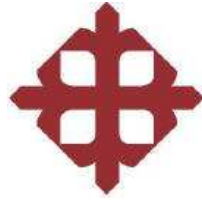


**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA: MANEJO CRÍTICO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL EN EL  
MARCO DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA**

**AUTOR:**

**JOSE ANDRES MOGROVEJO AVILA**

**DIRECTOR:**

**PSIC. ANTONIO AGUIRRE**

**2011-2012**

## INDICE

Contenido	Pág.
Introducción	IV
Capitulo Uno: El hospital del registro	1
-¿Qué es un hospital?	1
-El registro para la medicina	3
-El problema del registro en psicología	5
-El registro en medicina como una forma de control	6
-La hegemonía del discurso medico	8
Capitulo Dos: El dilema ético del psicólogo	11
-El problema del registro en el hospital	11
-La confidencialidad y la ética profesional (análisis de un dilema ético)	12
-Posición ética y rol del psicólogo	17
-Psicoanálisis y responsabilidad ética en el hospital	19
Capitulo Tres: El paciente de la institución hospitalaria	22
-¿Qué es un paciente?	22
-El problema de la cuantificación en psicología	23
-Breve descripción del método estadístico en psicología	25
-El poder normalizante del hospital	27
-Clínica de la desinserción	31

Capitulo Cuatro: Informe para las instituciones hospitalarias	33
-¿Qué es un diagnóstico?	33
-Clasificación y diagnóstico en psiquiatría	34
-Ejemplo de cómo elaborar informes para la institución	37
Conclusión	43
Referencias	44
Bibliografía	44

## **Introducción.**

El siguiente trabajo, busca determinar procesos más idóneos para el manejo crítico de información confidencial de los pacientes en la institución hospitalaria. Se intentará buscar alternativas para los psicólogos clínicos que trabajan en instituciones, de presentar informes clínicos sin entregar información privada del paciente haciendo énfasis en el tema del diagnóstico clínico y la ética profesional. Ya que con los nuevos avances en la informática se han creado sistemas de base de datos en las instituciones donde toda la información clínica de los pacientes es almacenada ahí. De esta forma cualquier persona que labore en la institución puede entrar en el sistema y ver la información almacenada.

En el primer capítulo se tratará de analizar cuáles son los motivos de un hospital, de reunir gran cantidad de información clínica psicológica, con diagnósticos que clasifican a los pacientes acorde a criterios psicopatológicos en una base de datos. En el segundo capítulo se buscará encontrar una solución al dilema ético del psicólogo. Este trata de cómo responder a la demanda administrativa de ingreso de información en el sistema del hospital, sin comprometer la confidencialidad en el manejo de la información privada del paciente. El capítulo tercero busca ubicar cual es la posición del paciente para la institución hospitalaria y como aquella queda afectada en la relación con el psicólogo, que labora en esta. Por último en el capítulo cuatro se buscará una

forma de elaborar informes psicológicos para la institución. Donde se trate de evitar en lo máximo posible colocar información confidencial y un diagnóstico que lo reduzca al paciente a una categoría psicopatológica.

## Capítulo Uno: El hospital del registro

El Siglo XXI está marcado por los avances en la informática. En todas las instituciones domina el método estadístico que consiste en una serie de procedimientos para el manejo de los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación. Este método tiene como objetivo almacenar lo que más se pueda de información en una base de datos, donde se intenta tener un registro y calcular todo lo que se hace. Esta es la ilusión del cientificismo que llama Eric Laurent, que consiste en soñar que un día sea posible calcular todo de una actividad humana reducida a comportamientos objetivables. El método estadístico no se limita solo a la medicina, sino que está presente en cualquier área de la vida humana. Se busca saber todo de cada uno y de poder calcular lo que el otro quiere. Esta es la nueva técnica de control de nuestro tiempo, que está siendo aplicada en las instituciones de salud como los hospitales.

### *¿Qué es un hospital?*

Es necesario para analizar en este capítulo que se empiece definiendo que es un hospital. La definición más vaga y común de hospital es un lugar donde se atiende a los enfermos. Aunque la palabra *hospital* viene del latín *hospes*, "huésped" o "visita", pero también "hospedador". De *hospes* se derivó *hospitalia*, "casa para visitas foráneas". Posteriormente *hospitalia* se transformó en *hospital* para designar el lugar de auxilio a los ancianos y enfermos.

Así el hospital fue hasta el siglo XVIII un lugar donde los enfermos eran atendidos, no solo por médicos, sino también por religiosos y laicos. Actualmente la organización mundial de la salud usa la siguiente definición para definir lo que es un hospital:

*El hospital es parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medicosanitaria completa, tanto curativa como preventiva cuya, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal medicosanitario y de investigación biosocial. (Foucault, 1978)*

Esta definición de hospital por parte de la O.M.S. es muy clara para poder ubicar como es un hospital moderno, ya que este tiene dos funciones. La primera y más antigua es la de proporcionar asistencia medicosanitaria para los enfermos. Y la segunda es que el hospital es también un lugar de formación médica. Cuando el hospital comenzó a ser un lugar de formación médica es cuando se empezó a usarse las técnicas de registros en los hospitales.

Es posible pensar el origen del “registro” tal como lo conocemos ahora en el marco de la modernidad, y en gran parte como heredero de las ciencias naturales. Luego de la Revolución Francesa, las formas de registro tuvieron un carácter más distintivo y una orientación más vinculada con el disciplinamiento. Si seguimos las enseñanzas de Michel Foucault que fue un filósofo e historiador francés del siglo pasado, conocido principalmente por sus estudios críticos de las instituciones sociales, en especial en psiquiatría, medicina y

ciencias humanas. Este autor enseña en textos como *“Vigilar y Castiga”* o *“La Verdad y las Formas Jurídicas”*, que el registro se presenta como un instrumento de disciplinamiento, relacionado con nuevas formas de construcción del conocimiento.

Foucault, en sus textos *“Vigilar y Castigar”*, cita algunos reglamentos de las parroquias parisinas, y de las instituciones de caridad que intervenían en éstas:

*“El territorio por cubrir se divide en cantones y cuarteles, que se reparten los miembros de la compañía. Estos tienen que visitarlos regularmente; “trabajarán en impedir los lugares de perdición; tabaquerías, juegos de naipes, escándalos públicos, blasfemias, impiedades y otros desórdenes que podrían llegar a su conocimiento”. “Habrán de hacer visitas individuales a los pobres, y los puntos de información se precisan en los reglamentos; estabilidad en el alojamiento, conocimiento de las oraciones, frecuentación de los sacramentos, conocimiento de un oficio, moralidad y “si no han caído en la pobreza por su culpa”... (Foucault, 1975).*

Como se vio en la cita anterior, podemos ubicar al registro en cuanto a sus orígenes dentro del concepto de una sociedad disciplinada, tomado por el propio Foucault.

*El registro para la medicina.*



En el área de la salud la medicina ha usado la técnica de registro en los hospitales desde el siglo XVIII. En un texto llamado *La incorporación del hospital en la tecnología moderna*, Foucault nos muestra como el hospital pasó de ser un lugar de cura a un lugar de formación médica mediante la organización de un sistema de registro.

