

## **El Hospital General; un ámbito posible de la actividad interdisciplinaria**

La cooperación interdisciplinaria asume diferentes modalidades de Implementación en tos diferentes tipos de servicio asistencia). Si nos atenemos a la modalidad asistencial de institución hospitalaria pública (por diferenciarla de la medicina propagada y de las obras sociales), dentro de dicha modalidad hay diferentes tipos de servicio asistencial: el Hospital Neuropsiquiátrico, el Centro de Salud, las comunidades terapéuticas y el Hospital General. Estos cuatro servicios asistenciales tienen cada uno sus características peculiares, El Hospital Neuropsiquiátrico es antes que nada un hospital especializado o monovalente, destinado a recibí- pacientes con trastorno mental. Tiene consultorios externos, pero el modelo asistencia) es aquí la internación psiquiátrica, y es frecuente encontrar paciente crónicos con patologías de larga data y cuya evolución no es en general satisfactoria, Se trata de sujetos Internados por orden judicial, o abandonados por sus familias. La asistencia ambulatoria se realiza en tos consultados externos, pero también hay hospitales psiquiátricos que cuentan con un hospital de día. Los Centros de Salud Mental se dedican a la atención integral de la salud y por cito incluyen también el área de la prevención primarla (tos hospitales generales se centran mas bien en la prevención secundarla, y tos neuropsiquiátricos tienen pacientes qué se tos considera dentro del área prevención terciarla). En tos Centros de Salud Mental el modelo asistencial es ambulatorio; los pacientes asisten solamente para el tratamiento psicoterapéutico, y hay diversos servicios que Incluye niños, adultos, adicciones, etc. En algunos casos funciona también un Hospital de Día.

Las comunidades terapéuticas son otra forma de servicio asistencia) en la cual pacientes y personal sanitario conforman una microsociedad que funciona en forma relativamente autónoma, siendo uno de los objetivos preparar las condiciones para que el paciente dado de alta pueda reinsertarse en su medio social natural. Los Hospitales Generales atienden todas las especialidades médicas, y por lo tanto cuentan también con un servicio de psicopatológica, donde además de cumplirse tareas asistenciales se realizan rehabilitaciones, prevención primaria y docencia.

El servicio hospitalario alberga a profesionales de diferentes líneas teóricas y especialidades, lo que da lugar a la existencia de diversos subequipos dentro del servicio, tales como niños, adolescentes, adultos, pareja, familia y urgencias. Algunas, veces, el servicio de Psicopatología se encuentra ubicado en las proximidades de la morgue del hospital e incluso fuera del edificio central del nosocomio, lo cual refleja la actitud de segregación del medio social hacia los muertos y los "locos".

## **REACCIONES PSICOLÓGICAS A LA HOSPITALIZACIÓN**

Cada individuo reacciona de manera diferente tras ser ingresado en un hospital, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de su personalidad y de su situación vital. Algunos pacientes lo interpretan como un lugar seguro del que van a obtener cuidado y alivio en sus síntomas, mientras que otras personas lo ven como un lugar que aumenta su ansiedad. En comparación con su hogar, un hospital es un ambiente impersonal, en el que a uno normalmente le despojan de sus ropas, a menudo hay que compartir habitación con otros y tiene que adaptarse a una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas, rodeado de un sinfín de caras nuevas, cada una de ellas con una función concreta que desarrollar. Un hospital moderno es la empresa más compleja que existe. Ingresar en uno para recibir cuidados es una experiencia que no deja impasible a nadie. La medicina científica natural ha transformado edificios e instituciones creados para cuidar y albergar (también aislar) en lugares de alta complejidad y tecnología.

