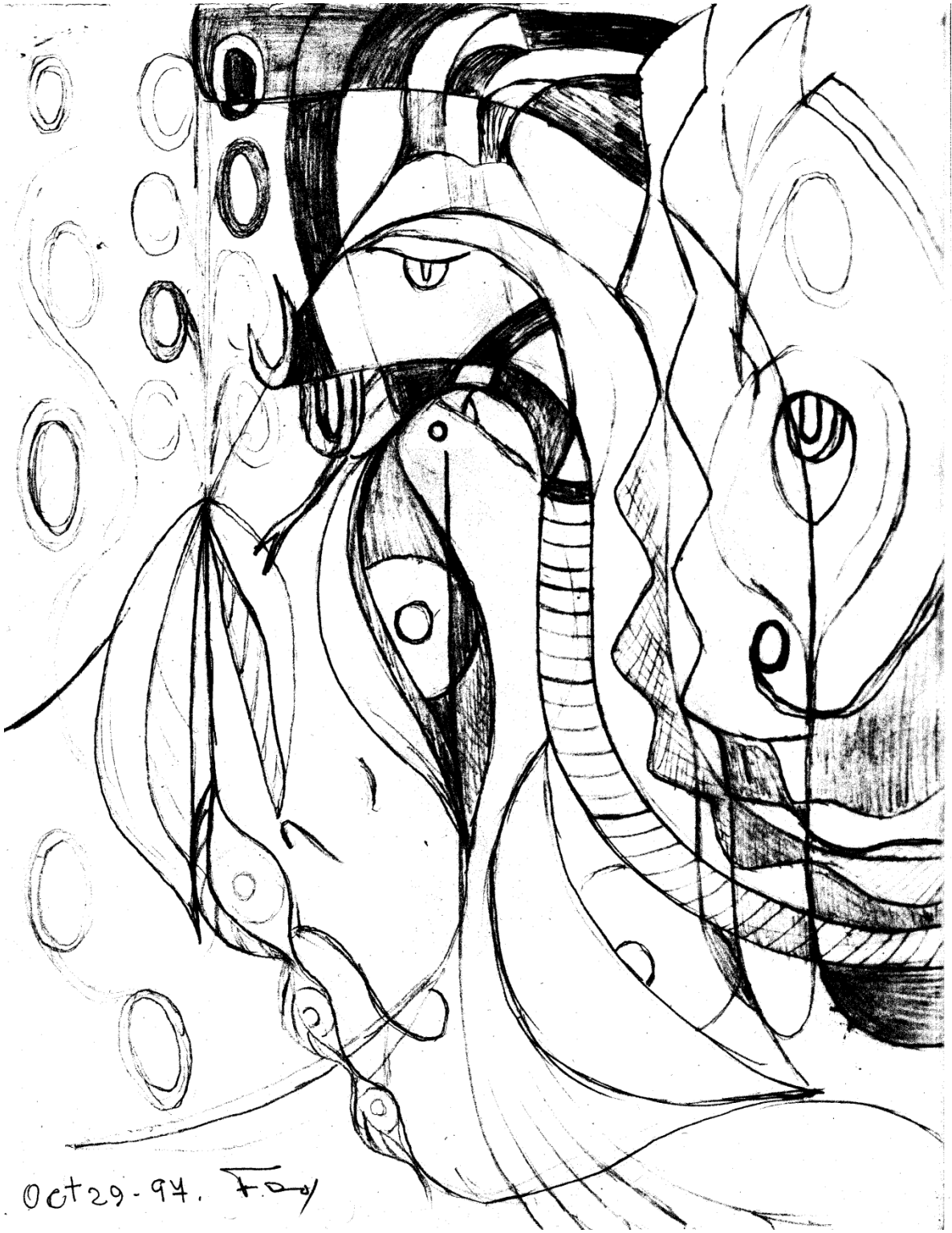
F. Los colmillos de la serpiente han tenido que unirse para convertirse en el ojo de un perfil femenino.

M. ¿Qué significan para usted los ojos?

F. No sé pero me gustan tanto como en un tiempo me gusto dibujar desnudos.

-De esta sesión no tengo datos de nuestra conversación ni de cómo concluyó.

- aquí abajo e



Oct 29 - 94. Fay

### **Quinta Interacción con FOY-PSS (M) 30 de octubre 97**

-En esta ocasión tuve que aplicarle dos pruebas proyectivas, el test de la Figura Humana de Machoover y el de Frases incompletas de Sack, esto a solicitud del RIII que me supervisaba con este paciente.

M. saludo a F y le digo que en esta ocasión aplicaremos algunas pruebas.

F. Dice que no hay problema.

M. Le doy la instrucción de que dibuje una figura humana completa.

F. Ríe a carcajadas y dice que ya ha realizado antes esta prueba, se contiene y dice que los dibujos no le salen cuando alguien le pide que los haga.