*“Se comenzaba identificando al enfermo, en la muñeca se le ponía una etiqueta, para distinguir si sobrevive o muere. En la parte superior de la cama se colocaba una ficha con el nombre del enfermo y la afección que sufre. Asimismo empiezan a utilizarse una serie de registros que reúnen y transmiten información: el registro general de ingresos y altas, en el que se inscribe el nombre del enfermo, el diagnóstico del médico que lo recibió, la sala en que se encuentra y, por último, si falleció o fue dado de alta; el registro de cada sala, preparado por la enfermera jefe; el registro de la farmacia, en el que constan las recetas y para qué enfermos se despacharon; el registro de lo que el médico ordena durante la visita, las recetas y el tratamiento prescrito, el diagnóstico, etc. (Foucault, 1978)*

Todo este proceso lo completaba una reunión, donde los médicos confrontaban sus experiencias y registros, por lo menos una vez al mes. De esta manera se formó una colección de documentos en el hospital, y este se constituyó no solo en un lugar de cura, sino también de registros y de adquisición de conocimientos. De ahí el saber médico que estaba solo concentrado en los

libros pasó a estarlo en el hospital convirtiéndose este en un lugar de formación médica.

Ahora vemos como los registros han ido ayudando a la formación médica y avance de esta. Pero el problema está en que la visita al médico sobre todo en los hospitales se ha vuelto muy estandarizada limitándose solo a llenar un registro o protocolo para dar con el diagnóstico y recetar. Así queda registrada toda la información del paciente en el sistema de datos del hospital. Esta práctica de llevar registros a manera de protocolo, ha hecho que cada vez se dé menos una relación interpersonal con el paciente y se dé una *“deshumanización de la práctica médica ante un invasión instrumental”* (Martinez, 2009). De esta forma se ha logrado que la palabra del paciente en estos tiempos carezca de valor.

#### *El problema del registro en psicología*

El problema viene para los psicólogos que laboran en hospitales. Como ya se mostró la técnica del registro ayudó a la formación médica y se volvió necesaria para la medicina. Pero para el área de psicología existe una dificultad. Esta consiste en cómo se podrá registrar la información clínica psicológica del paciente en la base de datos del hospital. Ya que estos están regidos bajo el método estadístico que busca tratar de recoger lo que más pueda de información para llenar la base de datos en el sistema informático. Teniendo en

cuenta que el psicólogo debe manejar con mucho cuidado el tema de la información confidencial, antes de colocar la información y diagnóstico en un registro informático, que podrá ser leído por cualquiera del personal del hospital.

Los hospitales están tratando de instaurar en el área de psicología el mismo método estadístico que se usa en medicina para la recolección de información. Se entregan protocolos, para que se realice una práctica clínica psicológica más estandarizada y llegar a un diagnóstico que permita clasificar a los pacientes acorde a los diferentes criterios psicopatológicos. Para la institución hospitalaria sería ideal que los psicólogos trabajen evaluando con pruebas y se llegue a un diagnóstico claro como en el manual de psiquiatría DSM. De esta manera el hospital tendría en su registro información clínica más clara y estandarizada, y así los médicos podrían recetar de manera más fácil.

#### *El registro en medicina como una forma de control*

La palabra "Control" viene de "contre-rôle" donde "rôle" quiere decir "registro". De manera que detrás de todo tipo de registro hay una cierta forma de control, para ejercer poder. En los hospitales se busca que todos los datos recogidos y pruebas, realizadas a los pacientes tanto en medicina como en psicología queden registrados en la base de datos del hospital.

Eric Laurent Escritor y periodista francés en su artículo *la angustia de los sabios* recoge una cita de German Berrios profesor de psiquiatría en la cual muestra cual es la justificación de que la medicina haya adoptado el método estadístico que incluye todo tipo de registros para su uso:

*Un rotundo editorial, publicado en febrero de este mismo año por uno de los observadores más calificados de la medicina contemporánea muestra como la palabra mágica "prueba" estadística se empleó como "justificación conceptual post-hoc para el nuevo mercado de crear y vender información clínica". El efecto de adopción de los protocolos universales de prescripción ha sido la de "destruir la espontaneidad terapéutica de la psiquiatría y atenuar el arte de prescribir, que pasa así de ser creativo y flexible a ser mecánico y uniforme. En consecuencia, no tenemos necesidad alguna de que los prescriptores de psicotrópicos estén médicamente cualificados". Se desvela que la supuesta Medicina basada en la evidencia es una medicina basada en el marketing.*  
(Laurent, 2011)

Se muestra en la cita anterior que las nuevas pruebas, protocolos y registros empleados en el ámbito médico, sobre todo en psiquiatría tienen como fin último ampliar el mercado farmacéutico. Con las pruebas van apareciendo más nomenclaturas que las van transformando en patológicas y luego el fármaco indicado para dicha patología. Este es el motivo por el cual los hospitales tratan

de almacenar registrando la mayor cantidad de información clínica confidencial en su base de datos .Se trata de ejercer el control en un discurso médico.

### *La hegemonía del discurso medico*

El discurso de la medicina trata de instaurar lo que el Psicoanalista Francés Jaques Alain Miller llama una *clínica del amo*. En la cual el médico ejerce un saber objetivo puro que desubjetiviza al sujeto-paciente, reduciéndolo a un objeto de investigación, de diagnóstico y tratamiento. Para entender de qué se trata lo que Miller denomina *clínica del amo* es necesario explicar que es un discurso según Jaques Lacan. Lacan fue un médico psiquiatra y psicoanalista francés del siglo pasado que es conocido por los aportes teóricos que hiciera al psicoanálisis basándose en la experiencia analítica y en la lectura de Freud.

El discurso es un *lazo social basado en el lenguaje*. Lacan propone cuatro posibles tipos de lazo social que regulan las relaciones intersubjetivas: *el discurso del amo*, *el discurso universitario*, *el discurso de la histeria* y *el discurso del analista*. El discurso del amo se dirige al dominio; el universitario a la acumulación y el control del saber; el discurso de la histeria atenta contra todo poder; y el discurso del analista se ofrece a la producción del saber y el acceso a cierta verdad del deseo del sujeto, a partir de poner en acto la palabra y la escucha al pie de la letra del discurso del analizante.

Se puede entender entonces que en la actualidad el hospital se maneja bajo un discurso universitario-médico que es el heredero del discurso del amo. Este es un discurso del poder que somete al sujeto al silencio. La práctica de psicología en general y sobre todo en las instituciones de salud, como los hospitales parece ser que se ha ido alienando a este discurso. Esta se ha vuelto una práctica conformista intentando llevarla al nivel de la ciencia para el supuesto fin de salud pública. Así la psicología quedaría atrapada al discurso del amo, al lenguaje, a las políticas de salud y sobre todo a estos fines de control para ejercer el poder.

Pero, eso no significa que los psicólogos tengan que quedarse en los consultorios aislados del resto del personal. Sino que teniendo clara la diferencia entre los discursos no sólo se podrá prevenir la posible opresión del discurso analítico por el discurso médico. El reto para la psicología en los hospitales consiste en no alienarse por completo al discurso medico utilizando los métodos de control antes nombrados.

