

**LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL DIAGNÓSTICO QUE SE REALIZA EN LAS
IPS ACREDITADAS EN SALUD EN EL VALLE DE ABURRÁ Y EL QUE SE
SUSTENTA DESDE LOS DIFERENTES ENFOQUES DE LA PSICOLOGÍA**

JUAN CAMILO CORREA CORREA

CLAUDIA ANDREA MARÍN ORTIZ

VERÓNICA SALDARRIAGA ARIAS

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

BELLO

2015

**LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL DIAGNÓSTICO QUE SE REALIZA EN LAS
IPS ACREDITADAS EN SALUD EN EL VALLE DE ABURRÁ Y EL QUE SE
SUSTENTA DESDE LOS DIFERENTES ENFOQUES DE LA PSICOLOGÍA**

JUAN CAMILO CORREA CORREA

CLAUDIA ANDREA MARÍN ORTIZ

VERÓNICA SALDARRIAGA ARIAS

Monografía presentada como requisito parcial para optar al título de psicólogos

Asesor temático

JORGE IVÁN JARAMILLO ZAPATA

Profesor Programa de Psicología

Asesor metodológico

JUAN MARÍA RAMÍREZ VÉLEZ

Profesor Programa de Psicología

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BELLO

2015

**A nuestras familias por acompañarnos
en este proceso formativo.**

AGRADECIMIENTOS

A Jorge Iván Jaramillo y Juan María Ramírez por acompañarnos en el diseño y elaboración de este trabajo, y por fomentar en nosotros un espíritu crítico, reflexivo e investigativo.

A Juan Gabriel Carmona, Marta Inés Vergara, Margarita María Valencia, Heidi Smith Pulido, Diana Marcela Bedoya, Diana Cristina Buitrago, David Andrés Garzón, Gustavo Cardona, Ana María Duque y Adriana Amparo Ossa; docentes invaluableles que en diversos espacios aportaron a nuestra formación y nuestra posición en la psicología.

A Deicy Paola Gómez y Germán Arley Baena; por brindarnos su amistad y hacer de las clases espacios de valiosas discusiones.

A nuestras familias, por su apoyo constante.

A la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello. Especialmente la Facultad de Psicología.

Tabla de contenido

Tabla de contenido.....	5
Lista de figuras.....	8
Nota aclaratoria	9
Resumen.....	10
Abstract.....	11
1. Planteamiento del problema	12
1.1 Hospital Universitario de San Vicente Fundación	22
1.2 Hospital Pablo Tobón Uribe.....	24
1.3 Hospital del Sur de Itagüí.....	24
1.4 Hospital General de Medellín	26
2 Pregunta de investigación	32
3 Objetivos.....	33
3.1 Objetivo general	33
3.2 Objetivos específicos.....	33
4 Justificación.....	34
5 Marco teórico	36
5.1 Aproximación al concepto de hombre	36
5.2 Aproximación a los conceptos de salud mental y enfermedad desde los diferentes enfoques teóricos de la psicología.....	41
5.2.1 Salud y enfermedad desde la corriente humanista.....	42
5.2.2 Salud y enfermedad desde el enfoque cognitivo-conductual.....	44
5.2.3 Salud y enfermedad desde el enfoque dinámico.....	48
5.2.4 Salud mental y enfermedad desde el psicoanálisis	52
5.3 Concepto general de diagnóstico.....	54
5.4 El diagnóstico desde los distintos enfoques de la psicología.....	63
5.4.1 El diagnóstico desde la corriente humanista.....	64
5.4.2 El diagnóstico desde el modelo psicodinámico	72
5.4.3 Diagnóstico en la psicología cognitiva	91
5.4.4 Diagnóstico desde el psicoanálisis.....	103
5.5 Sistemas clasificatorios internacionales	112

5.6	La atención psicológica y el diagnóstico en algunos países iberoamericanos	116
5.6.1	Evaluación psicológica clínica en España (EPC).	116
5.6.2	Diagnóstico psicológico en España.	121
5.6.3	El diagnóstico psicológico en la clínica psiquiátrica de España.	123
5.6.4	Protocolos de atención en Guatemala.	125
5.6.5	Atención psicológica y diagnóstico en IPS acreditadas en el Valle de Aburrá. ...	128
6	Diseño metodológico	134
7	Resultados.....	137
8	Conclusiones.....	176
9	Referencias bibliográficas.....	179
10	Anexos	186
10.1	Anexo 1. Entrevistas para la recolección de información	186
10.1.1	Instrumento para entrevista con docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Programa de Psicología.	186
10.1.2	Instrumento para entrevista con profesionales de las IPS acreditadas en salud en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá.	187
10.2	Anexo 2: Formatos de consentimiento informado	189
10.2.1	Consentimiento para psicólogos de las IPS.	189
10.2.2	Consentimiento para psicólogos de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.	190
10.3	Anexo 3: Reseñas históricas de los hospitales	192
10.3.1	Reseña histórica del Hospital Universitario de San Vicente Fundación.....	192
10.3.2	Reseña histórica del Hospital Pablo Tobón Uribe.	192
10.3.3	Reseña histórica del Hospital del Sur Itagüí.	193
10.3.4	Reseña histórica del Hospital General de Medellín.	193
10.4	Anexo 4: Entrevistas a docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.....	195
10.4.1	Entrevista a psicólogos desde el enfoque cognitivo-conductual.....	195
10.4.2	Entrevista a psicólogos desde una perspectiva dinámica.....	217
10.4.3	Entrevista a psicólogos desde una perspectiva psicoanalista.....	251
10.4.4	Entrevista a psicólogos desde una perspectiva humanista.	256
10.5	Anexo 5. Entrevistas a psicólogos de las IPS.....	263
10.5.1	Entrevista a psicóloga del Hospital San Vicente Fundación.	263
10.5.2	Entrevista a psicóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe	280
10.5.3	Entrevista a psicóloga del Hospital General de Medellín.....	295
10.5.4	Entrevista a psicóloga del Hospital del Sur de Itagüí.	295

10.6 Anexo 6. Protocolo de Evaluación Psicológica Clínica en España..... 297

Lista de figuras

Figura 1. Esquema de un sistema de referencia y contrarreferencia.....	20
Figura 2. Organización de redes de Salud y tipos de servicios de Salud.....	21
Figura 3. Esquema del desarrollo y psicopatología.	85

Nota aclaratoria

Esta investigación, en aras de responder a sus objetivos y a su diseño metodológico, recopila información obtenida de fuentes primarias mediante la técnica de la entrevista. Las personas entrevistadas pertenecen a dos grupos: el primero está conformado por docentes de psicología de la Universidad Minuto de Dios, Seccional Bello, mientras que el segundo está integrado por psicólogas o practicantes de psicología adscritas a cuatro instituciones hospitalarias del Valle de Aburrá, a saber: Hospital Pablo Tobón Uribe, Hospital General de Medellín, Hospital del Sur de Itagüí y Hospital Universitario San Vicente Fundación. Con el ánimo de mantener condiciones de privacidad, los investigadores han optado por omitir los nombres de las fuentes pertenecientes a este segundo grupo, razón por la cual se les han asignado códigos expresados entre corchetes y anteceditos de la letra 'E', de lo cual sería ejemplo [E1]. En el caso de los docentes se han conservado los nombres propios, de tal manera que se puedan referenciar con arreglo al estilo APA.

Resumen

Esta investigación, de carácter cualitativo y hermenéutico, busca establecer la relación entre el diagnóstico que se realiza en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) acreditadas en salud, localizadas en el Valle de Aburrá (Colombia), y el diagnóstico que se sustenta a partir de los diferentes enfoques teóricos de la psicología. Para ello, se ha realizado una pesquisa teórica en fuentes primarias (docentes universitarios) y secundarias (textos académicos) que permitió obtener nociones acerca de cómo percibe la labor de diagnóstico cada enfoque teórico; esta información se contrastó con la obtenida en entrevistas sostenidas con psicólogas y practicantes de psicología adscritas a cuatro IPS de la región. Se encontró que impera el uso de los manuales DSM-IV y CIE-10 para emitir diagnósticos, lo que permite contar con un lenguaje común para la comunicación con los médicos, pero dificulta que los profesionales emitan sus diagnósticos basándose en sus principios teóricos y epistemológicos.

PALABRAS CLAVE: *diagnóstico; manual diagnóstico; IPS; salud mental; trastorno mental; tratamiento psicológico; psicología de la salud.*

Abstract

This research, having a qualitative and hermeneutical approach, aims to establish the relationship between the diagnosis held in the Services Provider Institutions (IPS) certified in health, located in Valle de Aburrá (Colombia), and the diagnosis based on the different theoretical perspectives of psychology. In order to do so, a review of primary (college teachers) and secondary (academic texts) sources was conducted, which allowed to obtain some notions about how the diagnosis task is perceived in each perspective; this information was contrasted with the one obtained in interviews held with psychologists and psychology practitioners working on four IPS in the region. It was found that the use of DSM-IV and CIE-10 manuals prevails in emitting diagnoses, which allows having a common language to communicate with the medical personnel, but it makes difficult for professionals to emit their diagnoses based on their own theoretical and epistemological principles.

KEYWORDS: *diagnosis; diagnostic manual; IPS; mental health; mental disorder; psychological treatment; health psychology.*

1. Planteamiento del problema

El sistema de salud en Colombia ha tenido cambios significativos. Antes operaba un sistema de salud diferente al que actualmente está en vigencia; existía el Sistema Nacional de Salud, que funcionaba desde 1975¹, el cual estaba constituido por tres subsistemas: salud pública, seguros sociales y subsistema privado de servicios²; más tarde, a través de la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema de Aseguramiento. Orozco (2006) señala que es a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991 y de declarar al Estado colombiano como estado social de derecho, que se empieza a dar un cambio en la manera como el Estado asume las responsabilidades con respecto a sus habitantes. El servicio de salud se presenta entonces como un derecho de las personas y no como una “beneficencia pública” (Orozco, 2006, p. 9). Se debe tener en cuenta que la salud, en la Constitución, no aparece como derecho fundamental sino como un derecho prestacional³.

Esta nueva condición trae profundas implicaciones de tipo legal y económico para el Estado, el cual ahora deberá garantizar el acceso a las atenciones en salud a través del diseño de

¹Según el Decreto 056 de 1975, art. 1: “Entiéndase por Sistema Nacional de Salud al conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación”.

² Véase más información al respecto en <http://www.acreditacionensalud.org.co/>

³ Según Luis Prieto Sanchís, “(...) derechos prestacionales, esto es, derechos cuya satisfacción no requiere abstención de poderes públicos o de otros sujetos, sí una acción o deber de contenido positivo; piénsese en el derecho a la salud, a la educación, a la vivienda, etc.” (1990, p. 187).

un sistema de salud que organizará a las instituciones, sean públicas o privadas, y a los recursos físicos y financieros, dentro de un ordenamiento jurídico que le permitiera a los colombianos acceder a un ambiente saludable y a los servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento, a saber: el Sistema de Seguridad Social en Salud (Orozco, 2006, p. 10).

Sin embargo, no se puede negar que hay todavía marcadas diferencias en relación con el sistema de salud de países más desarrollados como Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Asia⁴; lo cual genera, en muchas ocasiones, algunas inquietudes en relación con la calidad y la cobertura del mismo. Existen avances en muchos aspectos que tienen que ver con la salud de los colombianos, pero también algunos retrocesos que se han demostrado en busca del logro de las metas. Según Latorre & Barbosa (2012), la necesidad, en términos de salud, no solo es tener una alta cobertura de aseguramiento, sino también una alta calidad del servicio; cabe señalar que en este último aspecto Colombia aún presenta dificultades. Por lo anterior, el texto resalta que para el año 2020 se tienen varios retos, entre ellos, y para fines particulares de la presente investigación, “fortalecer los programas de salud mental” (Latorre & Barbosa, 2012, p. 54).

Además, el texto antes subrayado realiza un análisis de actores del sector salud colombiano, a través de dos fases:

⁴ El primer reporte de Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS entre el año 2001- 2003. Las encuestas fueron realizadas en América (Colombia, México, Estados Unidos), Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Ucrania), África (Líbano, Nigeria) y Asia (Japón y encuestas separadas en Bejín y Shangai en la República Popular China). Rescatado el día 26 de mayo de 2015 de <http://comunidad.udistrital.edu.co/wp-content/blogs.dir/25/files/mundial.pdf>

En la primera se realizaron entrevistas semi-estructuradas a trece altos funcionarios representantes de las principales organizaciones del sector, tales como instituciones prestadoras de salud, asociaciones de usuarios y pacientes, gobiernos locales, aseguradoras, industria farmacéutica y asociaciones académicas, y en la segunda fase se tomaron las preguntas de percepción del sistemas de salud, de confianza y percepción de poder de los actores (Forero & Bernal, 2012, p. 295).

En este trabajo se concluyó, por ejemplo, que los actores citados anteriormente tienen una percepción negativa frente a algunos componentes; a saber, del Ministerio de Salud y Protección Social se opina que: “las razones para la percepción negativa fueron la falta de rigor científico y claridad en la toma de decisiones, falta de voluntad política y actos de corrupción” (Forero & Bernal, 2012, p. 299). A partir de las encuestas que contestaron los usuarios puede decirse que, en su mayoría, consideran que el sistema de salud va por un ‘mal camino’ y consideran también que el sistema de salud ‘está peor’ que antes. Los usuarios manifiestan que “el sistema ha puesto un énfasis en la búsqueda de la rentabilidad, no en resultados, y este camino no es sostenible” (Forero & Bernal, 2012, p. 299), además consideran otra razón para argumentar que el sistema va ‘por un mal camino’ es la “persistencia de desigualdades entre poblaciones” (Forero & Bernal, 2012, p. 299).

Por lo anteriormente mencionado, es importante entender en qué consiste el sistema de salud y si este está organizado como contextualización o apertura a lo que se plantea en el presente proyecto, en relación con el diagnóstico que se realiza en el marco de la atención psicológica que se le brinda a los usuarios de las IPS, puesto que muchas veces los problemas que se plantean en las investigaciones pueden tener multiplicidad de causas y factores

influyentes. En este orden de ideas, a continuación se analiza de forma general el sistema de salud en Colombia.

Dicho sistema se constituye por el Estado, los aseguradores y los prestadores de servicios; los segundos actúan como ente de coordinación, dirección y control y están compuestos por el Ministerio de la Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y la Superintendencia Nacional de Salud; por su parte, esta última son entidades tales como hospitales o laboratorios que se encargan de prestar el servicio de salud, ya sea de forma pública o privada. A partir de lo que mencionan Merlano & Gorbanev (2013), citando a Londoño, dicho sistema se constituye por el Estado, los aseguradores y los prestadores de servicios; los segundos actúan como ente de coordinación, dirección y control y están compuestos por el Ministerio de la Salud y Protección Social. Adicional a esto, mencionan lo siguiente:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS) es central para el desarrollo social y económico del país. Creado mediante la Ley 100 de 1993, este sistema rompió la historia de Colombia en un “antes” y un “después”. Se enmarcó en los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad (2013, p. 76).

Los anteriores cambios en relación con el Sistema Nacional de Salud permitieron la creación de un nuevo modelo de salud, el cual dejaba atrás el sistema de predominio público, “financiado con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, para que desde los casi omnipotentes Servicios Seccionales de Salud se diagnosticara el estado de salud de la población” (Orozco, 2006, p. 11).

Según Orozco (2006), se prometía todo un cambio en la manera de concebir la salud en Colombia, pues iba a generar un esquema más eficiente y con menos peligro de que se dieran actos de corrupción; además, se pensaba que el nuevo modelo permitiría mayor cobertura familiar.

Posteriormente, para lograr mayores estándares de calidad en el Sistema de Salud que se proponía, se estableció la Acreditación en Salud dentro del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud como “mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001” (“Antecedentes en Colombia”, s.f., ¶ 1).

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud (“Antecedentes en Colombia”, s.f., ¶ 4).

Finalmente, el Decreto 1011 del 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre

beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (“Antecedentes en Colombia”, s.f.).

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS) deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (“Antecedentes en Colombia”, s.f., ¶ 8).

Adicional a esto, según Merlano & Gorbanev (2013), el nuevo modelo abre la posibilidad de establecer relaciones de mercado entre las aseguradoras nombradas Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). El proceso consiste en que los usuarios se afilian a las aseguradoras, a las cuales el Estado paga una suma de dinero por

año, denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC). Estos convenios se realizan de la siguiente forma:

Las aseguradoras contratan los servicios con clínicas y hospitales para atender a sus afiliados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS)⁵ establecido por el Gobierno. El SGSSS por primera vez en la historia colombiana puso los servicios de salud en el marco de POS, al alcance de la población colombiana, primero de manera fragmentada y restringida y, desde el año 2012, en forma completa para todos (Merlano & Gorbanev, 2013, p.76).

Ahora bien, la ley 1616 de 2013, en concordancia con la ley 100, busca garantizarle a la población colombiana el derecho a la salud mental, a través de la promoción y prevención frente a los diferentes trastornos mentales y, al tiempo, garantizarles también el acceso a la atención psicológica en caso de requerirlo. Es importante señalar que allí se establece la importancia que tiene la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En la Ley 1616 de 2013, la salud mental se entiende como

un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley 1616, 2013, p.1).

⁵ El Plan Obligatorio de Salud (POS) vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), en el Acuerdo 029 de 2011, se refiere a un conjunto básico de servicios de atención en salud al que tienen derecho todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados. Tomado de: <http://www.nuevaeps.com.co/Normatividad/PlanObligatorio.aspx>

Con base en la anterior definición de salud mental que propone la ley, se podría pensar que la atención psicológica debe abordar al ser humano a partir de la no concordancia con las características que menciona el concepto de salud mental. Sin embargo, esto requiere pensarse de manera más detallada y rigurosa, debido a la existencia de otras propuestas que abarcan el mismo concepto pero otorgándole otras definiciones.

La definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende es la que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su constitución y que dice: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1; citado por Alcántara, 2008, p. 96).

Esta definición está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. En suma, es necesario entender la salud mental desde diferentes perspectivas, puesto que, por ejemplo, la perspectiva de la OMS abarca no solo la ausencia de enfermedad, sino también la potencialidad de funciones adaptativas. Entonces, aquí no se estaría hablando de atención psicológica solo cuando no hay concordancia con esa definición de salud mental que propone la Ley 1616, sino que también se pueden establecer programas de promoción y prevención que vayan en pro del bienestar integral del paciente y que no solamente le den lugar a la enfermedad.

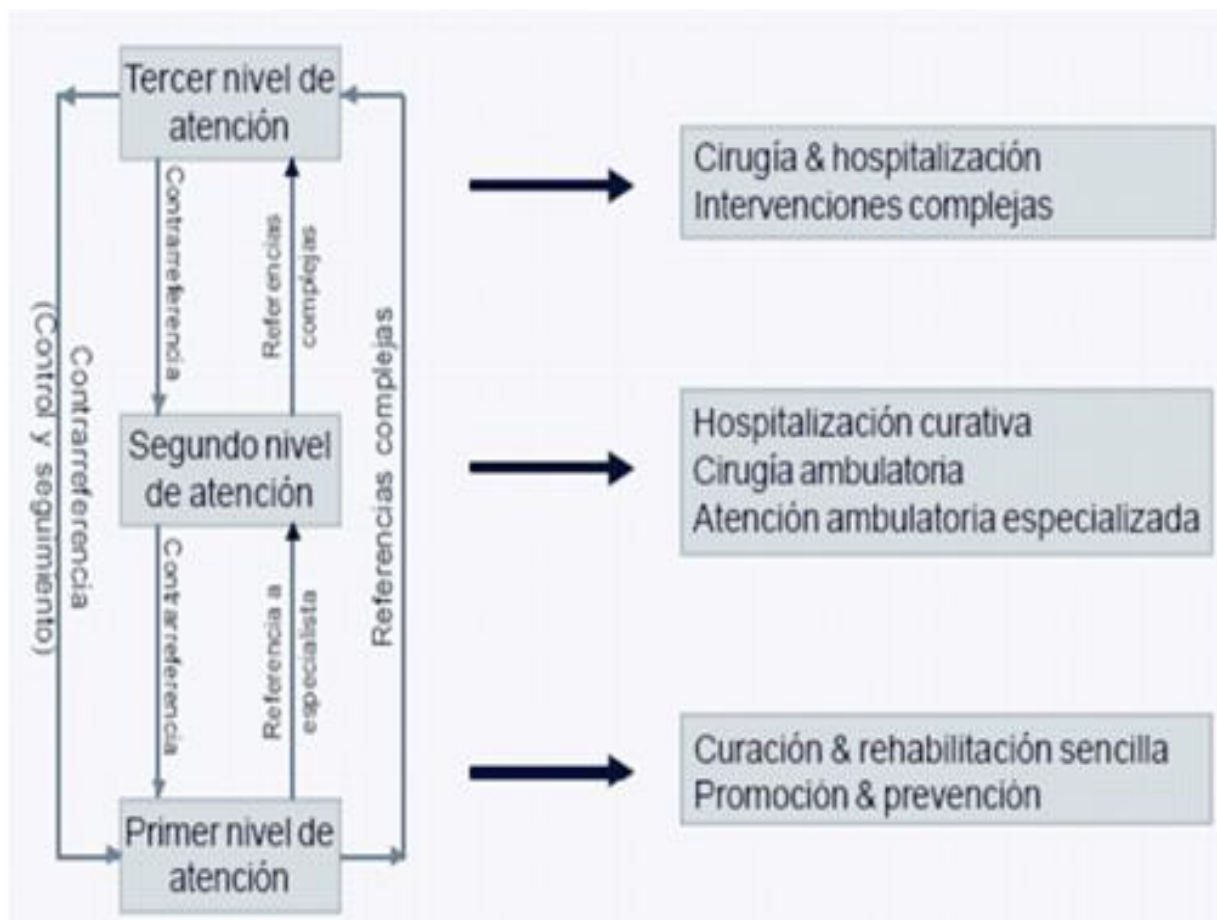
Por otro lado, y a partir de la etapa de la estructuración de este proyecto, se hizo una aproximación a los protocolos de atención en el área de psicología de algunos hospitales de

niveles de atención 1 (complejidad baja y no presta atención psicológica), 2 (complejidad intermedia), 3 y 4 (alta complejidad), que están acreditados en salud y en donde se presta el servicio de atención en dicha área. Es importante señalar, antes de describirlos, en qué consisten los diferentes niveles de complejidad con los que cuentan las instituciones prestadoras de servicios:

- IPS DE NIVEL I: médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.
- IPS DE NIVEL II: médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.
- IPS DE NIVEL III Y IV: servicios hospitalarios y de alta complejidad (Aliansalud EPS, s,f).

En la Figura 1 se presenta de manera esquemática cómo funcionan las referencias y contrarreferencias en los distintos niveles de atención hospitalaria antes descritos.

Figura 1. Esquema de un sistema de referencia y contrarreferencia.



Fuente: Bitrán & Hussman, 2004.

Por su parte, la Figura 2 expone qué tipos de servicios de salud se brindan en cada nivel de atención, detallando también las problemáticas que se les asocian, las entidades que se encargan de su ejecución y la proporción relativa de la demanda a que corresponde cada nivel.

Figura 2. Organización de redes de Salud y tipos de servicios de Salud.

Nivel de atención	Tipo de servicios de salud	Tipo de problemas de salud	Tipo de proveedor de salud	% de demanda que solucionar
Primer nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo de menor complejidad Rehabilitación menos compleja	Controles de salud del niño y embarazadas Planificación familiar Control de enfermos crónicos Enfermedades no complicadas como infección respiratoria aguda, diarreas agudas, etc.	Puestos, centros de salud, con recursos limitados A veces cuentan con laboratorio, diagnóstico por imágenes, quirófanos y centro obstétrico.	70-80%
Segundo nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo que requiere hospitalización y cirugía ambulatoria Rehabilitación	Enfermedades que se resuelven con especialistas en pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna	Policlínicos para consulta especializada Hospitales con las cuatro especialidades básicas Cuenta con laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófanos	15-20%
Tercer nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo que requiere hospitalización, cirugía y procedimientos complejos Rehabilitación	Enfermedades y complicaciones que requieren especialistas	Hospitales y centros con recursos sofisticados en laboratorio, diagnóstico por imágenes, quirófanos, etc.	5-10%
Cuarto nivel	Investigación y docencia	Casos muy complejos	Centros hospitalarios generalmente relacionados con centros docentes	1-2%

Fuente: (Bitrán & Hussman, 2004).

Ahora bien, a continuación se exponen cuáles son los hospitales en que, a partir de la etapa de la estructuración del proyecto, se pudo hacer una aproximación al tipo de atención psicológica que prestan.

1.1 Hospital Universitario de San Vicente Fundación

En la etapa de la estructuración del proyecto, y gracias al acercamiento con el personal profesional del hospital, se comunicó que, al estar en un ambiente hospitalario, los empleados del mismo se someten a condiciones internas establecidas por las directivas de la institución.

Por su parte, una de las profesionales en psicología del Hospital Universitario San Vicente Fundación, advierte que su trabajo se centra básicamente en las áreas de hospitalización y consulta externa. Señala, además, que estos pacientes (de consulta externa) posiblemente tienen una demanda subjetiva y requieren de apoyo psicológico, por lo cual pueden pedir servicios de psicoterapia o mínimamente evaluación y diagnóstico.

Además, la atención psicológica es brindada únicamente a personas que presenten diagnóstico médico y requieran un enfoque integral. Generalmente, los consultantes llegan con un diagnóstico establecido, realizado por psiquiatras, neurólogos o médicos especialistas. De forma usual, los pacientes son atendidos por otros especialistas antes de ser remitidos a consulta psicológica. Por ejemplo: un médico general debe justificar la remisión al psicólogo por medio de un diagnóstico, el cual realiza con el fin de remitirlo aunque no tenga la formación profesional para elaborarlo.

Por añadidura, es decisión personal del psicólogo informar al paciente acerca de su posible diagnóstico. Algunos prefieren en muchas ocasiones no comunicarlo, ya que podrían presentarse confusiones y dudas con respecto a este. También se menciona que, según los síntomas que se evidencien en la entrevista, se debe realizar una hipótesis diagnóstica, a fin de dar cumplimiento a los requerimientos del sistema de salud, el cual les solicita a los psicólogos un registro de cada consulta y el ingreso de estos datos en un *software* para justificar la asistencia del paciente a otra sesión. Posteriormente, cuando al consultante se le aprueban otras sesiones, se puede ampliar o modificar la hipótesis diagnóstica que se tenía.

Finalmente, se señala que los criterios utilizados para la elaboración del diagnóstico se dan a partir de los sistemas de clasificación de los manuales diagnósticos y estadísticos DSM-IV y CIE-10, como instrumentos que les permiten a los psicólogos tener un lenguaje común entre los profesionales de la salud; asimismo, utilizan un *software* llamado Sistema de Atención Psicológica (SAP), el cual es “una plataforma tecnológica informática que permite contar con un sistema integrado de información en tiempo real, de modo rápido y confiable, de fácil manejo y funcionalidad” [E1]. Cabe aclarar que este hospital es de cuarto nivel de complejidad.

1.2 Hospital Pablo Tobón Uribe

Por políticas internas de la institución, no se logró obtener información en el primer acercamiento al Hospital Pablo Tobón Uribe acerca de la atención psicológica que se les brinda a sus usuarios.

1.3 Hospital del Sur de Itagüí

Según información suministrada por el personal del Hospital del Sur de Itagüí, se concluye que este cuenta con un psicólogo ambulatorio, es decir, que solo atiende situaciones apremiantes que requieran de un profesional. En el caso de que se necesite una atención más continua, se remite a otro centro hospitalario que tenga convenio con este.

Por su parte, el Hospital del Sur de Itagüí es la única IPS en el departamento de Antioquia de primer nivel que está acreditada en salud. Es de régimen subsidiado⁶, lo cual indica que la población es escogida mediante el empleo de la encuesta del Sistema de Potenciales Beneficiarios para programas sociales (SISBÉN)⁷. El Ministerio de Salud y Protección Social estableció que la puntuación para acceder al Régimen Subsidiado de Salud es la siguiente: Hasta 54,86 puntos para la población de Medellín, hasta 51,57 puntos para la población de los corregimientos de Medellín y cabeceras municipales de Antioquia, hasta 37,80 puntos para la población de las áreas rurales del departamento.

De esta manera, las personas que obtuvieron un puntaje superior de acuerdo al establecido en el lugar donde esté ubicada la vivienda, no podrán ser afiliadas al régimen subsidiado, es decir, a través de Caprecom y Savia Salud⁸ para el caso del Hospital del Sur de Itagüí. Las personas vinculadas son cobijadas por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Esta Institución, gracias al contrato que tiene con el Estado, presta sus servicios a las personas que no están afiliadas al Sistema de Salud.

El hospital del Sur de Itagüí es de primer nivel y cuenta con atención por urgencias, consulta médica y odontológica, ayuda y servicios diagnósticos básicos; de otro lado, no incluye

⁶Es el conjunto de normas, mecanismos y procedimientos que rigen la vinculación de la población sin capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud para tener acceso a los servicios de salud contemplados en el Plan de Beneficios Subsidiado, a través del subsidio que ofrece el Estado. En el país, esta población se encuentra identificada mediante la encuesta Sisbén en los niveles 1, 2 y 3. Tomado de http://www.saludtotal.com.co/documentos/1156_Reg_Subsubidiado_5.pdf

⁷ El Sisbén: es el sistema de información diseñado por el Gobierno Nacional para identificar a las familias potenciales beneficiarias de programas Sociales. Tomado de <https://www.sisben.gov.co/Informaci%C3%B3n/ElSis%C3%A9n.aspx#.VTqA6SGqqko>

⁸ Savia Salud desde el año 2014 comenzó su operación en el régimen contributivo.

especialistas y tampoco dispone de Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I). Cuenta con el servicio de hospitalización solo para pacientes con enfermedades que no son de un alto nivel de complejidad, diferente de aquellos pacientes que requieren de atención especializada, los cuales son remitidos a una institución de otro nivel (de acuerdo a la enfermedad).

Las EPS son las encargadas de autorizar las citas con los especialistas; en el caso de la atención en psicología de dicho hospital, lo que se hace es brindar un apoyo emocional al paciente en el momento de crisis y no se continúan dando citas posteriores al suceso. Este hospital, no cuenta con intervención psicológica debido a que la atención es de primer nivel. En caso que el paciente requiera de más citas, es remitido a una institución de segundo o tercer nivel⁹.

1.4 Hospital General de Medellín

Con respecto a lo que se encontró en términos de atención psicológica, se puede decir que la información suministrada fue breve y carente de detalles. Se menciona de manera general, por parte de la practicante de psicología, que el sistema en general es “bueno” y que “los elementos que se tienen en cuenta para realizar el diagnóstico son: el campo subjetivo y el campo objetivo y análisis” [E2]; también informa que al paciente se le asignan aproximadamente cinco sesiones, de acuerdo con el diagnóstico, mientras que este último se hace a partir del DSM-IV y de la CIE-10. Argumenta que “es bueno hacer el diagnóstico en la primera cita porque si ella, (la psicóloga), no está, otra psicóloga podría corroborar o no la valoración del diagnóstico” [E2].

⁹ Información de atención psicológica suministrada por personal del Hospital del Sur de Itagüí.

Sin embargo, la psicóloga de esta IPS contradice lo mencionado por la practicante con relación al número de citas que se le pueden facilitar a un usuario, al mencionar que “son todas las que necesite el paciente” [E3], aunque no se consigue más información al respecto.

Por otro lado, el director de investigaciones del Hospital General de Medellín, el señor Álvaro Quintero, indica que en Latinoamérica se están dando grandes avances en atención en psicología y que el Hospital General, actualmente, para valorar el estado mental de las personas cuenta con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12):

El GHQ-12 se ha mostrado como una herramienta adecuada para valorar la salud mental general, dado que ha demostrado características psicométricas adecuadas tanto en población general como en población clínica. En este estudio presenta adecuadas propiedades psicométricas como escala unidimensional que evalúa dimensiones de “bienestar y malestar psicológico” en población hospitalaria (González, Zuluaga, & Roldán, 2013, p. 532).

Adicional a la aproximación que se hizo a los hospitales antes mencionados, también se realizó una visita a la Facultad de Salud Pública. Estas aproximaciones permitieron evidenciar algunos aspectos importantes, los cuales se describen a continuación.

Primero: en la Facultad de Salud Pública¹⁰ se pudo hacer una recopilación de información acerca de la forma como se presta el servicio de atención psicológica en las IPS en la ciudad de Medellín, en la cual se destaca que no existen protocolos estandarizados en Colombia para la atención psicológica. Lo que sí existe son procedimientos establecidos de manera independiente por cada IPS; sin embargo, en ocasiones, no se tienen en cuenta, ya que cuando el paciente llega, por ejemplo por urgencias, la persona que lo atiende es el médico general, el cual, en la mayoría de los casos, si la persona se encuentra en crisis, la seda; de presentar mayor gravedad o reincidencia, la remiten a psiquiatría o la medican. Informan que los diagnósticos más comunes son: ansiedad, estrés y depresión, mientras que los medicamentos que más se suministran en estos casos son ansiolíticos¹¹ o antidepresivos¹².

También se advierte que, cuando el paciente pide una cita por consulta externa, la situación no es diferente, puesto que el paciente se encuentra de nuevo con el médico general, quien remite al servicio de psicología en pocas ocasiones y a veces repite la acción del médico de urgencias. En suma, se considera que el trabajo del psicólogo dentro de las IPS es todavía incipiente y que el servicio psicológico termina con frecuencia en autogestión de las personas; es decir, los usuarios de las IPS deben encargarse por sus propios medios económicos de la atención psicológica que necesitan. Además, según la información suministrada por algunos directivos de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, son las ONG, los programas

¹⁰ Información proporcionada por la jefe del Departamento de Ciencias Básicas de la Universidad de Antioquia (Posada, I., comunicación personal, 2015).

¹¹ Los ansiolíticos son medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central reduciendo la angustia y la ansiedad del paciente. Rescatado de: <http://www.farmaceuticonline.com/es/el-medicamento/619-medicamentos-ansioliticos>

¹² Los antidepresivos son solamente uno de los tipos de medicamentos que se usan para tratar la depresión. Rescatado de: <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/?productid=1292&pageaction=displayproduct>

gubernamentales, las comisarías, las casas de justicia y las cajas de compensación quienes prestan el servicio de atención psicológica, brindándoles diez sesiones aproximadamente¹³. De la misma manera, sostienen que “el servicio de las IPS en atención psicológica es deficiente” (Posada, I., comunicación personal, 2015), puesto que estas ofrecen, en la mayoría de los casos, entre cuatro y cinco sesiones por usuario.

Segundo: con base en las visitas que se hicieron a cuatro hospitales de la ciudad de Medellín con acreditación en salud (Hospital General de Medellín, Hospital Pablo Tobón Uribe, Hospital de Sur y Hospital San Vicente Fundación), se logró hacer una mayor aproximación al servicio de atención psicológica que se ofrece a los usuarios. A partir de estas visitas se pudo evidenciar lo siguiente: es difícil que se pueda otorgar una cita con psicólogo en las IPS; la mayoría de los pacientes que se atienden son remitidos con diagnósticos; y no existen protocolos a nivel nacional para la atención psicológica, por lo que cada hospital establece la forma como se prestará el servicio de psicología de acuerdo con las políticas internas del mismo.

Con respecto al tiempo, se puede decir que también se establece por políticas internas, pero en promedio se atiende treinta minutos al usuario (en algunos hospitales se ha gestionado que sea de cuarenta y cinco minutos). En ese tiempo se realiza la anamnesis, se hace la valoración del estado mental, se evalúan antecedentes y se revisa la funcionalidad social del usuario, las redes de apoyo con las que cuenta y el tiempo de evolución de los síntomas.

¹³ Las organizaciones antes mencionadas no hacen parte del sistema de las IPS.

Terminado el proceso anterior, el psicólogo, por demanda del sistema, debe realizar la historia clínica del paciente (que se maneja a través de un *software* en el cual todo está centralizado) y formular un posible diagnóstico a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y del Manual Diagnóstico DSM (según la versión que esté operando). No obstante, los diagnósticos que se emiten, en muchas ocasiones, carecen de sustento teórico y de un análisis juicioso que responda a lo que está presentando el paciente. Incluso, en la primera sesión el paciente se lleva la primera hipótesis diagnóstica sin importar los efectos que esto pueda tener en el consultante.

Conviene destacar el caso de una niña de 10 años de la Institución Educativa Liceo Antioqueño de Bello, diagnosticada con Trastorno por Déficit de Atención (TDA), presentado en el trabajo de grado de Paula Díez, docente de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, donde a partir de la contextualización de la niña (entorno familiar, social, antecedentes al diagnóstico, intervenciones pedagógicas, entre otros) constatado con las teorías de: Piaget, Vygotsky, Ausubel, Bandura, Brofenbrenner y otras, se determinó que en un alto grado de probabilidad, hubo un mal diagnóstico inicial. Se infiere a partir de los datos recolectados que ello tiene como primera causa un análisis afanoso (Díez, 2014, p. 6).

Todo lo anterior permitió poner en cuestión, no solo la atención psicológica que prestan las IPS, sino también el diagnóstico que se realiza en las mismas, específicamente en las que tienen acreditación en salud, ya que el hecho de estar acreditadas supone una mayor calidad en los servicios que prestan.

Con base en lo antes mencionado, la investigación en curso surgió a partir de un interés académico sobre el diagnóstico como uno de los procedimientos más importantes en el que hacer psicológico. Asimismo, fue la mejor forma que se encontró para reflexionar sobre los diagnósticos que en muchos casos se hacen de forma precipitada, obstaculizando que se pueda corroborar el análisis del caso por caso.

2 Pregunta de investigación

Por lo antes señalado, se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué relación existe entre el diagnóstico que se realiza en las IPS acreditadas en salud en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y el que se sustenta desde los enfoques teóricos de la psicología?

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Establecer la relación existente entre el diagnóstico que se realiza en las IPS acreditadas en salud en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y el que se sustenta desde los enfoques teóricos de la psicología.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los procedimientos que se llevan a cabo para la elaboración del diagnóstico que se realiza en las IPS acreditadas en salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.
- Identificar el diagnóstico que se sustenta desde los distintos enfoques teóricos de psicología.
- Exponer las características particulares de cada enfoque con respecto al diagnóstico.

4 Justificación

El proyecto es útil en la medida en que se logra enfatizar sobre lo que se entiende por ‘diagnóstico’, desde la posición del psicólogo, en las IPS acreditadas en salud, partiendo de la indagación de unos antecedentes teóricos que darán mayor validez al trabajo que se pretende abordar. Se busca, a través de un trabajo riguroso, hacer una reflexión sobre el modo como se concibe el diagnóstico; igualmente, ofrecer a la comunidad académica un trabajo crítico frente al quehacer profesional como psicólogo, haciendo énfasis en la responsabilidad que tiene este con sus pacientes.

Entendiendo la realidad social del fenómeno, y el interés de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, por proporcionar diferentes opciones de solución a los problemas sociales, se pretende que esta propuesta investigativa pueda fomentar el desarrollo de formas de acercamiento a la noción del ‘diagnóstico’ en la psicología, a partir de la construcción de conocimiento sobre los elementos que lo determinan.

Se propone, a partir de la realización de este proyecto, vislumbrar la forma en la que es ejercida la psicología dentro de los centros asistenciales, asunto que necesita ser puesto en evidencia dado que la actividad psicológica, dondequiera se aplique, debe estar atravesada, primero, por una constante reflexión teórica; segundo, por una posición ética; y, finalmente, por un ejercicio ecuánime. Lo anterior permite que el lector adopte una postura frente a la presente

investigación y también lo hace partícipe de los cambios que, en términos psicológicos, prevalecen en el marco de la salud.

Asimismo, se pretende recopilar información acerca de la forma en la que se viene efectuando el diagnóstico dentro de las IPS, y para tal fin se busca plantear una pregunta sobre el modo como se concibe el mismo, que conduzca al psicólogo a un mejor abordaje del padecimiento humano y, por consiguiente, a una intervención más responsable; también, dependiendo de los resultados de la presente investigación, se espera proponer nuevas formas de intervención que ayuden a que las personas que no tienen capacidad económica para sostener un proceso psicológico particular encuentren en las IPS un servicio de alta calidad que les garantice el acceso a la salud en términos psicológicos.

Finalmente, se busca hacer un trabajo reflexivo que permita tomar una posición responsable frente al que hacer del psicólogo, entendiendo que toda profesión tiene intrínsecamente un componente social que debería estar encaminado a ofrecerle al ser humano servicios, no solamente eficaces y eficientes, sino también de alta calidad. Una tarea difícil pero que, en la medida en que se piense y se reflexione sobre ella, permite obtener logros en el proceso de formación profesional y en el ulterior desempeño de los psicólogos en el medio laboral.

5 Marco teórico

La presente investigación parte de la idea que cada uno de los enfoques teóricos tiene acerca del ser humano, ya que, a partir de esta idea, cada corriente de la psicología hace una definición de salud mental y de enfermedad. Partiendo de esa concepción, se plantean un modelo diagnóstico o unos protocolos de atención y unas políticas públicas. Desde la psicología, el ser humano se nombra de diferentes formas, algunas de las cuales se exponen a continuación.

5.1 Aproximación al concepto de hombre

En el caso de la psicología conductual, inicialmente se concebía al hombre como mero organismo vivo y se argumentaba que el comportamiento podía ser predicho y controlado mediante leyes; asimismo, se equiparaba la conducta humana con la conducta animal, eximiendo al hombre de toda responsabilidad.

La psicología, tal y como la ve el conductista, es una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y control de la conducta. La introspección no forma parte especial de sus métodos, ni el valor científico de sus datos depende de la facilidad con que se presten a una interpretación en términos de conciencia. El conductista, en su esfuerzo por lograr un esquema unitario de la respuesta animal, no reconoce línea divisoria entre el ser humano y el animal (Watson, 1913, p. 400).

Desde esta perspectiva, no se hacía un ejercicio clínico de diagnóstico, ya que lo que se observaba eran las conductas que no concordaban con los imperativos sociales en un contexto determinado; a lo que apuntaba la terapéutica, más bien, era a una modificación de patrones de conducta a través, básicamente, de dos técnicas: condicionamiento clásico y condicionamiento operante, de las cuales derivaron más tarde técnicas como, por ejemplo, la desensibilización sistemática, técnicas de relajación, entrenamiento asertivo, inundación/implosión, terapias aversivas, modelamiento, economía de fichas y contrato de contingencias, entre otras.

Más adelante, a partir del auge de las teorías de las telecomunicaciones y la informática, aparece el Paradigma del Procesamiento de la Información (PPI), en el cual, según Leahey (2005), el ser humano recibe una nueva definición, esta es, como máquina, como un sujeto activo en el procesamiento de la información, de tal forma que la conducta está mediada por procesos psicológicos que seleccionan, organizan, codifican, transforman y almacenan información.

Sin embargo, el psicoanálisis, nombrado por la psicología humanista, específicamente por Abraham Maslow (1908-1970), como la ‘segunda fuerza de la psicología’, trae una propuesta diferente en relación con lo humano. No le interesó, en sus inicios, formular una definición de hombre, sino “crear una forma de tratamiento para las afecciones histéricas (y para las neurosis en general)” (Lopera, 2007, p. 63). Su foco de atención estaba puesto en dar una explicación consistente sobre dichas afecciones a partir de un método “cuyo propósito fuera la transformación subjetiva” (Lopera, 2007, p. 63). El interés de Freud se concentra en el alma, la cual “está constituida o estructurada por instancias y leyes de funcionamiento, entre las cuales destaca las relativas a los procesos inconscientes, sin por ello descuidar el examen de las leyes de

los procesos preconscientes y conscientes” (Lopera, 2007, p. 65); por lo tanto, su objeto de estudio no es el hombre como totalidad. “No hay ciencia del hombre, cosa que debe entenderse en el mismo tono que no hay pequeñas economías. No hay ciencia del hombre, porque el hombre de la ciencia no existe, sino únicamente su sujeto” (Lacan, 1966, p. 347). Lacan no habla del sujeto en términos de totalidad, como se hace desde la *gestalt* a partir de una perspectiva holística, sino que concierne al ser hablante, que no es equivalente al sujeto.