M. Le respondo que no importa que no sean perfectos solo que sea una figura humana completa.

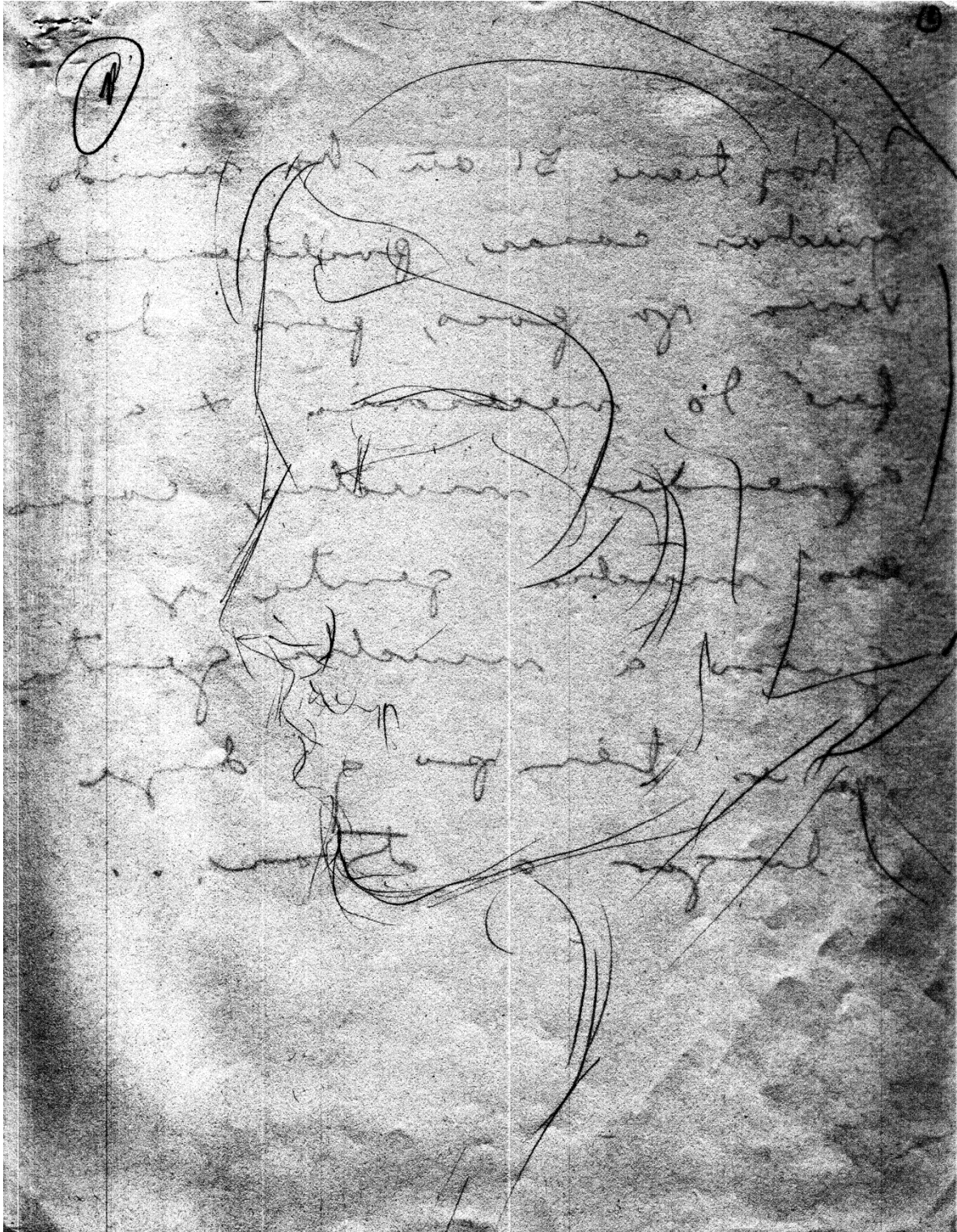
M. Me siento desconcertada pero sigo con administración de la prueba.

-F. Empieza a dibujar pero no le gusta y me pide otra hoja dejando la anterior sobre la cama.



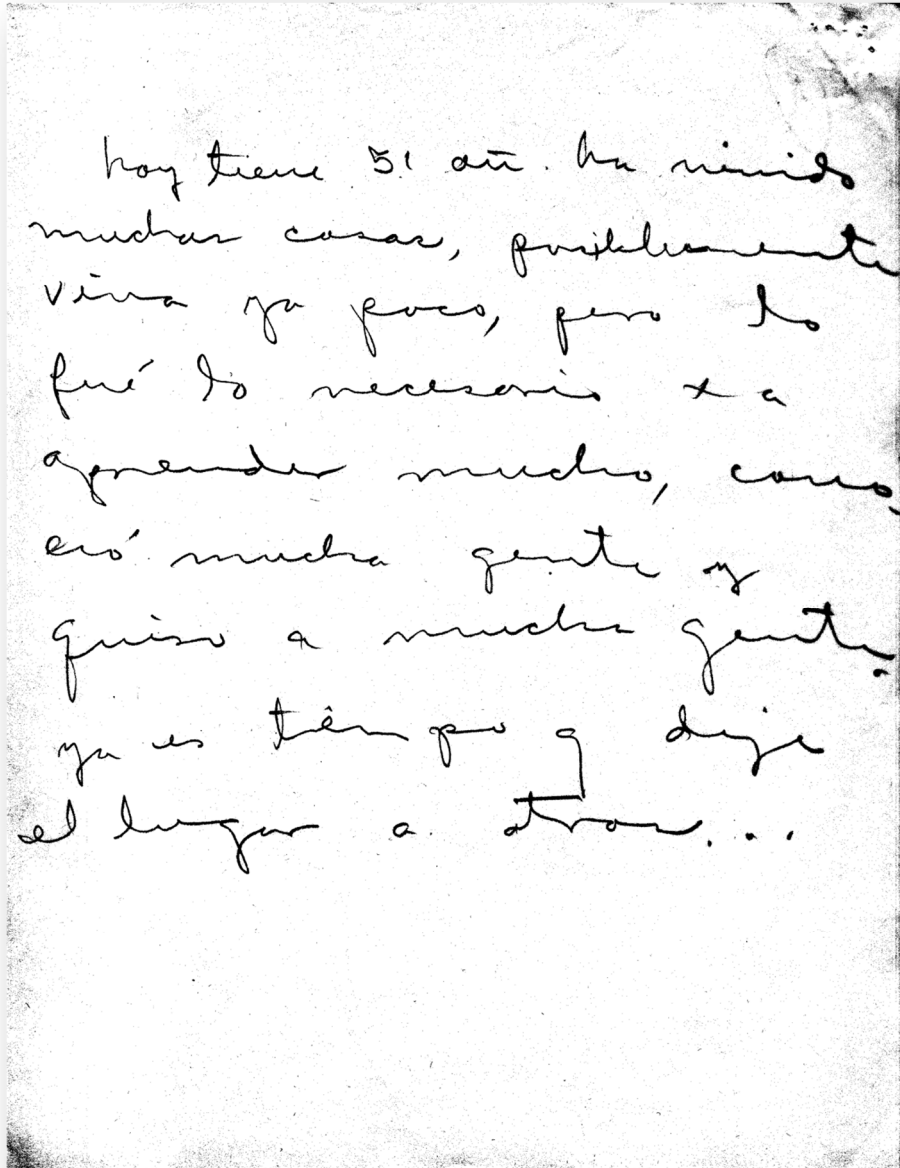
-F Comienza a dibujar nuevamente, un rostro de perfil que abarca toda la hoja.