El psicólogo buscará en su consultorio la creación de un espacio, un lugar, en el que la subjetividad del paciente pueda aparecer, un lugar "hospitalario" para el sujeto, ese sujeto que es excluido por el discurso médico. Esto se puede lograr no solo en el consultorio sino en otras áreas del hospital por ejemplo el área de hospitalización o emergencia donde los pacientes se encuentran esperando atención. El psicólogo a más de elaborar un informe clínico

psicológico, podrá ofrecer al paciente un espacio de palabra. Ya que la medicina prescinde cada vez menos de ella y de esta manera ubicar al paciente como un sujeto y no como un individuo reducido solo a un cuerpo biológico.

## **Capítulo Dos: El dilema ético del psicólogo**

Los psicólogos que laboran en instituciones hospitalarias muchas veces se van a encontrar con dilemas éticos, en que van a tener que tomar una posición adecuada para hacer frente a estos. El dilema ético es lo que surge del conflicto entre procesos morales, éticos, emocionales y las normas jurídicas. Es decir, entre lo que el individuo considera justo y lo que la norma exige. Hay que tener en cuenta que buena parte de los dilemas éticos no tienen una solución. Sino que va a depender de la noción ética que el psicólogo tenga y de los valores morales de este. Por eso será una solución individual sin posibilidad de tornarse por universal.

El dilema ético a tratar en este trabajo refiere a cómo responder a la demanda administrativa del hospital sin comprometer la información confidencial del paciente.

### *El problema del registro en el hospital*

Como se mostró en el capítulo anterior el hospital se rige bajo un método estadístico, que funciona como un dispositivo de control en el que se ingresa información en la base de datos. Se exige a los profesionales de la salud que toda la información de los pacientes quede registrada en el sistema de manera



clara y estandarizada. El problema para los psicólogos surge cuando el hospital que tiene este sistema de control, demanda al profesional ingresar toda la información referente al paciente y un diagnóstico que lo etiqueta a una psicopatología.

En el ámbito de la psicología clínica, se tiene acceso a los aspectos más privados de la vida de las personas. Por lo que la confidencialidad del psicólogo con el paciente es muy importante, sobre todo en la actualidad que por los avances de la informática se filtra más rápido todo tipo de información.

*Lo relacionado con el secreto profesional adquiere cada vez mayor relevancia, en un mundo donde se violentan las barreras que separan lo público de lo privado y la invasión de la intimidad está al servicio de satisfacer la curiosidad y la avidez obscena sobre la vida de los otros. (R.G.Gianzone, 2011)*

Por esto es necesario cuidar los datos que se manejan y que estos queden a buen recaudo sin que la identidad e intimidad de esas personas queden expuestas. De manera que la ética profesional tiene mucho que ver en este trabajo.

*Confidencialidad y la ética profesional (análisis de un dilema ético)*

Cuando se habla de ética profesional se refiere al conjunto de normas, valores y sistemas de creencias que la comunidad de profesionales comparte, en determinado momento, acerca de qué es lo que está bien o mal, de qué es correcto o incorrecto hacer en la actividad profesional. Para que este conjunto de normas funcione de manera objetiva para todos los profesionales se elabora un código de ética.

Los Códigos de Ética contienen los principios reguladores y ordenadores de la actividad profesional. Los principios se van ajustando con el transcurso del tiempo para dar respuesta a los nuevos dilemas y problemas que surgen en la práctica profesional.

A continuación se presentará un caso de un dilema ético sacado de la revista española papeles del psicólogo, el Autor es Víctor Claudio y el artículo se llama: *“Entre los caminos a y b elijo el incierto c: el bien, el mal y los dilemas éticos”*. Este ejemplo que se presenta a continuación hace referencia al tema de la confidencialidad de datos por parte del psicólogo en una institución de salud. Aquí el autor da los literales A, B o C como posible decisión a tomar.

*Una psicóloga ejerce la profesión en una unidad de salud multidisciplinar. Un día se encuentra con una normativa que obliga a los técnicos a registrar informáticamente todos los datos de las personas a las que atienden. Este fichero está accesible a todos los técnicos. La psicóloga escribe sólo los datos*

*genéricos y el diagnóstico sin registrar las sesiones, pero el director del equipo le insiste en que debe completar ese registro informático. La psicóloga argumenta que esos datos son confidenciales, que no tienen ninguna utilidad para los demás técnicos y que ese procedimiento es contrario al deber del psicólogo de proteger los registros de los pacientes. El director afirma que todos los técnicos tienen el deber de mantenimiento de la confidencialidad y que sin esos datos, el servicio no tendría ningún registro del trabajo de la psicóloga, lo que implicaría un procedimiento disciplinario. La psicóloga queda en una situación ambivalente; por un lado, el registro de las sesiones es confidencial y no está en condiciones de garantizar la protección de la confidencialidad por parte de los demás técnicos y menos aún por parte de los informáticos que pueden acceder a los ficheros, y por el otro, es un procedimiento obligatorio en aquella institución. (Claudio, 2009)*

Camino A - La psicóloga hace el registro detallado de las sesiones y no respeta el principio de la confidencialidad, en lo que concierne a la obligación del psicólogo de proteger los registros.

Camino B - La psicóloga no hace los registros detallados de las sesiones, sufre un proceso disciplinario y un posible despido por no cumplir una norma de la institución.

Camino C - La psicóloga debe exigir al director un documento escrito en que se hace explícito que todas las personas que tienen acceso a los registros están obligadas a la confidencialidad. Debe conversar con sus clientes sobre la exigencia de la institución. Además, debe hacer un registro de las sesiones sólo en lo referente a la temática y a algunos aspectos que permiten evaluar la evolución del proceso, excluyendo el resto de información. Los riesgos son la posibilidad de abandono de los clientes que no consideren su privacidad garantizada, y el hecho de que el director considere que los registros deben ser más detallados. No obstante, debe informar a las personas sobre los límites de la confidencialidad que le son impuestos permitiendo la elección de continuar o abandonar el proceso.

Este caso es parecido a lo que se da en los hospitales en nuestro medio. Se puede ver como por un lado está la función administrativa del hospital que demanda registros de los pacientes, y por otro los datos de información privada del paciente, que pueden caer en manos de terceros. Si un psicólogo escogiese la opción B es muy probable que quede despedido de la institución por no cumplir con las normas obligatorias de esta. Y si escogiese el literal A, por cumplir con la institución no se respetaría el principio ético de confidencialidad, e incluso un paciente podría tomar acciones legales, ya que también la ley lo respalda.

En el código de ética de psicólogos del Ecuador se puede ver en el artículo 21, del capítulo 8 como la confidencialidad del paciente o examinado debe estar protegida por el profesional.

*ART 21.- La confidencia imperativa de la ética profesional protege al examinado en todo aquello que el psicólogo clínico, oye ve o tiene conocimiento como consecuencia del ejercicio de su actividad profesional. (Federacion Ecuatoriana de Psicologos Clinicos, 2007)*

También códigos de ética de otros países como el de Argentina hacen referencia al tema del secreto profesional.

*C.1.- Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de su profesión. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común, protege la seguridad y honra de los consultantes y sus familias y es garantía de la respetabilidad del profesional; cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño. (Argentina, Federación de Psicólogos de la República, 1999)*

El secreto profesional está relacionado con un valor como la honestidad del psicólogo. No se tiene que revelar nada del paciente a menos que el paciente este de acuerdo, solo en casos especiales. Para que un profesional psicólogo esté habilitado para develar secretos, debe estar actuando en un estado de necesidad. Esto es en situaciones en las que es necesario cometer un acto

ilícito (en este caso develar un secreto profesional) y cometer así un mal (la violación a la intimidad del paciente) para evitar un mal mayor.