## **INFORMAR AL PACIENTE**

Estudios recientes han demostrado que la sensación de control del paciente, aumenta la capacidad para responder de forma adecuada a la enfermedad, Fanis (1977) demostró que pacientes con un grado moderado de temor frente al ingreso eran los más capaces de procesar mejor la información que recibían sobre su enfermedad y tenían más posibilidades de recuperación. Posteriormente diversos estudios han demostrado que las que son informados con antelación sobre que esperar de la medida tienen una sensación mayor de control y son capaces de tomar decisiones correctas, lo que mejorará los resultados.

En 1992. **Devine** concluyó que educando psicológicamente a los pacientes quirúrgicos, disminuye el tiempo de estancia hospitalaria, la incidencia de complicaciones médicas, el grado de dolor quirúrgico y la necesidad de analgésicos. **Cuándo el pronóstico es malo, ¿Qué información debe darse al paciente y como deben hacerse?**

Existen 3 modelos:

- a) Ocultar el diagnóstico y el pronóstico al paciente.

La relación médico-paciente es de carácter paternalista, con poca comunicación entre ambos. En este modelo se asume que el paciente necesita ser protegido de las malas noticias, o que no quiere conocerlos.

- b) Informar sobre el verdadero diagnóstico y pronóstico al paciente.

Con una relación también de carácter paternalista, con una buena relación entre ambos, pero en este caso el paciente es quien toma las decisiones.

c) Comunicar el diagnóstico y el pronóstico de forma individualizada. La comunicación médico paciente es buena, En este modelo se asume que cada paciente es distinto, que cada uno asume su enfermedad de manera diferente y que la cantidad de información que desean es diferente. Se trata del modelo Ideal. En 1993, la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una monografía dedicada a cómo contar las malas noticias al enfermo. Las conclusiones fueron las siguientes:

1. Antes de informar al paciente, el médico deberá tener un *plan*. Es decir, deberá, haber considerado cuál es la mínima información que el paciente o los familiares necesitan saber para tomar decisiones de cara al futuro y cuál es la máxima información que se les puede dar en función de la seguridad del diagnóstico (p. Ej., cuando lleva un excesivo número de pruebas diagnósticas).
2. Dar el *control* a paciente sobre lo que quiere saber y cuándo lo quiere saber. Existe una amplia evidencia tanto de la literatura como de la experiencia clínica de que cuando a los pacientes se les presenta la oportunidad dirán lo que quieren saber y cuándo.
3. El médico deberá *averiguar lo que el paciente piensa sobre su enfermedad*. Deberá preguntarle lo que él cree que le sucede y lo que le preocupa. Normalmente el médico asume que el paciente tiene miedo porque va a morir, peor en muchos casos lo que le asusta es una muerte dolorosa.
4. Permitir al paciente que se tome tiempo para sumir toda la información, es importante no sobrecargar al paciente y ofrecerle la información en varias sesiones.
5. Dar alguna buena noticia o por lo menos esperanza. Incluso aunque sepamos que un 95% de los pacientes con la misma enfermedad morirá en 6 meses, el hecho es que un 5% no lo hará y el paciente podría ser de ese 5%.
6. Ofrecer al paciente un plan de tratamiento, aunque el médico no sepa con exactitud el diagnóstico, si sabrá las investigaciones que necesitará hacer, los pacientes se muestran muy agradecidos cuando ven que alguien sabe lo que está haciendo y parece controlar la situación.
7. El médico nunca deberá dar falsas esperanza o mentir, pues esto destruirá la confianza en el médico, así como la relación médico – paciente.

## **ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL HOSPITAL**

Podríamos definir el hospital como:

«Una macrounidad operativa desde los puntos de vista social, económico, político y funcional, dentro de la cual se produce una serie casi limitada y dispar de situaciones, interacciones, funciones y prestaciones, tendientes en su conjunto a recuperar a los individuos para la sociedad.»