Además de esto, la psicología humanista surge como la tercera gran fuerza de la psicología y hace un intento por conciliar el psicoanálisis y el conductismo a través de un nuevo paradigma que pretende rescatar el potencial humano. Para ello entiende al hombre desde una visión holística, en la cual

el organismo humano tiene una naturaleza interna intrínseca de necesidades y tendencias direccionales. El modelo holista de la organización y el crecimiento de la personalidad es biológico. Las tendencias direccionales organísmicas orientan y controlan el desarrollo de la personalidad humana. El organismo ha de afirmarse en estas direcciones para asegurar un crecimiento sano. Existe un impulso natural hacia la autorrealización (Besora, 1986, p. 30).

La corriente humanista de la psicología supone, desde sus diferentes técnicas de tratamiento, una visión holística e integrativa del hombre, desde la cual se encamina y da sustento al tratamiento que se llevará a cabo con el paciente. Dentro de uno de sus fundamentos más importantes se encuentran los desarrollos teóricos de la *gestalt*, la cual prescribe que la persona es más que la suma de sus partes, lo que indica que la visión desde la cual se trabaja la

clínica, a partir de dicha orientación, concibe al hombre en su totalidad, acentuando a partir de allí su particularidad.

Ahora bien, se hace mención de las distintas concepciones que se tiene sobre el ser humano en psicología, porque es alrededor de ellas que los distintos enfoques teóricos van consolidando sus teorías y, por supuesto, definen sus intervenciones. También, como se señaló anteriormente, el modo como se entienda al ser humano va a tener una implicación directa en el modo como se aborda el mismo y en la forma como se diagnostica su malestar.

En otro orden de ideas, el paso de la psicología desde las ciencias humanas y sociales hacia las ciencias de la salud implica nuevos desarrollos teóricos que le den validez dentro de este campo, pero también algunas renuncias en la forma como hasta el momento concebía al ser humano, pues ahora deberá ceñirse a ciertas políticas públicas que no solo definirán los procedimientos de la atención psicológica, sino que también establecerán los deberes ‘éticos’ de sus profesionales. Este es un paso que ha generado múltiples discusiones, ya que el hecho de que la psicología sea ahora del campo de la salud le supone tomar en consideración conceptos como ‘salud mental’ y ‘enfermedad’, pero ¿cómo encontrar un significado general que defina estos conceptos dentro de la psicología, cuando desde algunos enfoques de la misma se los considera como inapropiados o innecesarios? Y, además, ¿qué consecuencias pueden traer estas definiciones en las hipótesis diagnósticas que hacen los profesionales en sus atenciones?

A pesar del problema que supone pensar la psicología en términos de salud y enfermedad, conviene nombrar algunos significados que se le han otorgado a dichos términos, como

elementos fundamentales en las nuevas políticas de salud pública. Por ejemplo, la Ley 1616 de 2013 define a la salud mental como

un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley 1616, 2013).

A diferencia de la anterior definición, la OMS propone el siguiente significado para el término salud mental: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p. 1).

En la primera definición se puede evidenciar que la atención psicológica debe abordar al ser humano a partir de la no concordancia con las características que menciona el concepto de salud mental. Sin embargo, la segunda definición, propuesta por la OMS, está más relacionada con “la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos” (OMS, 1948, p. 1), pero sugiere un estado de ‘completo’ bienestar físico, mental y social.

Por consiguiente, los autores de la presente investigación se dieron a la tarea de buscar en los diferentes enfoques teóricos de la psicología una respuesta más amplia y rigurosa frente a estos conceptos, a partir de algunas entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, del programa de psicología. Los

resultados que se obtuvieron fueron significativos, ya que se encontraron algunas diferencias en las respuestas, como también algunas relaciones en otras de ellas.

5.2 Aproximación a los conceptos de salud mental y enfermedad desde los diferentes enfoques teóricos de la psicología

Desde el Sistema de Salud Nacional, la salud mental se ha entendido de diferentes maneras, a pesar de haber una multiplicidad de construcciones conceptuales que tratan de explicar los aspectos que influyen para que haya o no salud mental en las personas; no obstante, estas comparten un propósito, que es la aproximación a los fenómenos que afectan el adecuado funcionamiento del organismo. Esta vaguedad de nociones impide que se dé una única comprensión en términos de salud y enfermedad. Esto no quiere decir que, por el hecho de que haya una diversidad de construcciones conceptuales y teóricas en relación con la salud mental, la enfermedad en el ser humano deba ceñirse a un único entendimiento para abordarla en la práctica.

La conceptualización de las enfermedades no se puede seguir entendiendo desde entidades definidas y reduccionistas. El origen de la enfermedad tanto como sus efectos, son distintos en cada persona.

Muchas veces dependen no solo de ellas sino también de su entorno. De allí que nuestra propuesta es diagnosticar y elegir estrategias conociendo la “situación” de la persona que consulta (Beker, Benedetti & Goldvarg, 1996, p. 19).

Es por eso que el trabajo del médico, como el primer profesional de la salud que se acerca a las manifestaciones sintomáticas a nivel fisiológico de un paciente, deberá ejercer su profesión en la mayoría de los casos, atendiendo meramente a lo orgánico, contrario al trabajo que se da desde la psicología, en la que el psiquismo de la persona es de lo que se ocupa.

Esta visión que se instala en el campo de la biología, comienza a dominar la actitud de los médicos ante la salud y la enfermedad. La tarea del médico se ve limitada, se trata de intervenir física o químicamente para corregir las fallas mecánicas que se producen en el hombre (Beker, Benedetti & Goldvarg, 1996, p. 27).

En términos psicológicos, según Fierro (2008), cuando se habla de síntoma, trastorno o enfermedad es necesario preguntarse también sobre qué es normal y qué no, ya que estos términos tienen íntima relación con los primeros e igualmente presentan variadas concepciones teóricas. El autor aquí señalado sugiere que existen algunas concepciones conocidas. La primera refiere a la normalidad como salud y lo anormal como enfermedad; la segunda, a la normalidad como ideal, a partir del modelo platónico, en el cual “lo normal es concebido como la mezcla armoniosa y perfecta de los distintos elementos del psiquismo dando como resultado un funcionamiento óptimo” (Fierro, 2008, p. 13); la tercera, a la normalidad estadística que corresponde con “los fenómenos psíquicos propio de la mayoría de los individuos” (Fierro, 2008, p. 14); por último, la cuarta alude a lo aceptado socialmente.

5.2.1 Salud y enfermedad desde la corriente humanista.

Desde la corriente humanista de la psicología se entiende la salud mental como un estado que no obvia la enfermedad, sino que, por el contrario, es la relación de un sinnúmero de elementos que influyen en la vida de las personas, tales como los sociales, los ambientales, los políticos, los familiares y los económicos. Estos elementos, en sí mismos, pueden generar algún tipo de contrariedad en la existencia. La salud mental desde la psicología humanista refiere a un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales” (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi, 1968; citados por Carrazana, 2002, p. 1).

La salud mental es “resultante de la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social” (Carrazana, 2002, p. 1).

Para hablar del concepto de salud mental es menester hacer referencia primero al concepto de salud propiamente dicha, que “etimológicamente viene del latín *salus*, entendida como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi 1968; citados por Carrazana, 2002, p. 1).

El concepto de salud mental, visto desde la corriente humanista, supone que el ser humano se actualice constantemente a partir de la tendencia innata que este tiene hacia la realización personal. Esta tendencia es la naturaleza intrínseca del hombre, que incluye la tendencia a sobrevivir, a desarrollarse corporal y espiritualmente, a amar, a la satisfacción de sus necesidades, a la sexualidad, al reconocimiento del yo, a la trascendencia, a la actuación

creadora, a la autorrealización, a la integración y al mantenimiento del orden interno (Carrazana, 2002, p. 6).

La sociedad sana es en la que todos los individuos pueden alcanzar un alto nivel de autodesarrollo, sin limitar la libertad del otro. La persona gana libertad a través del papel que se le deja desempeñar en su sociedad. El hombre es también un ser-en-el-mundo y un estar-en-el-mundo, que significa convertir el mundo en proyecto de las acciones y de las actitudes posibles del hombre (Carrazana, 2002, p. 7). La enfermedad, por el contrario, tendrá que ver con la incapacidad del hombre para buscar un desarrollo de todas sus capacidades en favor de su propio crecimiento emocional y psíquico.

Según la docente Diana Buitrago, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, las concepciones de salud mental y enfermedad son variadas, pero las resume a partir de tres modelos:

Primero, el modelo biomédico, el cual habla sobre la salud cerebral (...). En segundo lugar se encuentra el modelo comportamental, que hace referencia a la capacidad que tiene el ser humano para adaptarse adecuadamente al medio, y, finalmente, el modelo cognitivo, que implica los procesos del pensamiento y cómo estos afectan la conducta. Un modelo adicional es el socioeconómico, que reconoce que la salud mental no es solo responsabilidad del individuo sino también de la organización social (Buitrago, D., comunicación personal, marzo 4 de 2015).

5.2.2 Salud y enfermedad desde el enfoque cognitivo-conductual

Desde el enfoque cognitivo-conductual se encontró, por un lado, que algunos profesionales de la psicología prefieren no hablar de enfermedad mental porque, según el psicólogo Iván Fernández, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, “el concepto de enfermedad es una perspectiva médica, y el trastorno mental o trastorno psicológico es de naturaleza diferente” (Fernández, J., comunicación personal, febrero 25 de 2015). Además, sostiene que cuando se habla de salud mental

estamos hablando, por ejemplo, de patrones de conducta que pueden ser normales dentro de un rango de ocurrencia, y anormales cuando comienzan a tender hacia los extremos de un continuo. Cuando el comportamiento evidente de la persona se ubica en uno de esos extremos, entonces se habla de una psicopatología, es decir, de un trastorno. El trastorno lo tenemos que definir de acuerdo con un criterio que implique falta de autonomía para la persona, en la medida en que esta pierde la capacidad de valerse por sí misma, entonces es válido decir desde afuera que hay que intervenir (Fernández, J., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

Asimismo, en la psicología cognitivo-conductual se habla de la adaptación como un concepto frecuente, que guarda relación con las conductas adaptativas y no adaptativas del paciente y se considera que “una conducta que no genere desadaptación no es patológica” (Fernández, J., comunicación personal, febrero 25 de 2015). Por otra parte, se considera que el concepto de enfermedad no cabe en lo psicológico; en este contexto sería más adecuado hablar de trastorno, puesto que

un patrón de conducta, por su frecuencia y su intensidad, se convierte en algo que afecta a la persona y a quienes la rodean. Y también hay una diferencia que se puede plantear entre un

trastorno de personalidad y un trastorno afectivo: en este último el paciente es quien se ve perjudicado directamente, en cambio en el trastorno de la personalidad son los otros quienes generalmente se perjudican (Fernández, J., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

Desde otro punto de vista, también en el campo disciplinar de la teoría cognitivo-conductual, la condición de normalidad dependerá de aquellas conductas que no afectan el entorno social y tampoco al paciente; en cambio, se considera que si pasa lo contrario se podría hablar de una conducta patológica. La docente María Isabel Jaramillo, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, señala que “eso habría que mirarlo dependiendo de los parámetros de normalidad” (Jaramillo I., comunicación personal, febrero 27 de 2015). La docente considera además que en la salud mental se juegan muchos elementos, tales como

los aspectos psicológicos, sociales, personales, del entorno comunitario y cómo ese sujeto logra tener una estabilidad dentro de estos, ese concepto abarca un sentimiento de bienestar de la persona consigo misma y con los demás, en cierta medida eso es salud mental (Jaramillo, I., comunicación personal, febrero 27 de 2015).

Finalmente, desde el enfoque cognitivo-conductual, la docente Paula Díez, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, describe la salud mental como: “el bienestar psicológico, afectivo y social del individuo. Una calidad de vida que evite el malestar tanto para él como para las personas de su alrededor; es a partir de esto que se va a hablar de trastornos” (Díez, P., comunicación personal, marzo 3 de 2015). Y la docente resalta, asimismo, que las enfermedades psicológicas se definen más bien como trastornos, y esto se da cuando

la persona presenta un malestar a partir de unos síntomas y este afecta cuatro áreas, que son: personal, familiar, laboral o académica. Para que el clínico pueda decir que alguien está enfermo o que tiene un trastorno, debe conocer bien la historia de ese paciente, por ejemplo: de dónde es, de dónde viene, cómo son sus costumbres. Esto es necesario porque se corre el riesgo de rotular a las personas (Díez, P., comunicación personal, mayo 3 de 2015).

5.2.3 Salud y enfermedad desde el enfoque dinámico

Por otra parte, desde el modelo psicodinámico se plantea que los conceptos de salud mental y enfermedad son conceptos polémicos, quizás porque no se han delimitado muy bien. Según el docente Yomar Ossa (comunicación personal, febrero 25 de 2015), psicólogo y docente de la facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, la salud mental es un concepto ‘como de cajón’, ya que las personas lo utilizan para ‘meter todo’, pero requiere de mayor claridad. Sería valioso entender qué es salud mental y qué se denomina como mente, y a partir de ello hacer una construcción teórica de dichas nociones.

El docente antes citado señala que él, como clínico, se aleja de ese concepto de salud, ya que no es posible hablar de ausencia de sufrimiento, ausencia de dolor y ausencia de problemas cotidianos en las personas. Subraya que desde la psicología dinámica

la persona posee núcleos de conflicto que siempre estará elaborando y es por esta razón que nosotros nos alejamos del psicoanálisis freudiano clásico, porque este va a afirmar que el analista debe tener sus conflictos resueltos. Nosotros creemos que el analista relacional debe hacer simplemente un proceso de análisis, pero no haber resuelto en totalidad sus conflictos (Ossa, Y., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

Por lo tanto, el concepto de enfermedad no sería sinónimo de conflicto, pues “para nosotros el conflicto es una característica de la humanidad, del ser humano” (Ossa, Y., comunicación personal, febrero 25 de 2015). De igual forma, el psicólogo David Garzón, de la

Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, argumenta que para la psicología dinámica

las formas de organización de personalidad no son ni sanas ni enfermas en sí mismas, sino adaptables o no al mundo (...). Lo que se va a asumir es que, mientras más organizada la personalidad –en este caso la neurosis–, el individuo cuenta con más recursos de adaptación; pero esto implica aceptar la moral y aceptar la ley del mundo (Garzón, D., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

Teniendo en cuenta la teoría, el concepto de salud se entiende también, a partir de los desarrollos teóricos de Winnicott, como “vivir integrado, sin escisiones patológicas. De habitar el propio cuerpo. Pero también de regresar a estados de menor integración en busca de las fuentes de la espontaneidad y la creatividad” (Abadi, 1996, p. 235). Igualmente, se señala que habitar el espacio de la salud implica “la oportunidad para el despliegue del verdadero *self*, lo que da origen al sentimiento de sí, al sentirse real” (Abadi, 1996, p. 235). Salud no refiere a la evitación de las crisis o los cambios, sino que es la capacidad que tiene un individuo de ir elaborando de forma transicional las crisis o los cambios que se le presenten en su existencia, a fin de ir “restableciendo los puentes que le dan continuidad a su vida” (Abadi, 1996, p. 236). El individuo sano se mantiene conectado con el mundo y consigo mismo y, a partir de Winnicott, tiene la capacidad de disfrutar de la soledad en compañía de otro.

En el individuo sano se conjuga el ser y el hacer, permitiendo el crecimiento, y en este juega un papel muy importante el sentimiento de libertad; es decir, el individuo sano se siente

libre, posee la capacidad de jugar y tiene sentido del humor. La enfermedad mental produciría todo lo contrario,

una vivencia de estar prisionero (...). El adulto normal es capaz de hacerse cargo de sus pensamientos, actos y decisiones, de reconocer sus logros y de aceptar las consecuencias de sus errores y fracasos, sin necesidad de proyectar en otros sus aspectos idealizados o desvalorizados” (Abadi, 1996, p. 237).

Según la docente Diana Bedoya, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, más allá de las definiciones que cada corriente teórica de la psicología le asigne a los conceptos de salud y enfermedad, hay una reflexión en términos filosóficos, por la siguiente razón:

Porque lo que está de base en la reflexión de lo patológico es lo humano mismo y eso no lo responde al parecer la psicología, hay que trascender a una reflexión de carácter epistemológico y esa reflexión nos no lleva a una única parte: la filosofía (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015).

Según la docente antes citada, el conflicto hace parte de la existencia misma al igual que la enfermedad, puesto que todas las personas están sujetas a condiciones patológicas. Es natural que el hombre enferme, sienta dolor y displacer. Frente a esto, la docente agrega:

La vida no es un ciclo lineal, es un devenir de un múltiples cosas, porque finalmente psíquicamente hablando, el individuo siempre está en una relación conflictiva entre lo que sucede en su realidad subjetiva y lo que sucede en la realidad objetiva, la relación hay que construirla todo el tiempo y además eso no está aislado, eso está en el contexto de una condición

histórica, una condición evolutiva y una condición social de las que uno no se puede desprender. (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015).

La docente Bedoya menciona que se debe tener en cuenta una revisión cuidadosa de carácter epistemológico, en la que se analicen a profundidad conceptos como normal, anormal y patológico. Considera que definir estos aspectos se convierte en un recurso ético que busca

no ceñirse al modelo estadístico en donde la diferencia no tiene lugar, sino ajustarse a otros modelos biológicos y a partir de ahí, entender lo teórico, revisando, por ejemplo, qué dice la psicología dinámica de esas formas de organización, de los estilos relacionales, de las representaciones del sí mismo y del objeto, de las ansiedades predominantes y de los mecanismo de defensa (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015).

En cuanto a la definición que se propone desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendida como la ausencia de conflicto, Merleau-Ponty (filósofo francés, 1908-1961) sugiere que “la salud está entendida como el silencio de los órganos” (referenciado por Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015). Para la docente, la salud mental “es el recurso que tiene el otro para hacer con el conflicto, si responde creativamente, si encuentra alternativas, si se da tiempo, es lo que hace el otro con eso” (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015).

Si bien la salud mental no implica ausencia de enfermedad, como se ha señalado hasta ahora por parte de los profesionales desde los distintos enfoques teóricos, sí se refiere a la

capacidad que tiene el individuo para hacerle frente a los porvenires existenciales, entre ellos la enfermedad.

5.2.4 Salud mental y enfermedad desde el psicoanálisis

Con el fin de ampliar la visión que se tiene sobre la concepción de salud y enfermedad dentro de la psicología, se presenta a continuación lo que se propone desde el psicoanálisis –sin ser un enfoque teórico de la psicología– en relación con dichas concepciones.

El docente Juan Gabriel Carmona, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, describe acerca de la salud mental y la enfermedad mental que

el término [sic] salud y enfermedad son válidos y pertinentes en términos generales, puesto que la enfermedad anuncia a un ser humano de que algo a nivel fisiológico no anda bien en su cuerpo, y que se requiere un tipo de intervención para restablecer la regularidad de ese sistema biológico (...). La salud, desde un punto de vista fisiológico, habla más de un estado de regularidad y no de un estado de extensión de la enfermedad, ya que es algo imposible. Ningún sistema funciona de un modo perfecto, siempre hay fallas en él, por lo tanto se plantea que la salud como ausencia de enfermedad es una definición totalmente inapropiada, porque es un imposible y se establece como un ideal, cuyas consecuencias son más desfavorables que favorables (Carmona, J., comunicación personal, febrero 27 de 2015).

De acuerdo con lo anterior, se entiende que la enfermedad hace parte de la salud, ya que solo a partir de la experiencia de enfermedad se sabe que se goza de salud. Igualmente, considera que los términos salud y enfermedad no son discordantes; al contrario, se autodeterminan y son

recíprocos. No obstante lo anterior, señala que cuando se busca trasladar esa misma lógica al campo de la psicología las nociones cambian, dado que

desde el ámbito psicológico, la regularidad que busca el campo de la biología se ha maltratado, al punto de que el bienestar o salud mental se confunde con una homeostasis normalizante, a la que todas las personas de una sociedad deben acceder, y eso es totalmente inapropiado porque dos personas pueden estar sanas psicológicamente pero bajo criterios distintos. La consecuencia [sic] que la psicología pertenezca a las ciencias de la salud, implica una estandarización en términos de salud mental, lo cual es totalmente inadecuado. ¿Cómo determinar esa concepción si todavía no se sabe quiénes son los seres humanos? (Carmona, J., comunicación personal, febrero 27 de 2015).

Lo precedente tiene unas implicaciones a nivel social, ya que lo que se busca es la “normalización, la uniformidad en términos de criterios de salud mental o psicológica, lo cual constituye un problema porque eso significa que está al servicio de multinacionales con todo tipo de intereses estatales” (Carmona, J., comunicación personal, febrero 27 de 2015). El docente Juan Gabriel Carmona sostiene que “estar aliviado no es estar completamente sano” (comunicación personal, febrero 27 de 2015), dado que en ocasiones se está bien hasta con ciertas dolencias, las personas funcionan, trabajan, se llevan bien con los demás, a pesar de que haya algún tipo de alteración. Finaliza diciendo que “pretender que uno esté completamente libre de alteraciones es un imposible” (Carmona, J., comunicación personal, febrero 27 de 2015).

En conclusión, se puede decir que en relación con los conceptos de salud mental y enfermedad hace falta mayor desarrollo teórico, ya que entre las versiones de los profesionales

de psicología no se encuentra mucha concordancia, las definiciones son diferentes y, hasta dentro de los mismos enfoques teóricos, se encuentran discrepancias a la hora de definir estos conceptos. Sin embargo, sí se debe señalar que, en su mayoría, los docentes consideran que son términos que se deben delimitar mejor; igualmente, se encuentra que un gran número de estos no están de acuerdo en la forma como se ha definido a la salud mental y a la enfermedad, e incluso algunos los consideran inapropiados para el campo de la psicología.

El modo como se concibe el hombre, la forma como se nombra su malestar y su bienestar tienen, como se mencionó al inicio, fuertes implicaciones en la atención psicológica y en el diagnóstico que se le da al paciente, usuario, consultante o como cada corriente teórica prefiera llamarlo; ya que es a partir de conceptos como estos que un paciente puede quedar ‘etiquetado’ dentro de la sociedad. Es decir, el modo como se definan estos conceptos va a tener un impacto no solo en la persona que se le nombra ‘enferma’ o ‘sana’, sino también en su entorno social, familiar y demás dimensiones que implican las relaciones humanas.

5.3 Concepto general de diagnóstico

Para la presente investigación es importante, entonces, reconocer el lugar que tiene la calidad en la atención psicológica y, específicamente, el diagnóstico dentro de esta, ya que es a partir del diagnóstico que se encamina el tratamiento. Sin embargo, vuelven la crítica, la reflexión y el análisis de aquello que es imposible obviar, como es el uso indebido, desde un punto de vista ético, que se hace del diagnóstico dentro de la psicología; varios trabajos se han realizado al respecto cuestionando la manera como se hace y las repercusiones, en algunas ocasiones graves, que puede tener para la vida de un paciente cuando este no guarda ningún rigor

teórico que disminuya la probabilidad de un diagnóstico errado. Un ejemplo de ello es el trabajo de grado de una estudiante de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello (Díez, 2014), quien realizó un estudio de caso de una niña de la Institución Educativa Liceo Antioqueño de Bello diagnosticada con Trastorno por Déficit de Atención (TDA).

Dicho estudio partió de “la contextualización de la niña (entorno familiar, social, antecedentes al diagnóstico, intervenciones pedagógicas, entre otros) constatado con las teorías de: Piaget, Vygotsky, Ausubel, Bandura, Brofenbrenner y otras” (Díez, 2014, p. 6), y tuvo como resultado que “en un alto grado de probabilidad, hubo un mal diagnóstico inicial. Se infiere a partir de los datos recolectados que ello tiene como primera causa un análisis afanoso” (p. 6).

Por lo demás, el trabajo antes subrayado hace un llamado de atención al uso que se le está dando a los manuales diagnósticos:

Una de las grandes inquietudes que surge es si existe la posibilidad de que estos trastornos estén siendo sobre-diagnosticados, teniendo como base el cumplimiento de los criterios que expone el DSM-IV. Aunque dicho manual ha sido revisado exhaustivamente por un cuerpo de científicos de áreas multidisciplinarias al momento de utilizarlo como fundamento para las intervenciones y diagnósticos, es fundamental tener en cuenta la contextualización de la realidad de cada país, con el fin de no incurrir en el simple etiquetamiento de las personas (Díez, 2014, p. 6).

El caso señala la vaguedad de las definiciones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición (DSM-IV) que no sólo conlleva a posibles interpretaciones erróneas y estigmatizaciones innecesarias, sino que también tiene importantes implicaciones

prácticas para las familias y los profesionales” (Díez, 2014, p. 9; citando a Cardo, & Servera, 2008, p. 365).

De hecho, mencionan que el propio título, ‘Manual de Trastornos Mentales’, ya lleva a confusión y se sugiere

dejar a un lado la mirada simplemente patológica y considerar el entorno social en el cual se desarrolla el niño y/o niña diagnosticado/a, teniendo presente que en ocasiones ellos y/o ellas han tenido que afrontar los cambios sociales de esta nueva época. En la actualidad, los menores han sido víctimas del deseo de ser explicados (comportamentalmente) a través de la ciencia, que en ocasiones actúa de forma poco adecuada cuando obstinadamente quiere buscar respuesta a aquello que se considera “anormal” comparando con la media poblacional (Díez, 2014, p. 9).

El análisis de caso de esta niña de 10 años es importante como ejemplo, dentro de la presente investigación, dado que la niña es remitida a la EPS con el fin de recibir atención psicológica y esto es lo que se encuentra:

En la entidad promotora de salud fue atendida en 3 sesiones, en las que se utilizaron técnicas de evaluación como: pruebas manipulativas (interpretación del reporte de la niña), dibujos y cuento (según historia clínica). En la primera sesión con psicología fue diagnosticada con “Trastorno de Vinculación Reactiva inhibida (Dx F941)”. Dos meses después, en la segunda sesión psicológica se registra en la historia clínica (la cual es confusa) un aparente avance en las interacciones en el colegio; sin embargo, hace mención de dificultades académicas según relato de la madre, describiendo que no hay conocimiento de las causas e infiriendo que, tal vez, sea por déficit de atención o dificultad de aprendizaje. Finalmente, se llega a la conclusión (según

historia clínica): “al evaluar se encuentran más rasgos de déficit de atención y estilos de estudio adecuados”. En esta sesión se emite el diagnóstico: “DxF94. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia tipo inhibido. F988. Déficit de atención” (se omiten los datos del psicólogo por protección de su identidad). Adicionalmente, el profesional de psicología que la ha atendido sugirió, verbalmente, que era necesario realizar un seguimiento y la posibilidad de remitir a evaluación psiquiátrica para incluir medicación en el tratamiento. Con base en ello, la familia decide no volver a las citas y más bien recurrir a evaluación de un psicólogo particular (Díez, 2014, p. 13).

Por lo anterior, se puede analizar, con base en las conclusiones presentadas, que los diagnósticos que se le dieron a la familia de la niña fueron apresurados. En este caso particular se puede ver que por la premura de llenar bases de datos y cumplir con solicitudes administrativas, en ocasiones, se olvida que lo que se pone en juego es el bienestar del paciente y, también, que el diagnóstico tiene un efecto en la vida personal, familiar y social del paciente.

El trabajo de la egresada de Uniminuto Paula Díez asume una posición reflexivo-crítica que permite poner en evidencia el uso poco riguroso que, en ocasiones, se hace del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) por parte de los profesionales de la salud mental,

manejo que está mediado por la asignación de posibles etiquetas incorrectas a personas, muchas veces con comportamientos ‘normales’. El problema radica en la visión holística del ser humano, entendiendo su interacción en los diversos contextos más que con la asignación de un diagnóstico (Díez, 2014, p. 16).

Dentro de los resultados de la investigación que se resalta anteriormente se subraya que:

- Se vislumbra que en las intervenciones realizadas por el profesional de la psicología no se tuvieron en cuenta diferentes aspectos que podrían desvirtuar los diagnósticos asignados y que han generado en la niña y su familia efectos negativos que van desde recibir comentarios inapropiados por parte de compañeros y hasta dificultades familiares generadas por la tensión de “no comprender qué es lo que le pasa”.
- Los diagnósticos sin suficiente información pueden conducir a valoraciones erróneas, por la inmediatez con la que se emiten. Es fundamental tomarse el tiempo y utilizar diferentes y adecuadas técnicas para dar un dictamen a los pacientes.
- Reevaluar el diagnóstico de TDA emitido por la EPS de la niña (Díez, 2014, p. 73).

Sobre la base de las ideas expuestas anteriormente, relativas a un diagnóstico prematuro, se observa un servicio incipiente en términos de atención y veracidad. Sin embargo, en Colombia no solo el diagnóstico presenta dificultades; en muchas ocasiones también se le está “exigiendo a los profesionales que atiendan un número de pacientes que sobrepasaría su capacidad laboral contratada si se cumpliera con estándares mínimos de calidad y duración de las intervenciones” (Ardón & Cubillos, 2012, p. 19).

Asimismo, en muchas ocasiones “se les pide a los psicólogos que cubran simultáneamente varios tipos de intervención, e inclusive varios puntos de atención en zonas diferentes de la ciudad. Además del desgaste indebido del recurso humano, este tipo de prácticas atentan, sin lugar a duda, contra la calidad de los servicios prestados y contra los derechos de los pacientes” (Ardón & Cubillos, 2012, p. 19).

A partir del ejemplo anterior sobre la manera como se vienen construyendo los diagnósticos, el de la niña de 10 años diagnosticada con TDA (Trastorno de Déficit de Atención), y también con base en los diferentes textos antes citados que problematizan el lugar de la psicología en la salud y los diagnósticos, es válido preguntarse qué es entonces el diagnóstico psicológico, de dónde surge, cuál es su sustento teórico, qué lugar tiene el mismo en la atención psicológica y, finalmente, por qué es importante, a fin de tener una aproximación que permita mirar el fenómeno del diagnóstico en las IPS acreditadas en salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá desde los diferentes enfoques teóricos, especialmente desde una posición crítico-reflexiva.

Con el fin de darle continuidad a los aspectos que se vienen señalando hasta ahora, es necesario comprender la forma en la que actualmente se entiende el diagnóstico y las diferentes definiciones que se dan del mismo. En primer lugar

el diagnóstico, en términos generales, puede entenderse en tres sentidos: En un sentido estricto, diagnóstico formal, vendría a responder a las categorías vigentes de una clasificación nosológica actual, como puede ser la CIE-10 o bien el DSM-IV. En un sentido amplio, formulación diagnóstica haría referencia a las conclusiones sobre la naturaleza o las causas de un problema. En un tercer sentido, proceso diagnóstico, se entendería como los procedimientos de obtener datos, las fuentes de los mismos, la manera en que los profesionales los combinan e integran y las inferencias que se concluyen de ellos (Achenbach, 1998, citado por Maganto & Espada, 1999, p. 8).

Ahora bien, según la etimología del término y de acuerdo con Camacho, diagnóstico

viene del griego, *διαγνωστικός* (*diagnosticós*) que significa ‘distintivo’, ‘que permite distinguir’, derivada de *διαγιγνώσκω* (*diagignósco*) que significa ‘distinguir’, ‘discernir’, ‘conocer distintamente’, ‘decidir’, ‘resolver’, ‘determinar’ y a su vez esta última palabra deriva de otro verbo *γιγνώσκω* (*gignosco*) que significa ‘conocer’, ‘llegar a conocer’, ‘reconocer’, ‘observar’, ‘experimentar’, ‘comprender’, ‘darse cuenta’, ‘saber’ y ‘determinar’ entre otros. Como claramente se puede apreciar, muchas de las significaciones de estas palabras griegas nos marcan el camino de lo que implica hoy establecer un diagnóstico (2006, p. 1).

A su vez, Idáñez & Egg sostienen que etimológicamente el término diagnóstico proviene del griego *diagnostikós*, a su vez del prefijo *día-*, ‘a través’, y *gnosis*, ‘conocimiento’ o ‘apto para conocer’, y es un concepto que tiene sus inicios en el campo de la medicina y luego se traspasó a las ciencias sociales. En el campo clínico se entendía como “procedimiento utilizado para averiguar el estado de salud de una persona, o el carácter de su enfermedad, mediante el examen de su sintomatología, a fin de prescribir el tratamiento más adecuado” (2001, p. 15).

Con base en las anteriores definiciones, se puede notar cómo el término diagnóstico tiene íntima relación con una acción de conocimiento, como por ejemplo analizar, determinar, discernir; y no a establecer ‘verdades’ sin fundamento. El diagnóstico es más bien un trabajo reflexivo-crítico que le permite a quien lo está realizando hacerse a una idea del malestar del paciente para poder encauzar el tratamiento. A pesar de que el diagnóstico tiene su origen en el campo médico, no se puede asumir de igual forma para la psicología, ya que teóricamente se ha mostrado que esta va más allá de la simple sintomatología del paciente.

En otras palabras, y a partir de Camacho (2006), se debe tener en cuenta no solo el origen médico del término sino también los desarrollos teóricos que se le han dado al mismo desde las diferentes corrientes de la psicología. Es cierto que tanto en la psiquiatría como en la psicología los diagnósticos se establecen a partir de los signos y síntomas¹⁴ que las personas manifiestan, pero no son la única fuente de información que tiene el profesional en psicología.

De acuerdo con Camacho (2006), los diagnósticos son construcciones que le permiten al clínico caracterizar ciertas problemáticas humanas; el autor resalta que, para ello, el profesional se sirve de la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos, y subraya que estos no se pueden tomar como una realidad en sí, por eso habla de construcciones, lo cual evita que se caiga en rotulaciones y verdades inamovibles.

Hay que salir de la lógica maniquea que propone diagnosticar todo o no diagnosticar nada y pensar en diagnósticos funcionales que a modo de andamio los utilizamos mientras nos sirven y después podemos dejarlos de lado, para no perder de vista a las personas. Se dice que no hay enfermedades sino enfermos, lo mismo podemos decir en nuestro campo, no hay trastornos o diagnósticos, sino personas con problemas (Camacho, 2006, p. 1).

Partir de una concepción del hombre en donde se le conciba de una forma patológica y en la que se le atribuyan enfermedades por cualquier circunstancia y motivo, da lugar a una mirada poco profunda del mismo y promueve, a su vez, el pensamiento idealista a partir del cual se

¹⁴Signo: Hallazgos objetivos que hace el clínico.

Síntoma: Aquellos datos que las personas refieren o descripciones subjetivas del paciente.

Síndrome: signos y síntomas que suelen aparecer juntos y son identificables, pero que no tienen una entidad tan claramente definida como los trastornos o las enfermedades. (Camacho, 2006, p. 2).

vende la idea de que es posible la salud y el bienestar total; es decir, pensar en un psiquismo enfermo o sano imposibilita comprender en profundidad el modo como este se constituye e impide un ejercicio de análisis cuidadoso.

Según Camacho (2006), el diagnóstico permite establecer una terapéutica en función del cuadro que presenta el paciente, posibilita también la derivación para una interconsulta, permite agrupar a los pacientes que tienen determinada patología, e igualmente permite tener un lenguaje común que favorece que se unifiquen criterios y diagnósticos, para conocer ciertos rasgos de personalidad o problemáticas específicas que pueden ser útiles para áreas particulares. Pero los diagnósticos también pueden tener graves consecuencias como rotular a las personas viéndolas como meras patologías y caer en la cosificación de los pacientes. Además de esto el autor señala que

explicar los hechos, respuestas o situaciones mediante los diagnósticos hace que se obture la posibilidad de pensar, entender y reflexionar ya que se justifica todo en función de un diagnóstico, en vez de ampliar la mirada se establecen círculos cerrados que nada explican. Ejemplo: si un paciente tiene dificultades en aceptar el régimen terapéutico, se explica esto diciendo: “es una *border*” o “es un adicto” y de esa manera no se cuestiona o reflexiona nada más (Camacho, 2006, p. 4).

Los diagnósticos no tienen la finalidad de rotular o señalar quién está más ‘sano’ o más ‘enfermo’; en cambio, tienen todo un sentido y una explicación teóricos y, por lo tanto, requieren que se hagan con responsabilidad. No se trata de encasillar a las personas, se trata más bien de un

trabajo reflexivo que permita una aproximación rigurosa frente a la complejidad del psiquismo humano.

5.4 El diagnóstico desde los distintos enfoques de la psicología

Dos de los objetivos trazados para la presente investigación consisten en identificar y exponer cómo se aborda, desde las diferentes perspectivas teóricas de la psicología, el concepto de diagnóstico.

Con respecto al malestar psíquico que manifiestan las personas, es necesario partir de la idea de que no hay una sola vía para el abordaje del mismo, sino que en proporción con la complejidad humana se presentan diferentes propuestas que intentan explicar de la forma más rigurosa posible las causas y factores que influyen para que surja tal malestar; así mismo buscan, a través de la evaluación clínica y la formulación del diagnóstico, generar iniciativas que apunten a un tratamiento en favor del paciente.

Además, con el fin de ampliar la visión acerca del diagnóstico, es necesario abordar de manera más precisa la labor clínica, y para ello se describen a continuación los aspectos más relevantes en relación con el ejercicio diagnóstico desde los enfoques propuestos por la psicología, esto es: la orientación humanista, la corriente dinámica y finalmente el enfoque cognitivo-conductual. Asimismo, se presenta un esbozo sobre cómo entiende el psicoanálisis el diagnóstico, ya que, a pesar de que no haga parte de las corrientes teóricas de la psicología, son importantes sus aportaciones en términos teóricos para esta investigación.

5.4.1 El diagnóstico desde la corriente humanista

El marco de referencia conceptual de la psicología humanista es la teoría organísmica. Dicha teoría se sustenta en la idea de que el organismo posee una tendencia siempre cambiante o que puede actualizarse en la medida en que la persona se haga consciente de sí y logre darse cuenta de los asuntos que por algún motivo se encuentran inconclusos. Villegas, citando a Goldstein (1940), puntualiza que “las tendencias que mantienen en funcionamiento el organismo no son más que las fuerzas que surgen de su tendencia a actualizarse tan plenamente como sea posible en términos de sus potencialidades” (1986, p. 29).

Para dilucidar mejor el propósito de la psicología humanista, se puede mencionar que una de las ideas de uno de sus mayores exponentes, Carl Rogers, quien denomina el principio actualizante del organismo como “disposición natural del hombre, como disposición formativa” (Villegas, 1986, p. 30). A partir de esa idea, el enfoque humanista propone una serie de técnicas que darán lugar a un mayor desarrollo de todas las potencialidades humanas y que facilitarán una mayor organización de la persona a nivel psíquico.

Así las cosas, este enfoque cuenta con una herramienta que le permite al profesional determinar los factores que influyen de una manera perjudicial en la vida de las personas. Las corrientes cognitivo-conductual y dinámica siguen una serie sistemática de procedimientos, lo que le permite al psicólogo ir desentrañando algunos de los elementos que conforman la formulación del diagnóstico. Por su parte, la terapia encaminada desde una orientación

humanista asume, como uno de los instrumentos diagnósticos y de intervención, el análisis del ciclo de la experiencia (CE), técnica desarrollada por Joseph Zinker.

Para la Terapia *Gestalt*, el llamado ciclo de la experiencia también es conocido como Ciclo de Contacto-retirada, Ciclo de Autorregulación Organísmica, Ciclo de satisfacción de necesidades o Ciclo *Gestalt*, con estos nombres se designa al proceso psicofisiológico relacionado con la satisfacción de necesidades del organismo, es un ciclo que se repite incesantemente, está presente durante la vida de toda persona. En Terapia *Gestalt*, se considera que el Ciclo de la Experiencia es el núcleo básico de la vida humana. Con este Ciclo se busca reproducir la manera en que la persona realiza contacto consigo misma y con el medio en el cual se desenvuelve, se relaciona con el surgimiento de las necesidades y la satisfacción de éstas, puede presentar diversos matices o bloqueos, sin embargo, siempre está orientado hacia la homeostasis del organismo (Stange & Pintado, 2014, p.111; citando a Zinker, 2000; Latner, 2007; Castanedo, 2001; Salama & Villareal, 1989).

Por lo anterior, la capacidad de autorregulación del organismo del paciente es uno de los objetivos de esta terapia. Es así como desde esta técnica se intenta, a partir de la observación, que la persona logre dar resolución a algún asunto que haya quedado irresuelto a lo largo de la vida y que, por lo tanto, le produzca a esta un estado discontinuo o constante de insatisfacción frente a sí mismo. Bien se sabe que, cuando no se le hace frente a alguna situación que genera inconformismo en el hombre y, por el contrario, se omiten las razones de sus causas, esto puede generar algunos inconvenientes en la salud física y psíquica de la persona. En consecuencia, el ciclo de la experiencia, para la *gestalt*, se convierte en el eje de la vida, puesto que esta consta de

diferentes momentos, etapas o ciclos y el curso adecuado de estos dará lugar a una mayor regulación, desarrollo, autorrealización y trascendencia por parte de la persona.

En el esquema clásico del ciclo de la experiencia (CE) se identifican seis etapas sucesivas y, a partir de la evaluación de ellas, se logra entrever el periodo en el que hubo algún bloqueo o interrupción que obstaculiza la resolución y el curso de esa fase en el ciclo. Estas son:

Reposo: En esta fase de reposo o retraimiento la persona ha resuelto una *Gestalt* o necesidad y vuelve a un estado de equilibrio, no enfrenta ninguna necesidad apremiante.

Sensación: Se considera el inicio del ciclo, la persona percibe la sensación aunque aún no la define claramente, lo cual ocurre en la fase siguiente.

Darse cuenta, formación de figura o conciencia de la figura: La sensación se convierte en figura (se establece la conciencia de esa necesidad), la necesidad es definida claramente y también se identifica aquello que puede satisfacer esa necesidad. Es posible comprender y nombrar lo que se necesita.

Energetización o movilización de la energía: En esta fase de movilización de la energía la persona reúne la energía o fuerza que empleará para realizar la actividad que la necesidad le requiere.

Acción: La persona logra el contacto, con lo que necesita o desea, a través de haber movilizado y dirigido su energía. Se está satisfaciendo esa necesidad.

Contacto: La persona logra alcanzar lo que requería para satisfacer esa necesidad, se siente bien, con lo cual se cierra este ciclo y la persona está en condiciones de empezar otro, esto se reproduce de manera incesante (Stange, & Pintado, 2014, p. 113).

A partir de lo anterior, el análisis que realice el clínico del ciclo de la experiencia dará cuenta del curso interrumpido en una de las fases, lo cual puede desembocar o dar lugar al surgimiento de alteraciones psíquicas: las diferentes patologías como las neurosis o la psicosis. La razón de estas alteraciones es un obstáculo o bloqueo inconsciente que la persona misma ha puesto, debido a la suspensión de una situación que quedó inconclusa y que influye nocivamente en el avance de los diferentes ciclos, dando lugar a un nivel de energía insuficiente para el organismo y el psiquismo de la persona.

Por lo demás, la psicoterapia de la *gestalt* aporta elementos importantes para que el individuo, requiriendo de un tratamiento enfocado en el momento actual logre generar un cambio en relación con algún asunto de naturaleza interna que está afectando, a nivel global, la vida del cliente; es así como se evalúan sus diferentes momentos o ciclos con el fin de esclarecer o puntualizar el punto en el que se dio la interrupción dentro de todo el ciclo de la vida. Según Stange & Pintado (2014), la autorregulación es un concepto que dentro de esta corriente de la psicología juega un papel importante puesto que, para la misma, el ser humano posee las capacidades para que se tienda a la autorrealización y a la sostenibilidad del ser.

Por tanto, es importante mencionar que uno de los objetivos de este enfoque psicológico no es trabajar desde una mirada enfermiza del hombre y mucho menos desde una concepción en la que la patología sea el centro del tratamiento. Es así como, desde la corriente humanista de la psicología, se posee “una concepción holística integral, organísmica, que trabaja es sobre las potencialidades humanas no necesariamente sobre la enfermedad esta propuesta humanista tiene resistencia a la patologización, al reduccionismo, al determinismo” (Buitrago, D., comunicación

personal, marzo 4 de 2015). Uno de los principios fundamentales para el trabajo humanista es considerar los aspectos que pueden resultar potenciales para la resolución del conflicto que presenta el paciente, y darle cabida a lo anterior por medio del planteamiento de la siguiente pregunta: “¿cuáles son los recursos que esa persona tiene para salir de lo que llama dificultad?” (Buitrago, D., comunicación personal, marzo 4 de 2015).