Los psicólogos deben ser muy cautelosos con el tema de la confidencialidad, tratando de llevar los registros de manera segura si se trabaja en una institución. En el caso anterior se mostró como una salida posible el literal C, en la cual la psicóloga trata en lo posible de cumplir con la demanda del hospital y al mismo tiempo protege la información confidencial de sus pacientes.

#### *Posición ética y rol del psicólogo.*

Como se puede ver el trabajo en las instituciones no es nada fácil para el psicólogo. Este tendrá que oscilar siempre entre estas dos cargas que son: La demanda de la institución, con los registros para llenar la base de datos con información, y cumplir con la responsabilidad ética de la confidencialidad con el paciente. De esta manera el psicólogo tendrá que preguntarse ¿Cuál es su lugar y que rol está cumpliendo en la institución?

El concepto de rol no es tan sencillo como se lo conoce normalmente. La palabra rol y su significado en un diccionario común es señalada como *papel*, siendo uno de los significados de este término: *Parte de la obra dramática que ha de recitar cada actor y la cual se le entrega para que la estudie*. Consiste entonces en una parte de una estructura que al tratarse de una obra dramática, implica la existencia de otros papeles complementarios que le dan sentido; en

el caso del actor este debe estudiarla. Es decir llevar a cabo un proceso de incorporación que le permita luego asumir la personalidad y conducta del personaje para ponerlas en juego cada vez que le sea solicitado. En el caso de la obra teatral sería el director de la obra quien lo solicite.

La psicóloga Gloria Benedito autora de algunos artículos en el libro *Psicología ideología y ciencia* da un concepto de rol más elaborado y que está en relación al papel del psicólogo en la institución en este caso el hospital. Ella señala:

*“El rol consiste en una serie de comportamientos o conductas manifiestas que se esperan de un individuo que ocupa un determinado lugar o status en la estructura social; lugares asignados que los sujetos vienen a ocupar y que les preexisten, lugar de sujeto ideológico. Conductas que no son producto de decisiones individuales o autónomas sino que responden a las normas y expectativas asociadas a ese lugar que se viene a ocupar, y que son internalizadas en el proceso de socialización, más estrictamente, en el proceso de sujeción del individuo a la estructura. Algunos autores llaman a esto rol desempeñado”* (Benedito, 1982)

Según el siguiente concepto de Benedito el rol es algo que se espera del sujeto, algo que ya viene dado por el discurso de la institución. Por esto es necesario que el psicólogo se dé cuenta cuál es su rol dentro del hospital o la institución donde labore, ya que las instituciones buscan contratar un psicólogo

que se ajuste al discurso de esta. Como vimos en el primer capítulo se trata de un discurso de control por parte del personal médico y administrativo. Esto puede provocar que en el psicólogo surja un dilema por su labor dentro del hospital. Ya que el psicólogo puede trabajar de una forma que no esté en la misma posición ideológica de la institución. Por ejemplo el problema de los diagnósticos que se deben elaborar, pero de esto se hablará en uno de los próximos capítulos.

Este análisis del rol del psicólogo es necesario para que el profesional pueda conocer cuáles son los fines de la institución hospitalaria, que como se pudo dar cuenta en el capítulo anterior no son nada casuales. Estos fines que bajo una lema de “*salud pública y bienestar para todos*” esconden mecanismos de control, poder y vigilancia que obedecen a un discurso del amo. Por esto el psicólogo no debería terminar alienándose a ese discurso para no convertirse en un instrumento de la institución.

#### *Psicoanálisis y responsabilidad ética en el hospital.*

Una de las prácticas que toma en cuenta estas posiciones del psicólogo en la institución es el psicoanálisis. El psicoanálisis en los hospitales intenta colocar a los pacientes que están bajo el discurso del amo, por la autoridad de los médicos a ubicarlos en discurso analítico. Como se mostró antes, el discurso del análisis se trata de que el analista se ofrece a la producción del saber y el



acceso a cierta verdad del deseo del sujeto, a partir de poner en acto la palabra y la escucha al pie de la letra del discurso del analizante o paciente. Aunque para esto hay que comenzar primero creando una demanda del paciente.

El psicoanálisis en el hospital abre la posibilidad a los pacientes de ser escuchados de manera individual. Ofrece la apertura para un trabajo que ayuda a pasar al paciente de la queja de un dolor físico, a una demanda sobre el sufrimiento psíquico. Aunque esto no es muy fácil, ya que los pacientes que van a ser atendidos por el servicio de psicología muchas veces no tienen claro por qué van. Es decir no existe una demanda clara, a veces van porque los deriva el médico y lo que esperan recibir son concejos y medicinas para calmar su sufrimiento. Los pacientes se encuentran en una posición tan pasiva que prefieren que el psicólogo les haga preguntas tipo cuestionario en donde ellos se limiten a dar una respuesta directa para ser evaluados y diagnosticados.

Los pacientes cuando son entrevistados por el psicólogo relatan generalmente sobre algún tema de un conflicto actual. Estos conflictos actuales tienen que ver casi siempre con su enfermedad, lo cual no está mal. Porque estos conflictos producen ansiedad en los pacientes y la intervención clínica en primer lugar será para reducir la ansiedad de los pacientes. Pero más allá de reducir la ansiedad, el psicólogo podría tratar de abrir una demanda distinta al paciente con preguntas abiertas como por ejemplo ¿Cómo se siente? o ¿Hay algo que esté pensando? Con este tipo de preguntas se intenta lograr que el paciente

pase de hablar de su enfermedad, a otras escenas de su vida que estarían implicadas en su sufrimiento. Se busca que el paciente haga un esfuerzo de una elaboración que podría llevar a un cambio en la posición subjetiva.

Es importante que se tenga en cuenta que la responsabilidad ética más importante es con el paciente. En el hospital donde el discurso medico mira al paciente como un ser reducido a un cuerpo orgánico. El psicólogo podría rescatar los dichos del paciente. Así el paciente pasará de estar en una posición de objeto a ser un sujeto responsable de sus dichos.

### **Capítulo Tres: El paciente de la institución hospitalaria.**

En este capítulo se buscará tratar de analizar en qué posición es colocado un paciente para la institución hospitalaria. Teniendo en cuenta el discurso médico dominante, y el nuevo método estadístico que se maneja en la base de datos de los hospitales, para tener información y los registros de pacientes.

#### *¿Qué es un paciente?*

En el lenguaje común un paciente es una persona enferma que es atendida por un médico. En la medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar. Existen algunas excepciones como para la psicología, en algunas corrientes conductuales se le llama cliente en lugar de paciente o en psicoanálisis analizado.

La palabra paciente viene del latín “patiens” que quiere decir sufriente, etimológicamente el paciente es el que padece. Aunque en su homofonía la palabra paciente, refiere a una persona que tiene paciencia. Aquel que espera la cura de sus males y resolución de conflictos.

En los hospitales públicos actuales, se intenta lograr atender el mayor número de pacientes. Ya que el hospital constituye un recurso que tiene como objetivo “la salud pública”. Sin embargo como vimos en el capítulo anterior la institución

hospitalaria tiene unos intereses más allá de la salud pública o el bienestar de los pacientes, que como sabemos es un interés de control por parte de esta. Este control por parte de la institución hospitalaria se nota en la posición que el paciente ocupa dentro de esta para el discurso médico.