F. Dice "este soy yo", mientras dibuja.



M. Le pido que escriba una historia de la persona que dibujo.

-Escribe al reverso de la figura masculina lo siguiente.

A photograph of a piece of paper with handwritten text in Spanish. The text is written in a cursive script and reads: "Hoy tiene 51 años. ha vivido muchas cosas, posiblemente viva ya poco, pero lo fue lo necesario para aprender mucho, conoció mucha gente y quiso a mucha gente. ya es tiempo pa que deje el lugar a otros..."

Hoy tiene 51 años. ha vivido muchas cosas, posiblemente viva ya poco, pero lo fue lo necesario para aprender mucho, conoció mucha gente y quiso a mucha gente. ya es tiempo pa que deje el lugar a otros...

***Hoy tiene 51 años ha vivido muchas cosas, posiblemente viva ya poco, pero lo fue lo necesario para aprender mucho, conoció mucha gente y quiso a mucha gente.***

***Ya es tiempo pa que deje el lugar a otros...***

-F. Me da las hojas las reviso rápidamente y las acomodo en una tabla que me han dado para poder apoyarme y le doy las gracias.

-Saco las copias de la prueba de frases incompletas y se la doy, le indico que conteste lo primero que se le ocurra, que no lo piense mucho.

-F Observa la prueba con atención.

F. Esta no la conocía.

-El mismo tiempo que responde la prueba va haciendo comentarios sueltos o responde en voz alta.

F. Para mí no hay superiores.

F. Los superiores me dan risa,

F. Yo no tengo superiores.

F. Me gusta la perfección.

F. Me arrepiento de haber estudiado tanto, no era necesario.

F. A mi madre la quiero de una forma como madre....

F. Pero es mi madre...

F. Mi experiencia infantil más recordada.....

F. Muchas

-F empieza a llorar.

F. No puedo decirlo

-Sigue llorando

M. ¿Por qué no lo escribes hasta abajo de la hoja?

-pienso que es importante que lo diga.

-F escribe entre lágrimas y con esfuerzo, se muerde el labio inferior, y se pasa el antebrazo por la nariz.



-Yo le ofrezco un pedazo de papel para que seque las lágrimas.

F. Mi madre me abandonó cuando más la necesitaba...

F. Me dejó por irse con ese cabrón, tenía como 5 años.

F. Me dejó con mi hermana y mi abuela, ¡Una pinche vieja que no me quería!

F. Mi padre siempre nos tuvo en la miseria.

F. Yo siempre fui el más jodido, el más flaco, el más enfermizo...

F. No quiero volver a verlos.

-F lucha por contener el llanto pero no puede.

F. Por favor la próxima vez que trabajemos hagámoslo en otro sitio, no me gusta dar espectáculos a los compañeros.

-Sigue contestando el cuestionario, va bajando la tensión de su rostro poco a poco y también el llanto.

Al término de la sesión y se muestra amable y muy tranquilo le doy las gracias por compartir eso conmigo y me despido diciéndole que seguiremos trabajando juntos.