Entonces los elementos que pueden componer un diagnóstico son: en qué momento de la experiencia se encuentra, en qué momento de reposo o de desconocimiento de la necesidad o del malestar que tiene, si ya hizo contacto con esa necesidad o no, si ya identificó los elementos para resolver la situación problemática, y si hubo un movimiento a resolver, si ya lo está resolviendo ya hizo algo ya se está responsabilizando de esa situación y si ya la resolvió, en cada uno de esos momentos existe tal vez unas resistencias o unos mecanismos de defensas, que tiene que ver con que enfoque en otra persona lo que es propio o viceversa o puede pasar que se desconecte totalmente de la situación, que era lo que hablábamos de la congruencia y eso es lo que ocurre desde el principio cuando no se ha hecho contacto con la situación problemática con la vivencia, hay algo que molesta pero no se sabe que es (Buitrago, D., comunicación personal, marzo 4 de 2015).

En consecuencia, el objetivo del tratamiento enfocado desde esta orientación psicológica es identificar entonces cómo puede trabajar con esa persona para que haga contacto con esa situación problemática, con eso que molesta y le está generando un sufrimiento y pueda resolverlo, pueda responsabilizarse de esa situación, de que tome consciencia, de que se dé cuenta de cómo lo puede resolver (Buitrago, D., comunicación personal, marzo 4 de 2015).

Desde la realización de este objetivo en el trabajo clínico, el paciente podrá darse cuenta de lo que sucede dentro de sí mismo y alrededor suyo, ya que es de suponerse que el organismo

mostrará, por sí solo, los asuntos inconclusos o en su defecto, las necesidades que no han sido atendidas.

Ante todo, lo más importante es que el paciente logre darle prioridad al momento presente, darse cuenta de su ahora, de los aspectos a los que se resiste y tomar consciencia de la energía que no se ha puesto en función del autoconocimiento de sí. En definitiva, la finalidad de esta terapia es que el individuo logre, a partir de la integración de las partes fragmentadas de los ciclos de su propia experiencia, conseguir un todo integrado y unificado de su persona. Esto se lleva a cabo gracias a que “el contacto entre el organismo y su medio es flexible, permitiendo la asimilación, la adaptación de la persona y facilitando su crecimiento y desarrollo” (Stange, & Pintado, 2014, p.115; citando a Castanedo, 2001; Perls, 2008; Perls, Hefferline & Goddman, 2006; Vásquez, 2000).

Además del ciclo de la experiencia, la logoterapia, desde el enfoque humanista de la psicología, es otro de los métodos psicoterapéuticos que se constituye en una herramienta diagnóstica, dado que permite ubicar en la persona los asuntos que se encuentran irresolutos y que dan lugar a diferentes conflictos internos y problemas existenciales, para luego abordarlos. Esto permite que, al mismo tiempo, sea utilizada como procedimiento para abordar fuertes crisis existenciales. Ello viene a dar lugar, tras su aplicación dentro del tratamiento humanista, a una responsabilidad de la persona por sí misma y los demás. Según esto, y a partir de las aportaciones de su precursor, la logoterapia es uno de los caminos para alcanzar el crecimiento personal.

La logoterapia es un método menos retrospectivo y menos introspectivo. La logoterapia mira más bien al futuro, es decir, a los cometidos y sentidos que el paciente tiene que realizar en el futuro. A la vez, la logoterapia se desentiende de todas las formulaciones del tipo círculo vicioso y de todos los mecanismos de retroacción que tan importante papel desempeñan en el desarrollo de las neurosis. De esta forma se quiebra el típico ensimismamiento del neurótico, en vez de volver una y otra vez sobre lo mismo, con el consiguiente refuerzo (Frankl, 1991 p. 56).

Es por esa razón que, al aplicar dicha técnica, el paciente se hará consciente de los aspectos que impiden, en un alto nivel, el sentido de su propia existencia y posteriormente tendrá que cambiar o modificar la disposición de su conducta frente a tales aspectos.

Según Madueño Molla (2002), la logoterapia es la terapia que busca el sentido, el propósito y el significado de la vida. Desde esa perspectiva, es el hombre quien asume el sentido. Es el enfoque de la vida como totalidad.

Intenta restituir al hombre la totalidad y unicidad de su ser. Efectivamente, solo la dimensión espiritual le confiere su verdadera esencia. Es una terapia de enfoque existencial, es positiva, usa los recursos del espíritu humano, y está orientada hacia el futuro. Considera la búsqueda de significado como aspecto primario de nuestro ser. Es principalmente una teoría que toma en cuenta en el hombre no sólo su dimensión psicofísica sino incluye aquella dimensión propia del ser humano, la espiritual (Madueño Molla, 2002, p. 2).

Finalmente, para explicar la logoterapia se debe hacer hincapié en el sentido de vida, entendida esta como fuerza primaria por la cual luchan las personas; es una terapia que da explicación a los diferentes acontecimientos de la vida humana y que, en últimos términos, busca

darle el mayor sentido posible a la misma. Y ese sentido de existencia debe estar marcado por lo tangible, un sentido que vaya muchos más allá de lo etéreo o incorpóreo. En palabras de Viktor Frankl, “la voluntad de sentido para muchas personas es cuestión de hecho, no de fe” (Frankl, 1991, p. 57), y a eso es precisamente a lo que apunta esta técnica: a buscar. Por lo que se puede ver, la logoterapia no tiene una propuesta de diagnóstico, sino que busca que la persona encuentre, por medio de la terapia, el sentido de su existencia.

En cuanto a Carl Rogers, este argumenta que “el diagnóstico psicológico es innecesario para la psicoterapia y puede llegar a ser perjudicial para el proceso terapéutico” (EPC, s.f., p. 5; citando a Rogers, 1951, p. 220). Rogers formula que lo más importante en el proceso psicológico no es reemplazar la visión de persona por la de un diagnóstico, puesto que en muchos casos no es el sistema quien solicita un diagnóstico inmediato sino que es el mismo psicólogo quien afanosamente trata de ubicar al paciente en uno de los manuales clasificatorios, sin decir que la institución no exige generalmente una hipótesis diagnóstica pronta.

Esto, en el contexto de la atención institucional, permite dar cuenta de los distintos fines que se tienen en la psicología con respecto a la atención que se presta en las IPS. Estos lugares en sí mismos no trabajan con las medidas que se asumen en la labor clínica particular. Por ejemplo: se han descrito casos en los que el psicólogo, por demanda de la institución en la que presta el servicio de asesorías psicológicas, debe emitir a su paciente, de manera inmediata y en la primera consulta, la hipótesis diagnóstica, con la defensa de que se cumplen los derechos que la persona tiene en calidad de paciente, en este caso el de saber su diagnóstico.

Dicha actuación puede dar lugar a unas reacciones contrarias a las esperadas por parte del consultante. Por poner un ejemplo: el paciente podría fácilmente desertar del proceso porque en internet ya aparecen prescritos los medicamentos que se deben utilizar para darle una pronta solución a lo que el psicólogo le expresó que mostraba. Dentro de un proceso psicológico, independientemente de las condiciones, el clínico debe contar con la pericia para tener bajo control el uso de su propio juicio y opinión, ya que la palabra la tiene el paciente y no al contrario; lo primero a lo que debe apuntar el clínico es al cuidado de la persona que tiene en frente, además de prever las consecuencias que pueda traer la emisión precipitada de un diagnóstico que, de momento, no es importante para el paciente y que tampoco fue solicitado por este.

5.4.2 El diagnóstico desde el modelo psicodinámico

Desde el enfoque dinámico, y a partir Maganto & Ávila (1999), se proponen revisiones desde la teoría más allá de lo que se ofrece en los manuales de clasificación de los trastornos mentales para determinar un diagnóstico; una de las posibles explicaciones para ello es que, para este modelo, el síntoma o la causa del malestar es solo la manifestación externa de un conflicto interno, esto es, se ve al síntoma como exteriorización de un conflicto que se da entre las distintas instancias psíquicas delimitadas por el psicoanálisis (ello, yo, superyó) y hay una discordancia entre la demanda interna y las exigencias sociales. Desde este modelo, algunos autores mencionan, con respecto a los manuales de trastornos mentales, lo siguiente:

La crítica que desde el modelo psicoanalítico se hace a estas guías es la de ser utilizadas como fines absolutos y no como medios para ser completadas con otras perspectivas. Se han

convertido para muchos en una especie de esperanto de la salud mental, una lengua única que homogeneiza y que no da lugar a ningún saber más allá de la estadística (Maganto & Ávila, 1999, p. 309).

De este modo, el modelo dinámico ofrece un variedad de desarrollos teóricos en relación con el diagnóstico; el cual no es sinónimo de una verdad inamovible sino el resultado de un proceso que implica un análisis profundo del estado mental del paciente y de los mecanismos de defensa que se concretan con mayor fuerza en “los fallos derivados de no resolver las crisis evolutivas de naturaleza psicosexual o psicosocial, generándose una fijación en alguna de ellas, en la que uno se ancla o a la que regresa en momentos de mayor estrés y ansiedad” (Maganto, 1999, p. 5). Es por lo antes señalado que se enfatiza en lo siguiente:

El diagnóstico que el modelo dinámico elabora es de procesos; se puede observar en las investigaciones que van a hacer los psicoanalistas después de Freud, con Anna Freud, Margaret Mahler, Otto Kernberg, entre otros, en los cuales se encuentran unos estudios de desarrollo y a partir de los cuales estos autores van a elaborar unas etapas de desarrollo; más que elaborar van a tratar de construir teóricamente a partir de la observación clínica, unas teorías del desarrollo; en esas teorías del desarrollo se va a proponer un desarrollo normal del niño, donde surgirán preguntas como: ¿cuáles son las etapas del niño?, ¿qué tareas tiene que elaborar el niño en cada etapa? Por ende, también se va a elaborar una teoría psicopatológica a partir del desarrollo normal, pero es un desarrollo de procesos porque lo que nosotros pensamos no es el diagnóstico [sic], nosotros pensamos es el proceso, es decir, por qué la persona pudo haber llegado a este diagnóstico; por eso el diagnóstico nuestro es un diagnóstico relacional, representacional y diagnóstico evolutivo (Ossa, Y., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

El diagnóstico desde el enfoque dinámico se presenta como el resultado de un análisis juicioso donde se interconectan aspectos relacionales, representacionales y evolutivos del paciente. El clínico de orientación dinámica se va a cuestionar sobre situaciones particulares del individuo, por ejemplo:

Cómo llega el paciente a la sesión terapéutica, cómo está vestido, cómo se relaciona con el terapeuta y qué siente el terapeuta frente al paciente. Y va a hacer mayor énfasis en los eventos vitales de la persona, en las relaciones familiares pasadas y presentes. Por eso resalta que más que un diagnóstico es un análisis de procesos que se caracteriza por el análisis profundo de lo latente, más allá de lo manifiesto (Ossa, Y., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

En la medida que se indaga sobre los procesos relacionales de la persona con el contexto social, familiar y laboral, al clínico se le podrá facilitar el diálogo con el paciente sobre sus conflictos. Así, el terapeuta busca herramientas para abordar el malestar particular que posiblemente produce la desadaptación y perturbación del estado anímico del paciente. Lo anterior alude a los procesos, que, como se explican Gómez-Franco (1996) a continuación, son fundamentales:

El diagnóstico viene a ser una conclusión y para llegar a ella se requiere de la aplicación de un procedimiento adecuado. La diferencia entre el modelo psicodinámico y los demás modelos es que para los segundos se escucha la demanda como síntoma. El sumatorio de síntomas y la combinación de los mismos deciden la conclusión diagnóstica nosológica, de acuerdo con el manual de uso en vigor. Se pregunta por los síntomas para etiquetarlos e intervenir sobre ellos directamente. Para el modelo dinámico el síntoma no es concluyente, aunque sí importante. Refleja tanto el malestar de la cultura actual como el malestar particular de un sujeto. Por ello,

hay que permitir que el paciente hable del síntoma y que hable a su vez del sujeto que lo expresa. Solo cuando el síntoma es parte central de la estructura pasa a ser foco de atención en sí mismo, como sucede en los cuadros psicopatológicos graves que se manifiestan en las organizaciones límite y psicótica de la personalidad (Maganto, 1999, p. 7).

En ese sentido, es importante aclarar que el diagnóstico en el modelo dinámico tiene como objetivo conocer las causas de los hechos clínicos y no simplemente erradicar síntomas, de ahí que “el primer rasgo de identidad es el de la causalidad de los hechos, el origen del trastorno, el rastreo del porqué de los síntomas” (Maganto, 1999, p. 5). No se enmudece el síntoma sino que, por el contrario, se permite todo el tiempo que hable; asimismo se “posibilita llegar a los núcleos conflictivos del sujeto y a las fallas por déficit en la integración del yo” (Maganto, 1999, p. 5). Este modelo, por lo tanto, concibe la entrevista como elemento fundamental para la formulación del diagnóstico, pero también hace uso de técnicas proyectivas y psicométricas que ayudan a corroborar hipótesis.

Otro de los elementos importantes dentro de este modelo dinámico tiene que ver con aspectos estructurales, los cuales, según el docente Garzón (comunicación personal, febrero 25 de 2015), son denominados realmente como aspectos organizacionales del psiquismo; estos hacen referencia al modo como se organiza la personalidad y le permiten al clínico “ubicar al paciente en tres grandes organizaciones: en la psicosis, en la neurosis o en los desórdenes del carácter; lo anterior está muy vinculado a establecer las relaciones edípicas o las formas de relación diádica y triádica” (Garzón, D., comunicación personal, febrero 25 de 2015). Al clínico con enfoque dinámico le interesa describir y comprender la organización psíquica del paciente, la etiología del trastorno, los puntos de fijación de la libido y las regresiones.

Igualmente, en relación con el diagnóstico estructural u organizacional, se habla de tres modos de organización de la personalidad: psicosis, neurosis y límite o *borderline*, con base a tres características que se derivan, a su vez, de tres criterios:

Cómo funciona el juicio de realidad, cuáles son operaciones defensivas predominantes y cómo se integra la representación del sí mismo y de los demás. Por ello, la psicosis, neurosis y estado *borderline* o límite son formas de organización estructural que nos sitúan respecto de la posiciones del sujeto frente al objeto, es decir frente a los demás. Dependiendo del dar respuesta adecuada al medio social en el que se desenvuelve la persona, se realiza el diagnóstico estructural (Maganto, 1999, p. 19).

Según Maganto (1999), el diagnóstico estructural en estos términos conlleva a una conclusión lógica que no está establecida al inicio del proceso terapéutico, sino que se va construyendo a partir de la transferencia que se genere con el paciente. También considera que, a medida que el paciente hable de sus conflictos, irá igualmente desplegando la estructura. “El diagnóstico estructural se realiza a partir de la relación transferencial y contratransferencial con el paciente” (Maganto, 1999, p.19; citando a Gómez-Franco, 1996).

Además, según Maganto, existiría otro tipo de diagnóstico denominado idiográfico, el cual podría recibir el nombre de ‘diagnóstico formal’, que se refiere a “la especificidad o a la concreción diagnóstica dentro de la estructura ya delimitada” (1999, p. 20); para establecer este diagnóstico es necesario un análisis profundo de los conflictos más importantes que refiera el paciente, así como de los mecanismos de defensa que estén operando con mayor fuerza y, por último, de los principales aspectos adaptativos sociales e intelectuales. Un ejemplo de lo que aquí

se señala es delimitar un sujeto neurótico de tipo obsesivo, histérico o fóbico. Es importante entonces “tener un marcado formato descriptivo, siendo una síntesis descriptiva de la situación de la persona y sus conflictos, expresados en categorías idiográficas propias de la teoría dinámica” (Maganto, 1999. p. 20).

Según Maganto & Ávila (1999), existen también un diagnóstico de confrontación y otro de la analizabilidad. El primero implica un trabajo de comparación y confrontación de los datos que se obtuvieron a través de las entrevistas con otros procedimientos de obtención de datos; es decir, el clínico integra a los datos obtenidos por medio de la entrevista otras técnicas diagnósticas, ya sea desde una perspectiva cualitativa o cuantitativa. El segundo, diagnóstico de analizabilidad, consiste en determinar si el sujeto se puede considerar ‘analizable’; esto es, un sujeto con disposición para un encuadre psicodinámico. El paciente debe manifestar una experiencia de malestar psíquico o de sufrimiento, debe existir mínimamente una demanda que le lleve a iniciar un proceso psicológico.

Se entiende, con base en lo anterior y a partir de Maganto & Ávila (1999), que el modelo dinámico intenta definir el porqué del síntoma o causa del malestar basándose en los vínculos tempranos del paciente y, aunque se centra en lo psíquico estructural, no deja de lado otras perspectivas que le permiten tener una mirada más integradora del psiquismo humano. También son fundamentales el análisis de la sexualidad infantil y de los traumas, el funcionamiento del inconsciente y el concepto de síntoma. De acuerdo con esto, el diagnóstico se caracteriza por ser un proceso que comprende diferentes etapas de análisis, en el cual no se comprende al individuo como sujeto sin contexto; al contrario, se hace un rastreo de los diferentes ámbitos que acogen al

paciente (social, económico, familiar, laboral, escolar). El diagnóstico, señalan Maganto & Ávila (1999), no se agota en una valoración sintomática ni en una clasificación de estructura. El diagnóstico supone también

un juicio de valor y por tanto la realización de una síntesis tras la interpretación y evaluación profesional de una situación previamente analizada. Supone también tomar decisiones y planificar la posterior actuación. Vendrá precedido del estudio de los elementos que intervienen en una situación e incluye un pronóstico sobre los aspectos modificables y constituye el punto de referencia de la evaluación (Maganto, 1999, p.18).

Pero, según Maganto (1999), al diagnóstico le precede la hipótesis diagnóstica, la cual es un supuesto que se formula acerca del conflicto y de las causas del malestar que presenta el paciente. Esta hipótesis tiene como base la información que emite el paciente a través de las entrevistas y tienen como objetivo “encontrar los ejes por donde se estructuran las dificultades y capacidades de la persona entrevistada” (Maganto, 1999, p. 19).

El docente Garzón, entrevistado para la presente investigación, señala que su clínica es nutrida, teóricamente, por muchos autores destacados dentro de la psicología:

Con respecto al diagnóstico, mi trabajo clínico es guiado por la perspectiva de la psicoterapias de corte psicoanalítico de los argentinos, muy especialmente de Etchegoyen, los esposos Bleichmar y Fiorini. Ellos tienen una forma de trabajo basada en 5 ejes para el diagnóstico y obviamente tienen toda una posibilidad de hacer una validación más bien a las fuentes del psicoanálisis (Garzón, D., comunicación personal, febrero 25 de 2015)

El diagnóstico desde esta perspectiva sigue siendo “una guía que permite focalizar el trabajo terapéutico” (Garzón, D., comunicación personal, febrero 25 de 2015); es decir, permite saber o definir la mejor forma de intervención de acuerdo con las características particulares del paciente. La forma como se hace el diagnóstico tiene como base, primero, lo edípico, lo cual va a definir el tipo de vínculo que se sostiene con el mundo, ya sea de forma diádica o triádica. “Esto, de manera muy resumida, organiza las personalidades: los que alcanzan a vincularse al mundo con un elemento superyoico aceptan la ley y las normas, otros que no, donde cabe la psicosis, algunos desórdenes del carácter” (Garzón, D., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

Según Garzón (comunicación personal, febrero 25 de 2015), el segundo elemento que se tiene en cuenta para la realización del diagnóstico tiene que ver con la representación sí-mismo objeto, herencia de la escuela kleiniana; esto tiene relación con la representación que tiene el paciente de sí mismo y del objeto, lo cual configura el *self*.

Como tercer elemento se encuentra una línea específica que evalúa las funciones yoicas (juicio, raciocinio, capacidad de *insight*, cohesión yoica, integración yoica, entre otras) y permite establecer qué tipo de interpretaciones se le pueden hacer al paciente, todo esto a partir de los desarrollos de Anna Freud sobre funciones del yo.

El cuarto elemento tiene que ver con lo estructural, es decir, con la forma como se organiza la personalidad; esto permite ubicar al paciente en un modo organizativo, ya sea psicosis, neurosis o desórdenes de carácter. Lo anterior mantiene íntima relación con las relaciones

edípicas o las formas de relación diádica y tríadica que sostiene el paciente con sus objetos más representativos.

Finalmente, el docente Garzón habla del quinto elemento, el ambiente, “la relación de la estructura con el ambiente, que es un diagnóstico que se hace circunstancial” (comunicación personal, febrero 25 de 2015). Garzón referencia a Fiorini argumentando que este autor lo llama de ese modo y refiere a la evaluación de cómo la estructura de la personalidad se pone en juego en el momento particular que esté viviendo, es decir, “no es lo mismo un neurótico cuando su vida está bien económicamente a ese mismo neurótico obsesivo cuando en su vida hay problemas económicos, la estructura también se pone en juego con la realidad y también se dinamizan en diferentes circunstancias” (Garzón, D., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

Estos serían los cinco momentos que, según la corriente dinámica y a partir del comentario de Garzón (comunicación personal, febrero 25 de 2015), se proponen para la formulación de un diagnóstico.

Así mismo, la docente Ossa subraya que el diagnóstico que ella realiza está orientado por la comprensión de la realidad del individuo:

No está concebido desde una psicopatologización o encontrar una enfermedad en el sujeto sino él cómo ha procedido su vida, cómo se ha representado a sí mismo y cómo ha representado el mundo y, a partir de esa concepción ya se definen cuáles son las intervenciones que se van a

realizar, pero en ningún caso considerándolo como una enfermedad (Ossa, A., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

Las docentes Ossa y Bedoya coinciden con los autores hasta aquí citados en cuanto a tener en cuenta la organización de la personalidad para hacer un adecuado diagnóstico, el cual “implica una reconstrucción a nivel estructural” (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015). Esto refiere al estilo de relación objetal introyectado, al nivel de cohesión del yo, a los mecanismos de defensa y a la interacción del paciente con el otro, con el fin de dar lugar a la comprensión de las manifestaciones sintomáticas del paciente.

De acuerdo con la representación que el paciente posee de sí mismo y del objeto, se pueden delimitar el estilo de relación objetal que fue introyectado y la ansiedad predominante que caracteriza la estructura psíquica; es importante señalar que, en favor de esta ansiedad, operan mecanismos de defensa que le permiten al clínico “comprender las manifestaciones sintomáticas, en términos estructurales, estas representaciones surgen en el contexto relacional temprano y aluden a estructuras intrapsíquicas” (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015). Se entiende que hay una razón de ser para llegar a lo que se es, se trasciende lo fenomenológico y se pasa a lo interpretativo.

Los docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, que soportan su práctica desde el modelo dinámico, están de acuerdo en que una lectura simplemente sintomática no devela la organización de personalidad que posee el paciente, sino que “esas formaciones sintomáticas hay que ponerlas en el contexto de las construcciones significativas del

sujeto, en tanto no toda persona bajo las mismas condiciones desarrolla un estilo de relación de personalidad particular” (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015).

El diagnóstico se organiza fundamentalmente a partir de la propuesta de Althea Horner (...). La escuela dinámica tiene una comprensión del ser humano como persona, desde un punto de vista evolutivo, relacional y representacional; ahí es donde finalmente el columpio malheriano permite ampliar la perspectiva que, por ejemplo, en Klein se queda un poco corta, incluso en el mismo Winnicott y luego Kernberg, pues viene a ajustarse a esa propuesta malheriana. Entonces Mahler nos dice: sobre el desarrollo normal el individuo debe pasar por un proceso de autismo normal, simbiosis normal y separación e individuación cierto; sobre ese columpio malheriano viene luego Althea Horner y pone una propuesta psicopatológica (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015).

El diagnóstico descriptivo evolutivo estructural se puede concebir como un diagrama ajustado a las siguientes coordenadas:

1. Las relaciones objetales son estructurales intrapsíquicas.
2. La representación del sí-mismo-objeto como esquemas. Resultado de los procesos de: organización, asimilación/acomodación, diferenciación, generalización e integración.
3. La relación con la madre cumple la función de experiencias tempranas.
4. Las fases del desarrollo psicológico de Margaret Mahler y que Althea Hornen sintetiza e integra las patologías asociadas. Mahler propone tres fases:
 - Autismo normal
 - Simbiosis normal

- Separación-individuación con sus cuatro subfases: diferenciación, ejercitación, reaceramiento y constancia objetal, y logro de identidad. Cada fase cumple con una función esencial para el nacimiento psicológico del infante humano. Y en cada una podemos evaluar aspectos evolutivos y clínicos. Habremos de considerar qué tipo de falla, en qué grado y bajo qué circunstancias. Cada estadio tiene su propio peligro de pérdida objetal y cada estadio tiene, así mismo, su propia solución a ese peligro, de acuerdo con el nivel de organización en el que se encuentre el sujeto y los recursos que posea.
5. Los déficits en la organización (formación de patrones), en la integración y en la diferenciación tienen manifestaciones clínicas paralelas. (Schnitter, 1997, p.2).

Según Norberto M. Bleichmar (s.f), Margaret Mahler estudió fundamentalmente las patologías de tipo psicótico y creó un modelo de desarrollo emocional del niño, que se da a partir de un estado de autismo normal, donde predomina lo biológico sobre lo psicológico y en el cual el niño no distingue si la satisfacción de sus necesidades proviene de los actos que él mismo realiza o si son el resultado de los cuidados de la madre; en esta fase el logro que debe alcanzar el niño es el equilibrio homeostático.

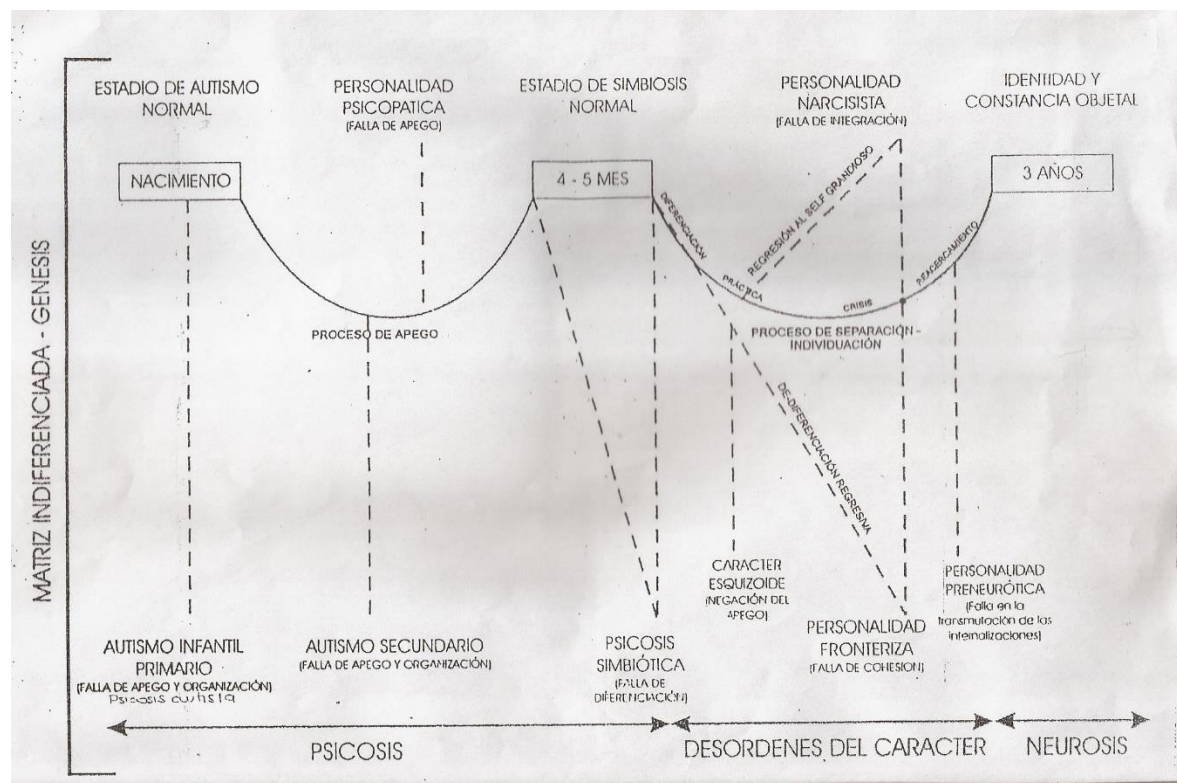
Luego se pasa a la fase de simbiosis normal, en la cual el niño percibe a su madre como parte de él, lo que da lugar a que no haya diferenciación entre ambos y se constituya una diada omnipotente. El logro del niño en esta fase es llenar de catexia al objeto, permitiendo así el reconocimiento de la diferenciación.

Más tarde se da el proceso de separación-individuación, cuya característica son unas subfases en las cuales el niño inicialmente se va familiarizando con la mitad materna de la madre simbiótica y genera una sonrisa específica que indica que reconoce a su madre; también se da una exploración del espacio donde habita el niño, una ejercitación locomotriz, una integración de las representaciones y se va consolidando el camino hacia la constancia objetal. Con base en estas fases del desarrollo psíquico del niño, y de los mecanismos de defensa de los cuales se sirve el yo para enfrentar tanto los conflictos internos como externos, se plantea un modo también de establecer un diagnóstico, ya sea organizacional o estructural, en términos por ejemplo de psicosis autista y psicosis simbiótica, y se plantean las distintas alternativas psicopatológicas.

De acuerdo con estas consideraciones sobre el columpio malheriano, Althea Horner hace una propuesta psicopatológica, “entendiendo que eso psicopatológico está flexibilizado a la noción de patología como el recurso de organización psíquica de la que dispone el sujeto” (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015). A partir de lo anterior, Althea Horner va a hablar de unas organizaciones psíquicas que serían: psicosis, desórdenes del carácter y neurosis. “El esquema permite ubicar los temas o núcleos de conflicto en el desarrollo” (Schnitter M., 1997, p. 4).

La Figura 3, que aparece a continuación, representa, a manera de esquema, la propuesta de Althea Horner.

Figura 3. Esquema del desarrollo y psicopatología.



Fuente: Horner, A. (s.f., traducción inédita).

Según M. Schnitter, la importancia del diagnóstico evolutivo estructural es que posibilita la intervención a partir de “la estructuración de las representaciones internas y las relaciones entre los sistemas Ello- Yo- Súper Yo” (1991, p. 4).

Con el fin de ampliar la propuesta de Althea Horner, entendiendo esta como un modelo diagnóstico, se puede decir que en la psicosis el déficit se encuentra en la organización, ya que “la desorganización es una manifestación del fracaso del esquema básico del sí mismo para mantenerse unificado” (Schnitter, 1997, p. 3). Este fracaso se verá reflejado en el tipo de operación defensiva del yo; para este caso, la escisión del objeto, la prueba de realidad

gravemente deteriorada y la falta de diferenciación entre las representaciones del sí mismo y del objeto, son fundamentales en la formulación diagnóstica.

Por otro lado, el déficit en la integración es característico de los desórdenes del carácter, y consiste en “una manifestación del fracaso en tejido conjunto de esquemas separados, y es característico de los desórdenes del carácter” (Schnitter, 1997, p. 3). De este modo se entiende que el paciente con un modo de organización, por ejemplo fronterizo, presenta perturbaciones en la diferenciación e integración de las representaciones; además, se expone el déficit en la diferenciación entre las representaciones del sí mismo y del objeto, lo cual conlleva a “la rigidez de defensas contra la emergencia de lo no integrado o lo no organizado” (Schnitter, 1997, p. 3).

Los desarrollos teóricos más amplios acerca de los estados límites los realizó Otto Kernberg, (1999). Este autor señala que los estados límite deben diferenciarse de la neurosis y la psicosis, ya que es un modo de organización psíquica que presenta sus propias especificidades; por lo tanto sugiere que, a la hora de realizar un diagnóstico diferencial, se debe tener en cuenta no solo el diagnóstico descriptivo (centrado en los síntomas y las conductas observables) o la aproximación genética (enfatisa el trastorno mental en los antecedentes biológicos del paciente), sino también el diagnóstico estructural, puesto que cuando se toma en consideración solo el enfoque descriptivo con los pacientes límites, se pueden obtener datos engañosos. Kernberg propone la existencia de tres organizaciones estructurales que “corresponden a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. En cada caso la organización estructural desarrolla la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre los factores etiológicos y las manifestaciones directas de la enfermedad” (Kernberg, 1999, p. 3).

Con base en lo anterior, Kernberg subraya que las organizaciones neurótica, psicótica y límite se manifiestan en las características particulares del paciente, particularmente respecto a “su grado de integración de la identidad, los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea y su capacidad para la prueba de realidad” (Kernberg, 1999, p. 3).

Del mismo modo, Otto Kernberg propone la entrevista estructural como diagnóstico, con el objetivo de “destacar las características estructurales de los tres principales tipos de organización de la personalidad” (Kernberg, 1999, p. 4). Es un método diagnóstico que se centra en la confrontación e interpretación de defensas, los conflictos de identidad, la prueba de realidad o las distorsiones de las relaciones objetales interiorizadas. Esta entrevista se da a partir de la clarificación (exploración de los datos que el paciente ha dado), la confrontación (señalamientos al paciente) y la interpretación, que “establece lazo entre el material consciente y preconsciente y las funciones o motivaciones inconscientes del aquí y ahora asumidas o bajo hipótesis” (Kernberg, 1999, p. 6) y hace referencia a las ansiedades subyacentes y a los conflictos activados. Finalmente, la entrevista tiene como elemento fundamental la transferencia, la cual “facilita el contexto para interpretaciones que ligan el malestar del aquí-y-ahora con las experiencias del paciente en el allá-y-entonces” (Kernberg, 1999, p. 7).

Es necesario comprender entonces, antes de emitir un diagnóstico, a qué tipo de estructura se enfrenta el clínico; esto es importante en la medida en que evita que se puedan cometer errores a nivel de intervención. También se debe tener en cuenta que el diagnóstico no solo es delimitar el tipo de estructura, sino que también es propiciar, en términos de intervención, una asociación o una interpretación que indique la representación que el paciente tiene de sí y del otro. Al

respecto, “si el otro no tiene una construcción del saber respecto de sí mismo en las relaciones que establece, no habrá una posición ética, no habrá una reorganización ni una delimitación de las formas relacionales” (Bedoya, D, comunicación personal, febrero 2 de 2015).

Así pues, de los componentes descritos desde el enfoque dinámico, es vital rescatar que la persona se acerca al psicólogo por una situación que lo aqueja y la función del clínico está orientada a realizar una evaluación minuciosa para determinar un diagnóstico. Desde esta perspectiva dinámica, al inicio del proceso se debe:

Utilizar métodos de evaluación y métodos de formulación de caso coherentes con un enfoque establecido de psicología clínica (evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención) y/o de la salud, establecer objetivos y prioridades de evaluación a partir de un diálogo abierto con sus consultantes y/o con otras personas relevantes de su contexto, utilizar de manera adecuada sistemas internacionales de clasificación diagnóstica como DSM-IV o CIE-10, lo que incluye utilización de árboles de decisión diagnóstica y diagnóstico diferencial, utilizar la información obtenida para integrar y formular metas de cambio terapéutico y/o de hábitos en salud, de forma que dichas metas sean coherentes, factibles, específicas y verificables (Ballesteros, González, & Peña. 2010, p. 49).

Con base en lo anterior, se subraya la importancia que tiene el uso adecuado de los sistemas internacionales de clasificación diagnóstica, por ejemplo, el DSM-IV o la CIE-10, que no son un vademécum de la psicología en el cual un profesional, según los síntomas del paciente, encasilla el padecimiento del mismo bajo el rótulo de un trastorno. Según la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología, los manuales diagnósticos son una ayuda para el

psicólogo, pero no pueden estar por encima del ejercicio crítico que realiza cada clínico frente a los casos a que se enfrenta (Ballesteros, González, & Peña. 2010, p. 49). El diagnóstico desde este enfoque no se separa del tratamiento y va más allá de los signos y los síntomas, ubica todo lo que constituye al sujeto y, por supuesto, lo que aparece como disfuncional. En otras palabras, le otorga un alto grado de importancia a las experiencias de la infancia en la formación de la conducta disfuncional.

Por otra parte, el modelo dinámico cuenta con el manual psicodinámico operacionalizado, el cual describe y clasifica las psicopatologías y está diseñado para servir de apoyo a la elaboración de hipótesis diagnósticas y procesos terapéuticos acordes con lo que la corriente dinámica propone epistemológicamente, con el fin de relacionar la información que se encuentre desde los indicadores y los cinco ejes que los componen en relación con la teoría que plantean los autores de orientación psicodinámica. Este manual se fundó por un grupo de trabajo, con el objetivo de

ampliar la clasificación de trastornos psíquicos del CIE-10, basada en una descripción sintomatológica. El grupo de trabajo del OPD desarrolló un inventario diagnóstico y creó un manual de entrenamiento y aplicación clínica para terapeutas con experiencia. Además se publicaron formularios de respuesta para cada eje, con el fin de facilitar su aplicación y aumentar así la confiabilidad. La operacionalización de los constructos se desarrolló en un nivel medio de abstracción para que se pueda realizar una evaluación en un nivel lo más cercano posible a lo observable (Cierpka, Stasch, & Dahlbender, 2006, p. 105).

Dicho de otro modo, este manual fue diseñado para servir de apoyo al clínico dinámico, con el fin de desentrañar las diferentes manifestaciones sintomáticas, los recursos con los que cuenta la persona para enfrentar su malestar y, consecutivamente, llevar a cabo un análisis completo de las experiencias y formas particulares de relación con los demás y consigo mismo. Así, el clínico con orientación dinámica puede,

después de una primera entrevista de 1 a 2 horas, estimar la dinámica psíquica del paciente, basándose en las categorías del OPD, e incluir los resultados en los formularios de evaluación. Siguiendo un hilo conductor para llevar a cabo la entrevista, se puede obtener la información necesaria para el diagnóstico OPD (Cierpka, Stasch, & Dahlbender, 2006, p. 2).

De esta manera, el manual diagnóstico operacionalizado (OPD) ofrece una clasificación en términos de la organización psíquica de la persona, de modo que el clínico pueda, desde la primera entrevista, tener elementos que le permitan formular una hipótesis diagnóstica. Además de esto, el manual cuenta con una clasificación de acuerdo con cinco ejes, similar a la que presenta el DSM. Por otra parte, el grupo de trabajo que diseñó el manual operacionalizado tiene como objetivo

ampliar a través de dimensiones psicodinámicas básicas, la clasificación descriptiva y orientada al síntoma del CIE-10. El diagnóstico psicodinámico multiaxial se basa en 5 ejes diferentes: Eje 1: experiencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento. Eje 2: relaciones interpersonales. Eje 3: conflicto. Eje 4: estructura. Eje 5: diagnóstico sindromático (según el capítulo V (F) del CIE-10; Cierpka, Stasch, & Dahlbender, 2006, p. 3).

Por consiguiente, el manual dinámico hace énfasis en las relaciones de la persona con la familia, en los conflictos por dependencia, sumisión, etc. Según González (2010), en el eje I el clínico recoge la sintomatología y lo que espera el paciente del tratamiento, a la par que se tienen en cuenta los aspectos motivacionales de la persona y las capacidades emocionales y cognitivas para enfrentar el proceso. En el eje II, el objetivo es identificar las relaciones funcionales o disfuncionales consigo mismo y con los demás, abordando aspectos inconscientes en las relaciones. En el eje III se hace referencia a los conflictos internos, la problemática actual, la duración del problema o tiempo de resolución de las dificultades; aquí el conflicto se indaga a través de la experiencia interaccional. En el eje IV se establecen los déficits a nivel de la estructura psíquica, la capacidad de autocontrol y la capacidad de utilizar objetos buenos para regularse. En el eje V se incluyen las clasificaciones psicopatológicas propuestas desde el DSM-IV y la CIE-10 pero con algunos complementos.

Los elementos mencionados anteriormente posibilitan que el clínico dinámico ubique datos específicos del paciente y realice un análisis donde dé cuenta de una valoración del funcionamiento mental para, de acuerdo con este, elaborar un diagnóstico de procesos y establecer prontamente las pautas para dar continuidad a un tratamiento psicológico y abordar las problemáticas que presente la persona.

5.4.3 Diagnóstico en la psicología cognitiva

Existe una marcada relación entre la corriente cognitivo-conductual de la psicología y el modelo psiquiátrico. Dicha relación consiste en la utilización de los manuales diagnósticos clasificatorios (DSM-IV y CIE-10), a partir de los cuales se clasifican y se nombra un conjunto

de signos que detecta el clínico y una serie de síntomas que refiere el paciente. No obstante, el enfoque cognitivo concibe, para la elaboración de las hipótesis diagnósticas, otros elementos diferentes de los manuales, que no necesariamente describen una patología en la mayoría de los casos. El diagnóstico desde esta perspectiva se define de esta forma:

El diagnóstico, desde el enfoque cognitivo-conductual, serán los signos y síntomas que presenten y manifiesten los pacientes que llegan al consultorio solicitando ayuda o atención, y a partir de esa información que recoge el clínico, se verifican los componentes recolectados, se va a la teoría y finalmente se realiza el diagnóstico adecuado (Díez, P., comunicación personal, marzo 3 de 2015).

Algunos clínicos que sustentan su práctica de esta perspectiva cognitivo-conductual son partidarios de utilizar el manual diagnóstico clasificador sin ningún inconveniente, siempre y cuando se contraste con la teoría, ya que la naturaleza del DSM solo describe un fenómeno para clasificarlo. Además, esta corriente teórica no solo se limita al uso de los manuales de clasificación, sino que también ahonda en otros asuntos teóricos, entre ellos

los esquemas maladaptativos, hacen parte de la unidad informacional de los esquemas, los cuales son definidos por Young (1999) como estructuras estables y perdurables en el tiempo, las cuales generan altos niveles de malestar, son disfuncionales en grado significativo y se elaboran durante la infancia del individuo. Se puede decir que estos esquemas son “plantillas” a través de las cuales los sujetos procesarán posteriormente la información (Caballo, 1998; citado por Arango & Villegas, 2013, p. 35).

De acuerdo con lo anterior, es a partir del análisis de los esquemas maladaptativos y de los componentes que ofrecen los manuales diagnósticos DSM y CIE-10, con su modelo de evaluación multiaxial, que se propone al clínico una revisión de las características particulares que presenta la persona, con el fin de lograr una integración de elementos diagnósticos para la puesta en marcha del tratamiento más adecuado para el paciente.

Por otra parte, los psicólogos cognitivos reconocen que las raíces de este enfoque se encuentran en la psicología conductual y que, por lo tanto,

se realiza un análisis funcional y se evalúa cada una de las estructuras cognitivas, los esquemas, los procesos y los productos. En esa medida se empieza a mirar, por ejemplo, qué tipo de cogniciones pueden relacionarse o no, hablando del DSM, con cierta característica o psicopatología. Se evalúa la forma en la que se generan los ciclos interpersonales partiendo de un análisis micro a un análisis macro, donde se puede identificar cuáles son las variables que están dando origen a ese trastorno clínico. A partir de esto se realiza el diagnóstico y se hace el tratamiento, integrando todos esos elementos (Jaramillo, I., comunicación personal, febrero 27 de 2015).

Con base en lo que plantea la docente Jaramillo, se entiende el diagnóstico como un proceso en el cual se contrastan los elementos clasificatorios que ofrecen el DSM y las teorías que brinda el enfoque, cuyo propósito es el de encaminar el tratamiento. Igualmente, se evalúa el grado o no de funcionalidad del sujeto con respecto a las exigencias de la cultura. Sin embargo, siempre queda la posibilidad de corroborar o modificar las hipótesis:

El diagnóstico casi que es la conclusión de un proceso psicológico y la entrevista es el medio para recolectar la información del paciente. Estas entrevistas se validan a través de la aplicación de pruebas, son la confirmación de lo que el psicólogo recogió en las mismas, pero se debe tener presente que las pruebas no dan el diagnóstico, únicamente son una ayuda para el soporte de este. Ese es el error de muchos profesionales: suponer que la prueba psicológica les va a arrojar el diagnóstico (Jaramillo, I., comunicación personal, febrero 27 de 2015).