*El problema de la cuantificación en psicología.*

Las nuevas técnicas de la medicina y el método estadístico utilizado para recoger la información de los pacientes en los hospitales han convertido al paciente en lo que J.L.Miller a partir de la obra de Robert Musil, llama en su artículo, *La era del hombre sin atributos* un “hombre sin cualidades”. Es decir un hombre que está limitado a lo cuantificable. Este sería el tipo de paciente que encaja en el discurso de la institución hospitalaria, un paciente limitado a ser solo una cifra para el sistema de registro.

Las nuevas técnicas de diagnóstico para la medicina se basan en manuales con pruebas y protocolos que son muy estandarizados. De esta manera se prescinde menos de la palabra del paciente. Sobre todo en el ámbito de la salud mental se puede notar esto con el uso de los cuestionarios y test. Donde las respuestas de los sujetos ya están determinadas para ser marcadas en casillas, y a partir de ellas, se las pueden comparar para hacer el diagnóstico adecuado.

A esto critica Miller cuando cita a Lacan diciendo que:

*“No hay mejor representación del sujeto borrado de Lacan que la casilla que se marca, que no es más que una variable. Cuando rellenan el cuestionario, declaran que sólo son una variable del cuestionario”.* (Miller, 2006)

Con esto quiere decir que la respuesta del paciente sirve para saber por ejemplo que el cuarenta por ciento de pacientes que respondieron de la misma forma son pacientes deprimidos. El resultado no es lo que importa, ya que solo el hecho de situar al sujeto en estos dispositivos de escritura, se lo priva de lo que tiene de único.

Existe un problema tremendo para la psicología cuando se trata de trabajar con métodos cuantificables. Ya que el método cuantificable es matemático y tiene criterios de cientificidad. La psicología comenzó a usar desde el siglo pasado el método cuantificable precisamente para lograr su estatus científico. Ya que era considerada para algunos como una especulación filosófica y metafísica. El avance de las corrientes positivistas de comienzos del siglo XX hicieron que la psicología tenga la necesidad de observar los hechos para así poder preverlos y controlarlos. De esta forma fue que la psicología adoptó el método cuantitativo haciendo que la conducta sea observable y medible para así alcanzar su rango científico.

Gloria Benedito explica en el capítulo siete del libro *Psicología ideología y ciencia*, como la psicología con la nueva tendencia conductista adoptó el modelo cuantificable para convertir a la psicología en una ciencia.

*“La posibilidad de usar el método de cuanti-,ficación en psicología se da en forma paralela y solidaria al: viraje producido a comienzos del siglo XX acerca de ese objeto.\* Nos estamos refiriendo a la tendencia objetivista en psicología, fundamentalmente al conductismo que, fiel a la ideología positi-.vista que lo impregna, declara la muerte de la conciencia como objeto de estudio de algo que quiere llegar a ser ciencia; para ello su objeto debe ser "objetivo", observable, positivo; sólo hay ciencia de hechos observables y, en cuanto al método, no puede!; seguir siendo la introspección sino que debe recurrirse a la obser-avación y la experimentación. Es sobre lo observable y experimentable que pueden hacerse mediciones, sobre las manifestaciones conductuales”.*

(Benedito, 1982)

Como se refiere en la cinta anterior, fue la corriente conductista que adoptó estos métodos cuantificables, y estadísticos para poner a la psicología en el rango de ciencia. Luego con la aparición de los test y pruebas psicométricas que fueron utilizados sobre todo en escuelas para medir la inteligencia de los niños y luego ir ubicándolos en categorías. Esto se dio a comienzos del siglo pasado sobre todo en países como Francia. Donde era el estado el que demandaba las pruebas para tener un control en la educación.

*Breve descripción del método estadístico en psicología*

Como se vio antes, es el método estadístico que domina en la actualidad en todo tipo de instituciones. Y es el que ha reducido al hombre a ser solo una cifra, un dato. Esto es lo que paciente del hospital se ha convertido para la administración y el discurso médico, un objeto. Pero, ¿Por qué se usa en psicología un modelo estadístico?

*La palabra estadístico etimológicamente viene del latín status, es decir, todo lo referente al estado político. "La administración de los estados exigía la recopilación y análisis de datos relativos a la población y a la riqueza a los fines de la guerra y de las finanzas. Gradualmente fueron obteniéndose datos de índole más variada para uso general del gobierno". Aquí se incluirían los métodos estadísticos que se usan para sintetizar los datos en forma adecuada, adecuada a las necesidades, a la demanda que determinó la investigación en cuestión. (Croxtton, F., y Cowden, D., Estadística general aplicada, México, Fondo de Cultura Económica, 1962, p. 10). (Benedito, 1982)*

Según G.Benedito en psicología se usa el modelo estadístico a partir de la consideración de que la conducta humana es un fenómeno de tipo probabilístico. Esta técnica consiste en fijar de forma clara y operativa la conducta concreta que se desea observar y en realizar de ella un registro cuantitativo. Es decir, el número de veces que sucede. Al mismo tiempo se anota la intervención de las otras variables, como el momento en que se ha producido, ante qué objeto o persona, etc. Con esto se estaría dejando de lado

los fenómenos psíquicos y mentales que serían los más importantes en el estudio de la psicología.

### *El poder normalizante del hospital*

El objetivo con la estadística es encontrar un término medio. El término medio es aquello que es más frecuente; usando terminología estadística: abunda lo normal y lo normal es lo que abunda.

*“El individuo que exhibe un comportamiento "normal" es el que cumple con determinadas normas, las establecidas por la estructura social, la cual dispone de aparatos (ideológicos como la escuela, de represión, etc.) para asegurar que los individuos se inserten en el lugar que tienen asignado en la estructura y cumplan con lo que se espera que hagan, piensen y digan. La existencia de esa estructura, con sus aparatos, con su peculiaridad, explica por qué la mayoría de integrantes de la misma en un determinado momento histórico "adhieren" a normas y pautas de conducta comunes. Entonces, "normal" está significando "adaptado" a las normas". (Benedito, 1982)*

Mediante este sistema de control que parte de la estadística la institución busca hacer una uniformización de los individuos. Que los pacientes sean “normales” y no causen problemas. Si no se comportan como se espera son considerados anormales colocándoles un diagnóstico patológico.



Foucault explica en su texto *Los anormales*, que la normalización es un poder que ha venido creciendo y segregando a los sujetos, por medio de la pericia de los psiquiatras y los jueces o magistrados de la justicia. Esto comenzó cuando los jueces empezaron a preguntar a los psiquiatras, si el individuo que estaba siendo juzgado era peligroso para la sociedad. Si eran considerados peligrosos tendrían que ser apartados. Así empezaron a crearse los centros de corrección para jóvenes y los que no tenían cura iban al manicomio. Foucault critica a los psiquiatras que empezaron hacer el papel de jueces. En las pericias que ellos realizaban, los individuos con ideas que iban en contra de la moral eran los candidatos a ser culpable de los delitos que eran sospechosos.