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
SECCION DE PSICOLOGIA CLINICA

TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS (SCT)

T. Inic. \_\_\_\_\_ T. Tera. \_\_\_\_\_

Iniciales FHA Sexo: M Edad: 51 Fecha: 30/oct/97 No. Exp. \_\_\_\_\_

Escolaridad: Nivel Superior Trunca Grupo: \_\_\_\_\_

- 1.- Siento que mi padre rara vez estubo con orgullo
- 2.- Cuando la suerte está en mi contra me da mala
- 3.- Siempre he querido que sea todo mejor
- 4.- Si estuviera encargado de un hospital
- 5.- El futuro me parece incierto
- 6.- Las personas que son mis superiores no tienen nada de superiores
- 7.- Sé que es una tontería pero tengo miedo de muir
- 8.- Siento que un verdadero amigo te entiende
- 9.- Cuando era niño era solitario
- 10.- Mi idea de una mujer/hombre perfecta (o) no se
- 11.- Cuando veo a una mujer y un hombre juntos los envidio
- 12.- Comparada con la mayoría de las familias la mía diferente
- 13.- En el trabajo me llevo bien con todos
- 14.- Mi madre fue buena madre
- 15.- Daría cualquier cosa por olvidar la vez que yo estube en
- 16.- Si mi padre solamente fuera padre
- 17.- Creo que tengo habilidad para hacer muchas cosas
- 18.- Sería completamente feliz si estubiera con ella
- 19.- Si la gente trabaja (o trabajara) bajo mis órdenes q. digo
- 20.- Busco no se q busco, la perfección no existe

2

- 21.- En la escuela mis maestros eran buenas
- 22.- La mayoría de mis amigos no saben que yo tengo miedo de Monit
- 23.- No me gusta la gente que es nueva
- 24.- Antes cuando era más joven era muy activo
- 25.- Pienso que la mayoría de las muchachas (os) son hermosas
- 26.- Mi concepto del matrimonio es la felicidad
- 27.- Mi familia me trata como pendejo
- 28.- Las personas con quien (trabajo/estudio) son buenos rollos
- 29.- Mi madre y yo nos llevamos bien
- 30.- Mi peor equivocación fué estudiar
- 31.- Deseo que mi padre viva muchos
- 32.- Mi mayor debilidad es se
- 33.- Mi ambición secreta en la vida el matrimonio
- 34.- La gente que trabaja (o trabajara) bajo mis órdenes se burlaría
- 35.- Algún día yo seré grande
- 36.- Cuando veo venir a mi maestro me alegro
- 37.- Me gustaría perder el miedo a vivir
- 38.- La gente que más me gusta es nueva
- 39.- Si fuera joven (o niño) otra vez no estudiaría
- 40.- Creo que la mayoría de las mujeres/hombres son iguales
- 41.- Si yo hubiera tenido relaciones sexuales con quien?
- 42.- La mayoría de las familias que conozco son complacidas
- 43.- Me gustaría trabajar con personas que me entendieran
- 44.- Pienso que la mayoría de las madres son tontas
- 45.- Cuando era pequeño me sentía culpable de no se
- 46.- Pienso que mi padre es cumplido, honesto, responsable

M. Le pido que dibuje ahora una persona completa del sexo opuesto.

-F Dibuja ahora un perfil femenino que al igual que el anterior abarca casi toda la hoja.



3

- 47.- Cuando las circunstancias me son adversas me enoja
- 48.- Al dar órdenes a otros soy muy exigente
- 49.- Lo que más deseo en la vida es mejorar
- 50.- Cuando sea grande de edad estré más viejo
- 51.- La gente que yo creo mis superiores me dan risa
- 52.- A veces mis temores me impulsan a movi
- 53.- Cuando no estoy presente mis amigos hablan, hablan
- 54.- Mi experiencia infantil más recordada muchas
- 55.- Lo que menos me gusta de las mujeres/hombres q sean humanas
- 56.- Mi vida sexual es un desorden
- 57.- Cuando era niño mi familia me quería
- 58.- La gente que trabaja conmigo generalmente no cooperan  
propio trabajos solo
- 59.- Me gusta mi madre pero es mi madre
- 60.- La peor cosa que he hecho en mi vida vivir

OBSERVACIONES

cuando se fue mi madre me que-  
de solo, mi abuelita no me quería,  
fui un rompeniento, en fin  
eso ya pasó,

-A continuación la transcripción del test de Frases incompletas de Sacks y las respuestas de FOY.

- 1.-Siento que mi padre rara vez estuvo conmigo.
- 2.-Cuando la suerte esta en mi contra me da risa.
- 3.-Siempre he querido que sea todo mejor.
- 4.-Si estuviera encargado de un hospital.
- 5.-El futuro me parece incierto.
- 6.-Las personas que son mis superiores no tengo superiores, me dan risa.
- 7.-Se que es una tontería pero tengo miedo de morir.
- 8.-Siento que un verdadero amigo te entiende.
- 9.-Cuando era niño era solitario.
- 10.- Mi idea de una mujer/hombre perfecta (o) no sé.
- 11.-Cuando veo a una mujer y a un hombre juntos los envidio.
- 12.- Comparada con la mayoría de las familias la mía diferente.
- 13.- En el trabajo me llevo bien con todos.
- 14.- Mi madre fue buena madre.
- 15.- Daría cualquier cosa por olvidar la vez que yo estuve en la escuela.
- 16.- si mi padre solamente fuera padre.
- 17.- Creo que tengo habilidad para hacer muchas cosas.
18. Sería completamente feliz si estuviera con ella.
- 19.- Si la gente trabaja (o trabajara) bajo mis órdenes que chinga.
- 20.-Busco no sé qué busco, la perfección no existe.