Conviene destacar que, dependiendo del nivel de adaptabilidad que la persona tenga con el medio, se definirá su estado de bienestar; por esta razón, la psicología cognitiva busca que esa relación individuo-contexto se adecúe a partir de la modificación de los comportamientos y conductas que aquejan al paciente. Desde la perspectiva cognitivo-conductual, el comportamiento se entiende como

el modo de interacción entre el individuo y su contexto. Contempla como objeto de estudio psicológico tanto lo que el individuo hace como lo que dice, dado que, en los contextos sociales, aquellos en los que hay otros humanos, el comportamiento verbal y lo que el sujeto dice es la forma de interacción más habitual y, probablemente, la más importante (Santacreu, 2011, p. 3).

De acuerdo con Santacreu (2011), el tratamiento psicológico tiene como objetivo solucionar los inconvenientes que un individuo tiene respecto a la adaptación al medio en que vive. Por tanto, se deduce que el paciente presenta problemas psicológicos cuando

hay una ausencia de bienestar que persiste en el tiempo y que no se elimina por sí sola, en segundo lugar, cuando la persona expresa exceso de conductas que interfieren en la relación con

el contexto, finalmente, cuando la persona realiza actividades que pueden resultar dañinas o perjudiciales para sí misma (Santracreu, 2011, p. 4).

La concepción que se tiene del padecimiento desde esta corriente admite un bajo grado de adaptabilidad del sujeto al medio que lo circunda, pues “se trata de una relación individuo-contexto que se manifiesta a través del comportamiento de uno de los elementos (el individuo) en interacción con el otro (el contexto)”, (Santacreu, 2011, p. 5). Desde esta perspectiva, en el sujeto se presentan conflictos que afectan su adaptabilidad, es decir, el contexto influye en la adaptación de la persona en la medida en que provee o no los medios para que logre un mayor nivel de desarrollo. También se habla de adaptabilidad cuando, a pesar de las dificultades, la persona tiene la capacidad de enfrentarse a ellas.

Según Santacreu (2011), la enfermedad psicológica se manifiesta debido a un sinnúmero de intentos fallidos, que van acompañados de sentimiento de incapacidad, fracaso y dolor. Es importante resaltar que si el contexto en el que el individuo se encuentra es saludable, la adaptación se hace posible, de lo contrario, si el individuo tiene una gran restricción de reforzadores, así posea grandes recursos puede presentar intentos fallidos frente a la adaptación. También plantea que el diagnóstico, entonces, desde el enfoque cognitivo, “admite una observación amplia respecto a la adaptabilidad del individuo al medio; sin este mecanismo la persona se encuentra vulnerable” (Santacreu, 2011, p. 6). Según el autor anteriormente citado, lo que se busca desde la terapia cognitivo-conductual “es un cambio en el comportamiento con el fin de que la persona adquiera un grado mayor de adaptación, para que esta se sienta lo suficientemente bien” (Santacreu, 2011, p. 6).

En efecto, después de realizar una observación del historial clínico y de la adaptabilidad de la persona, se trata de identificar el grado de fragilidad de esta, para hacerle frente a las dificultades que esté pasando. Además, para determinar un diagnóstico se debe

hacer una evaluación multiaxial, ya que es muy importante para el diagnóstico revisar los ejes que se proponen: en el eje I se ubican los trastornos clínicos; en el eje II, trastorno de la personalidad y trastorno mental; en el eje III, las enfermedades médicas que aparezcan; en el eje IV se debe poner cualquier dificultad de apoyo de tipo social, familiar, laboral, etc.; en el eje V, evaluación de la actividad global, donde cien significa que el paciente no representa ningún grado de peligrosidad y cero que hay algo grave representativo (Díez, P., comunicación personal, marzo 3 de 2015).

Lo anterior parece confirmar que, para la elaboración del diagnóstico desde esta perspectiva teórica, es de suma importancia realizarle a la persona una evaluación desde los distintos ejes, con el fin de diferenciar las clasificaciones patológicas y, al mismo tiempo, de identificar el grado de dificultad del paciente para afrontar la realidad de su malestar o de su patología. Además, este enfoque cognitivo afronta el problema del paciente desde el momento actual, aunque

la mayoría de los pacientes tienen una “historia relativamente larga”; terapéuticamente hablando, no se hace énfasis en esta. “La evaluación del caso estudia la historia del problema e hipotetiza sobre su desarrollo pero se centra en el conjunto actual de elementos que mantienen el “trastorno psicológico” tal como lo presenta el paciente en la consulta clínica”.

Posteriormente, el psicólogo a través de la evaluación tratará de hacer un análisis funcional del

caso que le permita fijar los objetivos y procedimientos de la intervención (Santacreu, 2011, p. 7).

Con lo anterior se busca conocer el conjunto de comportamientos que hacen que el individuo presente una marcada dificultad para adaptarse al medio. Precisamente, de lo que pretende dar cuenta el análisis funcional es del “conjunto de comportamientos (lo que la persona dice y hace) que constituyen el problema” (Santacreu, 2011, p. 8). De modo que gracias al análisis funcional se logran revelar los comportamientos que impiden que la persona pueda permanecer tranquila en su ambiente.

Los objetivos terapéuticos en la clínica cognitiva son:

- Modificar el propio comportamiento (lo que hace o dice un individuo en un determinado contexto).
- Resolver o reducir los conflictos e incongruencias entre su experiencia y las proposiciones generadas por el propio sujeto o a las incoherencias internas de su discurso: lo que piensa, lo que se dice a sí mismo, sus creencias y valores. El tiempo que transcurre entre el inicio del problema y el momento en que el individuo pide y consigue ayuda psicológica eficaz incrementa la incoherencia de su discurso debido al sorprendente y repetido fracaso de adaptación (Santacreu, 2011, p.10).

Algunas características de la atención clínica en psicología cognitiva son: 1) Planteamiento de objetivos del tratamiento; 2) Reconocimiento del potencial para cambiar a las personas y evaluar sus efectos, y 3) Niveles oportunos de conocimiento psicológico.

Si bien es cierto que el enfoque cognitivo-conductual tiene características similares al modelo de atención trabajado desde las IPS acreditadas en salud, en relación con los instrumentos utilizados para la elaboración del diagnóstico, es importante señalar que en los centros asistenciales, por términos temporales, no se brinda una continuidad y seguimiento al tratamiento, como se propone desde dicho enfoque; además de esto, la comprensión del problema por parte del paciente –que es uno de los fines de la clínica cognitiva– viene a ser el resultado de un número significativo de encuentros con el terapeuta, el resultado no únicamente de un trabajo sistemático, sino de la permanencia y control del mismo. La dificultad dentro de las entidades es de

Orientación teórica y de la formación misma del psicólogo: los psicólogos cognitivo-conductuales tienen una raíz muy sustentada en el modelo médico, clasificando signos y síntomas; esos síntomas los transportan a un diagnóstico. Las IPS han tenido que adoptar los criterios CIE y DSM, para poder hacer los diagnósticos y tener una sustentación (Jaramillo, I., comunicación personal, febrero 27 de 2015).

Con lo anterior se podría pensar que el diagnóstico desde el modelo médico se superpone en el quehacer psicológico. Es así como, desde las diferentes perspectivas o enfoques, se intenta dejar en claro la construcción del mismo. Sin embargo, esto no quiere decir que en todos los casos se opere de la mejor manera en relación con respecto al diagnóstico.

Si bien las deducciones en términos del diagnóstico son importantes para saber cómo intervenir en sesiones posteriores, el límite del modelo médico impide el logro de unos resultados a corto plazo. En relación con esto, el docente Fernández indica lo siguiente:

Aaron Beck plantea que, desde un comienzo, es importante obtener unos resultados. El clínico tiene un derrotero y un límite para las sesiones que va a llevar a cabo; si no logra las respuestas que espera, debe hacer un reencuadre y debe reorientar esas tareas que se están realizando. Lo primero que el psicólogo debe hacer es la recolección de datos de la información del paciente, teniendo en cuenta varios ámbitos de desempeño de la persona: social, familiar, personal, e indagar sobre la salud física, ya que desde la perspectiva cognitiva es muy relevante descartar lo biológico (Fernández, J., comunicación personal, febrero 25 de 2015).

El autor Aaron Beck, distinguido por desarrollar la terapia cognitiva, asemeja su propuesta con la evaluación multiaxial del manual clasificatorio, en la cual es significativo hacer uso de los ejes propuestos, específicamente en el eje III, para descartar en los pacientes que las dolencias y emociones negativas provengan de una enfermedad biológica. Además, plantea que

los trastornos psicológicos provienen de una manera errónea de estructurar la información (pensar, interpretar, etc.); aunque no exclusivamente por estos, o sea; no se descarta la cuestión biológica y la influencia del ambiente y la interacción de las emociones (Beck, 2010; citado por Hernández, 2013, p. 6).

En esta medida, antes de emitir un diagnóstico sensato, es necesario evaluar múltiples posibilidades para evitar caer en el error que expresa Álvarez (2007), consistente en revisar básicamente en el DSM-IV los dos primeros ejes pasando por alto los demás. Este ejercicio da lugar a que el umbral de la enfermedad sea paulatinamente más bajo y todo sea convertido en trastornos. Por esta razón, es importante integrar varios elementos para llegar a una hipótesis diagnóstica, y el clínico cognitivo lo realiza de la siguiente manera:

Explorando y moviéndose al igual que retomando aspectos de los tres niveles¹⁵ simultáneamente, centrándose en uno o en otro dependiendo de varios factores: la demanda del paciente, el momento psicoterapéutico, la urgencia de los síntomas, el contexto en el que se van desarrollando los síntomas, entre otros. La idea es integrar en su momento todos los niveles para que el terapeuta y el paciente puedan darse cuenta del origen de la psicopatología y modificarla (Hernández, 2013, p. 9).

Atendiendo a estas consideraciones, se resalta la importancia de integrar múltiples componentes y contextos del paciente en el momento de realizar una evaluación psicológica, buscando un mayor rigor de la elaboración diagnóstica. Sin embargo, según Álvarez (2007), algunos clínicos partidarios del uso del manual clasificatorio, cuando pretenden llegar a un diagnóstico y plantean un tratamiento, buscan modificar los síntomas y no a las personas.

Hasta ahora se han descrito los planteamientos de Aaron Beck y se han resaltado elementos que se asemejan con la evaluación que propone el DSM-IV al momento de elaborar una hipótesis diagnóstica. Sería pertinente revisar la propuesta de Walter Riso que retoma varios aspectos de la terapia cognitiva de Beck:

Está de acuerdo en cuanto a que hay eventos ambientales que van influyendo o son interpretados a partir de un esquema (constructos personales relacionados a lo que pienso de mí, los demás y mi futuro), este organiza y guía la información que va entrando y saliendo en la interacción con el medio utilizando ciertos procesos cognitivos (atención, percepción, memoria,

¹⁵ Los 3 niveles que en el apartado señalan son: Nivel I: Sintomático/explicativo; Nivel II: Explicativo/preventivo; Nivel III: Explicativo promocional (Hernández, 2013, p. 9).

análisis inferencial, etc.); obteniendo productos de forma cognitiva, emocional o conductual; estos últimos interactúan entre sí y junto con el ambiente retroalimentan manteniendo o cambiando el esquema (Riso, 2006; citado por Hernández, 2013, p. 7).

En este orden de ideas se plantea, con la propuesta de Riso, que los factores ambientales influyen en la interpretación de los esquemas y estos, a su vez, se organizan en los procesos psicológicos básicos. Por consiguiente, el clínico de la corriente cognitiva debe evaluar estos componentes que interactúan entre sí, para tenerlos en cuenta en la elaboración de su hipótesis diagnóstica:

La producción de hipótesis se desprende de procesos análogos, intuición, deducción, construcción e inducción. Esta producción de hipótesis por lo tanto, es una actividad creadora más no una generalización de datos. La(s) hipótesis no se limita(n) a conceptos observables, sino que acepta todo tipo de hipótesis no observables de alto nivel teórico, que cumplan con los requisitos. De igual forma, estas hipótesis deben ser lógicamente consistentes, es decir, que deben estar bien formadas y debidamente fundamentadas, aceptadas por la psicología científica (Muñetón, s.f., p. 83).

Cuando el clínico evalúa a la persona, utiliza infinidad de recursos para establecer una hipótesis, después la modifica o corrobora, y el diagnóstico se elabora de acuerdo con los elementos que haya recogido desde la teoría; empero, las hipótesis deben ser aceptadas por el código deontológico del psicólogo y, desde luego, a la hora de establecer el diagnóstico no se deben generalizar los datos que se agruparon durante el proceso psicológico.

Además de lo anterior, se mencionan los componentes del diagnóstico desde esta corriente teórica de la psicología:

Hay varios aspectos de la psicología clínica que componen elementos para un diagnóstico. El DSM-IV, por su parte, propone una evaluación multiaxial desde los cinco ejes para llegar a un trastorno de personalidad. Lo primero que debe hacer el clínico es revisar si hay una historia clínica previa y, desde la corriente, enfocarse en lo que hable el paciente, en lo que manifiesta, las distorsiones cognitivas, cuáles son los esquemas que trae y cuáles son los pensamientos automáticos que están generando malestar al paciente (Díez, P., comunicación personal, marzo 3 de 2015).

Por esa razón, no se debe usar únicamente el manual estadístico y clasificatorio de los trastornos mentales. La docente Paula Díez considera importante utilizar otras herramientas desde la teoría y dar especial importancia a la manifestación del paciente. Asimismo, señala que el malestar de la persona puede ser generado por pensamientos automáticos:

Los llamados “pensamientos automáticos”, que es [sic] el primer pensamiento que surge de manera automática en una situación específica, estos se originan en las “creencias intermedias” (actitudes o formas de pensar, menos generales), que a su vez se originan en los esquemas (Beck, 2010) citado por (Hernández, 2013, p.7).

Por lo anterior, los pensamientos automáticos surgen de las creencias irracionales, que, sin duda, afectan el bienestar psicológico de la persona y le ocasionan un malestar particular, el cual merece la búsqueda de apoyo psicológico para dialogar acerca de esa dificultad. Por tanto se

hace hincapié en hacer una revisión exhaustiva de los signos y síntomas, escuchar atentamente lo que evoca el paciente antes de emitir un juicio diagnóstico.

Finalmente, otro de los autores importantes en la psicología cognitiva es Ellis (1997), quien se concentró, más que en el contenido del pensamiento, en el proceso “en el cual un individuo adquiere pensamientos irracionales por medio de interacciones con las personas significativas, y lo llamó la teoría A-B-C de la personalidad” (Sue, Sue & Sue, 2010, p. 52). Esta teoría está definida de la siguiente forma: la A hace referencia al evento, un hecho o la actitud de un individuo; la B son las creencias que tiene una persona; y la C son las consecuencias emocionales y conductuales. El clínico usa este esquema con el fin de hacer también un diagnóstico del proceso cognitivo irracional y de encaminar la intervención racional.

5.4.4 Diagnóstico desde el psicoanálisis

La propuesta del psicoanálisis frente al diagnóstico dista de la concepción que se tiene del mismo desde algunas áreas de la salud. Según Zuluaga, el psicoanálisis no le promete a los sujetos la vía a la felicidad y se aleja en gran parte de la mirada médica, porque “es un hecho que en nuestra sociedad orientada por un discurso que ordena el goce para todos, cada vez se olvida más la particularidad de los individuos, imperando los discursos que proclaman la felicidad, la armonía, y la salud total” (2013, p. 1). Pero es paradójico que, cuando más se promulgan la salud mental y la armonía, las cifras de suicidio, depresión y toxicomanía se sigan acrecentando. Es como si en medio de ese discurso de salud hubiera algo que se resiste al mismo.

Por esta vía, el psicoanálisis ocupa otro lugar, no desde el saber ni desde la respuesta, sino como un método terapéutico que siempre busca generar preguntas y que se interesa más por el discurso de los sujetos y las manifestaciones que ocurren en el cuerpo, que por integrar un 'individuo normalizado'.

Entonces estamos hoy aquí no para responder pues contrario a lo que se cree que el psicoanálisis sólo se ocupa del lenguaje y sus efectos en el sujeto, nos interesa preguntarnos también qué sucede con su cuerpo y lo que en él se produce (Zuluaga, 2013, p.2).

Además de preguntarse qué de lo psíquico se manifiesta en el cuerpo, se pretende atender lo que aqueja al sujeto y se transforma en padecimiento más que en patología o enfermedad. La psicología abarca e intenta responder a todos los asuntos que desequilibran el estado anímico, pero siguiendo la línea con respecto al diagnóstico, en búsqueda de respuestas desde esta perspectiva, se dice que

el psicoanálisis no responde; por supuesto tiene cosas para decir, pero no detenta el saber sobre qué hacer y qué nombre, qué diagnóstico darle al paciente; al paciente se le da la palabra; ¿de qué sirve darle un diagnóstico que no sea más que para obturarle la posibilidad de que él mismo se pregunte...qué pasa con él? El psicoanálisis, debe permitirle que subjetive la extrañeza de su síntoma, más que la exigencia de curarle (Zuluaga, 2013, p. 4).

En esta medida, es relevante que el sujeto se cuestione y, de ser posible, que tome una posición en el análisis frente a su síntoma; el fin no es lanzar un rótulo deliberado como se acostumbra, pues esto puede generar una marca que impida que, en muchos casos, el individuo

se pregunte por otros asuntos que son importantes y se quede simplemente con una explicación sintomatológica de su malestar. El psicoanálisis sí se hace cargo del síntoma, pero no entendiéndolo simplemente como “fracaso, enfermedad, patología” (Zuluaga, 2013, p. 4). El síntoma se ve también como “triunfo del sujeto, en tanto implica su huelga, su objeción al Otro, al Otro parental, al Otro de la cultura, al Otro del saber, al Otro de la salud total, (...) Al Otro absoluto: la medicación” (Zuluaga, 2013, p. 5). El cuerpo se manifiesta, exhibe a través del síntoma su desacuerdo con algo, se enferma tal vez como un “intento de tachar los discursos de los tiempos de hoy, donde todo “debe ser bello, perfecto y saludable” (Zuluaga, 2013, p. 5).

Para la psicoanalista Zuluaga (2013), la llave terapéutica entre psicólogos, psiquiatras y casas farmacéuticas funciona para algunos como un dispositivo que no interroga sino que más bien silencia. Asimismo, se podría pensar sobre algunos diagnósticos que se hacen afanosamente: no interrogan, silencian. No le permiten al consultante cuestionarse sobre su malestar, porque de entrada se establece ‘una verdad’ que rotula.

Además, la psicoanalista antes citada insiste en la importancia de la singularidad del sujeto, y sostiene que en la vida del individuo hay situaciones que, sin duda, generan malestar y tristeza, pero que también hay otras que otorgan felicidad y placer. Lo que no se debe permitir es la pretensión de convertir cualquier dolencia, estado bajo de ánimo y de estrés, o una combinación de ambas, en una generalización que se utilice para clasificar enfermedades, que, finalmente, conllevan a otros asuntos polémicos que poco permiten cuestionar, y esto se da por el afán de establecer clasificaciones que dan lugar al control de fenómenos y a la medicación para

desaparecer síntomas; de ahí la crítica hacia la psiquiatría clásica, que generaliza los diagnósticos y busca potencializar la industria de los medicamentos. Con respecto a lo anterior, menciona que

generalizar un diagnóstico, banalizarlo, es hacerlo un comodín que responde a cualquier situación, impase, o accidente subjetivo (...) El psicoanálisis no cede ante la tiranía que ordena los diagnósticos light, las causas y los medicamentos, sin implicar allí al sujeto” (Zuluaga, 2013, p. 6).

Asimismo, es curioso revisar los cambios hechos en el manual de clasificación de trastornos mentales, donde se manifiesta que “no puede olvidarse que las continuas reformulaciones de los DSM, han hecho que las antiguas categorías clínicas como la histeria o la paranoia hayan desaparecido, para quedar reducidas a tipos de personalidades, síndromes o simples alteraciones” (Zuluaga, 2013, p. 8). Todos pueden preguntarse si estas modificaciones obedecen a la comercialización de los fármacos o, como lo admite Zuluaga (2013), a la concepción que se tiene de salud mental acompañada de la promesa donde no hay malestar, todos son felices; frente a esto, el psicoanálisis al respecto dice que no se puede tratar de evitar el dolor de existir, y además insiste en respetar al sujeto para que sea quien pueda hallar pequeñas verdades particulares.

Para finalizar, Zuluaga argumenta que el psicoanálisis se ocupa de la particularidad y no de la homogenización, “un diagnóstico no puede adoptarse y adaptarse para cualquier síntoma” (2013, p. 5) y resalta que el analista lo que puede ofrecer a su analizante es el silencio, un silencio que le permita encontrar su pequeña verdad particular. El psicoanálisis se aleja del

mercado de consumo de la ‘salud para todos’ y, con respecto al campo de la salud mental, la autora menciona que la promesa también es extensa:

Todos felices, ningún malestar. Por supuesto como esto no es posible, tenemos ya hoy, muchos niños y jóvenes medicados y diagnosticados. El síntoma y el fenómeno han erradicado la Estructura y peor aún, la palabra. El psicoanálisis no olvida su apuesta por la Clínica de lo singular para hacerle frente a la epidemia de las rotulaciones. No olvida que su única promesa es no permitir silenciar la voz del sujeto, por ello su lugar en el mundo de las prescripciones dictadas por las políticas de la salud, es dar la palabra al sujeto, no su diagnóstico (Zuluaga, 2013, p. 5).

En esa medida, lo que se busca es que se le dé prioridad al uso de la palabra, pues esta “se legitima por la comprensión, esto es, por la capacidad de escuchar al otro y entenderlo; y el derecho positivo de hablar, que implica necesariamente el silencio, se cifra en el poder anunciador de la palabra que innova” (Gómez & Castillo, 2002, p. 106; citando a Lyotard, 1994).

A diferencia de las corrientes teóricas de la psicología, el psicoanálisis tiene otra concepción en relación con la psicopatología, esto es, aborda la cuestión desde una perspectiva estructural, ya que define los trastornos psíquicos como “organizaciones estables, precozmente cristalizadas merced al empleo por parte del sujeto de diversos mecanismos psíquicos inconscientes destinados a enfrentar la castración” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 699). Esta concepción lacaniana de las estructuras clínicas se aparta de la mayoría de las teorías psicopatológicas, en las cuales “la enfermedad sobreviene sin más al enfermo y lo determina en

su devenir” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 699) y le da un lugar fundamental a la clínica y a la ética en todo sus desarrollos teóricos.

De igual manera, el psicoanálisis, desde la visión de Sigmund Freud y luego por esa misma vía Lacan, le da mayor relevancia al lenguaje y al análisis minucioso del caso por caso, argumentando lo siguiente:

A diferencia de la psicopatología psiquiátrica, la metodología de Freud procede a encumbrar un caso, minuciosamente analizado, al rango de paradigma de una estructura clínica; en ese sentido, todos los sujetos histéricos comparten con Dora el sustrato de la estructura histérica y lo mismo sucede con los psicóticos respecto a Schreber (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 706).

Lo anterior tiene relación con el análisis estructural que caracteriza al psicoanálisis, en el cual no se define simplemente el fenómeno a través de sus manifestaciones clínicas sino que, a través del análisis particular, se busca desentrañar una lógica o forma de organización en términos psíquicos que permita tener una aproximación a saber por qué medios “el sujeto elige e induce la formación de determinado tipo de psiconeurosis y no de otras” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 706), rescatando la decisión inconsciente de todo sujeto. Freud trató de

aprehender el mecanismo psíquico concreto que configura e instituye cada una de las organizaciones psíquicas patológicas [y una vez] descubiertos los factores que rigen la elección entre las diversas formas posibles de neuropsicosis de defensa [pasó a un problema puramente

psicológico, como Freud lo nombra], el relativo al mecanismo que estructura la forma elegida (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 706)¹⁶.

A continuación Freud expone una metáfora ilustrativa sobre las categorías psicopatológicas:

Cuando arrojamos al suelo un cristal se rompe, pero no de una forma caprichosa; se rompe con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos cuya delimitación, aunque invisible, estaba predeterminada por la estructura del cristal. También los enfermos psíquicos son como estructuras, agrietadas y rotas (Freud, citado por Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 707).

Para Freud, el ideal de algunas áreas del conocimiento sobre la posibilidad de la armonía del psiquismo es difícil de sostener desde el psicoanálisis, ya que lo que se encuentra precisamente en análisis es una confrontación entre las instancias psíquicas (Yo, Ello y Superyó); por ello, subraya que es ilusorio pensar en un funcionamiento impecable del psiquismo como lo supone el término ‘normalidad’ propuesto por la clínica médica. Freud considera que es más apropiado, cuando se trata de manifestaciones del aparato psíquico, hablar de descompletitud y propone, para la explicación de ello, “la falta de adecuación entre el principio de placer y el principio de realidad” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 709).

Además, Freud formuló “tres modos específicos de los que se sirve el Yo para enfrentar la castración, tres modalidades lógicas que definirán las tres estructuras clínicas con las que el

¹⁶ Los textos entre corchetes son conectores de los autores de esta investigación, empleados con el ánimo de esquematizar la idea de Álvarez et al.

psicoanálisis ordena su nosografía y orienta su práctica” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 710). A partir de esto se entiende que, a partir de que esté representada o no (reconocida o rechazada) la castración, se puede determinar la estructura clínica ya sea de la psicosis, de la neurosis o de la perversión; esto con respecto a la forma como el psicoanálisis construye a manera de diagnóstico sus análisis. Se sabe de estas formas de organización psíquica de los sujetos y de los mecanismos de defensa que en ellas operan, a través, por ejemplo, de las manifestaciones sintomatológicas; en otras palabras, “de los fenómenos que ellas determinan” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 710). Sin embargo, debe saberse también que las tres grandes estructuras del psicoanálisis (neurosis, psicosis y perversión) presentan distintas variedades clínicas. Estas son, dentro de la neurosis, la histeria, la fobia y finalmente la neurosis obsesiva; dentro de la psicosis, paranoia, esquizofrenia, psicosis melancólica y maníaca; mientras que “la perversión suele subdividirse atendiendo al fin y al objeto” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 710).

También es necesario señalar de manera general algunas ideas que desarrolla Jacques Lacan a propósito de las estructuras clínicas. Para este psicoanalista, “la estructura es definida básicamente por la articulación de los significantes¹⁷” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 713) y al definir la estructura como sistema, teniendo como base la teoría de Ferdinand de Saussure (1857-1913), muestra cómo un elemento adquiere valor solo a partir de la relación con otro. También presenta el término estructura como una covarianza de elementos significantes¹⁸;

¹⁷Significante: Signo lingüístico que remite a la representación psíquica del sonido. Término retomado por Jacques Lacan como concepto central de su sistema de pensamiento. En psicoanálisis el significante se convierte en el

¹⁸Inscripción de un signo (de un «significante» para utilizar un término lingüístico), constituye un medio de esclarecer la naturaleza del representante-representativo (Laplanche & Pontalis, 1996).

lo dice de esta manera: “la estructura es primero un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante. Dije un conjunto, no una totalidad. En efecto la noción de estructura es analítica” (Lacan, citado por Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 714). Se trata de una concepción de la estructura del sujeto a partir de la tesis de que “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 714), es decir, el inconsciente es una estructura significativa, un lugar de donde emerge la palabra.

Según Lacan, la estructura del lenguaje presenta las siguientes particularidades:

No se construye sino que preexiste al sujeto, las estructuras clínicas, por el contrario, son construcciones o modalidades de acomodación del sujeto a esa estructura del lenguaje previa al nacimiento, ese lugar que el sujeto ya tiene antes de nacer en tanto se habla de él, se le nombra y moviliza ciertos deseos en los padres (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 717).

Con base en lo anterior, se podría suponer que el diagnóstico para el psicoanálisis, inicialmente, se trataba de “aprehender la estructura clínica en términos de lenguaje” (Álvarez, Esteban & Sauvagat, 2004, p. 717).; más adelante, en la clínica psicoanalítica, en los años 60 específicamente, se dio una ampliación de la teoría con respecto a la noción de estructura, mostrando que esta corresponde a un anudamiento entre lo simbólico, lo imaginario y lo real, gracias a la investigación topológica, principalmente la del nudo borromeo¹⁹, la cual resalta los modos particulares de gozar y de relacionarse con el lenguaje.

¹⁹ Nudo borromeo: Jacques Lacan en 1972 lo utilizó para designar las figuras topológicas (o nudos trenzados) destinados a traducir la trilogía de lo simbólico, lo imaginario y lo real. Diccionario de psicoanálisis el Ortiba

Para finalizar, se entiende entonces que el psicoanálisis opera a través de tres estructuras clínicas (neurosis, psicosis y perversión), lo cual corresponde a las categorías nosográficas. Sin embargo, no se trata simplemente de agrupar un cierto número de síntomas que “se renuevan según convenga a las ideologías que sustentan el pensamiento psicopatológico, a fin de establecer un diagnóstico, sino más bien, a través de una perspectiva general aprehender los elementos comunes y sus modalidades estables de configuración” (Álvarez, Esteban, & Sauvagat, 2004, p. 718).

Por lo tanto, la clínica psicoanalítica no solo es clínica ‘del caso por caso’; es una clínica “que va de lo particular a lo general y viceversa” (Álvarez, Esteban, & Sauvagat, 2004, p. 718). El psicoanálisis no se queda simplemente con los datos descriptivos de los fenómenos, también estudia la lógica de los mismos. Se podría deducir entonces que en esto consiste el diagnóstico dentro de la clínica psicoanalítica.

5.5 Sistemas clasificatorios internacionales

El primer sistema clasificatorio internacional diseñado para identificar enfermedades fue el planteado a mediados del siglo XIX (*World Health Organization*, 2008). Se generó un listado que intentaba detectar las principales ‘causas de mortandad’ y fue ese el nombre que recibió lo que luego iba a denominarse *Clasificación Internacional de Enfermedades*, y que iba a ser propuesto por las Naciones Unidas como estándar para la clasificación de las patologías humanas. Sin embargo, en sus primeras ediciones, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) no incluía la patología mental como enfermedad (Ferrary, Lancelle, Pereira, Roussos & Weinstein, 2008, p. 16).

El primer *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) fue publicado en 1952 por la *American Psychiatric Association*. El mismo fue desarrollado siguiendo los lineamientos de una clasificación realizada en 1918 por las fuerzas armadas de los Estados Unidos por requerimiento de una agencia del gobierno de dicho país (*Bureau of the Census*). Sin embargo, tal como señala Grob (1991), fue recién después de la Segunda Guerra Mundial cuando el interés de la psiquiatría norteamericana migró desde una genuina preocupación por los diagnósticos hacia un interés por la clasificación sistemática de los mismos. Hasta dicho momento no había surgido una necesidad de organizar y sistematizar los diagnósticos, más allá del consenso teórico que de los mismos se requería (Ferrar y et al., 2008, p. 16).

Como consecuencia de las históricas dificultades para hallar criterios de clasificación fiables que aseguren diagnósticos adecuados, diversos grupos de psiquiatras han venido estimulando, desde hace cincuenta años, una atenta revisión de los principios diagnósticos, promoviendo el paso de una dinámica inferencial a poner énfasis en la observación intersubjetiva, para mejorar así la fiabilidad de los juicios diagnósticos (Hugh & Slavney, 1986; citados en Kleinman, 1988; citado por Duero, 2011). De ahí que lo que se proponga es una estandarización de los síntomas y signos, con el fin de no caer en un relativismo. Sin embargo, el umbral de valoración es cada vez más bajo, cualquier situación atravesada por el sufrimiento o el dolor es nombrado como enfermedad y el rango de normalidad cada vez es más reducido.

Lo anterior quiere decir que, a pesar de que haya unos criterios establecidos para clasificar una enfermedad mental, es vital ir más allá de lo fenoménico, de lo descriptivo, para hacer una

revisión en pensamientos, acciones y sentimientos; esto quiere decir, ir a las manifestaciones del inconsciente para complementar con diferentes perspectivas teóricas, y tener en cuenta varios elementos antes de suministrar clasificaciones poco fiables. Es por ello que se debe hacer énfasis en la comprensión de varias pautas que dan lugar a la realización de diagnósticos más acertados.

Finalmente, se resalta el hecho de imputar interpretaciones o etiquetas que funcionan como profecías. Esto sucede con frecuencia: en cuanto se clasifica a alguien en un término, se le trata de esa manera y, en últimas, la persona tiende a responder a esa atribución con un patrón que corresponde a la adjudicación previa.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, DSM-IV, es un instrumento utilizado por profesionales de la salud para identificar y clasificar disfuncionalidades, deterioros, dificultades físicas y problemas comportamentales. Este manual se utiliza dentro de la psicología para apoyar al clínico a la hora de acercarse a un diagnóstico, ya que cuenta con un sistema de evaluación multiaxial que permite evaluar la funcionalidad de la persona a través de cinco ejes.

Según el DSM-IV (APA, 1998), los ejes pueden ser descritos de la siguiente forma: eje I, trastornos clínicos que pueden dar cuenta al clínico cual es el foco de atención del paciente, para elaborar su hipótesis diagnóstica y posteriormente el tratamiento; eje II, trastornos de la personalidad y retraso mental, buscando revisar las características desadaptativas de la personalidad; eje III, enfermedades médicas asociadas, en el que se revisan las posibles relaciones entre las enfermedades orgánicas con los trastornos mentales; eje IV, problemas

ambientales, determinando la influencia que provenga de la familia, del trabajo, de la escuela; y eje V, escala de valoración o funcionamiento global, con la cual se mide el impacto que puede causar a la persona un desequilibrio emocional, permitiéndole al clínico establecer un tratamiento. Hay clínicos que prefieren no utilizar la evaluación multiaxial pero deben incluir registros de los trastornos mentales, enfermedades médicas, además de otros elementos importantes.

Así las cosas, este manual clasificatorio sugiere un análisis multiaxial para realizar una evaluación a partir de los cinco ejes que serán contrastados con el historial clínico del paciente. Es válido aclarar que el uso adecuado de este manual depende directamente del psicólogo, quien según su experiencia, razonamiento clínico y ética profesional, podrá saber hasta qué punto el manual le sirve de apoyo para su ejercicio clínico.

En relación con el DSM-IV, Álvarez (2007) plantea unas desventajas en el uso del manual clasificatorio. A pesar de que se propone una evaluación multiaxial, es solo a nivel descriptivo porque no hay vínculos genéticos para dar explicación a un trastorno, cobra importancia la concepción de trastorno en vez de enfermedad y este a su vez destaca los componentes conductuales, dejando de lado la personalidad y otros factores de causa; cuando se llega al diagnóstico y se plantea un tratamiento se busca modificar los síntomas y no a la persona; en la práctica se recurre más al uso del eje I y eje II y cualquier alteración puede convertirse en un trastorno.

Entonces, sería interesante estudiar algunos avances que se han dado en países iberoamericanos con respecto a la atención psicológica y la construcción del diagnóstico que elaboran los psicólogos en los centros hospitalarios, a fin de dilucidar y diferenciar los avances o retrocesos que se han dado en Colombia con respecto a otros países de habla hispana.

5.6 La atención psicológica y el diagnóstico en algunos países iberoamericanos

5.6.1 Evaluación psicológica clínica en España (EPC).

La evaluación psicológica clínica es “un proceso que implica distintos ejes, momentos y tareas, que se organiza mediante la metodología científica²⁰ y que tiene como principal objetivo la planificación del tratamiento” (EPC, s.f, p. 7). Esto indica que para llegar a formular una hipótesis diagnóstica se requiere de una serie de procedimientos que permiten la formulación del tratamiento.

Igualmente, dentro de la evaluación psicológica clínica, entendida como modelo integrador, uno de los ejes fundamentales es el diagnóstico. Para la ejecución de tal tarea sigue imperando la utilización del DSM y la CIE-10, de los cuales muchos de los psicólogos se sirven para dar una hipótesis diagnóstica. Los manuales estadísticos continúan siendo utilizados como lenguaje común entre psicólogos y por esta razón, es una de las herramientas más utilizadas para la formulación del diagnóstico en la evaluación psicológica clínica.

²⁰Se realiza la recolección de la información, la cual dará lugar a la descripción del problema que posee el paciente; por consiguiente, se desarrolla una hipótesis explicativa del problema y finalmente se pasa a contrastar la hipótesis.

El DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1994; 2000) y la aparición de los manuales de la Organización Mundial de la Salud, CIE-9 y, de forma más precisa la CIE-10 (OMS, 1992), han marcado el devenir de la clasificación de los trastornos mentales y han influido de forma muy notoria en la EPC (Evaluación Psicológica Clínica). La inclusión de los principios prototípicos en la clasificación y la paulatina consideración de aspectos dimensionales ha ido creando la situación idónea para la aparición de un cierto consenso, al menos inicial, respecto a la conveniencia de utilizar un lenguaje común y un sistema clasificadorio compartido por todas las disciplinas implicadas en la salud mental (EPC, s.f, p. 4).

En suma, el modelo EPC busca no solo diseñar un tratamiento de acuerdo con el diagnóstico que se emite, sino que es también imprescindible que la evaluación se prolongue a lo largo del tratamiento, identificando el cambio o la falta de este y los problemas que puedan aparecer durante el transcurso de la intervención. También es importante que

la evaluación prevea la posibilidad de realizar una evaluación de la efectividad de los tratamientos una vez finalizados los mismos y con períodos de seguimiento que permitan emitir juicios clínicos sobre el impacto de la intervención completa en el paciente (EPC, s.f., p. 11).

De acuerdo con la *Introducción al Proceso de Evaluación Psicológica Clínica* (EPC, s.f.), el modelo de evaluación psicológica ha venido siendo utilizado durante más de una década en el trabajo clínico asistencial llevado a cabo en la Universidad Complutense de Madrid. La EPC consta de tres ejes simultáneos de actividad: análisis descriptivo, análisis funcional y diagnóstico. Al mismo tiempo se consideran distintos momentos: el primero es la exploración inicial, el

segundo es la evaluación para el tratamiento y, finalmente, se realiza una evaluación durante y después del tratamiento.

El proceso completo puede llevarse a cabo en un máximo de 4 sesiones, incluyendo entrevistas con el paciente e informantes y el uso de cuestionarios, autorregistros y demás técnicas que parezcan convenientes para formular y contrastar un juego de hipótesis que puedan guiar el tratamiento. La quinta sesión, generalmente, será la de devolución de información a la persona y la de puesta en marcha del tratamiento. Esta guía general no es óbice para que en algunas ocasiones la evaluación pueda realizarse en un par de sesiones y en otros la evaluación se prolongue más allá del inicio del tratamiento (EPC, s.f, p. 20).

Como ya se mencionó, en la EPC se dispone del DSM y de la CIE, y el diagnóstico se considera como

un eje de actividad incluido en el proceso de EPC, que mantiene una unidad de acción con los otros dos ejes, pero que puede desarrollarse con una cierta independencia. Según se van identificando y describiendo los principales problemas del paciente, su inicio y su evolución, se empieza a disponer de toda la información necesaria para poder realizar un diagnóstico DSM-IV-TR o CIE-10 (EPC, s.f, p. 23).

Dada la importancia del diagnóstico dentro de la evaluación psicológica, se requiere de un proceso de evaluación óptimo. Esto implica que el profesional conserve una actitud metódica y ordenada para el trabajo, pues este conforma solo una parte del proceso, de manera que si uno de los ejes se realiza de forma ligera y sin cuidado, puede verse afectado el resultado del

diagnóstico, que es uno de los instrumentos más determinantes del proceso de evaluación. En pocas palabras, la evaluación psicológica clínica implica que, desde el comienzo, la labor por parte del psicólogo abarque en su totalidad cada uno de los ejes propuestos anteriormente.

Un proceso de evaluación psicológica clínica requiere necesariamente de un diagnóstico que dé cuenta de aspectos relevantes en la historia de la persona, con el fin de abrir paso a un tratamiento competente. El buen ejercicio de esta evaluación permite entrever el interés que el profesional pone en su trabajo y específicamente el valor que le otorga al paciente. La interrelación entre los distintos ejes y momentos dará lugar a un adecuado proceso psicológico, de ahí que se formule lo siguiente:

Las relaciones que se han ido estableciendo entre los procedimientos diagnósticos estructurales y los procesos de EPC, más funcionales, han desembocado en una mutua necesidad de apoyo. Hoy en día, es difícil entender un proceso completo de EPC sin hacer referencia a un diagnóstico y resulta igualmente claro que los procedimientos y categorías diagnósticas actuales no permiten, por sí mismas, avanzar sin la idoneidad de un tratamiento. Del mismo modo, está empezando a establecerse más claramente la compleja relación que mantienen el diagnóstico y los posibles modelos de formulación de casos clínicos tanto en la práctica clínica cotidiana, como en la investigación psicopatológica (EPC, s.f., p. 23).

Se hace necesario resaltar que, dentro de la EPC, una valoración del cambio después de la intervención es primordial, y no se debe dar por terminada hasta que sea examinada la efectividad del proceso. La evaluación psicológica clínica tiene como objetivo principal “establecer hasta qué punto se ha producido un cambio en la vida del paciente, cambio que debe

afectar a su sintomatología, pero también a su funcionamiento psicosocial, su calidad de vida y, en definitiva, a su salud y bienestar general” (EPC, s.f., p. 26).

Teniendo en cuenta lo antes nombrado acerca de un plan de seguimiento para el paciente en la atención psicológica, también es importante que el hospital, como espacio tangible de la experiencia de sufrimiento de las personas, ofrezca un tratamiento de calidad a los pacientes que se encuentran internos y a los que consultan externamente, ya que

el hospital es el escenario de atención de salud en donde la experiencia de sufrimiento resulta más apremiante para la persona y en donde los clínicos de cualquier especialidad médica necesitan afrontar de manera excelente, en el curso de su trabajo con pacientes y familiares, demandas también apremiantes de alivio, de curación y de esperanza. Y han de hacerlo, a través de un nivel específico de análisis e intervención propios de la Psicología: las maneras en que unos y otros se comportan. En este sentido, todos, clínicos y pacientes, pueden beneficiarse de la Psicología (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2005, p. 4).

Según el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2005), una de las funciones que cumple el psicólogo clínico del hospital es la de rehabilitación, la cual tiene como propósito lograr que los pacientes adquieran un mayor nivel de autonomía y funcionamiento social. “La rehabilitación se ocupa de aquellos factores vitales que interfieren en la adaptación social de la persona promoviendo la mayor aceptación posible de las limitaciones (físicas y mentales) derivadas de la enfermedad y desarrollando estrategias útiles de afrontamiento” (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2005, p. 7).

Según el trabajo grupal *Planificación Servicio de Psicología Clínica y de la Salud* del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2005), una de las funciones que tiene el psicólogo dentro de la institución prestadora de servicios es la de delimitar criterios y procedimientos para evaluar la eficacia terapéutica de los tratamientos psicológicos.

Pues bien: no solo es importante la evaluación psicológica clínica sino también el diagnóstico, el cual se ha consolidado como una herramienta fundamental para los profesionales de la psicología y que en países como España tiene un desarrollo muy interesante en los protocolos que se han establecido en atención psicológica en los centros hospitalarios (ver Anexo 6).

5.6.2 Diagnóstico psicológico en España.

El diagnóstico en España consiste en “la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como ‘resultado’ del proceso de evaluación psicológica” (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1999, p. 36). La duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana), sin embargo, no está de más subrayar que el proceso puede durar desde una sesión hasta varios años. Además el tratamiento se puede aplicar individualmente, en pareja o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos.

De acuerdo con la investigación realizada en España (Sánchez, Álvarez, Begué, Gallach, Mesguer, Robert & Villagrasa, 2009), en la psicología clínica, en el sistema valenciano de

salud, se estima pertinente una hora de consulta para una primera cita de atención; pero, de acuerdo con el sistema, el tiempo establecido es de cuarenta y cinco minutos. Además, se menciona la ausencia de psicólogos en los hospitales y se explica lo siguiente:

En la actualidad, la Sanidad Pública Valenciana no cubre las necesidades psicológicas de los pacientes en el ámbito hospitalario general. Los casos de profesionales contratados son puntuales y excepcionales a pesar de ser un área de la Psicología Clínica que cada vez recibe más demanda, tanto por parte de pacientes y familiares, como de los propios profesionales de diferentes especialidades (Sánchez et al., 2009, p. 24).