Las instituciones cuando demandan atención psicológica, casi siempre es porque el individuo causa problemas para la institución. El inconveniente radica en que se los disfrazan de un interés y búsqueda de bienestar personal. Las demandas institucionales van por el lado de la uniformización de los individuos, el querer que en el hospitales todos tengan un determinado comportamiento para ser considerado normales y no problemáticos.

En los hospitales generalmente se busca este tipo de pacientes. Los pacientes "normales" y no problemáticos. Que cumplan todo lo que el hospital les diga siguiendo las órdenes de los médicos y personal administrativo. Pero si un paciente empieza a cuestionar algo en el sistema del hospital, o no sigue con los protocolos impuestos por los médicos es considerado un paciente problema que crea conflictos a los médicos. A veces los pacientes o familiares se quejan de la atención y algunos hablan de negligencia médica, cuando las operaciones

o algún tratamiento no salen bien. Es en estos casos que los médicos derivan a los pacientes al servicio de psicología señalando que necesitan atención psicológica o psiquiátrica.

El personal del hospital busca al psicólogo para que trate de “arreglar” al paciente. También para que el psicólogo sea una especie de mediador y solucionador de conflictos entre el hospital, los pacientes y familiares. Sobre todo cuando los pacientes hablan de demandar a los médicos por alguna mala práctica, es cuando el psicólogo es requerido para que haga cambiar de opinión al paciente.

Muchas veces los psicólogos que están alienados a un discurso médico dominante utilizan técnicas para que el paciente quede ubicado en una posición de objeto y su palabra carezca de valor. Un ejemplo de esto nos daba Foucault en *Historia de la locura*, donde nos habla de un «poder normalizante » propio del hospital psiquiátrico. Que con ayuda de determinados saberes psicológicos, lograría naturalizar la normalidad. El examen psicológico, que individualiza, clasifica y jerarquiza, sería la tecnología propia de una forma de ejercer el poder cuyo objetivo es la construcción de sujetos «normales».

Con este poder normalizante impuesto por el discurso médico que existen en los hospitales la relación y el trabajo del paciente con el psicólogo se ha vuelto y se volverá cada vez más difícil. El paciente adopta un posición pasiva y no

existe una demanda de trabajo como explica Daniel Larsen en su artículo *El fenómeno psicossomático en la clínica psicoanalítica* :

*“Durante la consulta, ocurre con frecuencia que nos encontremos, sobre todo en el ámbito hospitalario, con pacientes que dicen sufrir alguna dolencia corporal o algún tipo de lesión en alguna parte de su cuerpo, agregando que vienen "porque los mandó el médico" y que, además, "no entienden por qué los mandaron". Estos pacientes no presentan, en su discurso, ningún signo que dé cuenta de alguna demanda de tratamiento. Sólo se limitan a presentarnos su síntoma, pero a la manera de quien le lleva un aparato descompuesto a un técnico y lo coloca sobre el escritorio para que se lo arregle, es decir, con una total ausencia de implicación subjetiva. Cuando nos hablan no pueden dejar de dirigirse a la figura del médico, a quien adjudican el lugar de un amo del saber sobre el cuerpo.”* (Larsen, 2009)

Se trata entonces de abrir una demanda para el paciente y ubicar a este en una posición más activa. Jacques Allain Miller en su artículo *La salvación por los desechos*, propone llevar a cabo un pragmática de desinserción ya que hay una falta de paranoia en los sujetos. No se trata de una paranoia de tipo patológica sino se una paranoia que estabiliza, que unifica, y que densifica al yo. Es decir una paranoia consustancial al lazo social.

*“Es imposible ser alguien de quién se habla, alguien cuyo nombre circula en el Discurso del Otro, siendo por ello mismo vilipendiado, difamado al mismo tiempo que difundido, es imposible ser alguien sin el sostén de una paranoia. Es simplemente decir que el Otro social es siempre un Otro malvado, que quiere gozar de mí, utilizarme, hacerme servir para su uso y sus fines”.* (Miller J. A., 2011)

Ese “otro” que Miller habla en la cita anterior es el otro social que está representado por instancias legales. Por ejemplo el hospital que se presenta con el lema de “salud pública para todos”. Este es visto como una institución que le dice al sujeto “quiero tu bien” y como se vio en capítulos anteriores esto es solo una máscara para lograr ejercer el control de las personas en las instituciones. Sin embargo muchas personas se sienten agradecidas con estas instituciones sobre todo cuando los servicios son gratuitos.

#### *Clínica de la desinserción*

Miller propone una clínica de la desinserción que busque paranoidizar al sujeto. Que lo explica de la siguiente manera:

*“Se Busca flexibilizar una identificación, sin duda, que permita al sujeto encontrar su lugar en una de las múltiples rutinas de las que está hecha la organización social y que tienen por propiedad estabilizar la relación del*

*significante al significado, la relación del sujeto a las grandes significaciones del amo*". (Miller J. A., 2011)

La clínica de la desinserción como vemos no se trata de poner al paciente en una disputa con los médicos. Lo que se busca es que el sujeto asuma una posición más clara y más activa. En que se dé cuenta que "el otro" social que está representado a veces por instituciones de cualquier tipo salud, educativa, social etc., no es tan benevolente como aparece y que son otras los objetivos que se quieren lograr más allá de brindar los servicios gratuitos .De esta forma se puede ver que la relación con el otro social no es nada fácil.

En los hospitales el psicólogo con su orientación e intervenciones podría lograr que algunos pacientes se puedan hacer preguntas como por ejemplo ¿qué quiere el otro de mí? Este tipo de preguntas llevan al sujeto a cuestionarse sobre la posición en que se encuentra y la forma en que ha estado llevando su vida. De esta forma se dará cuenta el sujeto que hay un saber propio que no está en el otro, y que no es ese otro, el que va a dar la solución final a su sufrimiento o problemas, en este caso el médico o psicólogo. Sino que hay algo más aparte de la enfermedad orgánica, que no está en ningún manual o examen médico que se pueda realizar. Es algo que está en sus palabras que es una verdad propia de cada uno.

## **Capítulo Cuatro: Informe para las instituciones hospitalarias.**

En este capítulo final se tratará de buscar alguna forma de elaborar los informes clínicos para las instituciones hospitalarias con datos que no involucren información confidencial. Se hará énfasis en especial en el tema del diagnóstico clínico psicológico.

*¿Qué es un diagnóstico?*

Las instituciones sobre todo en los hospitales, demandan al psicólogo que en los informes se ingrese la mayor cantidad de datos reunidos del paciente, pero lo más importante para ellos es el diagnóstico. Para los psicólogos es necesario tener mucho cuidado a la hora de colocar un diagnóstico al paciente en una institución. Ya que ese diagnóstico quedará ingresado en la base de datos de la institución y pasará a formar parte de la historia clínica del paciente que va a repercutir en cualquier ámbito de la vida de esta persona.

Empezaremos un poco entendiendo de que se trata la palabra diagnóstico y viendo algunas definiciones.

Aquí se presentan tres maneras distintas de definirlo:

- 1) Determinación de una enfermedad por los síntomas y signos (Diccionario Larrousse de la Lengua Española).

2) Tomando en cuenta que la palabra griega *diagnósticos* significa capaz de discernir; es decir distinguir con acierto.. (Diccionario de términos médicos).