- 21.- En la escuela mis maestros eran buenos.
- 22.-La mayoría de mis amigos no saben que yo tengo miedo de morir.
- 23.-No me gusta la gente que es huevona.
- 24.-antes cuando era más joven era muy activo.
- 25.-Pienso que la mayoría de las muchachas (os) son hermosas.
- 26.- Mi concepto del matrimonio es la felicidad.
- 27.- Mi familia me trata como pendejo.
- 28.- Las personas con quien (trabajo/estudio) son buen rollo.
- 29.-Mi madre y yo nos llevamos bien.
- 30.-Mi peor equivocación fue estudiar.
- 31.- Deseo que mi padre viva mucho.
- 32.-Mi mayor debilidad no se
- 33.-Mi ambición secreta en la vida el anonimato
- 34.-La gente que trabaja (o trabajara) bajo mis órdenes se chingaría
- 35.-Algún día yo seré grande
- 36.-Cuando veo venir a mi maestro me alegro
- 37.-Me gustaría perder el miedo a vivir
- 38.-La gente que más me gusta es buena
- 39.- Si fuera Joven (o niño) otra vez no estudiaría
- 40.-Creo que la mayoría de las mujeres/hombres son amables
- 41.- Si yo hubiera tenido relaciones sexuales con quien?
- 42.-La mayoría de las familias que conozco son complicadas
- 43.-Me gustaría trabajar con personas que me entendieran

- 44.-Pienso que la mayoría de las madres son tontas
- 45.- Cuando era pequeño me sentía culpable de no se
- 46.- Pienso que mi padre es cumplido, honesto, respetable
- 47.- cuando las circunstancias me son adversas me enojo
- 48.-Al dar órdenes otros soy muy exigente
- 49.- lo que más deseo en la vida es mejorar
- 50.- Cuando sea grande de edad estaré más viejo
- 51.- La gente que yo creo mis superiores me dan risa
- 52.- A veces mis temores me impulsan a morir
- 53.- Cuando no estoy presente mis amigos hablan, hablan
- 54.- Mi experiencia infantil más recordada muchas
- 55.- Lo que menos me gusta de las mujeres/hombres que sean humanos
- 56.- Mi vida sexual es un desmadre
- 57.-Cuando era niño mi familia me quería
- 58.- La gente que trabaja conmigo generalmente no coopera prefiero trabajar solo
- 59.- Me gusta mi madre pero es mi madre
- 60.- La peor cosa que he hecho en mi vida vivir

#### Observaciones

Cuando se fue mi madre me quedé solo, mi abuelita no me quería, fue un rompimiento, en fin eso ya pasó.

#### **Sexta Interacción con FOY-PSS (M)-X 31 de octubre 97**

-Foy se encuentra dormido y no trabajamos.

#### **Séptima Interacción con FOY-PSS (M)X 3 de Noviembre 97**



-Foy se encuentra nuevamente dormido.

X-dice que toda la mañana le habían estado haciendo preguntas “los estudiantes”

### **Octava interacción con FOY-PSS(M)-X 4 de Noviembre 97**

X-dice que salió a dar una vuelta.

### **Novena interacción con FOY-PSS(M)-X 5 de Noviembre 97**

Foy me saluda.

F dice que no ha podido dormir bien durante las noches desde el fin de semana.

Extiende su mano y me da algunas hojas que contienen calaveras (versos de día de muertos) que dice realizó para el personal del hospital.

Las leo y se las devuelvo.

Me extiende otro escrito más largo, está realizado en una hoja de formato de “sugerencias quejas y denuncias” del hospital lo retira por un momento y dice – tal vez no deba verla porque dice cosas que no debería decir, tal vez no la entregue a la dirección.

Foy dice que me la presta de cualquier forma para que la lea y que después se la regrese.

Escribe en una hoja unas frases dice que son parte de un trabajo más grande que hizo hace mucho tiempo, que tal vez ese trabajo lo tenga su hermana, me da la hoja y dice que la conserve.

La siguiente es una transcripción de dicho texto anexo se escanea el original (se ha respetado la gramática y puntuación del original)

Nov 2 de 1997

6.5 a.m.

Son las 6.15 de la mañana, me encontraba en mi cuarto leyendo cuando la enfermera en turno (SAB 1º DOMINGO 2 Nov) de quien no sé su nombre, apagó

la luz que estaba ocupando sin antes tomarme en cuenta, la encendí y la sra la apagó alegando que molestaba a los pacientes del cuarto que ocupo. (los compañeros de las camas 226 y 227 estaban dormidos y en ningún momento les molestaba la luz como alegó la sra enfermera. Llegó molestándome al cuarto después de apagar la luz, además de mal educada, hipócrita y mentirosa, debería ocuparse de su trabajo si la sra enfermera quisiera de veras no molestar a los pacientes debería ser más responsable, tal vez no se da cuenta de que es más molesto para cualquier enfermo no poder dormir cuando se la pasan platicando entre ellas en voz alta con otras empleadas sobre lo que no han hecho y deberían cumplir.

Ojalá y recuerde la sra enfermera cuando ingresó al paciente de la cama 228 como lo trato cuando necesitaba de sus servicios.

Los compañeros de cuarto tenemos q ayudar a pasiente de la cama 228 por q las enfermeras no están presentes o simplemente no ollen o se hacen las sordas cuando algún enfermo las llama.

La sra enfermera ojalá y entró a mi cuarto a molestar, ya que no tenía por que venir, si yo (el enfermo que ocupa la cama 226) no me paré a encender nuevamente la luz.

Al pedirle que saliera me contestó que ella estaba donde quisiera porque estaba en su servicio.

CREO que ese personal no tiene derecho a molestar y a agredir a los enfermos cuando lo desee alegando “su preocupación por los pacientes”.

De bondadosa y educada no tiene nada como lo quiere aparentar y que no pida que se le trate con educación, si ella misma no la tiene.