También se admite, en la investigación mencionada anteriormente, la importancia del uso correcto de los instrumentos de evaluación; igualmente, se resalta la necesidad de tener en cuenta los criterios diagnósticos oficiales actuales, que son el DSM o la CIE, que incluyen la gravedad, curso y otros aspectos; además, se debe realizar una planificación de la intervención, así como remisiones según el caso. “El Psicólogo Clínico, como facultativo del equipo de Salud Mental, realizará derivaciones a otros dispositivos asistenciales cuando el caso así lo requiera, mediante formulario protocolizado si lo hubiera o en su defecto hoja tipo de derivación” (Sánchez et al., 2009, pág. 37).

Sánchez et al. (2009) concluyen la investigación anteriormente mencionada, subrayando la necesidad de destinar una parte de los psicólogos clínicos a realizar funciones de apoyo de atención primaria, además de utilizar criterios consensuados confiables y válidos como indicadores de evaluación y la elaboración de guías, protocolos y/o mapas asistenciales para los

trastornos más frecuentes, incluyendo la importancia del tiempo (sesenta minutos para primeras consultas y cuarenta y cinco minutos para sesiones posteriores).

5.6.3 El diagnóstico psicológico en la clínica psiquiátrica de España.

Cuando se aplica el ámbito de la psicología clínica en España, es importante resaltar que se requiere un sustento sólido para establecer las hipótesis diagnósticas independientemente del soporte teórico que sustente la práctica, porque a pesar de que se ofrezcan manuales clasificatorios para orientar el proceso, se debe interactuar con la teoría y tener en cuenta la historia particular de vida del usuario que demanda el servicio, para realizar una construcción sólida del diagnóstico. En esta medida, en España se tiene en cuenta el siguiente aspecto: el diagnóstico incluirá tanto “el clínico como el diferencial y el etiológico, consistiendo este tercer aspecto en la construcción de hipótesis explicativas relativas a la génesis de la enfermedad del sujeto” (Panceira, s.f.). Bertini sostiene que “estas hipótesis serán de gran valor para establecer el pronóstico (según por ejemplo el valor relativo que le otorguemos a las series complementarias)” (Bertini, 1981, p. 3).

En este caso, es necesario tener en cuenta la importancia de establecer un diagnóstico acertado, ya que allí se produce un saber, se sostiene la postura ética de cada profesional e implica utilizar herramientas y técnicas terapéuticas adecuadas. En relación con los tres aspectos desarrollados anteriormente (diagnóstico clínico, diferencial y etiológico), es válido cuestionarse sobre las bases epistemológicas de cada psicólogo, explorando más allá de lo que ofrecen los manuales de la clasificación de los trastornos mentales, para llevar a cabo un proceso riguroso y tener un mejor hilo conductor; igualmente, para realizar la respectiva terapia y disminuir los

problemas que dicho paciente presente en las atenciones psicológicas dentro de las IPS en España. En la investigación aquí señalada, hacen referencia a la experiencia que han tenido con respecto al diagnóstico y mencionan esto:

Según nuestra experiencia, el aporte del diagnóstico psicológico en el ámbito de la psiquiatría clínica, se sitúa fundamentalmente a nivel del diagnóstico diferencial y la evaluación de la recompensación del paciente a lo largo de la cura. En psicoterapias, coincidimos con Graciela Payrú y Fiorini (*Aportes Teórico-clínicos en psicoterapias*), en que el diagnóstico psicológico permite articular mejor los recursos técnicos a implementar. Así como el evaluar las mejoras o peorías experimentadas para disponer de índices sobre los elementos dinámicos a trabajar en las distintas etapas o momentos terapéuticos (Bertini, 1981, p. 6).

En suma, otra tarea prioritaria para el profesional es el dominio de métodos y técnicas que se emplean en el espacio con el otro. Si bien se presentan fenómenos para clasificar según la CIE-10 o el DSM-IV, es vital que el paciente se sienta escuchado para que logre evocar sus preocupaciones y se haga explícito en el diálogo el punto de quiebre. También es fundamental en la aproximación diagnóstica revisar si el paciente presenta varios ámbitos alterados (por ejemplo, los ámbitos académico, social y familiar), con el fin de evaluar la necesidad de trabajar de manera interdisciplinaria o de remitir a otras áreas de la salud si en la fase terapéutica no presenta mejoría.

La manera en la cual los clínicos llegan a su valoración diagnóstica es, en muchas ocasiones, de acuerdo con su criterio y el elemento fundamental para llegar a este es la entrevista clínica, que consiste en

una entrevista no estructurada, libre, cuyo contenido varía de un clínico a otro. Este tipo de entrevistas ha tenido críticas significativas, algunos profesionales la tachan de ser poco rigurosa, mencionan que es un método de entrevista que resulta en calificaciones poco confiables, porque dos clínicos que valoran al mismo paciente pueden llegar a diferentes formulaciones diagnósticas (Díaz & Núñez, 2010, p. 73).

Más aún, se observa cómo los diferentes métodos particulares de cada profesional pueden presentar ambigüedad y variedad de valoraciones diagnósticas. Díaz y Núñez (2010) destacan que los investigadores han desarrollado entrevistas estructuradas para que los psicólogos clínicos puedan utilizarlas en su trabajo. Se trata de entrevistas ya establecidas donde se pregunte lo mismo a todos los pacientes, para favorecer la probabilidad de que distintos clínicos lleguen a la misma hipótesis o formulación diagnóstica.

Sin embargo, esto presenta dificultades y remite de nuevo al problema de la generalización, donde se deja de lado la particularidad de los pacientes, el caso por caso, y se le da mayor importancia a las estadísticas. No se pueden soslayar los desarrollos teóricos de la psicología, en los que se muestra rigurosamente que la persona implica una alta complejidad en sus procesos psíquicos y que, por lo tanto, es necesario un modelo de vías múltiples para abordarlo.

5.6.4 Protocolos de atención en Guatemala.

En otro orden de ideas, en países como Guatemala también existen protocolos de salud que pretenden asegurar una mejor atención en salud a la población guatemalteca:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, a través del Programa Nacional de Salud Mental, como ente rector de las intervenciones en salud mental del país, reconoce la necesidad de proponer e implementar guías y protocolos clínicos que brinden al personal de los niveles primario y secundario de atención de salud, pautas y estrategias que orienten sus actuaciones en la práctica cotidiana encaminadas a brindar un servicio de calidad. De igual forma apoyar los procesos formativos del Ministerio de Salud ofreciendo herramientas diagnósticas y de recolección de insumos para el análisis y el diseño o modificación de dichas intervenciones, lo que a su vez genere propuestas y acciones concretas en el diseño y ejecución de programas de investigación (Medrano, 2006, p. 2).

Lo anterior evidencia el interés del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala por brindar un servicio de calidad a sus ciudadanos, a través de propuestas y estrategias que orienten las actuaciones de sus profesionales, rescatando la labor investigativa y el apoyo en los procesos formativos. Todo esto con el ánimo de destacarse como uno de los países con mayores avances en cuanto a la salud mental.

De acuerdo con Medrano (2006), la práctica cotidiana no siempre posibilita la realización paso a paso de los protocolos que se presentan; por esta razón, los trabajos en relación con estos funcionan como referencia para la atención que se da en las instituciones prestadoras de servicios en Guatemala. “El acercamiento clínico deberá ser más directo y enfocado al motivo de consulta, describiendo lo que sea relevante para el diagnóstico que se haya establecido y utilizando los instrumentos que sean necesarios” (Medrano, 2006, p. 12). Los protocolos de atención no son estrictamente aplicados dentro de los centros hospitalarios, si bien en muchos países la atención

en salud es incipiente y los procedimientos que se llevan a cabo dentro de las instituciones dependen en gran medida del Ministerio de Salud y de las decisiones que dentro de él se tomen.

La estructura de los protocolos en Guatemala es “sencilla y concreta” (Medrano, 2006, p. 12). El protocolo que se lleva a cabo ha tomado como base la propuesta de la OMS; sin embargo, presenta algunos agregados para cada nivel de atención (primario y secundario), así como “se han hecho modificaciones adaptadas al contexto local, incluyendo lenguaje y expresiones idiomáticas” (Medrano, 2006, p. 12).

En general, los protocolos siguen la misma estructura, sin embargo, algunos como los de Conducta Suicida y Violencia Intrafamiliar, presentan algunas modificaciones dado sus características propias. Los protocolos están estructurados de la siguiente forma:

- Definición
- Epidemiología
- Quejas presentes.
- Pautas Diagnósticas (criterios CIE-10)
- Ayudas Diagnósticas
- Diagnóstico Diferencial
- Información Básica para Pacientes y Familia
- Pautas de Tratamiento por niveles
- Criterios de Referencia y contrarreferencia (Medrano, 2006, p. 20).

Igualmente, para la formulación del diagnóstico se presentan algunas especificaciones que se sostienen desde los protocolos que se han establecido a nivel nacional en Guatemala. El principal de ellos es que para la formulación de esta y todas las pautas diagnósticas se sirven de

la CIE10, según corresponda a cada trastorno, y después de realizar el diagnóstico diferencial se dará continuidad al tratamiento del paciente. Para dar lugar al diagnóstico como parte importante de los protocolos establecidos dentro de Guatemala, se deberán tener en cuenta algunos aspectos, tales como:

Pautas de abordaje para entrevista inicial y escucha reflexiva: Expresar empatía, evitar discutir y hacer preguntas abiertas.

Pautas específicas: Escucha reflexiva, que se encuentra constituida por la repetición, el refraseo, el parafraseo, el señalamiento emocional y el resumir.

Pautas para la evaluación del estado mental e identificación de factores de riesgo y finalmente las pautas básicas para la entrevista individual (Ministerio de Salud Pública de Guatemala, 2006, p.12-13).

5.6.5 Atención psicológica y diagnóstico en IPS acreditadas en el Valle de Aburrá.

El modelo propuesto en *Introducción al Proceso de Evaluación Psicológica Clínica* (EPC, S.F.) recomienda un seguimiento posterior al tratamiento del paciente, con el propósito de detectar si hay algún cambio progresivo o si, por el contrario, el impacto del tratamiento en este no ha sido significativo, a diferencia de países como Colombia, específicamente en las IPS Acreditadas en salud en el Valle de Aburrá, en donde el proceso psicológico que se lleva a cabo dura entre dos o dos meses y medio y, en ocasiones, ni siquiera se lleva un seguimiento posterior al tratamiento por motivo de tiempo o de ahorro de recursos²¹.

²¹ Información suministrada por una profesional en psicología del Hospital San Vicente Fundación.

De forma contraria a la Evaluación Clínica Psicológica antes referida, en las IPS acreditadas en salud en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, desde la primera sesión los psicólogos ya deben haber realizado la evaluación correspondiente y una aproximación diagnóstica del paciente que tiene la posibilidad de modificarse en la historia clínica, dependiendo de los nuevos hallazgos. Todo lo anterior con el fin de cumplir con los requerimientos del sistema²².

En España “en la actualidad se dispone de protocolos psicológicos de actuación en diversos ámbitos (oncología, cardiología, dolor, trasplantes, amputados, dermatología, obesidad, insuficiencia renal, neuropsicología, etc.) que permiten un abordaje científico y eficiente” (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2005, p. 5; citando a Remor, Arranz, Barbero & Holland, 1999). Al contrario de las IPS acreditadas en salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, lo anterior está todavía lejos de poder conseguirse debido a la brevedad del tratamiento y al poco seguimiento que pueda realizarse en relación con el mismo.

Además, se sustentan sistemáticamente protocolos de atención para el diagnóstico psicológico, a diferencia de ciudades como Medellín, en donde las IPS acreditadas en salud no presentan un protocolo establecido sino procedimientos de atención particulares. Al respecto, Guarga & Marquet (s.f.) destacan que “no solo los protocolos como tal apoyan una buena construcción de un diagnóstico acertado, sino que propone [sic] un instrumento para hacer veraz y medir lo que se hace dentro del protocolo clínico” (Guarga & Marquet, s,f).

²² Información suministrada por una psicóloga del Hospital San Vicente Fundación.

Por lo que se refiere a las relaciones entre la atención psicológica en Colombia y en España, se encuentra que tanto en las IPS acreditadas en salud del Valle de Aburrá como en las unidades hospitalarias en España, el tiempo de las entrevistas es relativamente corto y que, en ocasiones, la demanda sobrepasa la oferta del servicio de psicología.

Adicionalmente se evidenció, en el acercamiento a las IPS acreditadas en salud en el Valle de Aburrá, que los psicólogos ambulatorios no prestan únicamente su servicio psicológico en una IPS sino en varias. Por lo tanto, la demanda del sistema para la atención de un mayor número de pacientes reduce el tiempo para detallar el diagnóstico, así como también el lapso entre cada atención. La calidad del servicio ofrecido es, en muchas ocasiones, en términos de cantidad y no de calidad, ya que el sistema convierte las atenciones en un asunto sistemático; por ende, se atienden psicopatologías, se clasifican y esto reduce cada vez más la posibilidad de hacer uso del bagaje teórico que ofrece la psicología en la comprensión de los fenómenos psíquicos.

Además de identificar las falencias en el sistema de salud, se insiste en una atención completa en la que se integren todos los servicios de atención psicológica en las IPS, con el fin de ser coherentes con los derechos de las personas que son beneficiarias, como bien se expresa a continuación:

La APS (Atención Primaria de la Salud) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios,

sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ardón & Cubillos, 2012, p. 16).

En cuanto a la psicología de la salud en Colombia, Luis Flórez Alarcón (2006) plantea lo siguiente:

En la actualidad, a pesar del gran desarrollo alcanzado y del dinamismo existente al interior del ámbito académico-científico, la situación de la psicología y de los psicólogos en el ámbito de la salud pública dista mucho de ser la óptima. Profesionalmente es bajo el nivel de empleo y de remuneración de los psicólogos en el sector de la salud en general. Por otra parte, aún es muy bajo el nivel de implementación de los rubros de promoción y de prevención en el contexto de la Ley 100 de 1993 que regula al sistema general de seguridad social y de atención en salud (Alarcón, 2006, p. 692).

En otras palabras, la academia, en relación con el estudio en psicología, supone una enseñanza particular frente a uno de los instrumentos más esenciales en el ejercicio psicológico: el diagnóstico. Esta es una herramienta que para ser bien construida requiere de evaluación, claridad, conocimiento teórico y tiempo; precisamente esas características son las que se pretende esclarecer en la academia.

En contraste con lo anterior, los centros asistenciales de salud, en función del bienestar físico y psicológico, deberían estar en la capacidad no solamente de actuar en el momento culmen de una crisis psicológica o una emergencia en salud, sino de propender por el cuidado integral de la persona. Esto incluye de manera definitiva la atención óptima en el área de la

psicología, para lo cual se requiere procedimientos que crucen la línea en la que la cantidad de población atendida va por encima de un nivel admisible de atención en salud.

Con respecto a países como Guatemala, en Colombia, específicamente en las IPS acreditadas en salud en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, se simplifica el proceso de evaluación que se realiza a los pacientes; hay una obligación evidente por parte del psicólogo por poner dentro de un sistema los datos más relevantes del paciente y, después de la primera sesión con este, hacer una hipótesis diagnóstica. Esta hipótesis que el psicólogo realiza en su primera consulta con el paciente podrá ser cambiada con posteridad según se crea conveniente; sin embargo, la evaluación psicológica clínica requiere de algunos pasos a seguir para llegar a un posible diagnóstico.

Colombia aparece como uno de los países menos desarrollados en términos de políticas que vayan en pro de la salud mental, según datos estadísticos presentados por la OMS para el año 2003:

El primer reporte de Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS incluye 14 países (seis menos desarrollados y ocho desarrollados) con datos de prevalencia, severidad y tratamiento de trastornos mentales de 60,463 entrevistas en adultos, representativas de la población nacional. Las encuestas fueron realizadas entre 2001 y 2003 en América (Colombia, México Estados Unidos), Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Ucrania), África (Líbano, Nigeria) y Asia (Japón y encuestas separadas en Bejín y Shangai en la República Popular China). Los seis países clasificados como menos desarrollados por el Banco Mundial son China, Colombia, Líbano, México, Nigeria y Ucrania (OMS, 2003, p.12).

Con base en lo anterior, y a modo de conclusión,

la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que es una necesidad imperiosa el pasar a la acción en el tema de salud mental con el objetivo de reducir la carga que representan los trastornos mentales en todo el mundo, es evidente que este propósito se encuentra aún lejano de ser una realidad en la mayoría de países de bajo y mediano ingreso (Medrano, 2006, p. 2).

Es así como se puede ver que Colombia se encuentra entre los países que todavía presenta dificultades y retrocesos con relación a este propósito de ofrecer una atención psicológica adecuada que favorezca la salud mental de los usuarios de los centros hospitalarios.

Finalmente, es una realidad que en el Sistema Nacional de Salud colombiano aún no se ha reconocido en su totalidad el alto nivel de importancia que tiene la psicología dentro del área de la salud. Las condiciones del país en términos de atención en salud en relación con las de otros países no revelan avances significativos que den cuenta de una mayor calidad en los servicios que se ofrecen. En la actualidad, se requiere mayor énfasis en las necesidades de la población en todos los niveles de atención en salud, más que en la planificación a partir de la rentabilidad financiera.

6 Diseño metodológico

La investigación se llevó a cabo a través de “un proceso sistemático, crítico y empírico que se aplicará al fenómeno” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p. 4) del diagnóstico en el área de la psicología. Asimismo, el enfoque desde el cual se realizó la investigación es cualitativo de carácter hermenéutico, en el cual el análisis del discurso o el comentario de texto se constituyen en las herramientas propias de una labor interpretativa. No se pretende recoger información estadística sino, más bien, describir, indagar e interpretar la forma como, en la actualidad, se realiza el diagnóstico, identificando los criterios psicológicos que determinan dicho diagnóstico. El modo de captar la información es flexible, es decir, funciona por medio de análisis documental, charlas académicas y entrevistas semiestructuradas. Se busca contrastar la información obtenida a través de fuentes primarias de información (entrevista a 4 psicólogos de las IPS acreditadas en salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá) con la revisión teórica sobre el diagnóstico en la psicología.

Denzin y Lincoln (1994) definen la investigación cualitativa como un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en ocasiones contradisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. Se busca reflexionar sobre el diagnóstico que hacen los psicólogos de las IPS acreditadas en salud a sus pacientes. Este enfoque metodológico se llevó a cabo sobre los testimonios de cuatro psicólogos de las IPS, los cuales se constituyen en las fuentes primarias

de información que se recogió a partir de la técnica denominada entrevista semiestructurada (Aristizábal, 2008).

Finalmente, para la puesta en práctica de esta metodología se tuvieron en cuenta las fases que Consuelo Hoyos describe para los trabajos de investigación cualitativa de carácter hermenéutico (Hoyos, 2000, p. 57-58):

Fase preparatoria. Señala la forma en que se lleva a cabo la investigación: la formulación de los objetivos. Esta fase corresponde al planteamiento del problema y al desarrollo de objetivos que permitan dar respuesta a la pregunta: ¿qué relación existe entre el diagnóstico que se realiza en la IPS acreditadas en salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá y el que se sustenta desde la formación en psicología en la Corporación Universitaria Minuto de Dios?

Fase descriptiva. Además de la aplicación de la técnica de recolección de información denominada entrevista semiestructurada, también comprende la búsqueda de material bibliográfico en las distintas fuentes disponibles, que permite recoger las múltiples concepciones sobre el tema objeto de investigación: el diagnóstico.

Fase interpretativa. Consiste en llevar a cabo el proceso hermenéutico o de análisis del discurso (entender, criticar, contrastar) en torno a lo que se entiende por diagnóstico; es decir, en la interpretación de las concepciones, tesis o propuestas de los distintos autores consultados.

Fase de construcción teórica. Se formalizan los resultados obtenidos en los procesos previos de la investigación, mediante la realización de la construcción conceptual del texto final. Esta fase implica, además, que el análisis crítico realizado derive en una construcción teórica particular propuesta por los integrantes de la investigación.

Fase de extensión y publicación. Consiste en dar a conocer los resultados del proceso investigativo. De acuerdo con ello, se realizará una ponencia dirigida a la comunidad académica de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, con el objetivo de socializar los resultados de la investigación y de recibir el título como psicólogos.

En síntesis, los instrumentos de recolección de información empleados fueron los siguientes:

- Entrevistas semiestructuradas a docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, desde los diferentes enfoques de la psicología
- Análisis documental.
- Entrevistas semiestructuradas a un psicólogo de cada IPS acreditada en salud en el área Metropolitana del Valle de Aburrá.

7 Resultados

A partir del interés académico sobre el diagnóstico como uno de los procedimientos más importantes en el quehacer psicológico, el ejercicio investigativo tuvo como objetivo establecer la relación entre el diagnóstico que se realiza en las IPS acreditadas en salud en el Valle de Aburrá y el que se sustenta desde los diferentes enfoques teóricos de la psicología, a través de un enfoque cualitativo de carácter hermenéutico, en el que el análisis del discurso y el comentario de textos sobre el diagnóstico se constituyeron en las herramientas propias de una labor interpretativa. No se pretendió recoger información estadística sino, más bien, describir, indagar e interpretar la forma como, en la actualidad, se realiza el diagnóstico e identificar los criterios psicológicos que lo determinan. Todo esto con el fin de rescatar no solo la riqueza teórica de las diferentes corrientes de la psicología con respecto al diagnóstico, sino también de mostrar el lugar que está ocupando la psicología dentro del campo de la salud y la posición del psicólogo frente a los requerimientos del Sistema General de Salud.

Es necesario, inicialmente, mencionar que el proyecto tuvo como fin realizar la investigación en cuatro hospitales acreditados en salud en el Valle de Aburrá: el Hospital General de Medellín, el Hospital Pablo Tobón Uribe, el Hospital San Vicente Fundación y el Hospital del Sur de Itagüí. Sin embargo, cuando se puso en marcha el proyecto, solo se hizo recolección de información en el Hospital Pablo Tobón Uribe y en el Hospital San Vicente Fundación, dado que en el Hospital General de Medellín, pese a que se cumplió con el protocolo

para solicitar la recolección de la información, no se obtuvo una respuesta favorable para acceder a la información. Así mismo, en el Hospital del Sur de Itagüí, a partir de la comunicación sostenida con la psicóloga y coordinadora de atención al usuario, se encontró lo siguiente:

A pesar de ser una institución acreditada en salud de primer nivel de complejidad, no tiene habilitado el servicio de psicología. Desde la atención psicológica no se realiza diagnóstico, sino que se hace un acompañamiento psicológico e intervención en crisis, lo cual se denomina acompañamiento emocional. No se tiene dentro de la historia clínica habilitado el servicio de diagnóstico. Cuando el equipo de salud determina que el paciente tiene una necesidad, en términos psicológicos, entonces me hacen una remisión a mí, converso con el usuario, evalúo la sintomatología, le informo al médico y este realiza la remisión. La EPS del paciente, ya sea subsidiada o contributiva, hace la autorización del servicio y dice en qué IPS se va a atender [E4].

Ahora bien, con base en la recolección de información que se hizo en el segundo acercamiento al Hospital San Vicente Fundación y en el Hospital Pablo Tobón Uribe se entiende que la atención psicológica está definida en el Sistema General de Salud a partir de la Ley 1616 del 2013, en la cual se le garantiza a la población colombiana la promoción de la salud mental, la prevención del trastorno mental y la atención integral e integrada de todos los trastornos mentales, asegurándole a los usuarios no solo el diagnóstico, sino también el tratamiento y la rehabilitación.

Sin embargo, a partir de la recolección de la información, se pudo corroborar que la estructuración del servicio en psicología dentro de las IPS todavía es incipiente en varios factores

relacionados con la calidad. Si bien se han dado avances en muchos aspectos que tienen que ver con la salud de los colombianos, también se han notado algunos retrocesos en busca del logro de las metas. Todavía se pueden evidenciar dificultades en el acceso a los servicios de salud e imposibilidad del usuario para obtener los servicios que requiere, sin retrasos. Asimismo, se puede constatar que la demanda excede la oferta de los servicios de salud.

Con todo, según las exigencias para la Acreditación en Salud de las Instituciones, es necesario entender que “la seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada” (“Antecedentes en Colombia”, s.f., ¶ 8); es decir, la seguridad del paciente implica, entonces, la utilización de herramientas científicas que logren “minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” (“Antecedentes en Colombia”, s.f., ¶8). Las IPS le han tratado de dar cumplimiento a los requisitos mencionados anteriormente, a partir de un método que se caracteriza por describir hechos y exponer las relaciones existentes entre los mismos, permitiendo, a través del establecimiento de leyes, la previsión de ellos. Por añadidura, la acreditación también supone que a los usuarios se les garantice continuidad en los procesos que se llevan a cabo, mediante lo que se nombra como “una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico” (“Antecedentes en Colombia”, s.f., ¶ 8).

Esto permite pensar en la estrecha relación que existe entre el modelo médico y la forma como se está llevando a cabo el ejercicio de la psicología en las IPS. También da lugar a la reflexión acerca de la concepción que se tiene del ser humano desde estos modelos que imperan

en los sistemas de salud. Un ser humano pensado en términos estadísticos, perspectiva desde la cual lo que importa no es la calidad de los servicios sino la cantidad de usuarios atendidos, desde la cual la salud corresponde a la normalidad estadística y las prácticas clínicas están encaminadas a eliminar solo síntomas. No se puede evitar, cuando se mencionan estos modelos, hablar de lo que implica la racionalidad científica como único criterio de legitimidad, excluyendo otras formas de análisis de fenómenos en que se privilegian los métodos cualitativos sobre los cuantitativos. El modelo que sigue operando hasta ahora está basado en una concepción mecanicista del ser humano, en la cual entran en función los parámetros darwinistas de que sobrevive solo el más apto, es decir, un hombre domeñado por la condición natural que lo lleva a buscar constantemente adaptarse al medio que lo circunda. Se busca comprender el funcionamiento del organismo vivo con el fin de ejercer control sobre él y se subestima lo subjetivo.

En consecuencia, el servicio de psicología no se escapa de responder a estas demandas del Sistema General de Salud en cuanto a procesos de calidad. Lo que se encuentra en la recolección de información del presente proyecto es que la atención en psicología está todavía lejos de cumplir con estos requerimientos. Las psicólogas entrevistadas coinciden en que, antes de pensar en una mejor estructuración del servicio de psicología en las IPS, se debe pensar en políticas públicas que sean más incluyentes, por la siguiente razón:

En muchas ocasiones el sistema no considera necesaria o prioritaria la atención psicológica del paciente. Solo en algunos temas como adicciones, obesidad y enfermedad psiquiátrica, se ve la necesidad de un trabajo psicoterapéutico. Lo ideal es que cada paciente hospitalizado tuviera

acceso a este apoyo, ya que la enfermedad es un evento que generalmente produce desajuste emocional y/o estructural en un paciente y su grupo familiar [E5].

De ahí que se sostenga la idea de las psicólogas entrevistadas de que el servicio de psicología aún no cuenta con el reconocimiento que debería tener. La salud pública sí ha visto la necesidad de incluir protocolos para la atención de patologías particulares, tales como:

“adicciones, obesidad, algunas enfermedades psiquiátricas” [E5], pero el servicio aún no se brinda con altos niveles de calidad. En relación con lo anterior, la psicóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe señala lo siguiente

Creo que la estructuración de la intervención de psicología en las políticas públicas de salud mental en Colombia aún está en pañales y considero que los principales responsables somos los psicólogos, que no hemos hecho lo suficiente para que tenga otro papel diferente [E1].

De modo similar, las psicólogas antes citadas consideran que en el campo de la salud la intervención por psicología aún no tiene la importancia que se le debería otorgar. Por ejemplo, la psicóloga [E1] sugiere, dentro del proceso que se está llevando a cabo, que el paciente requiere de cinco sesiones más, y la respuesta de la IPS es enviarlo a otro lugar de la ciudad donde debe contar de nuevo su malestar. La psicóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe indica que

Son varios los problemas que están sucediendo, no toda la población está cubierta, a los usuarios no se les brinda [sic] suficientes sesiones, no se le ha dado todavía el reconocimiento que se debe a la situación de salud mental en Colombia, especialmente en lo que tiene que ver con suicidio, abuso sexual a menores, depresión y todos los problemas contemporáneos que están siendo expresados en la salud mental de la población [E1].

Por consiguiente, se considera que es solo a partir de la posición que asuma el psicólogo frente a las políticas de salud pública en Colombia que se puede generar un servicio de mayor calidad. Las psicólogas entrevistadas estiman que los cambios se deben proponer desde las universidades y los colegios de psicología, pues desde estos lugares se puede ir estructurando, a través de la teoría y la práctica, un mejor servicio de atención psicológica en las IPS. En relación con esto, la psicóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe continúa diciendo:

Se hace necesario que la atención psicológica implique una cobertura no solo desde la prevención y la promoción, sino también desde una intervención como debe de ser [sic], con la cobertura que se requiere y en todas las poblaciones, porque ahora hay más cobertura en la ciudad que en las áreas rurales o las poblaciones aledañas [E1].

Además, producto de la cantidad de población atendida en las IPS, se deja de lado la particularidad de las personas que se atienden y no se le da lugar a la atención permanente y detallada. Bajo los requerimientos de la salud pública en Colombia, el profesional de la psicología debe trabajar bajo unas exigencias y políticas internas que limitan en gran medida su quehacer dentro de la institución. En esa medida, los psicólogos que laboran en la institución deben adherirse específicamente al campo de la psicología de la salud, en el cual predomina el modelo médico.

De esta manera, la función del psicólogo y su ejercicio clínico se están potencializando cada vez menos, puesto que se limita la mirada clínica del profesional y se pierde de vista el

objetivo de un proceso psicológico pensado en la persona más que en una larga lista de pacientes atendidos por día.

Con base en lo anterior, se puede pensar y reflexionar en los alcances negativos que tiene una labor clínica llevada a cabo de forma afanosa, la cual se caracteriza por demandas que desbordan la oferta. A pesar de que la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología propone una atención que les garantice a sus usuarios una intervención oportuna y de calidad, lo que se evidencia en la práctica es lo contrario. Con el fin de enfrentar este problema, se recomienda lo siguiente:

Diseñar programas coherentes con la información obtenida en la fase de evaluación, así como con un enfoque establecido en psicología clínica, y/o de la salud, incluyendo objetivos claros, acciones específicas e indicadores verificables. Flexibilizar y adaptar las estrategias de intervención a las condiciones reales de vida de los consultantes, sin faltar a los estándares de calidad requeridos, y atender características relevantes de los consultantes como edad, etapa de desarrollo vital, o características sociodemográficas, con el fin de seleccionar y diseñar sus estrategias de evaluación e intervención (Asociación Colombiana de Facultades de Psicología, 2010, p. 47).

Con el fin de dar lugar a un servicio de salud cuyas estrategias de intervención estén basadas en una atención de calidad, la OMS propone un enfoque social, que brinde a las personas accesibilidad a los servicios en salud, de manera no solo eficiente sino también eficaz. Por esta vía, la psicóloga entiende por salud mental lo siguiente:

Mi concepción está enmarcada a [sic] la posibilidad de integrar la salud física y la salud mental, pero articulada en la capacidad que puede tener un ser humano para vivir de una manera serena, de una manera productiva con lo que tiene en su entorno y para que todas sus experiencias apunten a una calidad de vida. Es también una capacidad para relacionarse no solo con otros seres humanos sino con el mundo en el que está viviendo; en esa relación entre él, el mundo y otros seres humanos, poder encontrar la capacidad de tomar decisiones, de ocupar un lugar, de encontrarse en el mundo, de establecer una profesión, una actividad, un arte, construir una familia o una vida independiente. En esa medida, va muy articulada a la capacidad para poder ejercer las potencialidades que como ser humano influyen para vivir en el mundo [E1].

Según lo descrito anteriormente, la psicóloga de la IPS tiene una concepción de salud mental a partir de la cual se propone un nivel de funcionalidad en la persona; esto hace referencia al hecho de saber tomar decisiones, sostener relaciones duraderas en el tiempo y saber enfrentar los obstáculos que se le presentan. La salud mental tendrá que ver, también, con la forma en la que el individuo ejerce sus potencialidades. Y el concepto de enfermedad está ligado al de salud, entendiendo esta como el déficit que presenta un ser humano para poder articularse al mundo en el que vive, a las personas con las que debe relacionarse o para encontrar el foco en su propia vida.

La psicóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe [E1] plantea que la manera como cada profesional entiende el concepto de salud y de enfermedad no es tan importante; lo que sí es necesario es que la manera como se entienden estos conceptos los haga convergir en una misma condición: el bien para el otro. Y ese bien refiere a lo que ha construido la OMS con respecto a salud mental: brindarle a los seres humanos una atención integral, caracterizada por un servicio

de calidad, con buena accesibilidad y que le permita a las personas desplegar las potencialidades que poseen, en términos tanto psicológicos como físicos.

En las IPS prevalece la concepción de salud mental propuesta por la OMS. Sin embargo, son muchos los desarrollos teóricos que se han hecho al respecto. Algunos psicólogos como Fernández (comunicación personal, febrero 25 de 2015) consideran que la salud mental tiene relación con la capacidad de adaptación de un ser humano al medio y de los recursos con los que cuenta para enfrentarse a las dificultades que se le imponen.

Por otro lado, desde el enfoque humanista se sostiene que, si bien es cierto que la sociedad le facilita al ser humano ciertos recursos para desarrollar todo su potencial, es la persona en sí misma quien debe buscar el autodesarrollo. Según Carrazana (2002), la salud mental tiene que ver con la capacidad innata que tiene el ser humano de actualizarse.

En contraste con lo anterior, Carmona, desde un enfoque psicoanalítico, subraya que los términos salud y enfermedad son válidos y pertinentes de forma general, ya que “la enfermedad anuncia a un ser humano de que algo a nivel fisiológico no anda bien” (comunicación personal, febrero 27 de 2015); sin embargo, cuando se trasladan estos conceptos al campo de la psicología, se debe tener cuidado, puesto que es imposible plantear la salud como ausencia de enfermedad. Considera que “el bienestar o salud mental no se debe confundir con una homeostasis normalizante” (Carmona, J., comunicación personal, febrero 27 de 2015).

Desde el enfoque dinámico, Bedoya resalta que el conflicto o malestar es inherente a la condición humana y que, a la hora de definir conceptos como salud y enfermedad, es necesaria

una reflexión en términos filosóficos, porque “lo que se encuentra de base en la reflexión de lo patológico es lo humano mismo, y eso no lo responde la psicología” (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015). Con base en la reflexión sobre el concepto de salud mental y enfermedad, se puede asumir que a las intervenciones psicológicas les subyacen otros elementos que van estableciendo una manera particular de operar; es decir, la atención psicológica abarca mucho más que una consulta y guarda en sí misma múltiples elementos que definen su práctica, como por ejemplo: cómo se entienden la salud y la enfermedad, qué se entiende por lo humano, qué es calidad en los servicios, cuál es la posición ética del psicólogo frente su ejercicio profesional, entre otros.

En otro orden de ideas, toda política interna de salud debe incorporar leyes que correspondan con lo propuesto desde la Organización Mundial de la Salud, la cual busca proporcionarles a todas las personas la accesibilidad a los servicios de salud. De ahí que las IPS acreditadas en el Valle de Aburrá deban acoger la Ley 1616 de 2013, donde se establece que la salud mental es un derecho fundamental de los seres humanos. Según una psicóloga del Hospital Universitario San Vicente Fundación:

La atención psicológica, dentro de la institución, busca cobertura en atención integral en salud a quien viene a consulta; si asiste al hospital por una condición médica, pero dentro de esta hay otros factores, ya sea ambientales, emocionales, sociales o familiares que están implicando la agudización, la explicación o la correlación de esa condición médica, es cuando interviene el personal de psicología [E5].

Así mismo, el Hospital Universitario San Vicente Fundación menciona que este cuenta con profesionales en psicología para ofrecer a los usuarios una atención integral:

En el Hospital Universitario de San Vicente Fundación se cuenta con profesionales en psicología para responder a las necesidades expresadas por los pacientes, pero a través de los especialistas, quienes solicitan el apoyo (...). Las atenciones no se hacen basadas en una aprobación de la entidad pagadora sino como una respuesta a la necesidad del paciente [E1].

Las psicólogas de los hospitales coinciden en que la atención en psicología en Colombia no ha cobrado la importancia que merece, ya que trabajan bajo el supuesto de que la atención psicológica es un servicio que se debe prestar a pacientes con alteraciones psíquicas cuyo nivel de complejidad es alto. Al respecto, se menciona que “todas las EPS glosan la factura, es decir, deciden a qué paciente se le reconoce o no el servicio de atención psicológica” [E1]. En caso de ser aprobado el servicio de psicología por la EPS, esta establece el número de citas para el usuario. Es importante señalar que el Sistema General de Salud es el que establece los protocolos de atención bajo los cuales se le da prioridad a ciertas patologías, como por ejemplo adicciones y enfermedades orgánicas que impacten significativamente la salud mental del paciente, como por ejemplo el cáncer o las enfermedades de transmisión sexual.

Se menciona, además, que “la atención en psicología es más un asunto de oportunidad” [E1], ya que en ocasiones, por tiempo o por contingencias del mismo servicio, no se logra llevar a cabo un proceso psicológico adecuado. En algunos casos, la atención psicológica ambulatoria no pasa de la primera sesión; por eso, se debe tener cuidado con las movilizaciones que se hacen

en términos psicológicos y con los temas que se abordan. Así las cosas, la psicóloga del Hospital San Vicente Fundación señala lo siguiente:

La labor del clínico se hace desde la humanidad, desde el sentido común. Existen casos en los cuales no hay lugar ni para la corriente dinámica, ni para la cognitiva, ni tampoco [sic] la humanista, a veces solo se actúa de acuerdo a lo que se necesite en determinado momento [E5].

Entre las funciones que cumplen los psicólogos en las IPS, en la mayoría de los casos, figura reforzar la atención que se hace en psiquiatría u otro campo de la medicina; así, no se brinda atención en la que surja una inquietud de orden existencial, es decir, una pregunta que se haga el paciente sobre sí mismo; por ejemplo, un paciente que solicite atención psicológica para responder a la pregunta ‘¿cuál es su sentido de vida?’ no encuentra acceso al servicio. Los pacientes que se atienden, casi siempre, llegan con un diagnóstico ya establecido por el médico especialista o por el psiquiatra, y en este escenario el rol del psicólogo es educar al paciente sobre la enfermedad que padece.

Por otro lado, los hospitales ya tienen un catálogo de trastornos frente a los cuales se brinda atención psicológica, por ejemplo:

El médico identifica, en la evaluación del estado de salud del paciente, que a los síntomas fisiológicos le subyacen también unos síntomas emocionales o psíquicos y desde ahí activa una interconsulta a psicología y a psiquiatría, si también fuera necesario [E5].

De este modo, se asume que en las IPS se les da prioridad a los pacientes cuyo riesgo de alteración psíquica sea significativamente alto. Ejemplo de ello son los intentos o riesgos

suicidas y los casos de intoxicación. En el caso contrario, se le sugiere al paciente solicitar una cita en su EPS o en una unidad intermedia. Las psicólogas mencionan que el Sistema de Salud ha colapsado en muchos sentidos y que por lo tanto es difícil responder a una demanda de tipo existencial. La psicóloga del Hospital San Vicente Fundación alude lo siguiente:

En esta IPS se le da prioridad a otras cosas, no a las demandas existenciales, y aun así, yo creo que ustedes han visto las noticias con el colapso que hay en el servicio de atención inicial. Por ejemplo, en este momento podrían ir a mirar allá y no hay por donde andar, esta semana me tocó atender a un paciente en una camilla, yo ahí agachada y todos escuchando lo que le decía al paciente [E5].

Ahora bien, con respecto al enfoque teórico desde el cual los psicólogos de las IPS sustentan su práctica, es necesario señalar que los hospitales no tienen preferencia por un enfoque teórico específico; así, se encuentra que hay psicólogos que sustentan su práctica desde el enfoque cognitivo, dinámico y humanista. Se resalta, según información suministrada, que lo importante no es el enfoque teórico desde el cual se formula el diagnóstico, sino cumplir con las exigencias de la institución, cuya área de aplicación es la psicología de la salud²³, la cual promueve, según la psicóloga del San Vicente Fundación, el autocuidado, la adherencia al tratamiento y algunos cambios en el estilo de vida.

Así mismo, la psicología de la salud tiene como finalidad *psicoeducar* a los pacientes, es decir, enseñarles en qué consiste la enfermedad, los cuidados que se deben tener, entre otros

²³ Según Stone, “la psicología de la salud es el desarrollo y aplicación de la teoría y las competencias psicológicas a las acciones del Sistema Salud” (1988, p. 20).

aspectos. Es básicamente acompañarlos cuando se presenta una reacción ante un diagnóstico de una enfermedad, contener los estados afectivos que surgen a partir de una hospitalización prolongada o cuando un tratamiento tiene un alto nivel de complejidad. Según las psicólogas, la explicación a un paciente sobre una enfermedad y cómo la puede enfrentar es algo general, no cambia si el psicólogo tiene un enfoque dinámico, humanista o cognitivo.

Los psicólogos de las IPS señalan que el enfoque teórico les sirve para entender el fenómeno y, en la intervención, para aplicar técnicas de acuerdo a la demanda del paciente. La corriente teórica no viene a ser un elemento determinante en el ejercicio diagnóstico que se lleva a cabo en las IPS. Por ejemplo, la psicóloga del Hospital San Vicente Fundación, aunque fundamenta su práctica desde el enfoque dinámico, cuando el paciente solicita determinada técnica que no está dentro de este, igualmente se la proporciona. Al respecto dice lo siguiente:

Si el paciente demanda una técnica específica de cómo evitar una conducta, no puedo indagar sobre su dinámica familiar o cómo fue su niñez, sino que le doy la técnica, a pesar de que esto corresponde más al enfoque cognitivo-conductual que al dinámico [E5].

En vista de lo anterior, cabe cuestionarse acerca del lugar que tiene cada corriente dentro de las IPS, ya que al parecer la respuesta del terapeuta corresponde más a la necesidad inmediata del paciente que a un proceso detallado de los síntomas y lo que subyace a ellos. Es como si el clínico hiciera uso de todo aquello que le pudiera ser útil en la atención psicológica, en términos teóricos, aunque con ello se renuncie a algunos principios epistemológicos.

Como consecuencia de que la psicología ahora pertenezca al área de la salud, el trabajo clínico ha ido adquiriendo otras características que, según las profesionales de la psicología, le favorecen el diálogo con otras disciplinas. Al respecto, la psicóloga señala esto:

La principal característica del trabajo clínico en la institución es que es un trabajo interdisciplinario. Ningún psicólogo podría trabajar en un consultorio a puerta cerrada, porque no tiene sentido; incluso en mi práctica privada, también el trabajo debe ser interdisciplinario. La clínica cada vez se debe abrir más a una socialización, no creo ahora en la clínica a puerta cerrada: quien asiste a consulta y quien atiende. Hay que abrirse un poco a la conversación con otras disciplinas y en esa medida el diagnóstico debe tener la posibilidad de conversar con esas disciplinas [E1].

Los psicólogos de las IPS acreditadas en salud están de acuerdo en que, independientemente de la corriente teórica, estos deben tener un lenguaje común. Insisten en que la psicología debe adaptarse al Sistema de Salud; y mencionan que, para que el ejercicio clínico tenga mayor socialización, se debe alinear con otras disciplinas. Lo anterior pone en escena una discusión interesante con respecto a lo que se entiende por trabajo interdisciplinario, puesto que con base en lo que señala la psicóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe, es como si la psicología tuviera que hacer ciertas renunciaciones en relación con su riqueza teórica para hacerse comprender por otras áreas del conocimiento, tomando en cuenta que los manuales clasificatorios se han convertido en la base para el diálogo entre la psicología y el modelo médico.

Pero entonces, ¿qué relación existe entre el diagnóstico que se realiza en las IPS acreditadas en salud en el Valle de Aburrá y el que se sustenta desde los diferentes enfoques teóricos de la psicología? ¿Será que, según lo planteado por las psicólogas entrevistadas, no

existe relación alguna? A continuación se presenta, a modo de reflexión, la búsqueda de esa relación.