3) Otra sería en cuanto a la etimología; donde dia = a través de, y gignoskein = conocimiento. "Se refiere a la generación de conocimiento, a través del análisis de las complejas interrelaciones entre los elementos constituyentes de un fenómeno dado" (Garza Guerrero, 1989). Dicks (1970)

Se puede ver a partir de las definiciones anteriores que el diagnóstico tiene que ver con distinguir, discernir y conocer a partir de un conocimiento, no necesariamente es etiquetar o rotular algo definitivo. El término es utilizado por la medicina para reconocer la enfermedad y ubicarla en una categoría preestablecida.

#### *Clasificación y diagnóstico en psiquiatría.*

En lo referente a la salud mental los diagnósticos comenzaron a usarse por la psiquiatría. Esto surge cuando los psiquiatras sobre todo a partir del siglo XIX cuando eran llamados alienistas, comenzaron hacer una clasificación de las enfermedades mentales a partir de descripciones sintomáticas. Ya que a diferencia de la medicina general, los trastornos o enfermedades mentales carecían de un espacio corporal y eran manejados como conceptos abstractos. Es a partir de ahí que la psiquiatría comenzó la clasificación de los trastornos mentales para ubicar al sujeto en una categoría. Así lo explica Nestor

Braunstein en la siguiente cita sacada del texto *Psiquiatría, Teoría del sujeto, Psicoanálisis*.

*“La delimitación de cuadros clínicos, su designación y su clasificación en psiquiatría, sin conocimientos etiológicos, ni anatomopatológicos, ni fisiopatológicos, es una actividad de reconocimiento de correlaciones, entre fenómenos llamados síntomas. Las “enfermedades mentales” solo existen en el espacio clasificatorio, y desde él irradian hacia los sujetos- soportes y agentes de la psiquiatría y hacia los referentes llamados pacientes, que habrían de incluirse en tal espacio”.* (Braunstein, 1980)

Esto quiere decir que las enfermedades mentales, existen en un espacio clasificatorio. Su materialidad es simbólica, existen a través de los efectos.

Estas clasificaciones son la base del conocimiento psiquiátrico y es a partir de ahí de donde se elabora el diagnóstico. Como explica Braunstein *“El diagnóstico psiquiátrico es un discurrir acerca de un objeto de conocimiento, que la propia psiquiatría ha elaborado.”* (Braunstein, 1980)

El clasificar y diagnosticar es la práctica del psiquiatra, y es para lo que se prepara en su formación. Esto en sí no es malo, porque de alguna manera hay que nombrar, clasificar y ubicar en una categoría los trastornos mentales, para poderlos explicar. Es así como avanza el conocimiento científico.



*"En psiquiatría, toda discusión del problema de la clasificación descansa sobre la premisa fundamental de que existen en la naturaleza afecciones mentales o formas de conducta anormales y que es científicamente válido y moralmente meritorio ubicar a las personas que sufren de tales afecciones o que manifiestan esa conducta en categorías apropiadamente designadas". (Th. Szasz ,ideology and insanity 1973 ) (Braunstein, 1980)*

El problema de ubicar a al sujeto en una categoría de trastornos mentales es que esto viene a repercutir en su psiquismo, y en su vida social. Es decir el problema en sí no es el diagnóstico, sino como este es utilizado. Por ejemplo si un paciente es diagnosticado por un psiquiatra con un trastorno de personalidad de los tantos tipos de trastorno que hay en el manual del DSM, este diagnóstico va servir para justificar sus pensamientos y su conducta. Se va perdiendo la responsabilidad y la singularidad psíquica del sujeto. Este es el problema del diagnóstico para la psicología.

*"La obtención de un diagnóstico que nombre adecuadamente la enfermedad tiene un efecto tranquilizador especialmente para el médico, en tanto cree reducir su no saber. Pero si el diagnóstico sólo subsume al sujeto en una categoría, se pierde la singularidad psíquica y el paciente queda oculto tras la Mirada objetivadora que lo nomina, desconociendo las particularidades de su*

*subjetividad. Este ha sido uno de los riesgos a los que quedó expuesto el diagnóstico psiquiátrico, a pesar de su valor". (Rubistein)*

Lamentablemente las instituciones sobre todo de salud aunque también de educación demandan a los psicólogos poner un diagnóstico en los informes. En los hospitales, se exige a los psicólogos que laboran, ingresar un diagnóstico en el sistema informático. Un diagnóstico que lo podrá ver cualquier persona que trabaje en la institución. Este diagnóstico sirve supuestamente a los médicos para ver el estado psíquico de los pacientes con los que se está tratando. Pero al registrar el psicólogo en un informe un diagnóstico basado en el DSM, es más fácil para el médico y sobre todo para el psiquiatra medicar al paciente. Como se vio en los capítulos anteriores este es una forma de control del discurso médico para que la palabra del sujeto sea menos escuchada y valorizada.

*Ejemplo de cómo elaborar informes para la institución.*

A continuación se presentará un informe que realicé en el hospital donde cursé mis prácticas. Este informe no es para la institución y por lo tanto no tiene un diagnóstico del paciente.

## INFORME

NOMBRE : M.A.

SEXO : F

EDAD : 64

*La paciente M.A. está ingresada en el ambiente tres debido a un cáncer de seno.*

*Entrevista 1*

*La paciente dice estar recuperándose porque bien no se siente, se siente nerviosa. Cuando le pusieron la primera quimioterapia cuenta que fue horrible, una sensación terrible y que se le bajaron las defensas. Luego dice tener miedo cuando le pongan la segunda quimioterapia ya que ella estuvo aquí en el 2008 cuando le detectaron el primer cáncer de seno, y ahora haciéndose chequeos le detectaron cáncer en el otro seno. En cuanto a la atención dice que los doctores son esquivos y no dicen mucho.*

*Entrevista 2*

*La paciente dice estar pensando que ya quiere ir a su casa, que ya no aguanta más estar aquí, se siente mal, horrible, como si se le fuera la vida. Comentó de su familia cuando llegó su hermana, dice que ella la cuida aquí, porque está separada de su esposo, pero tiene dos hijos un hombre, que ya es mayor que tiene su familia y hogar, y su hija que vive con ella porque es madre soltera. Dice amar a su hija porque es su fuerza, su sostén y es una hija excelente. Lo único que le reprocha a veces, es que no terminó su carrera de arquitectura en la universidad, pero trabaja en una aerolínea. Dice de nuevo que es una excelente hija y que se merece un hombre que la aprecie bastante (llora). Luego habló que los doctores son esquivos, que no le quieren decir ni explicar nada porque piensan que uno es ignorante y no sabe nada de cómo será el tratamiento. Comenta que no le gustaría que la saquen del ambiente, porque no le gusta mucho estar con otras personas enfermas, aunque dice ser una persona buena, amable, sociable, que tiene amigos de toda clase y a sus empleados los trata bien.*

#### *Comentario*

*La paciente M.A. pudo hacer una a implicación durante las entrevistas. Pudo pasar de hablar lo referente a su situación actual de su enfermedad, a un tema familiar que es la relación de ella con su hija. Por lo que su ansiedad pasó de estar focalizada en su sufrimiento actual ya que manifestaba que es horrible el tratamiento de la quimioterapia y se quejaba de esto, a otra escena donde se*

*pudo notar que su sufrimiento está también en relación con su hija que dice es su fuerza y sus sostén .*

Este informe no tiene un diagnóstico para la paciente, sino que hace énfasis en una implicación subjetiva del paciente. Es decir se trata que la paciente pueda hacer una elaboración y un esfuerzo que la va llevar a pensar y preguntarse qué hay otro tipo de sufrimiento además de su enfermedad orgánica, algo que no había pensado antes pero que se ha manifestado a través de sus palabras.