Con ello podemos entender cómo algo que es aparentemente simple (el hospital como casa de cura) es realmente una institución (algo más que una casa) de una enorme complejidad. Una institución cuyo objetivo, como nota curiosa, es la «recuperación de los individuos para la sociedad. Pero sucede que la mayoría de las camas hospitalarias acostumbran a estar ocupadas por pacientes crónicos o terminales, con lo que resulta que esos pacientes están siendo atendidos en una institución que no es la adecuada, ya que no cuenta con esa función entre sus objetivos. En relación con esa complejidad a la que nos referíamos, podemos considerar, como ya apuntaron Carral y Delás (1992), que se basa fundamentalmente en tres aspectos que deberemos comentar brevemente: la pluralidad de los profesionales (a), que desarrollan una pluralidad de tareas (b), y que lo hacen en un espacio de capacidad limitada (c).

Dentro del referido marco de una intervención psicológicamente adecuada en los pacientes hospitalizados, que es preciso tratar de:

1. Frenar las molestias y disfunciones derivadas de la enfermedad (lo que se puede llamar rehabilitación y/o habilitación alternativa).
2. Evitar o retrasar complicaciones en los cuadros instaurados.
3. Mantener al paciente con la máxima autonomía, libertad e inserción en su entorno, que sean posibles.
4. Mejorar la adaptación tanto del paciente como de su familia (que no olvidemos que también padece las consecuencias de la enfermedad y que, a su vez, influye muchas veces decisivamente en la evolución del paciente) a la situación de enfermedad.
5. Mejorar el cumplimiento de las normas y controles de salud, tanto en sanos como en pacientes crónicos.
6. Implicar al paciente y a su familia tanto en la situación de enfermedad como en su tratamiento.
7. Evitar la pasividad, la dependencia y el conformismo.

8. Equilibrar, en cada caso, el reparto de las cargas-beneficios consecuentes a la enfermedad entre todas aquellas personas implicadas en esa situación de enfermedad.

9. Mejorar al máximo la calidad de vida en todos aquellos aspectos en que ello resulte posible.

### **IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN SOBRE EL PACIENTE**

El hecho estar hospitalizado les plantea unas dificultades que pueden resumirse en los siguientes aspectos:

A) Son sujetos con su salud comprometida en extremo.

B) Que reciben una atención tecnificada al máximo.

C) Pero cuya asistencia se presta de una forma generalmente bastante desindividualizada.

D) En la que se les exige que repriman al máximo sus manifestaciones espontáneas.

E) Y donde se refuerzan sus conductas regresivas (que en el fondo eso es «ser un buen enfermo»).

F) Se trata, por otra parte, de una situación en la que generalmente existen dificultades para poder aplicar los aprendizajes o experiencias previos,

G) En la cual se produce una máxima dependencia de los medios técnicos y del personal.

H) Y en la que se está permanentemente en situación de peligro de poder sufrir situaciones desagradables, tanto por la propia evaluación de la enfermedad padecida, como por los tratamientos y exploraciones a que se puede ser sometido.

La propia situación de hospitalización ya supone por sí misma una carga de ansiedad y unos problemas importantes para todos los implicados (pacientes, familiares y personal que desempeña su labor profesional), debemos considerar la situación de enfermedad que padece el paciente, complica aún más su situación y la hace más dificultosa.

La situación de enfermedad implica unos cambios, descritos por Detré y Jarecki en 1974 cuando se refieren a las causas de lo que ellos llaman «ansiedad situacional en la hospitalización». Esos pacientes se encuentran sometidos a unas condiciones particulares, de entre las que destacan:

A) Un futuro personal en mayor o menor grado temible e incierto, en relación con su bienestar, salud y/o supervivencia.

B) Unos problemas materiales, económicos, etc., derivados del internamiento.

C) Unas molestias físicas y psíquicas derivadas de la enfermedad, de las exploraciones que ésta conlleva y de los tratamientos que puedan resultar potencialmente necesarios.

D) La ignorancia del motivo de algunas exploraciones y de su peligrosidad, de los tratamientos que pudieran derivarse de sus resultados, de la evolución que probable y realmente va a seguir el cuadro, etc.