En contraste con el diagnóstico que se sustenta desde la corriente humanista, las IPS acreditadas en salud no acogen, en sus políticas internas de trabajo, un servicio de intervención en psicología amparado por los marcos conceptuales que se proponen desde dicha corriente. Para ello hay varias razones.

En primer lugar, que en las IPS no se presta el servicio de psicología a las personas cuyo interés radique en asuntos meramente reflexivos o de carácter existencial, razón por la cual no hay lugar en estas instituciones para lo que se propone teóricamente desde dicha corriente. En esa medida, una IPS no contaría con un servicio en psicología fundamentado por los principios clínicos con los que se trabaja desde la perspectiva humanista, a saber: una constante indagación frente a asuntos de carácter interno, de los cuales la persona no ha sido consciente y que generan malestar y rupturas con la realidad. Esta atención psicológica que se brinda en los centros asistenciales de salud es de carácter limitante en la medida en que la construcción que se haga en consulta estará enteramente ligada al número de sesiones que fueron aprobadas por la EPS; es por esa razón que no se alude a procesos clínicos apoyados principalmente en lo teórico, sino a unos intereses del Sistema Nacional de Salud que corresponden más a parámetros o lineamientos institucionales cuyos fines consisten, principalmente, en establecer unas cifras que den cuenta de los trastornos que imperan a nivel nacional.

En segundo lugar, para encaminar un tratamiento desde la terapia humanista, se desarrollan valoraciones a partir del resultado de la aplicación de técnicas propias de esta corriente, como se

señaló anteriormente. Dichas técnicas en sí mismas, aunque no posean elementos teóricos para la elaboración del diagnóstico, sí dan pie para que el clínico pueda conducir el tratamiento que se llevará a cabo con el paciente. Esto para decir que, por cuestiones políticas, en las IPS no se trabaja con las herramientas clínicas específicas utilizadas en dicha terapia; la principal razón es que no se cuenta con la posibilidad de darle a cada paciente el tiempo que normalmente se requeriría para llevar a término tales observaciones, además de que las IPS, por asuntos ya establecidos, no brindan, por lo general, un tratamiento completo para los usuarios, una vez se haya elaborado la hipótesis diagnóstica.

Además, dichas técnicas y herramientas constituyentes de la corriente epistemológica, posibilitan el desarrollo de las potencialidades del paciente; si se habla en términos de temporalidad, como se mencionó anteriormente, estos instrumentos, relevantes dentro de esta terapia, no tendrían lugar en los centros asistenciales de salud debido a la gran restricción, en cuanto a la asignación de citas, que se tiene con una persona que solicita a su EPS una consulta por psicología, ya que en el mejor de los casos el paciente obtendrá desde cinco a diez sesiones, lo cual, desde una perspectiva teórica, no daría lugar a una comprensión lo suficientemente clara de lo que acontece interiormente con el paciente.

En cuanto a Carl Rogers, este argumenta que “el diagnóstico psicológico es innecesario para la psicoterapia y puede llegar a ser perjudicial para el proceso terapéutico” (EPC, s.f., p. 5; citando a Rogers, 1951, p. 220). Rogers formula que lo más importante en el proceso psicológico no es reemplazar la visión de persona por la de un diagnóstico, dado que en muchos casos no es el sistema quien solicita un diagnóstico inmediato, sino que es el mismo psicólogo quien

afanosamente trata de ubicar al paciente en uno de los manuales clasificatorios, sin decir que la institución no exige generalmente una hipótesis diagnóstica pronta.

Esto, en el marco de la atención institucional, permite dar cuenta de los distintos fines que se tienen en la psicología en relación con la atención que se presta en las IPS. Estos lugares en sí mismos no trabajan con las medidas que se asumen en la labor clínica particular. Por ejemplo: se han descrito casos en los que el psicólogo, por demanda de la institución en la que presta el servicio de asesorías psicológicas, debe consignar en la historia clínica la hipótesis diagnóstica, asunto que de entrada puede resultar precipitado, afanoso o, en el mejor de los casos, describir las valoraciones clínicas y especificar que es un diagnóstico en estudio.

Por otro lado, el diagnóstico que se sustenta desde el enfoque cognitivo-conductual tiene aspectos relacionados con el que se realiza desde las IPS acreditadas en salud en el Valle de Aburrá. Uno de ellos es el uso del *Manual Estadístico y Clasificador de las Enfermedades Mentales* (DSM) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE). En el caso particular de las IPS, se debe utilizar un lenguaje médico en los hallazgos psicopatológicos que encuentre el psicólogo, para favorecer la comprensión del personal médico del hospital en cuanto a la terminología psicológica propia de cada enfoque teórico.

Cabe aclarar que no todos los psicólogos que sustentan su práctica clínica desde este enfoque se limitan únicamente a la utilización de los manuales descritos anteriormente; es más, su uso no es desfavorable si se contrasta con las propuestas teóricas que se ofrecen, ya que hay diversos elementos que permiten evaluar disfuncionalidades, conductas desadaptativas, pensamientos automáticos, ideas irracionales, esquemas maladaptativos tempranos, entre otros.

Según la docente Díez (comunicación personal, marzo 3 de 2015) para realizar un diagnóstico desde dicho enfoque, se deben evaluar los signos y síntomas que manifieste la persona cuando acude donde el psicólogo y, con esta información, el clínico podrá hacer una revisión desde la teoría para hacer una adecuada elaboración diagnóstica.

Por otra parte, según una psicóloga entrevistada [E5], en los diagnósticos no se debe incluir terminología propia de la corriente teórica, ya que la base para este diagnóstico la constituyen el DSM-IV y la CIE-10; además, menciona que los psicólogos del Hospital San Vicente Fundación no pueden incluir diagnósticos en la historia del paciente, ya que esta labor la realiza el psiquiatra. Aparte de esto, señala que la corriente teórica solo le sirve al psicólogo para entender los fenómenos psíquicos, pero no para establecer un diagnóstico ni para intervenir al respecto.

En consecuencia, el hecho de que el psicólogo no pueda incluir diagnósticos en la historia del paciente no significa que esté incapacitado para formular hipótesis y recoger elementos de los manuales clasificatorios, que le permitan tener una mirada integral de la problemática con la que llega el paciente. Además, no le impide realizar un diagnóstico diferencial, una evaluación multiaxial y un contraste de la información encontrada en los manuales clasificatorios con las propuestas teóricas, con el fin de hacer una distinción entre las disfuncionalidades, las alteraciones clínicamente significativas y las patologías.

Es importante señalar que en los hospitales acreditados en salud del Valle de Aburrá no se brinda continuidad y seguimiento al tratamiento, debido a que la demanda del hospital frente a la

atención psicológica es bastante alta. Cuando se aprueba el servicio de apoyo en psicología, no es prioritario el número de encuentros que beneficiará al paciente, sino unas pocas atenciones con escasas posibilidades de abordar la dificultad o el problema principal de la persona o, en su defecto, se da lugar a un diagnóstico afanoso que no corresponde explícitamente con lo que se requiere.

En otro orden de ideas, el enfoque cognitivo tiene como fin la comprensión del problema de la persona. También resalta la importancia que tiene el encuentro periódico entre paciente y psicólogo como una posibilidad para que este último pueda realizar un diagnóstico adecuado; asimismo, para dar permanencia y continuidad al proceso terapéutico, en el que a la persona se le facilite un equilibrio emocional.

Desde la perspectiva psicodinámica, contrario a lo que ocurre en las IPS, se le otorga gran relevancia a la formulación diagnóstica como elemento fundamental que da cuenta de la organización de personalidad que tiene el paciente. El diagnóstico está orientado hacia la comprensión de la realidad del individuo. Desde este enfoque, al clínico no le interesa hacer una lectura sintomática, sino que va a tratar de ir más allá.

A su vez, desde el enfoque dinámico, y a partir de Maganto & Ávila (1999), se proponen revisiones desde la teoría más allá de lo que se ofrece en los manuales de clasificación de los trastornos mentales para determinar un diagnóstico. Una de las posibles explicaciones para ello es que para este modelo el síntoma o la causa del malestar es solo la manifestación externa de un conflicto interno, síntoma como exteriorización de un conflicto que se da entre las distintas

instancias psíquicas delimitadas por el psicoanálisis (ello, yo, superyó) cuando hay una discordancia entre la demanda interna y las exigencias sociales. Desde este modelo algunos autores mencionan, con respecto a los manuales de trastornos mentales, lo siguiente:

La crítica que desde el modelo psicoanalítico se hace a estas guías es la de ser utilizadas como fines absolutos y no como medios para ser completadas con otras perspectivas. Se han convertido para muchos en una especie de esperanto de la salud mental, una lengua única que homogeneiza y que no da lugar a ningún saber más allá de la estadística (Maganto & Ávila, 1999, p. 309).

Es evidente que las IPS encajan perfectamente en la crítica que se hace desde el modelo dinámico a los manuales diagnósticos. Estas instituciones han encontrado en los manuales la forma de homogenizar su lenguaje y de tener control sobre los cuerpos a través de su clasificación. La crítica que se hace a estas guías, no solo desde el modelo dinámico sino también desde el psicoanálisis, es la de “ser utilizadas como fines absolutos y no como medios para ser completadas con otras perspectivas” (Maganto & Ávila, 1999, p. 309).

A diferencia del diagnóstico que se realiza en las IPS, en el cual impera la agrupación de síntomas, el diagnóstico desde el enfoque dinámico se presenta como el resultado de un análisis juicioso donde se interrelacionan aspectos representacionales, evolutivos y relacionales del paciente. Es importante aclarar que el diagnóstico en el modelo dinámico tiene como objetivo conocer las causas de los hechos clínicos y no simplemente erradicar síntomas, de ahí que “el primer rasgo de identidad es el de la causalidad de los hechos, el origen del trastorno, el rastreo del porqué de los síntomas” (Maganto C., 1999, p. 5).

El enfoque psicodinámico ofrece un gran bagaje teórico con respecto al diagnóstico; cuenta con diagnóstico estructural, de analizabilidad, de conclusión, de confrontación, entre otros. Todos ellos están caracterizados por procesos que comprenden diferentes etapas de análisis y porque el individuo no es entendido como sujeto sin contexto; al contrario, se hace un rastreo de los diferentes ámbitos que acogen al paciente (social, económico, familiar, laboral, escolar). El diagnóstico, señalan Maganto & Ávila (1999), no se agota en una valoración sintomática ni en una clasificación de estructura.

Al igual que los autores anteriormente citados, los docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello, que soportan su práctica desde el modelo dinámico, están de acuerdo en que una lectura simplemente sintomática no devela la organización de personalidad que posee el paciente, sino que “esas formaciones sintomáticas hay que ponerlas en el contexto de las construcciones significativas del sujeto, en tanto no toda persona bajo las mismas condiciones desarrolla un estilo de relación de personalidad particular” (Bedoya, D., comunicación personal, febrero 2 de 2015).

En otro orden de ideas, es importante señalar que el modelo dinámico cuenta con el *Manual Psicodinámico Operacionalizado*, el cual describe y clasifica las psicopatologías y está diseñado para servir de apoyo a la elaboración de hipótesis diagnósticas y procesos terapéuticos acordes con lo que la corriente dinámica propone epistemológicamente, con el fin de relacionar la información que se encuentra en los manuales diagnósticos y la teoría que plantean los autores de orientación psicodinámica. Este manual surge como respuesta a la multiplicidad teórica con la

que cuenta la corriente dinámica de la psicología, al igual que los modelos médicos propuestos en las IPS para el ejercicio clínico en el campo de la salud.

Por lo que se refiere al diagnóstico que se elabora en las IPS, los psicólogos señalan que en el ambiente hospitalario impera el lenguaje médico, y consideran que sería embarazoso que la psicología tuviera un lenguaje particular a partir de cada corriente teórica. La psicóloga afirma que “se debe usar un lenguaje médico, aunque no sea médico [sic]” [E5]. Esto deja sentado que los manuales clasificatorios (DSM-IV y CIE-10) deben ser la base del ejercicio clínico de los psicólogos para que logren hacerse entender por las demás disciplinas.

Los diagnósticos que se realizan de enfermedad mental o afectiva los debe definir el psiquiatra que evalúa al paciente. “Los psicólogos no agregan diagnósticos nuevos a la historia del paciente, esta responsabilidad la asume el personal médico” [E5]. El psicólogo debe ceñirse o adaptarse a lo que proponen los manuales diagnósticos pues, de no hacerlo, el personal médico no comprendería a lo que este se refiere cuando realiza observaciones en términos propiamente psicológicos. Al respecto, la psicóloga del Hospital San Vicente Fundación considera que

es un proceso de adaptación porque no hay un curso de psicología para el ambiente médico, los psicólogos perciben de qué manera el personal médico comprende, entonces se van acotando los términos y el lenguaje se va unificando. Los médicos tienen estudios básicos en psiquiatría y por tanto se les facilita la comprensión de los manuales diagnósticos clasificatorios. En consecuencia, el psicólogo también adopta este mismo lenguaje en su práctica clínica para hacerse entender [E5].

Por su parte, las psicólogas de los hospitales Pablo Tobón Uribe y San Vicente Fundación coinciden en que el diagnóstico, independientemente de la corriente teórica desde la cual cada psicólogo sustenta su práctica, debe tener la capacidad de conversar con otras especialidades y de utilizar un lenguaje común. Igualmente, definen el diagnóstico como “un conjunto de fenomenología o de síntomas que está expresando una persona o un ser humano que llega a consulta, es en lo que convergen esos síntomas” [E1]. El diagnóstico correspondería a la identificación de ciertos síntomas que, agrupados, reciben el nombre de un trastorno específico.

Queda sentada la idea de las profesionales de que la psicología debe adherirse a los manuales diagnósticos, porque es la única forma de hacerse comprender en los centros hospitalarios. Las psicólogas consideran que la corriente teórica por la que se inclinan les permite comprender las diferentes alteraciones, a nivel psíquico, que presentan los pacientes. Por ejemplo, las psicólogas, desde el enfoque dinámico, trabajan en términos de procesos, en los cuales “los elementos que lo componen van dentro de un marco del desarrollo que implica no solo la sintomatología actual, sino la historia de esa sintomatología anudada a un contexto, anudada a una historia de vida y a un origen” [E1].

De igual forma, se debe tener en cuenta que, en la mayoría de las ocasiones, no es el psicólogo quien emite el diagnóstico, sino que el paciente es remitido por psiquiatría o por médico especialista con un diagnóstico ya sea de omisión, de trabajo, en estudio o confirmado. Al respecto, la psicóloga del Hospital Universitario San Vicente Fundación agrega que “estos diagnósticos son enviados al DANE para realizar análisis epidemiológicos y para las estadísticas” [E5], y argumenta que el perfil del psicólogo no está apto para agregar más

diagnósticos que los que establece el médico especialista, aunque en ciertos casos es el psiquiatra quien lo incluye con base en los manuales clasificatorios DSM y CIE-10. El diagnóstico que realizan las psicólogas queda especificado solo en la historia clínica.

No obstante, la psicóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe resalta que la relación entre el diagnóstico que se hace a partir de los manuales clasificatorios y los que se hacen desde las diferentes corrientes teóricas, no es compleja:

No se hace difícil porque finalmente no cambia mucho la relación terapéutica, a una persona no se le llama ni se le define por el diagnóstico, este ilustra una parte del proceso que se está llevando clínicamente. Hay unos criterios que se deben cumplir para el trabajo en salud, no solo por estadísticas en Colombia, sino para la seguridad de la información de la institución donde estamos laborando: debe aparecer un registro de esa atención, el cual está basado no solo en la característica de esta, sino por qué vino esa persona a consulta, y ese por qué es el diagnóstico [E1].

Según la psicóloga antes citada, el diagnóstico corresponde a la forma como se nombra la agrupación de síntomas con los que llega el paciente o al motivo de consulta del mismo. De ahí que mencione que es importante, en la atención psicológica, tener presente el motivo de consulta del paciente: “si fue por una depresión, por ansiedad, por un trastorno de infancia, por un problema de pareja o por unos síntomas en el estado anímico, reactivos a una condición clínica médica” [E1]. Se menciona que, sin importar desde dónde se nombre el síntoma (CIE-10, DSM IV, OPD), el proceso de la intervención terapéutica no cambia.

Sin embargo, para las diferentes corrientes de la psicología, es importante desde dónde se nombre el síntoma, desde qué lugar se observa y qué estatuto tiene este para el diagnóstico; y, contrario a lo que opina la psicóloga antes citada, la forma como se nombre va a tener un efecto en la relación terapéutica; es decir, no se establece el mismo modo de relación con una paciente con una estructura psicótica que con otro de estructura neurótica. Por lo anterior, el psicoanálisis —sin ser una corriente de la psicología— sugiere mantener en reserva el diagnóstico, dándole mayor relevancia a la palabra.

Por otro lado, en la atención psicológica que se les brinda a los usuarios, la psicóloga señala que siempre se debe llevar un registro de la asistencia y de cada sesión, puesto que, a diferencia del diagnóstico, en las sesiones sí se pueden encontrar aspectos nuevos. Agrega que el diagnóstico no cambia con cada cita, ya que “la estructura de un ser humano como tal, la estructura psíquica que es de donde hablamos en la dinámica, no cambiaría como tal [sic]” [E1]. Sin embargo, esto podría pensarse con mayor cuidado, ya que existen casos en los cuales el psicólogo inicialmente tenía una hipótesis diagnóstica, pero, en sesiones posteriores, puede suceder que surjan elementos que lleven al clínico a otro lugar de la teoría.

A partir de lo anterior, se sostiene la importancia que tiene un riguroso ejercicio diagnóstico, ya que este encamina el proceso terapéutico que se llevará a cabo con el paciente y es un punto clave de apoyo para el profesional. Desde los enfoques teóricos de la psicología se presentan diferentes propuestas para la formulación del diagnóstico, ya que estos se apoyan en la teoría que se propone desde cada uno, con el fin de generar un plan para el tratamiento del paciente. En las IPS acreditadas en salud, en algunas ocasiones, no se realizan valoraciones

diagnósticas, sino que se realizan atenciones ambulatorias o consultorías psicológicas para regular la tristeza, la ansiedad, el estrés, entre otras.

Si bien el diagnóstico médico y el psicológico encuentran puntos de relación, no se puede presumir que son lo mismo, pues el médico general, cuando realiza sus intervenciones, lleva consigo un bagaje teórico y una experiencia personal que le ayudarán a hacer el examen físico, teniendo como foco de atención lo orgánico, e igualmente hace preguntas para informarse sobre lo que siente el paciente y recurre al historial clínico (antecedentes). Luego, por una lectura de los síntomas, detecta la enfermedad, en algunos casos hace remisiones y, finalmente, considera los modos de lograr la curación. Es diferente hablar en términos orgánicos a hablar de padecimiento psíquico (Idáñez & Egg, 2001). Esta diferencia radica en el hecho de que para el clínico será fundamental no solo desentrañar los signos y síntomas con que llega el paciente, sino que también hará todo un ejercicio terapéutico que logre establecer con qué tipo de organización psíquica se enfrenta.

Ahora, a partir de la forma como diagnostican las psicólogas de los hospitales San Vicente Fundación y Pablo Tobón Uribe, se menciona que la relación entre el diagnóstico que se plantea desde el enfoque teórico y los manuales diagnósticos desde el modelo médico no es complicada puesto que, según ellas, el modo como se diagnostica no afecta la relación terapéutica. Igualmente, señalan que los requerimientos de las IPS con respecto a los diagnósticos se encuentran de acuerdo con el Sistema General de Salud, pero no con los diferentes enfoques teóricos de la psicología, de esta manera:

La IPS se ajusta a la ley nacional de salud mental en Colombia, la cual dice que se debe hacer un registro de cada atención y elaborar un diagnóstico que permita unas estadísticas globales, lo que facilita regular la atención en salud mental de esas personas que están asistiendo, pero el proceso clínico como tal que yo voy a llevar con esa persona que estoy atendiendo es mucho más amplio y no podría determinarse por unas leyes; es decir, esas leyes van a regular que se esté dando de la manera adecuada, esto es, que yo le dé un diagnóstico a esa persona y que esta tenga un registro de la atención para garantizar ciertas normas de seguridad en salud, pero el proceso es mucho más amplio: dentro de una sesión se dan muchas más cosas, se dan una cantidad de expresiones y movilizaciones que son propias del proceso clínico [E1].

Los requerimientos que hace el Sistema General de Salud sobre los diagnósticos es que lo que se emita corresponda con un manual diagnóstico avalado a nivel nacional o internacional, por lo que las IPS acreditadas en Salud están regidas por el DSM-IV, que es el manual estadístico norteamericano, o por la CIE-10, que es el europeo. “Las instituciones acogen estos manuales y aplican tanto para el psicólogo como para el médico o la enfermera” [E1] y siempre se debe hacer un registro en una agenda electrónica de la persona que asiste; esta agenda electrónica se maneja a través de un *software* específico²⁴, en el cual se establece la historia clínica.

Las psicólogas entrevistadas están de acuerdo en que el objetivo del diagnóstico no cambia en ningún momento: orientar el trabajo a realizar. “Eso aplica desde cualquier punto de vista. Desde el punto de vista orgánico o psíquico, el diagnóstico le da el punto de partida para saber

²⁴ El *software* en cada IPS puede ser diferente, por ejemplo en el Hospital San Vicente Fundación utilizan el software: Servicio de Atención Psicológica (SAP).

usted qué le va a hacer a un paciente” [E1]. El diagnóstico permite “direccionar el proceso terapéutico que se está atendiendo” [E1]. Consideran que el diagnóstico no tiene la finalidad de rotular sino de ilustrar un proceso terapéutico. De esto se concluye, entonces, que el tratamiento, al igual que el diagnóstico, es estándar. Al respecto se menciona lo siguiente:

El psicólogo debe contar con ciertas bases científicas que le permitan saber qué está pasando con esa persona que está atendiendo, para de ahí poder orientar los objetivos terapéuticos, eso debe existir en cualquier corriente y en cualquier IPS. Creo que eso depende de los terapeutas: el hecho de que un terapeuta sepa hacia dónde va un proceso de quien consulta, sepa qué hacer con esa persona, le va a permitir delimitar el proceso hacia dónde va, saber si se trata de una psicosis, si se trata de una depresión, si estamos frente a una de las patologías de un desorden del carácter, si estamos hablando de esquizofrenia; eso va a delimitar, orientar y ayudar mucho en el proceso terapéutico, porque quien asiste a consulta tiene la esperanza y la confianza de poder construir en ese espacio no solo algo para su vida, sino también comprender qué está pasando en su vida y, de alguna manera, creo que para eso existe el diagnóstico, para poder — más que rotular a alguien— comprender qué está pasando en la vida de esa persona [E1].

Las psicólogas [E1] y [E5] relacionan, en la historia clínica, los aspectos subjetivos del paciente, es decir, lo que este refiere; así mismo, el aspecto objetivo, que es lo que observa el clínico; complementado ello con un plan de tratamiento y un análisis; lo que no se hace es incluir un diagnóstico principal. Del mismo modo, a la historia clínica del paciente puede acceder el personal médico, si fuera necesario. Sin embargo, en ocasiones, es difícil que los especialistas consideren revisar la historia clínica del paciente, desde un punto de vista psicológico; por eso

las psicólogas deben considerar otras formas de hacerles llegar la información a los especialistas, como por ejemplo directamente.

Por otro lado, y volviendo al diagnóstico psicológico que hacen los clínicos dentro de las IPS, se encuentran algunas diferencias en el modo de operar cuando los síntomas de los pacientes no coinciden con los criterios o trastornos que se encuentran dentro de la CIE-10 o el DSM-IV. Se argumenta que cuando los síntomas no coinciden con un trastorno, se pone ‘no aplica’ y se amplía la información sobre la sintomatología; aunque la ley pida que se emita un diagnóstico, el paciente a veces llega con una serie de síntomas que no se ubican dentro de los códigos que tienen la CIE-10 o el DSM. En el Hospital Pablo Tobón Uribe, al psicólogo se le permite, cuando va a poner el diagnóstico, hacer uso de estos ítem: en estudio (es solo sospecha), diagnóstico confirmado o diagnóstico repetido confirmado. La psicóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe menciona al respecto lo siguiente:

Se debe escribir que es una persona que por algún síntoma tuvo que haber llegado a la sesión, ya sea con tristeza, ansiedad o, si no tiene alguno de esos síntomas, tiene alguna duda para resolver y eso debe aparecer documentado. Lo más importante es documentar lo que está pasando con esa persona en una sesión. A veces, incluso en la práctica clínica independiente, no siempre se tiene un diagnóstico inicial, puede pasar un tiempo para que se dé el diagnóstico pero algo sucede en esa sesión [E1].

Con respecto a lo que hace el clínico cuando identifica que no existe correspondencia entre los síntomas que presentan los pacientes y los de algún trastorno de los manuales clasificatorios, es importante señalar que algunos pacientes presentan “una reacción de ajuste con síntomas

depresivos o con síntomas ansiosos frente a un diagnóstico médico, o paciente que niega tener síntomas afectivos pero manifiesta tener esta preocupación por un cambio de su imagen corporal” [E5], lo cual puede indicar un riesgo potencial de desarrollar un trastorno mayor si no se interviene. En estos casos se especifica en la historia clínica el riesgo que corre el paciente.

Asimismo, las psicólogas [E1] y [E5] consideran que no hay exigencias explícitas sobre el tiempo para la formulación diagnóstica. Empero, subrayan que “la atención en el ambiente hospitalario está sujeta a la oportunidad y, por tanto, entre [sic] más pronto mejor” [E5]. Los pacientes, en su gran mayoría, no preguntan sobre su diagnóstico psicológico, generalmente porque son “médicamente enfermos y no se ocupan o se afanan por conocer el diagnóstico psicológico, ya que para ellos prima lo físico en este contexto” [E1]. Pero si el paciente solicita la información, se le entrega teniendo cuidado con la manera como se hace. Por ejemplo:

Se le dice a un paciente: “lo que está pasando psicológicamente es esperable para tus condiciones. Vamos a trabajar un poco más para que te autorregules emocionalmente”. A veces no preguntan nada, pero de igual forma se les dice: “veo unos síntomas depresivos, un antecedente de riesgo, voy a pedir una ayuda por el lado de psiquiatría para que ellos nos confirmen y nos hagan el diagnóstico diferencial” para que se fijen si se benefician de un apoyo farmacológico o no [E5].

Efectivamente, se debe emitir un diagnóstico en la primera sesión; sin embargo, los hospitales aquí señalados se muestran flexibles ante esta solicitud. Los psicólogos sí deben tener, luego de la atención psicológica inicial, una impresión diagnóstica, pero el diagnóstico confirmado debe corresponder a un proceso terapéutico. Según la psicóloga del Hospital Pablo

Tobón Uribe, el diagnóstico lo emite en la sesión tres o cuatro, “en aras de lo que es la comprensión de un ser humano, de darle la posibilidad de que argumente una historia y de poder entender un contexto que rodea a esa persona” [E1]. Sumado al establecimiento del diagnóstico, el clínico le hace la devolución al paciente de acuerdo a la relación terapéutica que se haya establecido, por lo siguiente:

Cada estructura tiene unos síntomas, unas defensas y unos miedos que van ligados a esas defensas, entonces no se le podría decir a alguien con unas defensas muy primitivas en su estructura, un diagnóstico que lo que va a hacer es inundarle de angustia y generarle conductas disruptivas o incluso que deserte de la sesión (...). Un diagnóstico se hace de acuerdo al proceso terapéutico y de acuerdo a la relación terapéutica con esa persona [E1].

Sería interesante mencionar aquí la apreciación que tiene la psicóloga [E1], del Hospital Pablo Tobón Uribe, con respecto al afán de muchos profesionales por emitir un diagnóstico. Considera que, en ocasiones, “hablar de un diagnóstico se vuelve prioritario para el terapeuta para resolver los problemas de ego que tiene, de si supo o no diagnosticar” [E1]. Para esta psicóloga, el diagnóstico solo es la base de un proceso terapéutico:

Por eso, cuando uno se encuentra personas que dicen: “es que fui al psicólogo y me dijo que yo soy maniaco-depresivo”, eso es un asunto del psicólogo, es un problema de ego del psicólogo que le fue lanzando eso al otro en una segunda sesión. Yo pienso que primero hay que cuidar a esa persona que está consultando, si pregunta yo creo que es importante responderle, está haciendo una pregunta que hay que responderle, pero creo que primero hay que cuidar otros asuntos antes de expresar un diagnóstico [E1].

La psicóloga antes citada señala, también, que cuando alguien va a consultar quiere resolver un asunto específico en su vida, y que la forma como lo puede resolver no es precisamente conociendo el diagnóstico. Igualmente, encuentra que el diagnóstico no resuelve nada; en cambio, responder en términos de proceso puede ser más efectivo, por ejemplo, “preguntándole al paciente por qué históricamente lleva repitiendo lo mismo, eso sí le ayuda a responder mucho más ese asunto” [E1].

Particularmente, se podría señalar el trabajo de grado de una estudiante de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello (Díez, 2014), quien realizó un estudio de caso de una niña de la Institución Educativa Liceo Antioqueño de Bello diagnosticada con Trastorno por Déficit de Atención (TDA). Este diagnóstico da cuenta, efectivamente, de lo que produce “un análisis afanoso” (Díez, 2014, p. 6) y sin ningún rigor científico. Este caso ilustra lo que para la psicóloga [E1] es una falta ética del psicólogo, y muestra la dificultad con la que se enfrenta el clínico al querer hacer coincidir el cumplimiento de sus deberes como funcionario del sistema y una atención psicológica con calidad para sus pacientes.

El caso señala la vaguedad de las definiciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4ª edición (DSM-IV), que no solo conlleva a posibles interpretaciones erróneas y estigmatizaciones innecesarias, sino que también tiene importantes implicaciones prácticas para las familias y los profesionales”. (Díez, 2014, p. 9; citando a Cardo & Servera, 2008, p. 365).

El análisis de caso de esta niña de 10 años es importante como ejemplo para esta investigación, ya que la niña es remitida a la EPS con el fin de recibir atención psicológica y esto es lo que se encuentra:

En la entidad promotora de salud fue atendida en 3 sesiones, en las que se utilizaron técnicas de evaluación como: pruebas manipulativas (interpretación del reporte de la niña), dibujos y cuento (según historia clínica). En la primera sesión con psicología fue diagnosticada con “Trastorno de Vinculación Reactiva inhibida (Dx F941)”. Dos meses después, en la segunda sesión psicológica se registra en la historia clínica (la cual es confusa) un aparente avance en las interacciones en el colegio; sin embargo, hace mención de dificultades académicas según relato de la madre, describiendo que no hay conocimiento de las causas e infiriendo que, tal vez, sea por déficit de atención o dificultad de aprendizaje. Finalmente, se llega a la conclusión (según historia clínica): “al evaluar se encuentran más rasgos de déficit de atención y estilos de estudio adecuados”. En esta sesión se emite el diagnóstico: “DxF94. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia tipo inhibido. F988. Déficit de atención” (se omiten los datos del psicólogo por protección de su identidad). Adicionalmente, el profesional de psicología que la ha atendido sugirió, verbalmente, que era necesario realizar un seguimiento y la posibilidad de remitir a evaluación psiquiátrica para incluir medicación en el tratamiento. Con base en ello, la familia decide no volver a las citas y más bien recurrir a evaluación de un psicólogo particular (Díez, 2014, p. 13).

Por lo anterior, se puede analizar, con base en las conclusiones presentadas, que los diagnósticos que se le dieron a la familia de la niña fueron apresurados. En este caso particular se puede ver que por la premura de llenar bases de datos y cumplir con solicitudes administrativas,

en ocasiones, se olvida que lo que se pone en juego es el bienestar del paciente y también que el diagnóstico tiene un efecto en la vida personal, familiar y social del paciente.

Ahora, con respecto a las sesiones que se le asignan a un paciente, se debe tener presente que la atención psicológica, a veces, no pasa de una sesión, ya que los usuarios que se atienden en las IPS son del servicio de hospitalización, los cuales están por un tiempo y un diagnóstico específico. Cuando son pacientes que acceden a la atención psicológica por consulta externa, y estas consultas se las autorizó una EPS, esta es quien toma la decisión de cuántas sesiones se le pueden proporcionar al paciente. También se pueden encontrar pacientes que van directamente a la IPS y toman la decisión de pagar su proceso terapéutico. De lo anterior, es importante decir que desde el encuadre se delimitan unos objetivos terapéuticos de acuerdo al número de sesiones.

El enfoque teórico es de uso subjetivo a la hora de aplicar alguna técnica o de comprender el fenómeno pero, frente a la institución, la base es aplicar psicología de la salud y términos que sean acordes al ámbito hospitalario:

Es que el enfoque del trabajo de la institución es la psicología de la salud y cada corriente tiene algo para decir en la psicología de la salud, entonces no habría por qué haber divergencias; es decir, si vamos a ir a ver psicología social en la psicología de la salud sí habría una dificultad, aquí se trabaja es solo psicología de la salud [E1].

Según la psicóloga antes citada, el diagnóstico también corresponde al motivo de consulta, es decir, al porqué: “si fue por una depresión, por ansiedad, por un trastorno de infancia, por un problema de pareja, por unos síntomas en el estado anímico reactivos o una condición clínica

médica” [E1]. Se considera que la forma como se nombra el malestar del paciente no tiene mayor relevancia en el proceso de intervención y que lo que cambia es el registro de la información. Es posible que en la intervención surjan aspectos que clarifiquen el diagnóstico, pero para [E1] la estructura psíquica de una persona no cambia; al respecto dice lo siguiente: “se pone una impresión diagnóstica y esta no cambia, ya queda registrado en la historia clínica; lo que sí puede ir cambiando son las características de la sesión y eso es lo que se registra” [E1].

Así las cosas, se plantea una marcada diferencia entre la apasionante actividad psicológica que se dicta en las universidades y el crudo ejercicio de la misma en las instituciones prestadoras de servicios. ¿A qué se debe esto? El Sistema Nacional de Salud de Colombia, bajo unas políticas específicas de trabajo, mantiene a la mayor parte de la población inscrita en un sistema de salud que no es óptimo y para el cual es más importante la estadística que la calidad en sus servicios. Se ofrecen pocas sesiones y el diagnóstico es mecánico y superficial, lo cual trae consigo consecuencias para el bienestar del usuario.

El mayor problema no es el bajo nivel de empleo y de remuneración de los psicólogos en el sector de la salud, como lo señala Flórez Alarcón (2006); lo problemático es que en el sector salud la función del psicólogo y su ejercicio se esté potencializando cada vez menos, se esté limitando la mirada clínica del profesional y se esté perdiendo de vista el objetivo de un proceso psicológico conveniente, pensado en la persona más que en una lista de pacientes atendidos por día.

El devenir de la psicología clínica de la salud se está convirtiendo en una tarea que se alterna, sufriendo de diversos cambios en comparación con la psicología clínica tal y como se le concibe dentro de la academia. Son diferentes perspectivas las que se tienen del acontecer psicológico en el marco de la salud, más si el modo de aplicación psicológica dentro de las IPS se continúa implementando como hasta ahora, pues se terminará por dar mucho más sustento a la idea de 'modelo biomédico' señalada por Flórez (2006) en lo que a ella respecta.

Según los diferentes enfoques de la psicología, la formulación de un diagnóstico sin la previa evaluación puede, entre muchas cosas, alterar no solo el procedimiento psicológico, sino también el bienestar de la persona que recibe atención. La formulación del caso clínico requiere una detenida observación y un minucioso trabajo por parte del profesional. El trabajo clínico supone la puesta en marcha de procedimientos sistemáticos y específicos, que conlleven a un diagnóstico preciso.

Con base en lo anterior, se puede pensar y reflexionar en las implicaciones negativas de un mal diagnóstico, a la luz de lo planteado por Camacho (2006) en un estudio que hace sobre los diagnósticos y el DSM-IV, en el cual argumenta que la primera implicación de un mal diagnóstico sería marcar a las personas, tomando a las mismas por el diagnóstico en sí, tratándolas como meras patologías y convirtiendo un mal diagnóstico en una práctica que podría pasar por discriminatoria. Menciona que esta mala doctrina es frecuente en la experiencia de la psicología y la psiquiatría, en las que se trata como cosa al individuo; esto pasa fundamentalmente con los pacientes con patologías crónicas o que resaltan en una característica.

Para finalizar, y dándole continuidad a lo antes mencionado, se debe señalar que lo que se está presentando en las IPS y en el Sistema General de Salud es, como lo menciona Zuluaga (2013), una deshumanización de la clínica y un ennoblecimiento de la técnica; es decir, un borramiento de la subjetividad de las personas, toda vez que se le otorgan menos espacios a prácticas que rescatan la particularidad. Algunos psicólogos, en su afán por tener un reconocimiento en el campo de la salud, han olvidado que su herramienta fundamental es la palabra. “¿De qué sirve darle a un paciente un diagnóstico que no sea más que para obturarle la posibilidad de que él mismo se pregunte...qué pasa con él?” (Zuluaga, 2013, p. 4).

Dado que lo importante del abordaje psicoanalítico, y en general de toda psicoterapia, radica en el uso de la palabra como reveladora del malestar y, al mismo tiempo, como guía hacia la cura, no se debe pensar que dándole el diagnóstico al paciente, este podrá cuestionarse sobre sí, o acaso ¿de qué le sirve saber que le han puesto un nombre a su malestar o a los interrogantes que tienen frente al acontecer humano?

Por último, es necesario señalar el lugar del psicólogo en las IPS, ya que en gran medida es su responsabilidad el puesto que en la actualidad está ocupando. Se resalta la posición ética del psicólogo frente a las demandas que se le hacen desde afuera. No se puede pretender convertir cualquier dolencia, estado bajo de ánimo y de estrés, o una combinación de ambas, en una generalización que se utilice para clasificar enfermedades que, finalmente, conlleva a otros asuntos polémicos que poco permiten cuestionar, y esto se da por el afán de establecer clasificaciones que dan lugar al control de fenómenos y a la medicación para desaparecer síntomas; de ahí la crítica hacia la psiquiatría clásica, que generaliza los diagnósticos y busca

potencializar la industria de los medicamentos. Con respecto a lo anterior, la psicoanalista Zuluaga menciona que “generalizar un diagnóstico, banalizarlo, es hacerlo un comodín que responde a cualquier situación, impase, o accidente subjetivo (...)” (2013, p. 6).

En conclusión, se puede establecer que la relación que existe entre el diagnóstico que se realiza en las IPS acreditadas en salud en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y el que se sustenta desde los enfoques teóricos de la psicología no guarda correspondencia y se reduce al uso de los manuales clasificatorios como guías diagnósticas en la atención psicológica; diferenciándose en que en las IPS estos manuales son definitivos y obligatorios para clasificar los síntomas de acuerdo a un lenguaje que es común para los especialistas del área de la salud; mientras que, para los diferentes enfoques teóricos, el diagnóstico se convierte en un elemento decisivo para la planeación del tratamiento; sin embargo, cada corriente teórica presenta ciertas particularidades en la forma como lo realizan. De este modo, las diferentes corrientes teóricas hacen uso de los manuales diagnósticos con el fin de responder a requerimientos puntuales del Sistema Nacional de Salud. Cabe señalar que los diferentes enfoques teóricos no sesgan sus formulaciones diagnósticas al uso restrictivo de los manuales diagnósticos, sino que se permiten también el uso de diagnósticos sustentados, no desde modelos biomédicos, sino desde sus propias bases epistemológicas.

8 Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo general establecer la relación existente entre el diagnóstico que se da en las IPS acreditadas en Salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá y el que se sustenta desde los diferentes enfoques de la psicología.

Por medio de la caracterización de los procedimientos que se llevan a cabo en las IPS para elaborar el diagnóstico, de su sustentación desde los distintos enfoques teóricos de la psicología y, finalmente, de la exposición de las características particulares de cada uno de estos enfoques frente al diagnóstico, se puede concluir que:

Tanto en el ejercicio clínico que se lleva a cabo al interior de las IPS como desde los diferentes enfoques teóricos de la psicología, continúa imperando la utilización de los manuales estadísticos y clasificados DSM-IV y CIE-10 como lenguaje común entre profesionales; sin embargo, no debe dejarse de lado que, si bien los enfoques teóricos de la psicología utilizan estos manuales como recursos para el trabajo clínico, no se constituyen en la base para la formulación de las hipótesis diagnósticas.

Así las cosas, en relación con los resultados de los objetivos específicos se evidencia, en primer lugar, que los procedimientos que se llevan a cabo para la formulación del diagnóstico en las IPS acreditadas en salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, corresponden

básicamente a los requerimientos que se realizan desde el Sistema Nacional de Salud, esto es, la elaboración de una hipótesis diagnóstica pronta, cuyo fin es caracterizar y arrojar cifras estadísticas a nivel nacional, que den cuenta de la prevalencia diagnóstica en cuanto a trastornos mentales en el país. Los manuales diagnósticos y estadísticos DSM-IV y CIE-10 le permiten al clínico evaluar ciertos criterios en el paciente para, finalmente, nombrar su malestar con un lenguaje que todos los especialistas del área de la salud puedan comprender.

En segundo lugar, se puede concluir que las corrientes de la psicología asumen en sí mismas unos procedimientos claros que conducen al clínico a una comprensión del fenómeno psíquico. En este sentido, la corriente humanista apela a una evaluación detallada en relación con el estado de consciencia en el paciente, y es a partir de ello que el clínico logra desentrañar los mecanismos que imperan en este, lo que da lugar a una construcción de la hipótesis diagnóstica. Por otra parte, en la corriente dinámica se prescribe una valoración en términos evolutivos, relacionales y representacionales que le darán al clínico la posibilidad de dilucidar la forma en la que opera el psiquismo del paciente para la construcción del diagnóstico. Finalmente, la corriente cognitiva hará énfasis en los procesos mentales del paciente como mediadores en la creación del conocimiento, con el fin de dar lugar a la elaboración de la hipótesis diagnóstica.

En esa medida, se hace evidente que en las IPS acreditadas en salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá prevalece el modelo médico como una forma de clasificar y manejar estadísticamente la información relacionada con los trastornos mentales. Tal fin pone en riesgo el propósito que tienen algunas áreas del conocimiento o, en su defecto, algunos profesionales de las disciplinas, específicamente la psicología, para dar lugar a la plusvalía de la

particularidad de cada persona; sin embargo, la optimización de los recursos y las ganancias es el aspecto primordial en estas instituciones como parte del Sistema Nacional de Salud. En el caso de la psicología, se encuentra que hay unos requerimientos por parte de este sistema que impiden en gran medida una atención óptima, de calidad y que, en últimos términos, dé lugar a la adherencia de los pacientes a un tratamiento adecuado.

Por otra parte, según información suministrada por parte de los psicólogos de las IPS, los manuales clasificatorios y diagnósticos (DSM y CIE-10) son la herramienta psicológica más utilizada en estas instituciones; de esta manera, sirven para clasificar ordenar y predecir las conductas del ser humano.

En la medida en que se utilicen los manuales clasificatorios y estadísticos como la base del trabajo clínico en las IPS, se dará lugar a la recolección de síntomas y a un relevo de los espacios en los que la palabra está por encima de estadísticas y cifras nacionales. Resulta paradójico entonces que una institución como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que por un lado propaga una definición tan amplia de salud y de cobertura, por el otro permita una clasificación reduccionista como la que proponen los manuales estadísticos CIE-10 y DSM-IV, limitándole a la psicología su pleno ejercicio clínico en las IPS e imponiéndole una universalización del lenguaje según el modelo médico. De ahí que sea importante preguntarse también por el lugar que tiene la psicología en el Sistema Nacional de Salud y por la validación que se le ha dado a sus desarrollos teóricos.