Supongamos que este informe debiera ser ingresado en la base de datos de la institución, con el diagnóstico basado en el DSM que se demanda al psicólogo. Por ejemplo en las reseñas de entrevista se debería hacer más énfasis en los datos fenoménicos y evitar colocar frases que tengan implicación con su vida privada. Se podría evitar poner la frase cuando ella dice que *“los doctores son esquivos y no dicen mucho”*. De esta manera se evitaría que los médicos tengan ciertos prejuicios que puedan catalogar a la paciente como difícil o conflictiva. En la reseña de entrevista dos se podría evitar colocar, cuando vuelve a resaltar que los doctores son esquivos. También se tendría por ética que eliminar datos privados de la vida de la paciente, por ejemplo cuando dice ella que es separada de su esposo y cuando habla de lo que le reprocha a su hija. Estos datos y frases que dice la paciente las habla con el psicólogo no porque se sienta obligada, sino porque tiene alguien que viene a oír sus palabras, quejas, demandas, etc. Es alguien que es parte de la institución, que

viene a ofrecer un espacio donde ella pueda ser escuchada y su palabra tenga algo de valor.

Al colocar en un informe para el hospital en el registro informático los datos privados y frases personales de la paciente estaríamos rompiendo el principio ético de confidencialidad que se vio en el capítulo dos. Pero sobretodo estriamos alienándonos al discurso del amo de la institución, que trata de obtener más información y más control. Además de qué le sirve saber al personal de la institución, médicos, personal administrativo, etc., saber los datos privados de los pacientes. Por ejemplo si la paciente es separada, divorciada, o si se ha vuelto a casar etc. Y peor aún conflictos familiares que los pacientes narran de manera privada en las entrevistas con el psicólogo.

El siguiente paso sería aplicar un diagnóstico para el informe. Aquí lo más importante que se debería tener en cuenta es que necesariamente el diagnóstico psicológico va a ubicar al paciente en una categoría. Ya que lamentablemente la institución hospitalaria demanda al servicio de psicología la aplicación de un diagnóstico del manual de psiquiatría DSM. Aquí el psicólogo tendrá que buscar la manera de ubicar un diagnóstico que sea lo más general posible. Ya que como sabemos en el DSM se encuentra todo de manera estandarizada, para que el médico cumpla con la función de diagnosticar y a partir de ahí se pueda aplicar la medicación correspondiente a ese diagnóstico.

En el informe anterior se podría colocar a la paciente con un *trastorno de ansiedad*. El trastorno de ansiedad es un diagnóstico muy abierto, ya que no especifica por qué o debido a qué se produce la ansiedad. Cualquier persona sufre de ansiedad en la actualidad esto hace que se dificulte más para el médico prescribir los medicamentos para este trastorno. Otro diagnóstico que podríamos poner en el informe sería *conflicto familiar*. En el DSM estaría como un diagnóstico de *problema paterno –filial*. Este sería también un diagnóstico muy general ya que todas las personas tienen problemas familiares y no hay una medicación que exista para los conflictos familiares.

Al aplicar estos diagnósticos no se trata de evitar que los pacientes reciban medicamentos porque estos sean malos. Ya que hay casos en donde la mediación es necesaria, como por ejemplo en algunos casos de psicosis. Lo que se busca es evitar un diagnóstico con una medicación dura, ya que esta no permite que el sujeto pueda tomar decisiones. Es decir se priva al sujeto de su autonomía y de su palabra, haciendo que cada vez la institución tenga más control sobre el paciente.

**Conclusión.**

Este trabajo ha mostrado las dificultades que existe para los psicólogos de trabajar en instituciones hospitalarias. Sobre todo en la actualidad con el incremento de sistemas informáticos para el ingreso de información clínica y los avances de las nuevas técnicas de la medicina donde la palabra del paciente es cada vez menos necesaria. Se ha tratado de hacer un análisis y buscar alternativas de cómo el psicólogo podría adaptarse al trabajo que demanda la institución hospitalaria; que como vimos las técnicas que se usan para el trabajo con los pacientes, tiene otros objetivos más allá del de brindar salud pública y no coincide con la orientación de la práctica psicológica, que busca hacer valer la palabra del paciente ante todo.

Esto nos llevaría a preguntarnos ¿Cuál será el futuro de la psicología clínica no solo en los hospitales sino en cualquier institución?



## Referencias.

### Bibliografía

Argentina, Federación de Psicólogos de la República. (1999). Código de ética. *Código de ética* . Argentina.

Benedito, G. (1982). *Psicología: ideología y ciencia* . (octava edición ed.). Argentina: Siglo 21 editores.

Braunstein, N. (1980). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis*. Siglo 21 editores.

Claudio, V. (Septiembre-Diciembre de 2009). *cop (Papeles del psicólogo)*. Obtenido de Entre los caminos A y B elijo el incierto C: El Bien, el Mal y los Dilemas Éticos: <http://www.cop.es/papeles>

Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos. (2007). Código de ética. *Código de ética* . Ecuador.

Foucault, M. (1978). *La incorporación de los hospitales en la tecnología moderna (pdf)*. Retrieved from [hist.library.paho.org](http://hist.library.paho.org): [hist.library.paho.org](http://hist.library.paho.org).

Guido, R. H. (2007). Psicoanálisis y medicina. *Revista carta psicoanalítica* .

Larsen, D. (2009). *Psikeba. El fenómeno psicósomático en la clínica psicoanalítica*. Retrieved 2012, from <http://www.psykeba.com.ar>

Laurent, E. (Septiembre de 2011). *NEL Mexico*. Obtenido de La ilusión del cientificismo , la angustia de los sabios.: <http://www.nel-mexico.org>

Martínez, M. L. (Enero- Abril de 2009). *C.Bioética (pdf)*. Obtenido de Virtudes y ética en la práctica clínica: <http://www.cbioetica.org>

Michel, Foucault. (1987). *Vigilar y Castigar*. México: Siglo 21.

Millas, D. (2002). *Escuela de orientación lacaniana*. Obtenido de EOL: <http://www.eol.org.ar>

Miller, J. A. (2011). La Salvación por los desechos ., (p. 6).

Miller, J. A. (Julio-Agosto de 2006). *Virtualia*. Obtenido de La era del hombre sin atributos: <http://virtualia.eol.org.ar>

Organizacion Panamericana de la salud. (1978). *Medicina e historia . El pensamiento de Michel Foucault*. Mexico.

R.G.Gianzone. (Mayo de 2011). *Virtualia*. Obtenido de Etica y secreto: <http://virtualia.eol.org.ar>

Rivera, R. N. (Julio de 2002). *Acheronta*. Obtenido de El dilema de diagnostico en psicoanalisis: [www.acheronta.org](http://www.acheronta.org)

Rubistein, A. (n.d.). *ALGUNAS CUESTIONES RELATIVAS AL DIAGNÓSTICO EN*. Retrieved from [ea.eol.org.ar](http://ea.eol.org.ar).