Aunque han cambiado algunas cosas en este Hospital, todavía hay mucho q desear, en especial con el personal de enfermería yo tengo la experiencia de haber estado hospitalizado en este Instituto hace 26 años donde se me diagnosticó TBP sin haber datos que lo afirmaran (Baciloscopias, cultivos, placas de RX y este fue diagnóstico fué dado por el Dr. XXXX y según se aun trabaja en este Hospital; pueden constatar

lo que les menciono si localizan mi expediente (ingresé el 29 de Mayo de 1971) y después de haber estado hospitalizado 4 meses en este Hospital (hoy XXXX, antes Hospital XXXX) veo que no han cambiado mucho las cosas. Siguen diciendo mentiras, sigue el personal cubriéndose unos a otros, falseando los datos que aportan los enfermos, haciendo Historias clínicas falseadas y dando datos que no son verdaderos, posiblemente porque adivinan los pensamientos de los enfermos o porque les cuesta demasiado trabajo preguntar qué tratamiento le dieron o que estudios le hicieron.

Hace 4 años (que fue la vez anterior que estuve internado en el XXXX. Ocupaba el puesto de Director el Dr. XXXX y aunque el Dr. XXXX diga que ese Sr. “es incapaz de mentir” (Uds. deben conocerlo mejor) saben que como médico y como persona es una basura y pienso que desde hace 26 años siguen sintiéndose Dueños y Dioses muchos de los que trabajan en el XXXX

Los enfermos que llegamos a este Instituto no somos cosas ni números, somos personas que se nos debe tratar como personas no como animales o menos que eso.

La poca preparación, incultura y poca educación de muchos del personal que trabaja con ustedes deja mucho que desear; aunque se nota que también existe gente generosa, responsable y educada.

EXISTE aquí en este Hospital una Biblioteca donde puede documentarse médicos, enfermeras y demás personal para que aprendan lo que no aprendieron en las escuelas donde estudiaron.

Es una lástima que no se les pueda educar, pero creo q es posible adiestrarlos para que sean un poquito menos GROSEROS, PREPOTENTES, IRRESPONSABLES, INCULTOS, MAL EDUCADOS, etc.

Ojalá y no se tome como una agresión hacia el XXXX. Solo estoy reputando algunas de las pocas cosas que logré ver en mi estancia como enfermo. Desgraciadamente llegan pacientes al XXXX que sabe un poco más de su enfermedad que muchos médicos unos porque se han preocupado por saber algo de su enfermedad y otros

(en mi caso) por HA haber tenido estudios UNIVERSITARIOS DE MEDICINA, pueden informarse de mí en la UNAM MI NUMERO DE CUENTA EN LA UNAM 6508495.

Si se desea más información sobre mi trabajo en la UNAM estuve como profesor el ayudante en el Dpto. de Ecología donde entonces era coordinador de la materia el Dr. XXXX (No se entiende la primera letra) oy Sabala.

El Dr. XXXX debería saber que para diagnosticar TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN ENFERMO es necesario que en las baciloscopias (BAR+) se encuentre el Bacilo Acido alcohol Resistente, ayudándose también de una placa de R.X.

-El paciente baka de peso, tiene

-fiebre vespertina

-anorexia

-astenia y adinamia

Debe recordar el Dr. XXXX como trataban a los enfermos recomendados y como trataba a cualquier otro paciente.

Recordaran que hace 26 años los pa enfermos solo se venían a curar del pulmón y no de otra cosa y se podían morir de otra cosa y se podían enfermar de lo que fuera y no les daban ningún medicamento.

Debe recordar el Dr. XXXX de la ensalada d papas q nos daban con frecuencia q tenían abundante cantidad de tierra.

Debe recordar el Dr. XXXX como hace 4 años no se debían rece dar medicinas caras al enfermo aunque lo necesitaran y se daba a medicina más barata y no la adecuada.

Espero me disculpen lo extenso de mis sugerencias y quejas, creo que es necesario para mejorar el servicio del XXXX y si queremos cambiar un poco el servicio médico del país, así como mejorar un poco, dentro de lo posible, la situación del País en que vivimos.

Si deseamos mejorar en lo PSICOLOGIO, BIOLÓGICO Y SOCIAL.

Denunciar no es chismosear

Sugerir no es imponer

Decir la verdad no es ser mal agradecido.

Atte

FDO Hoyo ARANA

Después de esta interacción, fue dado de alta y no volví a verlo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol 37, Suplemento no. 1 (pp. 113-125).
- Almeida, N. y Rouquayrol, M (2011). *Introducción a la epidemiología*. México: Lugar Editorial.
- Apuntes sobre historia de la medicina. Séptima clase. Medicina del renacimiento Psicología General. Eje Temático II Publicado (2012) [archivo de video]. Recuperado de [http://www.youtube.com/watch?v=N4\\_DJEkR-34](http://www.youtube.com/watch?v=N4_DJEkR-34)
- Ardiles, O. (1977). *Descripción fenomenológica*. México: Edicol.
- Barra, E. (2003). La influencia en el estado emocional en la salud física, vol. 21 no. 1 (pp.55-60), *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Recuperado de <http://teps.cl/2003/influencia-del-estado-emocional-en-la-salud-fisica>
- Bascuñan, L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos, *Revista Médica Chile*, vol. 133: 11-16. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n1/art02.pdf>
- Bordes, M. (2008). Repensando la construcción del cuerpo en la biomedicina. Aspectos científicos de una práctica social aspectos sociales de una práctica científica. En Krmpotic, C (ed.). *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Espacio.
- Burgos, M. y Paravic, T. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 29-42. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-95532003000200004.
- Castro, A. (2001). *¿Son eficaces las terapias psicológicas?* Seminario de Doctorado, Brasil, Universidad Do Sul de Santa Catarina. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2005.pdf>
- Colell, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*, Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf;jsessionid=8C877456EA2946D482D2B304ACDDE273.tdx2?sequence=1>