9 Referencias bibliográficas

- Abadi, S. (1996). *Transiciones. El modelo terapéutico de D.W. Winnicott*. Buenos Aires: Lumen.
- Alarcón, L. F. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universidad Nacional de Colombia*, 692.
- Alcántara, G. M. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=41011135004>
- Aliansalud EPS. (s.f). Recuperado el 15 de Enero de 2015, de <http://www.aliansalud.com.co/>
- Álvarez, J. M., Esteban, R., & Sauvagat, F. (2004). Las estructuras clínicas. En J. M. Álvarez, R. Esteban, & F. Sauvagat, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica* (págs. 698-724). Madrid: Síntesis .
- “Antecedentes en Colombia” (s.f.). Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29>
- Arango, C., & Villegas, M. (2013). *Esquemas Maladaptativos Tempranos y eventos vitales presentes en un grupo de personas adultas diagnosticadas con obesidad, en Medellín-Colombia*. Obtenido de <http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1113/1/TRABAJO%20DE%20GRADO%20APROBADO%20Mariana%20y%20Cristina.pdf>

- Ardón, N., & Cubillos, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. p. 19.
- Arnandis, C. S. (2012). Obtenido de El ciclo de la experiencia en Terapia Gestalt:
<http://www.gestalt-terapia.es/el-ciclo-de-la-experiencia-en-terapia-gestalt-joseph-zinker/>
- BALTAR, M. J. (1998). Haciendo el camino de la resignificación de los roles docente y de psicólogo educacional. *Revista Perspectiva Educacional*, 31-32.
- Beker, E., Benedetti, C., & Goldvarg, N. (1996). Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. En *Nuevas categorizaciones en torno a la salud y la enfermedad: su vigencia en los modelos médicos y psicológicos* (págs. 17-33). Argentina: Atuel.
- Bertini, J. R. (1981). *El diagnóstico psicológico en la clínica psiquiátrica*. Recuperado el 10 de Febrero de 2015, de
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2356/pr.2356.pdf
- Besora, M. V. (1986). Obtenido de La Psicología Humanista: Historia, concepto y método.:
<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/64549/88511>
- Bitrán, C., & Hussman, K. (2004). *Niveles de complejidad*. Recuperado el 15 de Enero de 2015, de Tabla 1 y 2: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_complejidad.pdf
- Buitrago, D. C. (4 de Marzo de 2015). Concepción del diagnóstico desde los diferentes enfoques teóricos de la psicología. (C. Correa, & V. Saldarriaga, Entrevistadores)
- Camacho, J. M. (2006). *Los diagnósticos y el DSM-IV*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2014, de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo15.pdf>

Carmona, J. G. (27 de Febrero de 2015). Concepción del diagnóstico desde el psicoanálisis. (V. Saldarriaga, Entrevistador).

Colegio oficial de psicólogos de España. (1999). *Psicología clínica y de la salud*. Recuperado el 1 de Febrero de 2015, de <https://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.pdf>

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2005). Obtenido de Planificación y estrategias para la creación y puesta en marcha de un servicio de psicología clínica y de la salud:

http://www.copmadrid.org/web/files/colegiados_AP_01_PLANIFICACION_Y ESTRATEGIAS_PARA_LA_CREA.pdf

Decreto 1011 del 2006. (s.f.). Obtenido de

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>

Denzin, & Lincoln. (1994).

Díaz, I., & Núñez, R. (2010). *Psicología clínica: ¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?*. Recuperado el 12 de Febrero de 2015, de

<http://dspace.universia.net/bitstream/2024/805/1/PSICOLOGIA+CLINICA+que+es.pdf>

Díez, P. (2014). *Niña diagnosticada con TDA: un diagnóstico para reflexionar*. Medellín.

Trabajo de Grado, Universidad Minuto de Dios.

Díez, P. (3 de Marzo de 2015). Concepción del diagnóstico desde los diferentes enfoques de la psicología. (V. Saldarriaga, & C. Correa, Entrevistadores)

Duero, D. G. (2011). Obtenido de *El Diagnóstico Psicopatológico: Características y Supuestos Epistemológicos en los que se Sustenta*:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/20235/43285>

Echavarría, J. D. (2007). *Relaciones psicología-psicoanálisis: Un estado del arte*. Medellín: Universidad de Antioquia.

EPC, I. a. (s.f). Recuperado el 15 de Enero de 2015, de

<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Documentos/INTRODUCCION%20AL%20PROCESO%20DE%20EVALUACION%20PSICOLOGICA%20CLINICA.pdf>

Fernández, J. I. (25 de Febrero de 2015). Concepción del Diagnóstico desde los diferentes enfoques de la psicología. (V. Saldarriaga, C. Correa, & A. Marín, Entrevistadores)

Ferrary, Lancelle, Pereira, Roussos, & Weinstein. (2008). *El manual diagnóstico psicoanalítico, discusiones sobre su estructura, su estructura y su viabilidad*. Recuperado el 12 de Febrero de 015, de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/1_roussos.pdf

Fierro, M. (2008). *Semiología del psiquismo*.

Forero, J., & Bernal, O. (2012).

Garzón, D. (25 de Febrero de 2015). Concepción del diagnóstico desde los diferentes enfoques de la psicología (V. Saldarriaga, A. Marín, & C. Correa, Entrevistadores).

González, I. C., Zuluaga, C. A., & Roldán, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12. *Institución Hospitalaria de la ciudad de Medellín*, 31, 532-545.

Grob. (1991).

Guarga, & Marquet. (s.f.). *Protocolo y protocolización*.

Hospital San Vicente Fundación. (s,f). *Hospital San Vicente Fundación*. Recuperado el 21 de Febrero de 2015, de <http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com>

Idáñez, M. J., & Egg, E. A. (2001). *Diagnóstico social: conceptos y metodología*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2014, de dspace.otalca.cl/bitstream/1950/9419/1/Diagnostico_Social.pdf

Jaramillo, M. I. (27 de Febrero de 2015). Concepción del diagnóstico desde los diferentes enfoques de la psicología. (V. Saldarriaga, A. Marín, & C. Correa, Entrevistadores)

Kernberg, O. (1999). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Manual Moderno.

Lacan, J. (1966). La Ciencia y la Verdad. *Cahiers pour l'analyse*, 340-362.

Latorre, M., & Barbosa, S. (2012). *La Salud en Colombia*. Bogotá: Universidad de los Andes: Uniandes.

Ley 100 de 1993. (s.f.). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf>

Ley 1616. (21 de Enero de 2013). Recuperado el 27 de Noviembre de 2014, de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Londoño, J. (1987). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. 6-28.

Maganto, C., & Ávila, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico: aspectos conceptuales. *Clínica y Salud*, 287-330.

Maganto, C., & Espada, A. Á. (1999). *El diagnóstico psicodinámico: Aspectos conceptuales*.

Recuperado el 22 de Febrero de 2015, de

http://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/AAvila/CMAAvila_1999_Diagnostico_Psicodinamico_CyS.PDF

Medrano, A. A. (2006). *Ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala*.

Recuperado el 15 de Febrero de 2015, de

http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=244&Itemid=

Merlano, C., & Gorbanev, L. (2013). Sistema de salud en Colombia. *Una revisión sistemática de literatura*, 74-86.

OMS. (1948). *Organización Mundial de la Salud*.

Orozco, J. M. (2006). *¿Por qué reformar la reforma? ¿Debe reformarse la Ley de Seguridad Social en Salud en Colombia?* Recuperado el 20 de Noviembre de 2015, de

<http://www.eumed.net/libros/2006/jmo/>

Ossa, Y. (25 de Febrero de 2015). Concepción del diagnóstico desde los diferentes enfoques de la Psicología. (V. Saldarriaga, A. Marín, & C. Correa, Entrevistadores)

Payrú, Fiorini, & Graciela. (s,f.). *Aportes teórico-clínicos en psicoterapias*.

Rey, I. D. (1982). *Psicología Cognitiva y Procesamiento de la Información*. Piramide .

Rogers. (1951).

Sampieri, Baptista, & Fernandez. (2010). *Metodología de la investigación*.

- Sánchez, Álvarez, Begué, Gallach, Meseguer, Robert, & Villagrasa. (2009). *La psicología clínica en el sistema valenciano de salud. Atenciones y funciones del especialista*. Recuperado el 5 de Febrero de 2015, de <http://www.aepcp.net/arc/AEPCP-FunPsicClin.pdf>
- Santacreu, J. (2011). Obtenido de Protocolo general de intervención: clínica en psicología: http://www.academia.edu/6458390/Protocolo_general_intervencion_clinica
- Scharager, J., & Aguayo, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud de Chile. *Panam Salud Pública*, 149-159.
- Schnitter, M. (1997). Los trastornos emocionales a la luz de las relaciones objetales en el proceso terapéutico. (p. 7). Barranquilla: Universidad del Norte.
- Stone, G. (1988). Psicología de la Salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 15-26.
- Sue, D., Sue, D. W., & Sue, S. (2010). Psicopatología - Comprendiendo La Conducta Anormal . En D. Sue, D. W. Sue, & S. Sue., *Psicopatología - Comprendiendo La Conducta Anormal* (p. 474). Mexico: Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.
- Vallejo et,al. (2005). *Planificación y estrategias para la creación y puestas en marcha de un servicio de psicología clínica y de la salud*. Recuperado el 30 de Enero de 2015, de http://www.copmadrid.org/web/files/colegiados_AP_01_PLANIFICACION_Y ESTRATEGIAS_PARA_LA_CREA.pdf
- Watson, J. (1913). *La psicología tal como la ve el conductista*.

10 Anexos

10.1 Anexo 1. Entrevistas para la recolección de información

10.1.1 Instrumento para entrevista con docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Programa de Psicología.

1. ¿Cuál es su enfoque teórico?
2. Desde la corriente teórica en la que usted soporta su práctica, ¿qué es el diagnóstico?
3. ¿Qué elementos componen el diagnóstico?
4. ¿Cuál es el objetivo del diagnóstico?
5. ¿Conoce la práctica clínica psicológica que se da en las IPS? Si la conoce, ¿qué opinión le merece?
6. ¿Qué concepción tiene de salud mental y enfermedad?
7. ¿En qué sesión se le informa al paciente su diagnóstico y por qué? Y por esta vía, ¿qué tiempo debe llevar la formulación del diagnóstico?

10.1.2 Instrumento para entrevista con profesionales de las IPS acreditadas en salud en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

1. Desde el Sistema General de Salud, ¿cómo se ha definido la atención psicológica?
2. ¿Cuál es el procedimiento para la atención psicológica en la IPS donde usted presta su servicio como psicólogo?
3. ¿Cuál es el enfoque teórico desde el cual usted sustenta su práctica?
4. Desde la corriente teórica en la que usted soporta su práctica, ¿cómo define el diagnóstico y qué elementos lo componen?
5. ¿Cuáles son los requerimientos que se tienen en cuenta en la IPS para la formulación del diagnóstico? Y, de acuerdo con lo anterior, ¿los requerimientos se encuentran acordes con la fundamentación teórica desde la cual usted sustenta su práctica?
6. ¿Cuál es el objetivo del diagnóstico, tanto en el marco de la atención psicológica en la IPS como en el enfoque teórico en el cual usted sustenta su práctica?
7. Desde la institución, ¿qué concepción se tiene de salud mental y de enfermedad?
8. ¿Existe alguna concordancia entre las concepciones de salud mental y enfermedad que se plantearon anteriormente y las del enfoque teórico desde el cual sustenta su práctica?
9. ¿Cuáles son los enfoques teóricos desde los cuales los psicólogos de la institución sustentan su práctica? ¿Cuáles son los criterios que tiene en cuenta la institución para la aceptación o no de estos enfoques?

10. ¿Cuánto tiempo debe llevar la formulación del diagnóstico y por qué? Y ¿cuál es el tiempo requerido para la entrega del informe diagnóstico al paciente y por qué?
11. De acuerdo con su experiencia profesional en la IPS, ¿cómo considera que debería ser la estructuración del servicio en psicología a fin de brindar una atención acorde con las Políticas Públicas de Salud y con el enfoque teórico de su práctica?

10.2 Anexo 2: Formatos de consentimiento informado

10.2.1 Consentimiento para psicólogos de las IPS.

Este trabajo de grado pretende estudiar el diagnóstico que se hace en las IPS a partir de entrevistas a cuatro psicólogos de las cuatro IPS acreditadas en salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

El mismo, se viene desarrollando desde el mes de agosto de 2014, con una duración de ocho meses aproximadamente, y pretende generar un informe para que la población académica de la Corporación Universitaria Uniminuto pueda comprobar el grado de formación académica que se tiene para recibir grados; así mismo, fortalecer sus conocimientos al respecto y, por tanto, influir positivamente en la formación de sus estudiantes.

A continuación usted encontrará un formulario en el cual nos autoriza a grabar nuestra conversación, teniendo en cuenta que este material solo será utilizado para la transcripción del mismo y la elaboración de informes escritos para la universidad.

Después de haber realizado las entrevistas a los cuatro psicólogos, de las cuales usted hace parte, nosotros como institución universitaria nos comprometemos a devolverles los resultados de este estudio, para que usted de alguna forma también pueda, además de conocerlos, aprender de estos como también nosotros lo haremos.

Yo, _____ identificada/o con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, doy fe de que he sido informado sobre este trabajo de grado, para el cual contribuyo con una entrevista sobre el diagnóstico que se lleva a cabo en la IPS para la cual presto mis servicios.

Yo, _____ identificada/o con cédula de ciudadanía N° _____ de _____, doy fe de que he sido informado sobre este trabajo de grado para el cual contribuyo con una entrevista sobre el diagnóstico.

Autorizo la grabación de la conversación, teniendo en cuenta que la información será utilizada solo con fines académicos, es decir, en la producción de textos escritos para la universidad.

FIRMA:

C.C

de

10.3 Anexo 3: Reseñas históricas de los hospitales

10.3.1 Reseña histórica del Hospital Universitario de San Vicente Fundación.

La historia del Hospital Universitario de San Vicente Fundación se remonta a 1912, cuando un grupo de filántropos antioqueños gestaron la idea de construir un hospital. Por aquella época solo existía en la ciudad de Medellín el Hospital San Juan de Dios, pero sus condiciones eran lamentables: el local era estrecho, el mobiliario estaba completamente deteriorado, el instrumental, incompleto y deficiente, y no contaba con camas suficientes para la atención de los pacientes, quienes debían esperar turnos tirados en andenes por días enteros para poder ocuparlas. Actualmente, el hospital cuenta con urgencias, plan de *Los Niños Primero*, hay investigación permanente, rehabilitación integral, proyección internacional, trabajadores sociales y psicólogos.

10.3.2 Reseña histórica del Hospital Pablo Tobón Uribe.

El Hospital Pablo Tobón Uribe es una fundación privada de origen testamentario y sin ánimo de lucro. Es un hospital de carácter general, de alto nivel de complejidad, que cumple una importante labor docente como campo de práctica de reconocidas universidades.

El Hospital Pablo Tobón Uribe inició tareas en 1970, pero su historia data desde el 12 de febrero de 1946, cuando la Fundación Andi firmó el acta de constitución de un hospital que llevaría su nombre y prestaría servicio a los trabajadores de las empresas afiliadas a dicha

entidad. La construcción de la obra se inició el 4 de agosto de 1949 con un diseño concebido con gran visión de futuro por parte de una prestigiosa firma internacional.

10.3.3 Reseña histórica del Hospital del Sur Itagüí.

El Hospital del Sur Itagüí fue creado el 1° de septiembre de 1999, según Acuerdo 011 del Concejo Municipal; fue transformado en Empresa Social del Estado (E.S.E.), descentralizado del orden municipal, con patrimonio, personería jurídica, autonomía administrativa y financiera propia. Se constituyó fusionando entidades como el Hospital del Sur Santamaría y los centros de salud Calatrava y Triana.

La E.S.E. Hospital del Sur se encuentra en un proceso de mejoramiento continuo, enfocado en la calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad.

10.3.4 Reseña histórica del Hospital General de Medellín.

Su fundación se remonta al año 1942, prestando servicios como un centro de atención obstétrica. La Sociedad de Mejoras Públicas y un grupo de personas del que hacía parte la señora Luz Castro de Gutiérrez, impulsaron la idea de rendir un homenaje a las madres como respuesta a una necesidad sentida de la comunidad, que carecía de un sitio adecuado para la atención de las mujeres a la hora de sus partos. Más tarde, el Concejo Municipal de Medellín le dio vida jurídica mediante el Acuerdo 18 del 1° de agosto de 1949, con el nombre de Clínica de Maternidad del Municipio de Medellín, y posteriormente la junta directiva, en reconocimiento al gran esfuerzo y la labor desarrollada por doña Luz Castro de Gutiérrez, agregó el nombre de ella al que tenía la Institución.

En los últimos diez años el avance del Hospital General de Medellín ha sido muy notorio. Hoy presta sus servicios de salud en dos modernas torres sismorresistentes, con 425 camas en el servicio de hospitalización y en una variedad de especialidades. Igualmente, presta servicios de cuidados intermedios y cuidado crítico de adultos, pediátrico y neonatal. El hospital atiende urgencias las 24 horas del día, de manera integral, para adultos, ginecólogo-obstetricia y pediatría, con disponibilidad permanente en todas las especialidades básicas y de alta complejidad.

10.4 Anexo 4: Entrevistas a docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios

10.4.1 Entrevista a psicólogos desde el enfoque cognitivo-conductual.

Entrevista realizada a la docente Jenny Leidy Ospina el día 3 de marzo de 2015.

- Entrevistador: La primera pregunta, profesora, es cuál es su enfoque teórico.
- Entrevistado: Yo soy cognitiva pero cognitiva narrativa, no terapeuta cognitiva.
- Entrevistador: Desde la corriente teórica en la que usted soporta su práctica, ¿qué es el diagnóstico?
- Entrevistado: Es la clasificación de las psicopatologías, es eso.
- Entrevistador: ¿Qué elementos cree usted que componen el diagnóstico?
- Entrevistado: El diagnóstico lo constituyen [sic] primero lo más visible, que van a ser los ítems propios de la categoría o la clasificación propia, pero además la experiencia subjetiva narrada, que da cuenta de la presencia de esos ítems en la vida. Cuando yo hablo de diagnóstico, o sea, en el momento de dar un diagnóstico *x*, lo que se tiene en cuenta básicamente no solo es cumplir criterios y nada más, la afectación de la presencia de esos criterios en diferentes dimensiones de la vida: laboral, familiar, social. Es como el impacto de esos signos, de esos criterios en la vida del sujeto.
- Entrevistador: ¿Y qué objetivo tiene el diagnóstico?
- Entrevistado: Orientar el tratamiento.
- Entrevistador: ¿Usted conoce, profesora, la práctica clínica que se realiza en las IPS?

- Entrevistado: Muy poco, en realidad muy poco.
- Entrevistador: Y en relación con eso, ¿que conoces, así sea muy poco?, ¿qué opinión te merece esta práctica que se hace en estas instituciones?
- Entrevistado: Bueno, vea: es muy fácil para uno de pronto satanizar la práctica; sin embargo, y te lo dije en la respuesta anterior, el diagnóstico sirve para reorientar también el tratamiento: así sea bajo las directrices tan limitantes de una IPS, el diagnóstico que ellos hacen ha ayudado a orientar tratamientos, que no todos son efectivos infortunadamente y no todos son efectivos porque no se hace lectura del sujeto, se hace lectura exclusivamente de los signos diagnósticos. Entonces tienen una dimensión positiva, que efectivamente [sic] no se les puede negar la función que han cumplido de determinar, detectar un ataque de pánico a tiempo, intervenir ideaciones suicidas, ha jugado un papel, pero el sistema hace que ese mecanismo sea insuficiente.
- Entrevistador: ¿O sea que sería más un problema del sistema que del mismo psicólogo?
- Entrevistado: El problema es principalmente del sistema, principalmente del sistema. Si yo con todo y esto que te estoy diciendo, mañana soy contratada en una IPS para trabajar, yo me tendré que ajustar a las regulaciones de ese sistema para poder trabajar. Ahora, si uno hace un análisis más profundo va a encontrar sujetos que hacen crítica al sistema, que hacen cuestionamiento al sistema así tengan que adherirse a él, y encuentra sujetos que simplemente se acogen al sistema y también, como docente lo puedo decir, por los estudiantes que he tenido, muchos dan cuenta de carencia de postura crítica en todo ese tipo de situaciones y, desafortunadamente

hay que decirlo, también hay profesionales que al margen del sistema no están lo suficientemente formados para hacer los diagnósticos, ni en IPS ni por fuera de ellas.

- Entrevistador: ¿En qué sesión se le informa al paciente cuál es su diagnóstico, en caso de que lo haga?
- Entrevistado: ¿En qué sesión...? Pues es que cuando uno hace clínica privada es muy distinto y depende también de la gravedad, de la gravedad de la patología. Yo en las dos primeras sesiones no lo estoy haciendo, si acaso [sic] cuarta o quinta, pero no te puedo garantizar que ese sea el momento porque en clínica privada uno se toma un poquito más su tiempo.
- Entrevistador: ¿Pero se lo informas?
- Entrevistado: Depende, depende del tipo de diagnóstico. Hay una realidad que uno le presenta al paciente, pero yo no le puedo decir a un paciente “usted tiene esquizofrenia” así directamente cuando está en periodo de crisis, eso no se nombra de esa manera. Sabemos que en patologías severas y en estados severos de las patologías juegan un papel importante los cuidadores o acompañantes de esa persona para hablar sobre la patología, pero tampoco se puede negar al sujeto, el sujeto le pide a uno respuestas de lo que es, entonces hay verdades que no se pueden soltar directamente pero yo tampoco puedo hacer de la verdad un campo de poder mío, o sea, yo lo tengo en mis manos y yo veré qué hago con él. El sujeto me reclama verdades sobre él mismo y hay veces [sic] que es necesario hablarlo con él. Sí evito hacerlo en las primeras sesiones, no lo hago.

- Entrevistador: Más o menos, profesora, ¿cuánto tiempo dura la formulación de ese diagnóstico? Un tiempo aproximado.
- Entrevistado: Un mes, aproximadamente un mes que uno se vaya revisando antecedentes, evaluando diferentes dimensiones del sujeto y haciendo la formulación y haciendo el estudio de caso. Yo creo que un mes solo para el diagnóstico.
- Entrevistador: ¿Qué concepción tiene usted como profesional de la salud mental o qué significa salud mental y enfermedad desde su enfoque teórico?
- Entrevistado: Yo creo que, incluso al margen del enfoque teórico, sino simplemente por mi formación como psicóloga, enfermedad mental tiene que ver con alteraciones significativas de áreas vitales del sujeto y salud mental tendrá que ver con todo lo contrario, o sea, [sic] la optimización de las potencialidades del sujeto, de la presencia de bienestar en esa vida en las mayores áreas vitales posibles; creo que por ahí va.
- Entrevistador: Usted me mencionaba que la corriente desde la que haces [sic] clínica es la cognitivo-narrativa. ¿Me podrías ampliar un poco sobre este enfoque?
- Entrevistado: Sí, tiene las mismas bases de la psicología cognitiva: el procesamiento de información es el centro de interés teórico de la psicología cognitivo-narrativa. ¿Qué cambia? El énfasis en el lenguaje y no solo como proceso esquemático, sino como proceso de subjetivación. Entonces la psicología cognitivo-narrativa nos va a hablar de cómo hay sujetos que se constituyen a partir del discurso y a partir específicamente de relatos sociales y autobiográficos, y cómo, por ejemplo, esos relatos pueden llegar a alterarse, afectarse. Hay unos relatos

centrales y hay unos relatos secundarios; a veces le damos prioridad a unos relatos sobre nosotros mismos y dejamos de lado otros, eso lo va a trabajar también mucho la terapia familiar narrativa; entonces, como los sujetos constituimos subjetividad a la luz de discursos que se van a llamar narraciones, sobre todo porque Bruner hace el estudio narratológico de cómo son esos relatos, constituimos identidad, tenemos una identidad narrativa y esa identidad narrativa tienen incluso unos microrrelatos, fragmentos de vida que se narran; el sujeto en consulta da cuenta de esos relatos y el terapeuta se da cuenta de cómo esos relatos pueden estar alterados, no alterados por falla, sino alterados porque hay baches en el tiempo, lo que en literatura se llama unas elipsis: se traga partes de su historia o le está dando mayor protagonismo a unos personajes de su historia que a otros. Es una psicología muy literaria, se podría decir.

- Entrevistador: Bueno, profesora, eso era todo. Muchas gracias.
- Entrevistado: Con mucho gusto.

Entrevista realizada a la docente María Isabel Jaramillo, el día viernes 27 de Febrero de 2015.

- Entrevistado: El DSM en la parte de atrás presenta la clasificación de la Organización Mundial de la Salud; sin embargo, no siempre la Organización Mundial de la Salud se ajusta a la clasificación DSM en un 100%; en ese sentido, ambos sistemas son, en cierta forma, equiparables en la forma de denominar los diferentes trastornos. El problema dentro de las entidades es más de orientación teórica y de la formación misma del psicólogo: los psicólogos cognitivo-

conductuales tienen una raíz muy sustentada en el modelo médico, clasificando signos y síntomas; esos síntomas los transportan a un diagnóstico. Las IPS han tenido que adoptar los criterios [sic] CIE-10 y DSM para poder hacer los diagnósticos y tener una sustentación. Las corrientes dinámica y humanista no están preparadas para lo anterior, estas no se ajustan a ese modelo médico que se aplica al interior de las IPS, por lo que tienen que mirar cómo, desde su lectura, pueden ajustarse a eso, a diferencia de los cognitivos, cuya herramienta de trabajo es el DSM además de otras cosas. Ellos tienen por lista de chequeo [sic] determinan variables cognitivas, sociales y emocionales; además de esto, dentro de la historia clínica se manejan los diferentes ejes.

- Entrevistador: La psicóloga desde la primera consulta debe diagnosticar y muchas veces ese diagnóstico ni siquiera es acorde con lo que presenta el paciente.
- Entrevistado: Eso es cierto, y cuando se está institucionalizado eso se ve, es una parte del proceso. Siempre que alguien va a consulta debe tener un diagnóstico base, lo que se denomina ‘impresión diagnóstica’. Posteriormente, o después de las diez consultas que se tenían con el paciente, se podía modificar esa impresión diagnóstica. En la misma historia clínica se debe ir realizando ese seguimiento; en ese sentido, el diagnóstico es variable. Lo que se debe mirar con detenimiento es el sustento teórico [que] se tiene como psicólogo para soportarse en ese ejercicio y en las habilidades clínicas que tiene el profesional para dar cuenta de eso.
- Entrevistador: ¿Qué relación hay entre el diagnóstico que se está dando y el soporte teórico?

- Entrevistado: Lo importante es qué herramientas clínicas de evaluación tiene un psicólogo. Si bien es cierto en una primera entrevista no se llega al 100% del diagnóstico, sí se debe tener una impresión, un porqué está pasando esto, lo cual se confirma en las citas siguientes; también va ligado a la empatía que se logre con el paciente y muchos otros factores, como el indagar si el consultante habla con la verdad, puesto que hay quienes en la primera consulta no sueltan realmente el motivo de consulta. Son diagnósticos circunstanciales los que se realizan dentro de estas entidades. Otro aspecto importante: en ocasiones los consultantes llegan por problemas del ‘aquí y el ahora’ y necesitan que les resuelvan en el hoy, no hay una sintomatología profunda; entonces lo ideal es ir enganchando todos esos elementos para realmente llegar a esa estructura profunda del ser humano.
- Entrevistador: Para el enfoque cognitivo, ¿qué es el diagnóstico?
- Entrevistado: El diagnóstico para nosotros se compone de múltiples elementos, en los que se revisa toda la parte postraumal, social, familiar, biológica, sexual, laboral, como en toda anamnesis; sin embargo, los cognitivos tienen herencia de toda la parte conductual, por lo que se realiza el análisis funcional y también evaluamos cada una de las estructuras cognitivas, los esquemas, los procesos, los productos y, en esa medida, empezamos a mirar, por ejemplo, qué tipo de cogniciones pueden relacionarse o no, hablando del DSM, con x característica o psicopatología, se evalúan [sic] la forma en la que se generan los ciclos interpersonales, se parte de un análisis micro a un análisis macro, donde se puede identificar cuáles son las variables que están dando origen a ese trastorno clínico.

Con base en lo anterior se realiza el diagnóstico y se hace el tratamiento, integrando todos esos elementos.

- Entrevistador: ¿Ese sería el objetivo?
- Entrevistado: El diagnóstico casi que es la conclusión de un proceso psicodiagnóstico; a través de la entrevista como medio, recoger la información con el paciente, aplicar unas pruebas que lo validen, puesto que estas últimas son la confirmación de lo que el psicólogo recogió en la entrevista, las pruebas no dan el diagnóstico. Ese es el error de muchos profesionales: únicamente son una ayuda para el soporte del diagnóstico.
- Entrevistador: ¿Tienen un momento determinado para hacerle la devolución al paciente?, ¿en cuánto tiempo se le da el diagnóstico?
- Entrevistado: Los dispositivos conductuales como tal son muy rápidos, casi que en una máximo dos sesiones, si se discrimina estímulo, respuesta, consecuencia... muy fácilmente se puede establecer una línea de base y con eso iniciar el tratamiento conductual; diferente de los modelos cognitivos, que son más demorados y en ese sentido se podrían, hasta cierto punto, equiparar con las otras corrientes psicológicas, dado que también trabajan con la empatía, con la confianza y, de la apertura que tenga el mismo consultante, el margen de tiempo puede estar entre las cinco o seis sesiones, por ponerle un margen amplio. Un psicólogo debe tener las herramientas clínicas necesarias, así no aplique pruebas, para llegar a un diagnóstico; con todos esos elementos, y gracias a la entrevista semiestructurada o en ocasiones abiertas [sic], poder hacer devoluciones, cosa que le permitirá decir al psicólogo: “usted viene por esto...necesita esto...el tratamiento consiste en

esto...”. Es importante tener en cuenta que los consultantes firman un consentimiento informado y explicarle [sic] en el momento en que comienza el tratamiento, en qué consiste este, qué implica el tratamiento, cuál es el objetivo del tratamiento, y se comienzan a hacer los ajustes correspondientes a partir de ese consentimiento informado.

- Entrevistador: ¿Desde el enfoque cognitivo-conductual, cómo se entiende el concepto [sic] de salud y enfermedad?
- Entrevistado: Si se pone desde los criterios normativos-estadísticos... (inaudible)²⁵. La condición de normalidad a veces se somete a conductas o cogniciones que no afectan al otro pero que sean [sic] permitidas para la propia persona, este es uno de los elementos que se tienen que entrar a mirar en consulta: hasta qué punto este personaje, con su comportamiento, está invadiendo o haciéndole daño al otro, o si definitivamente también se está haciendo daño a sí mismo y, en ese sentido, también es patológico o hasta cierto punto afectado; eso habría que mirarlo dependiendo de los parámetros “normales”. La salud mental juega [sic] muchos elementos, es un eje donde van los aspectos psicológicos, sociales, personales, del entorno comunitario y [sic] cómo ese sujeto logra tener una estabilidad dentro de estos; ese concepto abarca un sentimiento de bienestar de la persona consigo misma y que tenga un balance que no afecte a los demás. En cierta medida eso es salud mental.
- Entrevistador: ¿Qué pasa con aquellos pacientes que no cumplen con los criterios que establece el DSM y que se deben encajar?

²⁵ Este segmento no alcanza a reconocerse en el audio. Se trata de la marca de tiempo 00:10:58.

- Entrevistado: El DSM sí tiene un apartado para trastornos no especificados, hay pacientes que no tienen la gran mayoría de los criterios que se pueden parecer a... y por eso aparece la opción de trastorno no especificado y, dependiendo de la categoría, se encajan.
- Entrevistador: ¿Usted conoce la práctica clínica que se realiza en las IPS y qué opinión le merece?
- Entrevistado: Tengo un poco de referencia para [sic] la experiencia laboral que tuve en esta institución y por algunas compañeras. Pienso que de alguna manera nosotros como psicólogos tenemos que adaptarnos al modelo médico: al igual que un médico, el psicólogo tiene que elaborar una historia clínica, un ingreso, una impresión diagnóstica, etc. A partir de eso, mensualmente algunas IPS u otras instituciones sacan informes para generar tablas de riesgos o de la cantidad de problemas más frecuentes a nivel de consulta psicológica, también con el fin de realizar talleres, elementos propios de promoción y prevención. Lo que no me gusta es que desgraciadamente el tiempo de consulta es muy limitado y el proceso clínico se ve un poco afectado. Hace algún tiempo, las consultas anuales por paciente no excedían las cinco consultas anuales, y para ciertos casos especiales se ascendía a diez consultas, cuando se dice que para ciertos trastornos causados por abuso, trastorno alimenticio u otros... las sesiones se estaban extendiendo a 30 o 60. Habría que mirar hasta qué punto el sistema puede cohibir o limitar la atención psicológica porque, como hay un número de sesiones, psicología no es prioritaria, psicología generalmente es de derivación de médicos, psiquiatras u otras especialidades; aún en el sistema de salud no se ha generado la conciencia de la

implicación que tiene el trabajo psicológico; por ejemplo, hay tratamientos, por ejemplo [sic] las técnicas de enfrentamiento, que son imposibles de realizar con el tiempo de atención que se ofrece dentro de estos centros de salud. En las IPS el trabajo es contrarreloj, sin embargo, uno como psicólogo podría entrarse a adaptar [sic]. ¿Cómo pelear la teoría que le enseñan desde su modelo teórico con las condiciones sociales? En la parte clínica sí se tienen claros los referentes teóricos a sabiendas del tiempo, el trabajo se puede hacer en menos tiempo.

Entrevista realizada a Paula Díez. Marzo 3 del 2015

- Entrevistador: ¿Cuál es su corriente teórica?
- Entrevistado: Cognitivo conductual.
- Entrevistador: Desde esa corriente, ¿qué se entiende por el diagnóstico?
- Entrevistado: El diagnóstico [sic] van a ser los síntomas, los signos y síntomas que presente y manifieste el paciente de la persona que llega al consultorio solicitando ayuda o atención, entonces ¿qué se hace?, a partir de eso se verifica la información, se va a la teoría, se hace el diagnóstico adecuado.
- Entrevistador: ¿Qué elementos componen ese diagnóstico desde esta corriente que ejerce?
- Entrevistado: Yo diría que no solamente desde la corriente, sino que hay muchas cosas de la psicología clínica que son muy importantes también desde las IPS que la requieren; por ejemplo, se debe hacer una evaluación multiaxial, es muy importante para el diagnóstico, entonces los ejes, en el eje I que van a ir cualquier

trastorno psicológico o psiquiátrico, trastorno de personalidad y retraso que se van a ver en el eje 2; eje 3, enfermedades médicas, que aparezca en el eje 4, que se debe poner cualquier dificultad de apoyo de tipo social, familiar, laboral, etc.; en el eje 5, que se hace ya, digamos, el grado de peligrosidad que exige desde la EGG escala [sic], donde 100 va a hacer que el paciente no represente ningún grado y 0 que ya hay algo grave muy representativo. Para yo llegar a un trastorno de personalidad o a estas cosas, primero debo mirar si hay una historia clínica previa y también, desde la corriente, las primeras cosas [sic] que uno se enfoca es en lo que hable el paciente, en lo que manifiesta, las distorsiones cognitivas, cuáles son los esquemas que trae, cuáles son los pensamientos automáticos que están generando ese malestar que el paciente está viviendo

- Entrevistador: ¿Qué objetivo tiene este diagnóstico, para qué sirve?
- Entrevistado: Mira, el objetivo siempre de un diagnóstico, pienso yo, siempre tiene que ser que haya una buena intervención; tristemente acá en Colombia, en muchos lugares, se están dando los diagnósticos como cosas, como algo desesperanzador, como “usted tiene esto y ya”, mientras que el objetivo del diagnóstico fue como nació eso: a partir del diagnóstico, entonces yo puedo intervenir en la persona mediante un plan terapéutico, unas estrategias terapéuticas, sea desde la medicina, desde la psicología, psiquiatría, o sea cualquier corriente, pero ese debe ser el objetivo como tal del diagnóstico
- Entrevistador: ¿Qué concepción tiene de salud mental y enfermedad?
- Entrevistado: La salud mental podría definirse, digamos, como el bienestar psicológico, afectivo, social del individuo, un bienestar, una calidad de vida que no

esté generando malestar ni para él ni para las personas a su alrededor, que es donde ahí voy a hablar de trastornos; la enfermedad vendría a ser eso, lo que pasa es que la enfermedad es un concepto muy amplio, podría tomarse desde la medicina y desde la psicología,

- Entrevistador: ¿A enfermedades psicológicas te refieres?
- Entrevistado: Sí, enfermedades psicológicas. Las enfermedades psicológicas las definimos como trastornos generalmente, y un trastorno es cuando la persona tiene un malestar a partir de unos síntomas sí-mismo [sic] o está generando un malestar donde implique 4 áreas de ello, que es [sic] la personal, familiar, laboral o académica, donde se estén viendo afectadas grandemente, por ejemplo cuando uno va a diagnosticar un trastorno de personalidad tiene que ver que, en realidad, la forma de ser de ese sujeto o de los comportamientos es que estén muy fuera de sí, del entorno del contexto donde se mueve, de donde viene porque, pues, digamos que eso de decir que tienes unos síntomas que no varía muchos [sic] de acuerdo a las culturas, por ejemplo una persona en Colombia, sabemos que [a] las personas que vienen de la Costa los llamamos costeños, son muy eufóricos, probablemente si yo soy una persona muy reservada muy tranquila, viene esa persona a mi consulta, si soy muy inmediato en el diagnóstico podría decir que tiene una fase maniaca por cómo se siente, pero eso es el desconocimiento de dónde viene, de cómo, digamos se mueve; para mí el concepto de enfermedad, para yo decir que alguien está enfermo, tiene un trastorno, tengo que conocer muy bien la historia de ese paciente: de dónde es, de dónde viene, cómo son sus costumbres, porque si no caigo en cosas erróneas y voy a patologizar a todo el mundo.

- Entrevistador: ¿Conoce la práctica clínica psicológica que se realiza dentro de las IPS?
- Entrevistado: Bueno, hace un tiempo tuve un acercamiento, digamos, a ciertas normas; tengo entendido, las EPS e IPS [sic], las consultas pueden durar de 20 a 40 minutos máximo, las personas deben solicitar primero una cita médica, donde el médico es el que te dice si puedes o no obtener esa cita psicológica, cosa que estoy grandemente en desacuerdo [sic] porque, primero, ellos no son psicólogos, entonces una persona manifiesta ciertas molestias psicosomáticas, para él es muy fácil recetar fluoxetina, amitriptilina, o sea esos ansiolíticos, esas *diosetinas* que al fin y al cabo van a alterar el sistema nervioso. Yo soy de las que parto que [sic] entre menos se toca el sistema nervioso, mejor es; no desconozco que la psiquiatría, que hay trastornos que tenemos que medicarlos, pero hay otros que podemos hacerlos con nuestra terapia, simplemente con la palabra, entonces tengo, pues, conocimiento de eso, tengo entendido que en la tercer sesión debe de darse un diagnóstico, te debo decir qué pasa con ese paciente.
- Entrevistador: Cuando nosotros hicimos el trabajo de campo para plantear el problema, una psicóloga nos decía que el diagnóstico lo debían hacer desde la primera sesión, que se debía hacer una hipótesis diagnóstica y se le debía hacer esa devolución al paciente...
- Entrevistado: Pero ellos, hasta donde yo había leído, tienen hasta 3 sesiones para escuchar de él, lo llaman las hipótesis diagnósticas [sic], pero tienen 3 sesiones para hacerla; por ejemplo, por teoría nosotros no debemos aplicar pruebas hasta la tercera sesión o cuarta sesión, primero hay que conocer. Las EPS e IPS, por

cuestiones del sistema, tienen que hacerlo desde la primera consulta, entonces hacen una anamnesis muy rápida, hacen una prueba psicotécnica o proyectiva y a partir de ello van a dar un diagnóstico. A mí me parece muy preocupante eso, porque primero el paciente probablemente no vuelva adonde usted, ustedes no sabe [sic]; segundo, por cosas, por ejemplo, que no le den la cita, porque vemos que en las EPS que una cita de psicólogo se da en 2 meses, en 3 meses, en 5 meses, así no se puede llevar una terapia clínica para nada; segundo [sic], porque usted no sabe si en esa devolución que le hizo tan apresurada al paciente decide ir a psiquiatría, probablemente si tiene un historial clínico el psiquiatra se vaya ir por ese lado y vaya a medicar un paciente que puede que no necesite eso, entonces me parece muy delicado esa parte de los diagnósticos tan apresurados, digamos, en las IPS.

Entrevista al docente Jorge Iván Fernández, febrero 25 de 2015.

- Entrevistado: Bueno, en psicología cognitiva, pues, en psicoterapia cognitiva, se hace una formulación del caso, entonces usted lo establece de acuerdo a unos criterios que se tienen desde diferentes perspectivas que hay en la misma terapia cognitiva. Entonces usted plantea el caso dependiendo de esos diversos planteamientos que hay en la terapia. Digámoslo, la psicología cognitiva, y en ese orden de ideas, la terapia cognitiva, está muy atenta a los esquemas, entendidos como unas disposiciones de pensamiento que son amplias y que generan unos patrones generalizados de conducta, de pensamientos y de cumplimientos en las

personas. Entonces el diagnóstico, el paso para hacer un diagnóstico, es establecer esa posible organización que se presenta allí. ¿Cierto?

- Entrevistador: Previo a cualquier diagnóstico, pues toda una recolección de información pertinente, suficiente información para poder pasar a dar un diagnóstico.
- Entrevistado: La terapia cognitiva es muy directiva y está muy orientada como al logro de resultados; en eso hay como una contraposición con otras corrientes terapéuticas más, digámoslo, más tradicionales, en las cuales los resultados te dan al ritmo que vayan saliendo. Entonces la psicoterapia cognitiva surge en los años 80. Una de las primeras personas que habla de psicoterapia cognitiva, de orientación cognitiva, es Aaron Beck, y él plantea eso desde un comienzo, que los resultados son muy importantes. Entonces usted tiene un derrotero y un límite para las sesiones que va a llevar a cabo y se supone que tiene que lograr unos resultados; si no está viendo resultados, debe hacer un reencuadre y debe reorientar esas tareas que se están llevando a cabo. Pero lo primero que se debe hacer es una recolección de datos de la información del paciente, y entonces... digámoslo, como tener en cuenta varios ámbitos de desempeño de esa persona: de lo social, lo familiar, lo personal, cuestiones de salud también, son como muy relevantes allí; el descartar lo biológico es muy importante desde una perspectiva cognitiva, lo primero a lo que se apunta es a eso: enfermedades que actualmente sufre la persona, que haya sufrido recientemente, antecedentes familiares, personales, también si ha sufrido crisis de algún tipo. Las preguntas frecuentes que se hacen son si ha estado hospitalizado, si ha tenido una pérdida reciente, todo ese tipo de cosas.

- Entrevistador: ¿Sería la historia clínica?
- Entrevistado: Sí, sí. En esa historia clínica se hace mucho énfasis en que sea muy específico [sic] en esa recolección de información.
- Entrevistador: Desde los desarrollos teóricos de la psicología cognitiva, ¿dice más o menos en cuánto tiempo se le debe decir al paciente su diagnóstico o esto cómo lo trabajan, cómo se le devuelve esa información al paciente?
- Entrevistado: No, no necesariamente se le tiene que comunicar a la persona que está consultando, en términos técnicos, esa elaboración que se hace. Se habla de un empirismo colaborativo con el paciente, se habla de un diálogo socrático; es decir, con base en esa estructuración que se hace del caso, se comienza a trabajar en cuestionamientos a la persona, pero no necesariamente “vea, usted lo que tiene es un trastorno obsesivo compulsivo”, no es una perspectiva medicalizada, en la que a uno le tienen que decir qué es lo que tienen [sic].
- Entrevistador: ¿Para qué sirve el diagnóstico desde la perspectiva cognitiva?
- Entrevistado: Para orientar esa ruta a seguir, para usted saber de qué manera va a intervenir, porque si el diagnóstico es de un trastorno del estado del ánimo, es muy diferente si es ansiedad o si es depresión, ¿cierto? En las terapias cognitivas son muy importantes las tareas, por eso te decía que es una terapia muy cognitiva y las tareas van a ser muy diferentes dependiendo de ese diagnóstico. O si el diagnóstico es un trastorno de personalidad, obviamente, la estrategia a seguir va a ser diferente.
- Entrevistador: Pero, el diagnóstico entonces sería algo que el clínico tiene, más no es obligación devolverle ese diagnóstico en palabras técnicas al paciente.