E) La dependencia de su bienestar, de su sufrimiento y de su futuro, de unas personas desconocidas, con una conducta generalmente aséptica e impersonal, que no muestran estar especialmente motivadas afectivamente hacia él de una forma concreta.

F) La consecuente separación familiar y de su entorno físico habitual, etc.

### **DIFICULTADES INDIVIDUALES DE LA ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN**

Dificultades para poder adaptarse a la situación de enfermedad y más concretamente de hospitalización, que a su vez conllevarán aumentos de la ya citada ansiedad situacional. Aumentos de ansiedad que, indefectiblemente, irán asociados a incrementos de los niveles de sufrimiento y consecuentemente también a un empeoramiento de las perspectivas pronósticas del mismo cuadro orgánico. Esas dificultades de adaptación, en cuanto a sus causas, podrían ser sistematizadas, con fines expositivos, en tres grandes bloques que comentaremos brevemente:

1. Las referidas a los hábitos personales del sujeto.

2. Las referidas a sus estilos de vida.

3. Las referidas a sus expectativas.

#### **Dificultades de adaptación a la hospitalización referidas a los hábitos personales del paciente**

Podríamos distinguir cuatro aspectos:

A) Alimentación

La hospitalización supone cambios (y por lo tanto con siguiente necesidad de adaptarse) en este aspecto de la vida cotidiana del paciente, tanto en lo que se refiere a horarios, cantidad y calidad, condimentación o temperatura, como en lo que se refiere a la

forma y postura física en que se ve obligado a comer, al tipo de servicio que se le proporciona para ello, etc.

#### B) Sueño

Aquí la necesidad de adaptarse se plantea por los cambios que experimenta el sujeto hospitalizado tanto en lo que se refiere a los horarios (muy importante por los cambios que se pone en sus ritmos circadianos), como en lo que se refiere a la comodidad física (dimensiones de la cama, «extrañar» el colchón o la almohada, etc.), en lo referente (en contraste a lo que cualquier persona está acostumbrada a lo largo de toda su vida) a las interrupciones a que se le somete en el descanso por que la de compañeros de habitación, ruidos y luces, tomas de medicación propias o de los compañeros dentro del horario de sueño, etc.

#### C) Higiene personal

Aquí las dificultades se derivan de la necesidad de utilizar instalaciones generalmente inhóspitas e incómodas, con un espacio físico inusual en el que faltan los elementos habituales para el sujeto. Y que, además, se ve obligado a compartir con personas extrañas.

#### D) Alojamiento

En este caso las dificultades se derivan, obviamente, de las incomodidades que generalmente implica la estrecha convivencia con personas extrañas, de costumbres y gustos distintos, que la hospitalización impone. Pero no es raro que existan también problemas a la hora de ocupar tranquilamente una cama extraña, que ha sido ocupada anteriormente por personas des conocidas, como males ignorados o incluso que han fallecido en ella.

### **DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN DEBIDAS A LOS ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE**

#### A) Intimidad

Las dificultades se plantean aquí ante la imposibilidad de hablar en privado de asuntos personales o íntimos y, en general, ante la de conservar la intimidad tanto ante el personal sanitario como ante los compañeros de habitación (por ejemplo a la hora de hacer sus necesidades estando encamado, o a la hora de tenerse que mostrar desnudo para exploraciones o curas).

#### B) Independencia

Las limitaciones de la movilidad (con un con finamiento en la sala que no se reduce sólo a quienes tienen que permanecer encamados), teniendo que pedir permiso para casi todo lo que en la vida habitual se hace libremente, con imposibilidad de control

o de toma de decisiones, etc., implican obviamente, y cuando menos, molestias para la persona que, además de estar enferma, se tiene que someter a todos estos cambios de su vida habitual.