- Campos, M. y Merchán, L. (2008). Resignificación de la corporalidad en mujeres jóvenes con experiencia de enfermedad crónica, *Polisemia*, no. 6 (pp. 97-111) Recuperado de <http://biblioteca.uniminuto.edu/ojs/index.php/POLI/article/view/212>
- Campos, R., Torrez, D. y Arganis, E. (2012). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México, Rio de Janeiro, *Revista Saúde Pública* (pp.1271-1279). Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000500019&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500019&lng=en&tlng=es). 10.1590/S0102-311X2002000500019
- Castro, P. (2001). ¿Son efectivas las psicoterapias psicológicas? Buenos Aires, (pp. 59-90). Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2005.pdf>
- Chávez, R. (2014). *Fernanda y los mundos secretos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Córdoba, V., Barriguete, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., León, M. y Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiológica y prevención Integral, México, *Salud Pública de México*, vol. 50, no. 5, (pp. 419-427). Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es).
- Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva Antropología*, XVI (53) 89-115. de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905305>
- Crachik, M. (2010). Del cuerpo enfermo a la persona enferma. Recuperado de <http://www.instintourbano.com.ar/cuerpo.html>
- Chaiklin, S. y Lave, J (ed.). (1996). *Estudiar las prácticas, perspectivas sobre actividad y contexto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2014). Recuperado de [http://buscon.rae.es/drae/?type=3&val=tratamiento&val\\_aux=&origen=REDRAE](http://buscon.rae.es/drae/?type=3&val=tratamiento&val_aux=&origen=REDRAE)
- Emanuel, E. y Emanuel, L. (1992). The Physicin-Patient Relationship, *JAMA* Vol. 267, No 16, (pp. 221-226)
- Engeström, Y (2001). Los estudios evolutivos del trabajo como punto de referencia de la teoría de la actividad: El caso de la práctica médica de la asistencia básica. En Chaiklin, S. y Lave, J (ed.). *Estudiar las Practicas, perspectivas sobre actividad y contexto* (p. 78-118). Buenos Aires: Amorrortu.

- Enrique, F. (2012). La tuberculosis en el imaginario popular. Recuperado de [http://www.patriciaminuchin.com.ar/Publicado/10La\\_tuberculosis\\_en\\_el\\_imaginario.htm](http://www.patriciaminuchin.com.ar/Publicado/10La_tuberculosis_en_el_imaginario.htm)
- Faberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico. Herramientas de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Flores, L. (1999). La noción de la salud desde una perspectiva filosófica, vol. 5 no. 5, *ARS Médica, Revista de Estudios Médico Humanísticos*, Universidad Católica de Chile. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica5/NocionSalud.html>
- Frank, J. (1993). *Persuasion and Healing: a Comparative Study of Psychotherapy*. The Johns Hopkins University Press.
- Fresquet, J. (2014). Historia de la medicina, Universidad de Valencia, España. Recuperado de [http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/1\\_6.html](http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/1_6.html)
- Fesquet, J. (2014). *La medicina en la Edad Media*, Historia de la medicina. Recuperado de [http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/2\\_1.html](http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/2_1.html)
- Foucault, M. (2009). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Galindo, J. (2008). *Salvemos nuestro planeta*, Universidad de Granada, Recuperado de <http://www.resumelibros.tk/>
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes, Ediciones Uniandes.
- Gómez-Restrepo, C. (2008). Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(Suppl. 1), 100-112. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502008000500008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500008&lng=en&tlng=es).
- González, C., Valencia, H. y Bersh, S. (2006). Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico-quirúrgica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(Suppl. 1), 72-91. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502006000500006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000500006&lng=en&tlng=es).
- González, N., Tinoco, A. y Benhumea, L. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus II, *Revista Espacios Públicos*, Universidad Autónoma del Estado de México, 14, 32, pp. 258-279, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621319013>



- Goberna, J. (2004). La enfermedad a lo largo de la historia: Un punto de mira entre la biología y la simbología. *Index Enferm* [revista en la Internet]. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000300011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000300011>.
- Grön, A. (1995). El concepto de la angustia en la obra de Kierkegaard, *Thémata, Revista de Filosofía*, vol.15, pp. 15-30. Recuperado de <http://institucional.us.es/revistas/themata/15/02%20Grom.pdf>
- Heidegger, M. (1967). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica*. Barcelona: Barral.
- INEGI. (2013). Estudio nacional de salud y envejecimiento en México, *Boletín de Prensa*, no. 389/13, Aguascalientes México pp. 1-2 Nota Técnica p. 1 Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/2013/septiembre/comunica14.pdf>
- Jerome, D. (1961). *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Kemberg, O. (2000). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: Controversias contemporáneas. *Revistas de Psiquiatría de Uruguay*, vol. 64 no. 2 (pp. 336-352). Recuperado de [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Tratamiento\\_alcohol\\_y\\_drogas/Articulos/Psicoterapias\\_de\\_apoyo.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Tratamiento_alcohol_y_drogas/Articulos/Psicoterapias_de_apoyo.pdf)
- Kierkegaard, S. (1972). El concepto de angustia. Madrid: Espasa-Calpe.
- Laing, R. (1973). *El Yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, C. (1981). La salud enfermedad como proceso social, Buenos Aires, *Revista Latinoamericana de Salud* 2(1):7-25. Recuperado de <http://www.diadelemprendedor.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- Ledón, L. (2011). Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 37(3): 324-337, de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n3/spu13311.pdf>
- López, F., Moreno, M., Pulido, M., Rodríguez, M., Bermejo, B. y Grande, J. (2010). La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. *NURE Inv.* [revista en Internet]. Recuperado de [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig\\_intimidad\\_46.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig_intimidad_46.pdf)

- Lozano, A. (2010). Las enfermedades de la civilización, España, *Libertad Digital* Recuperado de <http://www.libertaddigital.com/opinion/adolfo-d-lozano/las-enfermedades-de-la-civilizacion-57007/>
- Mercado, F., Ramos, I. y Valdez, E. (2000). La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. *Cuadernos de Saúde Pública*, 16(3), 759-772. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300024&lng=en&lng=.). 10.1590/S0102-311X2000000300024.
- Molina, N. (2013). Discusiones acerca de la resignificación y conceptos asociados, *Revista MEC- EDUPAZ*, no. III, Universidad Nacional Autónoma de México, (pp. 39-63), Recuperado de [https://www.academia.edu/3049372/Discusiones\\_acerca\\_de\\_la\\_Resignificacion\\_y\\_Conceptos\\_asociados](https://www.academia.edu/3049372/Discusiones_acerca_de_la_Resignificacion_y_Conceptos_asociados)
- Oblita, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: CENGAGE Learning.
- OMS. (2013). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- OMS. (2014). Preguntas frecuentes. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Parafita, D. (2014). Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad, Facultad de Psicología Universidad de la República Montevideo Uruguay. Recuperado de [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf)
- Pera, C. (2003). El cuerpo bajo la mirada médica, Barcelona, *Humanitas, Humanidades Médicas* (vol. 1 no. 4). Recuperado de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero4/Articulos/articulo2.pdf>
- Pérez, M. (2013). Anatomía de la psicoterapia: el diablo no está en los detalles. Recuperado de <file:///C:/Users/s-mhernandez/Desktop/Revisi%C3%B3n%20Bibliogr%C3%A1fica/Art%C3%ADculos/cc2013v4n1a1.pdf>
- Pérez, M. (2007). Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo. *Arch. argent. pediatr.*, Buenos Aires, vol. 105, no. 2. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752007000200008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000200008&lng=es&nrm=iso). Accedido en 11 agosto 2014.
- Pérez, R. (1997). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado el 16 de abril de 2014, de <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/delamgi.html>

- Ponte, C. (2014). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Recuperado de [http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado\\_7/CONCEPTOS\\_FUNDAMENTALES\\_SALUD\\_HISTORIA\\_PONTE.pdf](http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf)
- Ramírez, M. (2005). *Intervención de la terapia cognitivo conductual, en los problemas de pareja*. Tesis de Licenciatura. No publicada. UNAM, México
- Reyes, C. (2012). Enfermedades crónico-degenerativas son negocio, *Excelsior en línea*, México. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/2012/07/05/dinero/845799>
- Rivero, O. (2012). Los pilares de la neumología en México. Recuperado de [http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2008/oct\\_04\\_ponencia.html](http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2008/oct_04_ponencia.html)
- Rose, G. (1985). Los individuos enfermos y personas enfermas, Buenos Aires. *Boletín Epidemiológico*, Organización Panamericana de La Salud (vol. 6, no 3) Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/rose.pdf>
- Rozo, J. (2002). La terapia desde el punto de vista del construccionismo social: ¿Tiene sentido la terapia?, Sevilla España, Universidad de Sevilla. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/construccionismo-social-terapia/>
- Sánchez, J. (2007). La relación médico paciente, algunos factores asociados que la afectan, México, *Revista CONAMED*, 12 (1):20-28), Recuperado de <http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/seciss/images/tercero/medicopaciente.pdf>
- San Juan, N. (2008). "El juramento Hipocrático", Departamento de Microbiología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/microbiologia/eljuhi.pdf>
- Secretaría de Gobernación (2001). NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, México, Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/197ssa10.html>
- Secretaría de Salud (2012). Guías diagnósticas de Neumología Hospital General de México. Recuperado de [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/neumo/1tuberculosis\\_pulmonar.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/neumo/1tuberculosis_pulmonar.pdf)
- Soto, G., Lutzow, M. y Gonzáles, R. Rasgos generales del sistema de salud en México, México, Facultad de Medicina UNAM, Plan único, cap. 9 (pp. 150-166).
- Thiel, R. (1972). *Contra la muerte y el Demonio*. Madrid: Espasa Calpe.

- Villisac, D. (2004). La mirada médica en la posmodernidad, Argentina, *Médicos Escritores*. Recuperado de <http://WWWmedicosescritores.com.ar/Copiajunio%20de%20consagrados.html>
- Zas, B. (2011). Experiencias en psicología hospitalaria, *Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*. Recuperado de <http://alfepsi.org/index.php/component/search/?searchword=barbara%20zas&ordering=newest&searchphrase=all&limit=50>