### **C) Atuendo**

Aunque pueda parecer poco relevante, resulta también molesto para el paciente el tener que permanecer constantemente, durante el tiempo que dure la hospitalización, con ropa de noche, generalmente manteniendo la uniformidad que impone el hospital y muchas veces con inadecuación de tallas, de planchado, etc., de esa ropa que facilita la institución, con desconocimiento de lo referente al anterior usuario de esa misma prenda, etc.

## **DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN DERIVADAS DE LAS EXPECTATIVAS DEL SUJETO**

### **A) Hacia sí mismo**

La expectativa del sujeto hacia sí mismo como paciente implica que debe «ser bueno». Y ello significa que debe ser dócil y hasta heroico si es menester. Debe obedecer ciegamente las indicaciones que se le hagan, sin rechazar en ningún caso tratamientos, dietas o manipulaciones, etc. (con independencia de lo que piense o tema de ellos). También debe curarse y (por supuesto) no debe morir ni mantener relaciones sexuales. Debe abstenerse de hacer preguntas comprometidas para el personal asistencial, lo mismo que tiene la obligación de no molestar llamando reiteradamente a los profesionales o planteándoles exigencia alguna. Debe también tratar con extremado tacto a ese personal (sin enjuiciar ni cuestionar su conducta). Debe controlar sus esfínteres, sus olores, etc. En cualquier caso, debe huir de ser etiquetado como «enfermo problema» por el personal sanitario, pues ello podría (aun que sólo fuera en su mente) acarrearle el rechazo de ese personal y con ello perjuicios en su asistencia. Aquel que el personal sanitario considera como «enfermo problema», por su parte, se caracteriza concretamente por mantener una excesiva dependencia del propio personal, por tratar de obtener «beneficios secundarios» de la enfermedad, por negar el cuadro orgánico, por su escasa colaboración en el tratamiento, por plantear dificultades de convivencia con el personal o con los otros pacientes, o por resistirse a renunciar a su propia personalidad y a las costumbres que tenía anteriormente, etc.

### **3) Hacia la enfermera**

La enfermera es una figura profesional que despierta en el paciente expectativas ambivalentes. Por un lado, sabe que es una persona que no debe dejarle morir, pero que tampoco debe darle información ni su opinión, que no debe dejarse guiar en su actuación por su conciencia sino por su obligación, que tiene acceso a toda su intimidad pero que no debe divulgar la información...



### **C) Hacia el médico**

Esa es una figura que en el hospital, más que en ningún otro sitio, es magnificada e idealizada. No se le debe enjuiciar ni molestar con preguntas, no debe eludir las decisiones últimas sobre cuál es la mejor atención, tiene en su poder la capacidad de indicar o suspender un tratamiento (y con ello facilitar el dolor, el sueño, la vida o la muerte), es quien toma la decisión de dar por muerto a un enfermo o de que se siga luchando por su vida...(Kerekjarto, M. y., 1978).

Con todo ello podemos comprender que en la situación de verse hospitalizado, el paciente va a tener que poner en marcha los mecanismos de adaptación que son habituales en él cuando se encuentra en aquellas situaciones en las que se siente en peligro, indefenso e ineficaz. Sensaciones que generalmente se experimentan con poca frecuencia en el adulto, pero que sí pueden haber sido experimentadas cuando fue niño. La consecuencia va a ser fácilmente la utilización de mecanismos que quizá resultarán útiles en la infancia pero que, de ser utilizados de idéntica forma a como se hizo entonces, resultarán cuando menos impropios e ineficaces en el adulto: regresión, negación, evasión, entrega, agresión, introversión, inculpación y utilización son algunos de ellos. La madurez personal previa del sujeto podrá lograr que en esa situación, para él novedosa, se pongan en marcha mecanismos de adaptación «sanos como son la superación, la apropiación o la resignación (sólo cuando no cabe otra), hacia los cuales los profesionales, conocedores de sus problemas, pueden ayudarle a marchar.