- Entrevistado: Yo no creo que eso sea, digámoslo, pertinente en ninguna orientación, porque es muy diferente, por ejemplo, si tú vas al ginecólogo, te dicen “usted tiene un mioma, tiene unos quistes ováricos”, esa es información que usted necesita y que le sirva para saber qué ruta seguir, pero a ninguna persona le va servir que le digan: “vea, usted tiene un trastorno de personalidad esquizoide”, no, no creo que quepa en la cabeza de nadie, que tenga una intuición de cómo hacer una terapia. No, no, no. Eso es una etiqueta que es necesaria para la conceptualización del caso, ¿cierto? Sobre todo, pues, porque las terapias cognitivas suponen, en el ideal, [sic] deben ceñirse mucho a los criterios del DSM-IV, no porque sea la biblia y diga la verdad, sino porque se supone que es un manual que habla de las frecuencias estadísticas de los trastornos, ¿cierto? De qué criterios debe usted tener en cuenta, debe descartar para poder decir que eso es un tipo de trastorno, y eso le va a decir mucho de cuál es la estrategia.
- Entrevistador: ¿Qué concepción tienen, desde la corriente cognitiva, sobre la salud mental y la enfermedad?
- Entrevistado: Explícame mejor esa pregunta, ¿cómo así?
- Entrevistador: ¿Cómo entiende usted, como psicólogo cognitivo, la salud mental y la enfermedad?
- Entrevistado: Listo. El concepto de salud mental es muy importante como estar actualizado [sic], qué dice la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental. En este momento, hasta donde yo recuerdo, hace rato que no miro eso. La salud mental está establecida lo mismo que la salud física, no como ausencia de enfermedad, y uno de los problemas más importantes para hablar de salud mental

es la depresión, el estrés y la depresión y un vínculo causal que parece haber allí entre estos trastornos. No se habla de enfermedad mental, porque el concepto de enfermedad, nuevamente, es una perspectiva medicalizada y el trastorno mental o el trastorno psicológico es de una naturaleza muy diferente. Tú tienes o no tienes una infección bacteriana o viral, nadie está un 30% embarazado; es decir, los diagnósticos médicos de enfermedad tienen una vinculación muy clara con una etiología que son eso, bacterianas, virales o condiciones que tienen que ver con el desarrollo, el envejecimiento, el deterioro, lo que sea. Pero cuando se habla de la salud mental estamos hablando, por ejemplo, de patrones de conducta que pueden ser normales dentro de un rango de ocurrencia y anormales cuando comienzan a tender hacia los extremos de un continuo; digamos, en ese sentido, la propuesta es una propuesta dimensional, en la cual nos imaginamos un continuo con un hipotético punto cero, obviamente nadie está en ese punto cero, pero todos orbitamos para un ladito o para el otro. Hablemos, por ejemplo, del estado del ánimo: estaría un punto cero que no existe, la tristeza o el malestar, el bienestar, la tristeza, la alegría, y en el menos 10 o en menos 100, en la escala que queramos poner, estaría la depresión, y en el más 100 o en el más 100, de acuerdo a la escala, estaría la manía y, en ese continuo, tú te puedes ubicar en muchas partes. Cuando te ubicas, cuando el comportamiento evidente de la persona se ubica en uno de esos extremos, entonces se habla de una psicopatología, [sic] en un trastorno. El trastorno lo tenemos que definir de acuerdo a un criterio que es bien importante y es que le quite autonomía a la persona, porque es una pregunta que suena como a pregunta aguda pero, en realidad, es una pregunta muy ingenua: ¿a quién [sic] le da

la potestad al psicólogo para decir que es sano y que no?, no, no me lo da nadie, simplemente hablamos de un criterio de autonomía, en la medida que tú pierdas la capacidad de valerte por ti mismo; entonces es válido decir desde afuera que hay que intervenir (inaudible)²⁶. La adaptación es un concepto frecuente de la psicología cognitiva, hablamos de los mal adaptativo [sic] y conductas desadaptadas. En ese orden de ideas, una conducta que no genere desadaptación no es patológica.

- Entrevistador: Entonces, ¿no hay enfermedad sino que hay trastornos?
- Entrevistado: El concepto de enfermedad no cabe en lo psicológico, el trastorno sí. Por lo que te digo: [es] un patrón de conducta que, por su frecuencia, su intensidad, se convierte en algo que afecta a la persona o afecta a las personas que tienen [sic] a su alrededor. Porque también hay un diferencia muy grande, muy brusca, que se puede plantear entre un trastorno de personalidad y un trastorno afectivo: es que en el afectivo tú estás muy perjudicado por eso y en el de personalidad casi siempre son los otros los perjudicados.
- Entrevistador: ¿Usted conoce la práctica clínica que se da en las IPS?
- Entrevistado: No, por experiencia propia no. Nunca he trabajado en una IPS y tampoco me ha atendido un psicólogo de una IPS; el conocimiento que tengo, muy desde la charla, la conversación de la gente, es que es una atención, es que es de una duración muy limitada, que las sesiones son muy corticas, de 45 minutos. Igual una sesión, así sea pagándola no debe exceder de 45 minutos, pero que la IPS [sic]

²⁶ Se dificulta la comprensión del audio entre las marcas de tiempo 00:11:40 y 00:11:55.

van a ser mucho más limitadas y también muy poquitas, es lo único que conozco de ese tema.

- Entrevistador: ¿Cómo entendería usted un buen manejo del diagnóstico en relación con el paciente, y como sería un manejo inadecuado de ese diagnóstico?
- Entrevistado: El buen manejo va a tener que ver con unos niveles de discurso que se manejan; hay un lenguaje técnico que es con el que yo me debo entender con los colegas en el medio académico y en lo profesional, entonces ahí esos conceptos; el trastorno A, el B, el C, todos los que tú quieras dentro de las categorías diagnósticas del DSM-IV, que son las que permiten entendernos y poder discutir y decir “no estoy de acuerdo con ese diagnóstico tuyo”. Utilizar esos términos para decirle al paciente: “usted tiene esto, usted sufre de esto”, me parece que introduce una información allí que no es pertinente, no es por misterio, no es porque una persona deba conocer los términos con los que habla, los profesionales, sino porque eso puede generar confusión. Por ejemplo una persona viene y dice: “yo estoy muy deprimido por que se me murió mi mamá”, entonces por qué yo voy a entrar a explicarle: “no, señor, usted no tiene una depresión, una depresión se caracteriza por un estado de ánimo anhedónico, un estado de ánimo negativo que supere un año de duración y que no haya un causa visible para eso”; si él quiere decir que está deprimido por que se le murió la mamá o por que se le quemó la casa lo puede decir, yo no le voy a dar una clase de psicología al paciente; ahora, si el paciente no sabe qué es lo que tiene y va a consultar por un aburrimiento que tiene, por que no levanta cabeza, porque no le importa hacer nada, el termino depresión no le va a aumentar su conocimiento acerca de lo que está pasando, yo no le veo el sentido a

eso; deben haber excepciones como en toda regla, si alguien insiste en ponerle nombre a eso, pues debe ser a criterio del terapeuta qué información darle, tampoco es vetado, eso cambia mucho. Hay personas que quieren ir a buscar en internet qué es esto y, en este sentido, también va a estar esa recomendación: “mire, no vaya a creer todo lo que ve por ahí, fíjese muy bien a quién escucha”. Ese término con el que denominamos algo para poderlo manipular en lo teórico, pues, no tiene ninguna utilidad allí afuera, no tiene ninguna utilidad a [sic] esa persona. En algunos casos yo creería que un paciente puede producir defensas en el trabajo que se está haciendo; desde la terapia cognitiva, debe ser la persona quien encuentre el problema, uno ejerce una especie de bucle de retroalimentación, como cuestionando lo que la persona dice, empujándolo a que mire ciertas cosas, para que modifique su pensamiento en ciertas direcciones, pues, sus comportamientos y sus pensamientos también, porque en gran parte [sic] de las tareas cognitivas tienen que ver con actividades que usted tiene que hacer mientras llega la otra sesión.

- Entrevistador: Muchas gracias.
- Entrevistado: Con mucho gusto.

10.4.2 Entrevista a psicólogos desde una perspectiva dinámica.

Entrevista realizada a Adriana Amparo Ossa, el 6 de marzo del 2015.

- Entrevistador: La primera pregunta: ¿cuál es su enfoque teórico?
- Entrevistado: Mi enfoque teórico es dinámico, pero también se puede conocer como orientación psicoanalítica, sin ser psicoanálisis.
- Entrevistador: Y desde ese enfoque teórico desde el cual usted soporta su práctica, ¿qué se entiende por diagnóstico?
- Entrevistado: Bueno, el diagnóstico está más orientado [a] la comprensión de la realidad del individuo, no está concebido desde una psicopatologización o encontrar una enfermedad en el sujeto, sino él cómo ha procedido su vida [sic], cómo se ha representado a sí mismo y cómo ha representado el mundo y, a partir de esa concepción, ya se definen cuáles son las intervenciones que se van a realizar, pero en ningún caso considerándolo siempre como una enfermedad.
- Entrevistador: Y ¿qué elementos componen el diagnóstico?
- Entrevistado: Bueno, hay que tener en cuenta los elementos estructurales, ¿cierto?, que eso tiene que ver también con unos elementos del psicoanálisis: qué tipo de estructura tiene el individuo, ¿y eso qué implica?: las funciones yoicas, implica los mecanismos de defensa y esto tiene que ver con la interacción con sí mismo [sic] y con el otro, hablando específicamente de las relaciones objetales, todo enfocado con las representaciones del sí mismo y del otro.

- Entrevistado: Y ¿cuál es el objetivo del diagnóstico?
- Entrevistador: Básicamente, el objetivo que nosotros tenemos es acompañar al individuo en procesos de elaboración de conflictos que él pueda tener, ¿cierto?, de conflictos internos, siempre basado [sic] desde la comprensión de su realidad; ese es el objetivo: el objetivo no es identificar entonces cuál es el problema que tiene o la realidad que tiene para hacer una modificación desde la perspectiva teórica, sino desde la misma posición del individuo, o sea, él cómo puede asumir eso, porque hay momentos inclusive en que el sujeto no va a estar preparado para asumir ciertas modificaciones, siempre va a ser al ritmo de él, siempre de acuerdo a la representación que él tenga.
- Entrevistador: ¿Cuánto tiempo cree que se demora la formulación de un diagnóstico?
- Entrevistado: Eso es muy relativo, es más, hay que tener en cuenta que los diagnósticos se van modificando porque justamente a partir de las intervenciones que se hace, en el trabajo que uno hace con ellos, eso no es algo inamovible, siempre va a ser algo dinámico, yo diría que alrededor de 8 sesiones podría ser la manera de tener una aproximación; sin embargo, hay sistemas que exigen que en una sola sesión uno haga un diagnóstico, pero yo creo que en una sola sesión no es suficiente. 8 hablando por un número aproximado, sin decir que sea algo determinado y específicamente en 8 sesiones se logra.
- Entrevistador: ¿En qué sesión se le informa al paciente su diagnóstico, en caso que lo haga?

- Entrevistado: Uno no podría definir un número de sesiones, porque eso depende de la situación del sujeto, o sea, hay sujetos para quienes no es conveniente conocer el diagnóstico, entonces yo como psicóloga necesito identificar qué efectos va a tener en el otro el hecho de que yo le dé una información. Ahora, hay que tener en cuenta unos elementos legales: si a mí el paciente me dice “yo tengo que saber qué es lo que está pasando”, yo muy seguramente le tenga que dar esa información; vuelvo y les digo, un número de sesión específico no podría decirles porque depende de qué trabajo esté haciendo yo con el paciente; si el paciente me dice “yo quiero saber”, yo tendré que informárselo pero tengo que buscar los términos adecuados para que él logre entender lo que yo le quiero decir a partir de ese diagnóstico, porque lo que puede hacer es activar defensas y puede generar un efecto negativo el hecho [de] que él conozca ese diagnóstico.
- Entrevistador: ¿La devolución no se le hace en términos DSM?
- Entrevistado: No, el trabajo que yo hago no es en términos DSM, cuando me piden ese tipo de devoluciones se lo hago más bien desde su realidad, o sea, qué pasa en su cotidianidad, qué tipo de elementos aparecen asociados a eso, cuál puede ser el origen de lo que está viviendo, más en esos términos, pero desde el DSM no.
- Entrevistador: ¿Usted conoce el ejercicio clínico que se lleva a cabo al interior de las IPS, y si lo conoces [sic], qué concepción tiene de esta?
- Entrevistado: Bueno, sí lo conozco, y lo primero que tengo muy claro es que yo no trabajaría en una IPS por el tipo de intervenciones que se solicitan, casi lo que hacen es una evaluación preliminar y remiten a psiquiatría, y remitir a psiquiatría no es que yo no esté de acuerdo [sic], pero para remitir un paciente a un psiquiatra

tiene que ser que yo lo encuentre en una situación o circunstancia que le genere tanta angustia que no tenga posibilidad de desempeñarse adecuadamente, de lo contrario yo no remitiría a psiquiatra, porque ¿en qué consiste eso?, básicamente en hacer un desplazamiento de síntomas; entonces por eso no estoy de acuerdo en el trabajo que se hace en las IPS. Además, las sesiones son aproximadamente de media hora, además hay que registrar en el sistema, o registro en el sistema o atiendo el síntoma, el motivo de consulta de la persona que esté al frente, entonces no comparto la manera en que lo manejan, más por cumplir con un sistema que lo hace, pero no estoy de acuerdo.

- Entrevistador: Finalmente, ¿qué concepción tiene usted de salud mental y enfermedad desde la corriente en la que usted soporta su ejercicio clínico?
- Entrevistado: La OMS define la salud mental como un estado de bienestar, lo que pasa es que habría que mirar por bienestar a qué lo llamamos [sic]; desde la concepción teórica que yo tengo, hay que concebir el malestar como parte inclusive de la salud mental de un individuo, de un sujeto, eso no se puede eliminar; creemos que la salud mental está asociada a que la persona se sienta feliz todo el tiempo, pero ¿qué es sentirse feliz, cuando se eliminan situaciones que puedan generar angustia?, y eso no tiene ningún sentido porque de entrada sería eliminar al sujeto, el sujeto y la realidad humana en sí mismo [sic] consideran el malestar como una vía para poderse desarrollar determinadas situaciones.
- Entrevistador: ¿Mas no como enfermedad, sino como malestar?
- Entrevistado: Como malestar, claro que es propio de su desarrollo, de su ciclo vital, porque desde las relaciones objetales nosotros trabajamos los elementos vinculares

y cómo esas figuras significativas y lo que la persona vive en su niñez termina siendo importantísimo para su desarrollo futuro, entonces casi siempre esos malestares están relacionados es con eso, de cómo se generó esa matriz relacional y cómo eso se va actualizando en sus interacciones cotidianas.

Entrevista al docente Yomar Ossa. Febrero 25 del 2015

- Entrevistador: Lo primero sería, ¿cuál es tu enfoque teórico?
- Entrevistado: Yo trabajo ahorita con el psicoanálisis relacional, lo que se ha llamado psicoanálisis relacional, específicamente con la teoría de las relaciones objetales. Abro un paréntesis: el psicoanálisis relacional son conceptos que de todas formas son muy polémicos porque en algunas partes se llama psicología dinámica, psicología dinámica no se nombra sino acá en Colombia y en España, pero fuera de estos dos países es reconocido simplemente como psicoanálisis, sea cual sea la orientación teórica: psicología del yo, psicología de las relaciones objetales, lo que sea es entendido como psicoanálisis, acá sería entendido como psicología dinámica.
- Entrevistador: Desde esta corriente teórica que usted ejerce, ¿qué sería el diagnóstico?
- Entrevistado: El diagnóstico que nosotros elaboramos es un diagnóstico de procesos, vamos a poder observar en las investigaciones que van a hacer los psicoanalistas después de Freud, vamos a encontrar en Anna Freud, Margaret Mahler, vamos a encontrar unos estudios de desarrollo; a partir de estos estudios de desarrollo ellas van a elaborar unas etapas de desarrollo, más que elaborar van a

tratar de construir teóricamente a partir de la observación clínica, van a construir unas teorías del desarrollo; en esas teorías del desarrollo se van [sic] a proponer un desarrollo normal del niño, cuáles son las etapas del niño, qué tareas tiene que elaborar el niño en cada etapa y, por ende, entonces también se va a elaborar una teoría psicopatológica a partir del desarrollo normal, pero es un desarrollo de procesos porque lo que nosotros pensamos no es el diagnóstico, nosotros pensamos es el proceso, es decir, por qué la persona pudo haber llegado a este diagnóstico; por eso el diagnóstico nuestro es completamente un diagnóstico relacional, es un diagnóstico representacional y es un diagnóstico evolutivo.

- Entrevistador: ¿Estos serían los elementos que lo componen?
- Entrevistado: Que componen el diagnóstico relacional, al menos en Margaret Mahler, y nosotros los relacionarios aquí en Medellín nos vamos a centrar algunos sobre todo en un texto, en una autora norteamericana que es como la cuarta generación después de Freud: se llama Althea Horner, es la que va a hacer la elaboración psicopatológica desde la teoría mahleriana, entonces va a proponer, desde el desarrollo normal del niño que propone Mahler, ella va a proponer también un desarrollo psicopatológico.
- Entrevistador: Con respecto a lo que está diciendo ¿cómo entiende, desde ese psicoanálisis relacional, la salud mental y la enfermedad en el paciente?
- Entrevistado: Bueno, salud mental y enfermedad mental sigue [sic] siendo como conceptos muy polémicos y conceptos que no están aún delimitados, ¿cierto?, primero: salud mental es un concepto como de cajón que todo el mundo utiliza para meter de todo, en salud mental cabe todo, ¿cierto?, pero como los dos conceptos lo

van a decir, salud y mente, entonces implica tener claridad sobre lo que entendemos por salud y por lo que entendemos de [sic] mente, entonces, de acuerdo a la concepción que tengamos de salud y de mente va a ser el concepto de salud mental, por eso es un concepto que hoy en día la psicología le ha servido [sic] como un objeto de cajón, donde todo lo puede meter, pero es un concepto que todavía no está muy bien delimitado, porque implica, primero, delimitar lo mental, implica delimitar la salud. Mire: nosotros ahorita estamos haciendo una deconstrucción de lo normal y lo anormal, ¿cierto?, y de lo patológico, porque nosotros a través del diagnóstico de procesos vamos a poder pensar de que [sic] cuando hablamos de normalidad estamos hablando de personas [sic] que el sufrimiento está ausente, en las que el dolor está ausente y en las que la problematización de la vida está ausente; por lo tanto, nosotros nos alejamos de ese concepto de salud, de ese concepto de normalidad, porque nosotros siempre vamos a afirmar que la persona tiene núcleos de conflicto, tiene núcleos de conflicto con los que siempre va a estar trabajando, que siempre va estar elaborando; por eso nosotros nos alejamos del psicoanálisis freudiano clásico, porque el psicoanálisis clásico va a afirmar que el analista tiene que tener sus conflictos resueltos pero, para nosotros, el analista relacional tiene que hacer simplemente un proceso de análisis pero no tiene por qué tener la mayoría de sus conflictos resueltos.

- Entrevistador: ¿El conflicto no es un sinónimo de enfermedad?
- Entrevistado: No sería sinónimo de enfermedad. Para nosotros el conflicto es una característica de la humanidad, del ser humano

- Entrevistador: Profesor, ¿para qué podría servir dentro de esta corriente, para qué serviría diagnóstico [sic]?
- Entrevistado: Para mí el diagnóstico es un impedimento más que un proceso de apoyos, es un impedimento porque lastimosamente, con los diagnósticos, las personas del común han empezado a llamarse a partir de los diagnósticos, si hay un lenguaje que ha entrado al sentido común de los ciudadanos ha sido el lenguaje de la psicología y del psicoanálisis; por eso hoy en día la gente se nombra obsesiva, ustedes han escuchado que hasta las mamás de uno dicen “ay, yo soy como obsesiva”, esto es un concepto completamente psicoanalítico que, obviamente, tiene un encuentro con el sentido común, entonces la gente va a empezar a hacer esa articulación entre el sentido común y conceptos teóricos y académicos. Por eso para mí el diagnóstico es un impedimento más que una posibilidad, porque podemos etiquetar o encuadrar a las personas en ciertos diagnósticos y esos diagnósticos nos van a impedir, muchas veces, salir de ahí y a lo que el psicoanálisis relacional nos interesa no es [sic] hacer diagnósticos, sino lecturas de procesos, es decir, cómo realizamos hipótesis de que [sic] cómo pudo haber llegado a esta situación existencial o vital que está experimentado y, desde el psicoanálisis relacional y desde la terapia relacional, qué posibilidades le podemos ofrecer para que haya movilización; por eso nosotros no vamos a hablar de cura, nosotros no curamos, no vamos a hablar de salud o de ausencia de enfermedad, nosotros nos vamos a preguntar es qué hacemos como psicoanalistas relacionales: si realmente curamos, si sanamos enfermedades, si personas patológicas o anormales las volvemos normales o que es lo que hacemos, entonces hay elementos, conceptos

que nos están ayudando como a comprender qué hacemos como psicoanalistas relacionales: tal vez movilizamos experiencias de vida, movilizamos procesos de vida, pero no curamos.

- Entrevistador: ¿Y usted atiende pacientes?
- Entrevistado: Yo trabajo en clínica particular.
- Entrevistador: ¿Entonces no da diagnóstico al paciente?
- Entrevistado: Nunca le doy diagnóstico, yo hago una... nosotros trabajamos, pues, yo ahorita hago maestría en clínica, nosotros lo que hacemos es hacer un diagnóstico de procesos, tenemos una guía, esa guía nos va a permitir hacer una lectura del proceso del paciente que tenemos en el consultorio, más que un diagnóstico la guía nos dirá... habrá un ítem que dice usted qué diagnóstico piensa, pero el diagnóstico no nos es fundamental para nuestra comprensión.
- Entrevistador: ¿Esta guía dónde se puede encontrar?
- Entrevistado: La tenemos en la maestría, entonces nosotros preguntamos situaciones: cómo llega el paciente, cómo está vestido, cómo se relaciona con el terapeuta, qué siento yo como terapeuta frente al paciente, contar los eventos vitales de la persona, hablar un poco sobre las relaciones familiares pasadas, presentes, entonces eso es lo que va a ubicar: más que un diagnóstico, son procesos
- Entrevistador: ¿Conoce de pronto la práctica clínica que se da en las IPS?
- Entrevistado: La conozco, sí.
- Entrevistador: ¿Y qué opinión le merece esta clínica psicológica que se está haciendo en las IPS?

- Entrevistado: Lo que pasa es que yo pienso que de todas formas las IPS es un modelo médico, van a tener un modelo médico, un modelo muy psiquiátrico, entonces el modelo médico y psiquiátrico pues les ayuda, porque si alguien [sic] en una IPS les van a dar solamente diez citas, tengo entendido ahorita que solamente son diez citas en las IPS, como que la conceptualización teórica que les es más factible es el modelo médico, porque el modelo médico te va a encajar en unos síntomas, inmediatamente te va a poder diagnosticar y va a poder hacer una psicoterapia breve de diez sesiones, entonces todo el mundo critica el modelo médico si es lo peor, pero yo pienso que para diez sesiones lo mejor que hay es el modelo médico, es decir, usted tiene esto, los síntomas son estos, el modelo médico te arroja inmediatamente el diagnóstico, trabajemos sobre este punto en particular, qué mas hace uno, ¿cierto?; pensar en EPS, pensar en psicoterapias largas en EPS, es imposible porque son modelos médicos.
- Entrevistador: ¿Cómo entiende usted qué es un manejo adecuado del diagnóstico en la relación con el paciente y qué es un manejo inadecuado también?
- Entrevistado: Mire, incluso en mi experiencia como clínico yo pienso que el diagnóstico puede ser... déjeme pensar el concepto que se me va, el diagnóstico puede ser un impedimento...
- Entrevistador: ¿Contraproducente?
- Entrevistado: Se me acabó de ir la palabra. Lo que quiero decir es, como a una persona que simplemente tiene un sufrimiento particular, que siento que tiene una dificultad con su pareja, que tiene una relación compleja con el otro, usted como psicólogo le dice: “usted tiene un trastorno por dependencia”, eso le va a generar un

impacto a la persona porque entonces la persona inmediatamente se va a nombrar como enferma; el diagnóstico hace que se nombre como enfermedad, que lo que yo tengo es una enfermedad, una enfermedad psiquiátrica; lo que la persona tiene no es una enfermedad psiquiátrica, tiene un modo de ser particular de relación con el otro y consigo mismo, con el mundo, pero no es una enfermedad psiquiátrica; lo que pasa [sic] como es una psicopatologización de la vida cotidiana, entonces un modelo médico te va a decir que esa relación con tu pareja en particular es una enfermedad.

- Entrevistador: Desde su posición y desde lo que nos has comentado no es... ustedes manejan es con otros...
- Entrevistado: Son formas de ser que hemos construido en la vida, y la psicología y el psicoanálisis como terapias del yo van a posibilitar que la gente piense en lo que les está pasando.
- Entrevistador: ¿Más allá de la enfermedad?
- Entrevistado: Más allá de la enfermedad. Foucault va a llamar [a] todo este punto de la psicología y la psiquiatría como las técnicas del yo, es decir, son profesionales que la misma cultura fue articulando para que la misma cultura se piense, entonces hay sufrimientos, se busca alguien que entre comillas “sabe”.
- Entrevistador: Bueno, muchísimas gracias.
- Entrevistado: Con mucho gusto, muchos éxitos.

Entrevista a David Garzón. Febrero 25 de 2015.

- Entrevistador: La primera pregunta sería: ¿cuál es el enfoque suyo?
- Entrevistado: Mi enfoque clínico es psicodinámico.
- Entrevistador: Y desde la corriente teórica dinámica en la que usted se soporta su práctica, ¿qué es el diagnóstico?
- Entrevistado: El diagnóstico, digamos, es importante aclarar que hay más o menos una convención en las corrientes psicológicas: es que el diagnóstico, digamos, a excepción un poco del humanismo, pero más o menos en las corrientes psicológicas, hay una idea de que el diagnóstico es la guía que permite focalizar el trabajo terapéutico, es decir, sin diagnóstico no hay manera de saber cómo ni para qué intervenir; el tinte que va a tener la psicología dinámica, y entre otras cosas es una de las razones que a mí me permitió como hacer una elección por ese lado en términos de la práctica, es que a mi juicio es la que de manera más juiciosa y más ordenada ha hecho una relación entre el diagnóstico que se establece en el paciente y el tipo de relación terapéutica que se programa o se planifica con él a raíz de ese diagnóstico, ¿cierto? Uno va a encontrar en otras corrientes que hay una especie de intención objetiva del diagnóstico, es decir, el diagnóstico me va a decir o, más bien, como que los tratamientos y protocolos de trabajo pueden ser siempre los mismos con una forma de depresión, unas formas psicóticas o unas formas de personalidad especiales; desde la psicodinámica el diagnóstico es fundamental para saber cómo intervengo. Nosotros tenemos algo claro y es que la técnica está

supeditada a la relación, por tal [sic] el diagnóstico también es el elemento que nos da cuenta o nos da pistas, nos focaliza cómo se debe trabajar.

- Entrevistador: ¿Qué elementos componen ese diagnóstico desde la corriente dinámica?
- Entrevistado: Bueno, en este asunto es importante hablar de las escuelas dinámicas, todas esas fuentes que lo nutren. A mí muy especialmente con el diagnóstico... yo me baso mucho en la perspectiva de la psicoterapias de corte analítico, de corte psicoanalítico de los argentinos, muy especialmente de Echetgoyen, los esposos Bleichmar y Fiorini; ellos tienen una forma de trabajo basado [sic] en 5 ejes para el diagnóstico, y obviamente tienen toda una posibilidad de hacer una validación más bien a las fuentes del psicoanálisis, y el primer diagnóstico que uno hace es evaluar justamente, digamos, el Edipo en el otro, y cuando uno evalúa el Edipo establece más o menos unos criterios en términos de organización diagnóstica en lo preedípico o posedípico, y ya me marca toda una diferenciación del tipo de vínculo que se sostiene en el mundo, diádica o tríadica [sic]; esto tiene que ver con elementos muy teóricos, lo que de manera muy resumida organiza las personalidades, los que alcanzan o no [a] vincularse al mundo con un elemento superyoico aceptan la ley, aceptan las normas, y otros que no, donde cabe la psicosis, algunos desordenes del carácter y sobre todo la tan llamada y famosa estructura *borderline* de personalidad. Eso es lo primero: lo edípico; lo otro tiene que ver con la representación sí mismo-objeto, que esa herencia sí es muy de la escuela kleiniana, pero ellos la asumen como [sic] se puede evaluar en el otro las formas representativas que tiene sí mismo, que tiene el objeto, que ambas, saben

ustedes, configuran lo que se llama el *self*, otros lo han llamado carácter, otros lo han llamado mal llamado, entre otras cosas, personalidad, lo que tiene que ver con eso. Hay una línea específica que evalúa las funciones yoicas y eso sí se lo debemos a la hija de Freud, de lo que ellos dan cuenta, que evaluar las funciones yoicas permiten también establecer qué tipo de interpretaciones me soporta el otro, porque las funciones yoicas: evaluar juicio, evaluar raciocinio, evaluar capacidad de *insight*, evaluar cohesión yoica, integración yoica, yo puedo saber hasta dónde, con qué tono, con qué características hago una devolución, hago una interpretación, hago un señalamiento, y ese tercer elemento es fundamental. El otro elemento tiene que ver con lo estructural: es el diagnóstico más conocido en la psicodinámica, que realmente no se llama estructural: ellos lo llaman organizacional, cómo se organiza la personalidad, y ese diagnóstico permite a mí [sic] ubicar tres grandes paquetes de organizaciones a la persona: en la psicosis, en la neurosis o en el desorden de carácter; eso está muy vinculado a establecer las relaciones edípicas o las formas de relación diádica y tríadica, porque, como bien decíamos, solo alcanza [sic] una forma de relación tríadica las estructuras neuróticas, organizaciones de personalidad neuróticas, mientras que en los desórdenes de carácter alcanzan muy parcialmente y la psicosis nunca la alcanzan como a desarrollar; por eso es una relación diádica, no entra el tercero en juego en términos de la estructuración psíquica; y el cuarto tiene que ver con el ambiente, la relación de la estructura con el ambiente, que es un diagnóstico que se hace circunstancial. Fiorini lo llama así concretamente: hacer una evaluación de cómo la estructura de la personalidad de la persona, valga la redundancia, o del carácter, se pone en juego en el momento en la

circunstancia particular que esté viviendo, es decir, no es lo mismo un neurótico cuando su vida está bien económicamente a ese mismo neurótico obsesivo, perdón, cuando su vida tiene problemas económicos: la estructura también se pone en juego con la realidad y también se pone en juego, digamos, se dinamiza en diferentes circunstancias, la estructura es sólida, digamos, hay teorías que defienden que nunca cambiamos de estructura y nunca cambiamos [de] organización de la personalidad; sí es cierto que si se tiene que adaptar a ciertos ambientes, es decir, si yo soy desplazado, si tuvo un evento traumático, cualquier cosa, eso inmediatamente interviene en el dinamismo en la tónica dinámica de mi estructura; entonces son los cinco diagnósticos de la psicodinámica.

- Entrevistador: ¿Cómo se entiende desde este enfoque teórico la salud mental y la enfermedad?
- Entrevistado: Bien, la psicodinámica sí tiene una idea, y es que las formas de organización de personalidad no son ni sanas ni enfermas en sí mismas sino adaptables al mundo o no; digamos evaluar que, por ejemplo, es más sano el neurótico sabiendo que carga tanto estrés justamente por tener que aceptar las posibilidades de espacio-tiempo que le da el mundo con todas sus normas, con todos sus deberes, pone en juego una crítica muy fuerte en este sentido que nosotros hacemos y es que, muy probablemente, ese neurótico que trabaja 12, 14, 16 horas al día, que se tiene que casar, que tiene que responsabilizarse económicamente por tarjetas de crédito y todas estas cosas de la vida, muy probablemente no tendrá tanta salud mental como un esquizoide que se desprende de la vida y es capaz de irse [a] andar el mundo, ¿cierto?, entonces es muy difícil evaluar la salud mental desde la

perspectiva; lo que sí vamos a hacer es entender que, mientras más organizada la personalidad vuélvase [sic], a saber, neuróticos, más se adapta al mundo, pero adaptarse al mundo implica aceptar la moral, aceptar la ley del mundo, aceptar los semáforos y que yo tengo que frenar en un semáforo, aceptar que hay unos horarios en los que yo tengo que participar en la vida, que hay que almorzar a ciertas horas y demás, entonces a mí me parece muy complicado hablar de salud mental en esas lógicas.

- Entrevistador: ¿Usted hace clínica?
- Entrevistado: Sí, de manera particular y ahorita vinculada a una institución pública.
- Entrevistador: ¿Tiene pensado más o menos en qué momento se le dice el diagnóstico al paciente, o no lo hace?
- Entrevistado: La ley del 2006 nos dice... recuerden que nosotros estamos metidos en todo el sistema de salud, y en el sistema de salud es obligatorio que el clínico, ya sea psicólogo, psiquiatra o médico, le devuelva siempre el diagnóstico al paciente, pero ustedes saben que la formación de psicología [sic] que no siempre el paciente necesita esa información; por tanto, lo que yo hago es no decirlo mientras el otro no me lo pida, pero se lo tengo que decir si me lo pide, obviamente tratando de usar muy bien el lenguaje, porque me lo pide por ley y por ley se lo debo cumplir; pero, en las medidas de las posibilidades, yo no se lo digo, ¿por qué?, porque eso es una información objetiva de los signos que recoge el clínico, eso no lo debe saber porque muy probablemente no sabrá interpretarlo el paciente, incluso a veces daña ciertas dinámicas que uno establece en la relación terapéutica el hecho de que él tenga esa información, por ejemplo, cosas tan sencillas como: “¿usted por qué no

me ha hecho pasar al diván, doctor?, yo he leído que (...)”; esa información no la necesita saber él, por qué no ha pasado al diván, porque lo atiendo como un escritorio como norma, o al otro lo atiendo en unos cojines o lo atiendo en una sala; esas dinámicas pertenecen a la distancia que se debe poner en la relación, eso lo establece uno justamente con lo que ustedes están averiguando que el diagnóstico, entonces no necesitan saber cosas, pero cuando uno tiene estudiantes o psicólogos de pacientes esas cosas son muy difíciles de tramitar.

- Entrevistador: ¿Considera que hay algún tiempo determinado para la formulación de ese diagnóstico?
- Entrevistado: Es muy difícil determinarlo pero siempre dependerá del establecimiento de la relación. Si la relación se establece uno puede hacer diagnóstico porque, justamente, la relación, las relaciones que uno hace de la transferencia y contratransferencia, eso le va permitiendo dar cuenta del diagnóstico; uno diría que, por poner una cosa muy concreta, que a la tercera uno tendría elementos para eso, y eso depende mucho también de la experiencia terapéutica, lo que no es posible a mi juicio es hacer diagnósticos antes de 3 sesiones, eso me parece imposible.
- Entrevistador: ¿Conoce la práctica clínica psicológica que se da en las IPS?
- Entrevistado: Sí, sí la conozco por vía de compañeros y por vía de practicantes en psicología, no de manera directa, obviamente.
- Entrevistador: ¿Qué opinión le merece la clínica psicológica que se lleva a cabo en las IPS?

- Entrevistado: Bueno, el problema básico en las IPS, que no solamente [es] problema de las IPS sino de la institucionalización de la psicología clínica, es decir, cuando la psicología clínica se institucionaliza en un colegio, se institucionaliza en una IPS, se institucionaliza en proyectos sociales como en el que estoy trabajando ahora, por ejemplo; la dificultad es que al institucionalizarse debe evidenciarse, con indicadores de orden cuantitativo, que son los modelos en los cuales está basado [sic] el Ministerio de Protección y la secretaría de salud de los municipios y las ciudades, y al pasarse esos indicadores cuantitativos, el diagnóstico se tiene que meter ahí. Esto implica que necesariamente, yo he conocido por ICBF, que el diagnóstico se tiene que hacer en la primera sesión y a partir de ahí establecer unas sesiones particulares que no deben ser más de 5, y es enmarcar espacio-tiempo de una cosa muy difícil de enmarcar. Las libertades que ofrece lo privado es [sic] justamente eso: el espacio-tiempo lo marca [sic] el diagnóstico y la relación terapéutica que se establece, mientras que las IPS, que es el caso concreto de ustedes, hay que enmarcar a esos tiempos particulares y siento, por ejemplo, que [a] un psicólogo desde la corriente dinámica le costaría mucho tratar de ubicarse allí, porque el diagnóstico debe hacerse [de] inmediato con atenciones, incluso son de 20 minutos, donde, según entiendo, Sura da unas 10 sesiones para los casos más graves pero IPS como Cafesalud, Saludtotal no da ni una, Coomeva da 4; entonces es muy difícil realmente hacer un buen diagnóstico y, obviamente, un buen proceso psicoterapéutico dentro de las IPS; incluso no los llama procesos psicoterapéuticos sino orientaciones psicológicas, esos son los nombres que tienen en los discursos de salud pública.

Entrevista realizada el día 02 de marzo del 2015 a la docente Diana Bedoya.

- Entrevistador: ¿Cuál es tu enfoque teórico?
- Entrevistado: Dinámico.
- Entrevistador: Desde el enfoque en el que soporta su práctica clínica, ¿qué es el diagnóstico?
- Entrevistado: Bueno, el diagnóstico está construido en base a la valoración de la organización de personalidad del sujeto, entonces este ejercicio diagnóstico implica una reconstrucción a nivel estructural, es decir, estilo de relación objetal introyectado, nivel de cohesión del yo y mecanismos de defensa, para poder dar lugar como a la comprensión de las manifestaciones sintomáticas del paciente.
- Entrevistador: ¿Cuáles son los elementos que componen ese diagnóstico desde la corriente dinámica?
- Entrevistado: Entonces, inicialmente como le decía, se tiene en cuenta el estilo de relación objetal introyectado, ¿cierto?; de acuerdo, entonces, a la representación del sí mismo y del objeto, teniendo en cuenta que estas representaciones aluden a estructuras intrapsíquicas justamente de esas mismas representaciones, y que estas surgen en el contexto relacional temprano con los otros significativos; a partir de ese estilo de relación objetal introyectado también se tiene en cuenta, entonces, lo que constituye la ansiedad predominante en el paciente, es decir, qué es lo que viene a dar cuenta como del malestar, incluso de la angustia misma, los mecanismos de defensa que operan en favor de esa ansiedad predominante y que

luego nos permiten comprender esas manifestaciones sintomáticas estructuralmente hablando, en la medida en que se entiende, pues, que el síntoma del sí mismo no da cuenta, o mejor, una lectura meramente sintomática no da cuenta de la organización de personalidad, sino que esas formaciones sintomáticas hay que ponerlas en el contexto de las construcciones significativas del sujeto y, por lo tanto, pues de, por ejemplo, de las vivencias particulares en el curso de la historia misma del sujeto, de las condiciones que caracterizan esa historia, de las relaciones con esos otros significativos y de los recursos psíquicos que ese sujeto tiene, en tanto no toda persona bajo las mismas condiciones desarrolla un estilo de relación de personalidad particular.

- Entrevistador: ¿Cuál es el objetivo del diagnóstico psicológico psodinámico?
- Entrevistado: Es que sin un adecuado reconocimiento de la organización de personalidad no es posible pensar la terapéutica, no es posible. La terapéutica no tiene lugar si no se conoce y no se fundamenta la organización de personalidad del otro, entre otras cosas porque eso relativiza o, mejor, flexibiliza conceptos como patología o anormalidad, justamente por lo que le estaba diciendo ahorita: a partir de esa organización de personalidad, partir de esas significaciones subjetivas, se comprende que eso que el sujeto logra en términos de su organización de personalidad es lo que tuvo lugar según sus recursos psíquicos. Entonces, en la comprensión de esos elementos, solo es posible pensar la terapéutica y, por lo tanto, particularizar la terapéutica; el diagnóstico tiene lugar en la medida en que, pues, es fundamental el desarrollo del ejercicio clínico.

- Entrevistador: Según su posición como psicóloga, ¿cuánto tiempo requiere más o menos la formulación de un diagnóstico?
- Entrevistado: Eso es muy relativo, es muy relativo porque no de entrada [sic] emergen formas que den cuenta, por ejemplo, de ese estilo de relación; efectivamente en el primer encuentro surgen elementos que podrían dar indicios, sí, pero de ahí en adelante, de lo que debe cuidarse el clínico es de hacer prejuicios y adelantarse a interpretaciones; entonces uno puede tomarse dos meses, tres meses, incluso al cabo de un año usted todavía está haciendo valoraciones que dan cuenta de la organización de personalidad del otro, porque es que es adentrarse en la clínica particular del otro, es decir, en eso que le decía ahorita, en esas significaciones objetivas, y eso se va reorganizando a partir de la manifestación misma del discurso, de las construcciones que el paciente va teniendo desde la palabra, también a partir de la forma como va teniendo lugar la transferencia en el primer encuentro, y lo que surge de la transferencia no es lo mismo que surge a partir del décimo encuentro, entonces es relativo. Teniendo en cuenta, vuelvo y le digo, pues, que sí se pueden hacer aproximaciones tempranas pero que el clínico tiene que cuidarse de interpretaciones y prejuicios que estarían ajustados a su saber, pero que, en ese ajuste a su saber, todavía no se tiene claro si eso sí da cuenta realmente de esa organización del paciente.
- Entrevistador: Profesora, ¿a usted le parece importante realizarle una devolución al paciente frente a su diagnóstico?
- Entrevistado: Sí, lo que pasa es que también entramos a revisar formas, sí, porque esas devoluciones pueden hacerse atendiendo a ellas como la intervención misma, a

ver... porque en la escuela dinámica el diagnóstico se organiza fundamentalmente a partir del columpio malheriano, porque es el que mejor permite... la escuela dinámica tiene una comprensión del ser humano como persona, desde un punto de vista evolutivo, relacional y representacional; ahí es donde finalmente el columpio malheriano permite ampliar la perspectiva que, por ejemplo, en Klein se queda un poco corta, incluso en el mismo Winnicott y luego Kernberg, pues viene a ajustarse a esa propuesta malheriana. Entonces Mahler nos dice: sobre el desarrollo normal, el individuo debe pasar por un proceso de autismo normal, simbiosis normal y separación e individuación, ¿cierto?; sobre ese columpio malheriano viene luego Althea Horner y pone una propuesta psicopatológica, entendiendo que eso psicopatológico está flexibilizado a la noción de patología como el recurso de organización psíquica de la que dispone el sujeto, donde emergería [sic] entonces las psicosis como autismo normal, simbiosis normal, los desórdenes del carácter y las neurosis. Cuando usted me habla de la devolución pues uno se pregunta, bueno ¿ella se está refiriendo al hecho de que le diga al paciente: “lo que pasa es que usted tiene una psicosis”? Y ahí habría que pensar la funcionalidad de eso, o si más bien al interior de la intervención, considerando esa organización y los recursos de los que dispone esa organización, se realizan devoluciones o señalamientos que le permitan al otro darse cuenta de sí mismo, de su propia persona; dicho de otra manera: generar consciencia de enfermedad, porque hay muchos elementos que hay que tener en cuenta, es decir, en la psicosis hay que cuidarse mucho de las interpretaciones porque en una interpretación podría desencadenar finalmente el episodio psicótico, ¿cierto?; lo mismo en los trastornos fronterizos: un paciente

fronterizo no en todo caso me acepta una interpretación o un señalamiento y, como yo debo ser conocedor de la transferencia, entonces hay momentos en los que debo procurar no ser yo quien me ubique en el objeto persecutorio, sino que en relación a eso el paciente pueda ir haciendo las proyecciones o las identificaciones proyectivas que sean requeridas y, como yo no estoy puesto ahí como persona sino como terapeuta, entonces no recibir alusiones de forma personal cuando llegan sus agresiones, cuando llegan sus devaluaciones, ¿cierto? Claro, la devolución es importante, vuelvo y digo, a lo que hay que atender es al cómo... yo puedo hacer una devolución diciéndole al paciente: “mire hemos venido hablando de todas las dificultades en las relaciones de pareja que usted ha tenido y, si usted se ha dado cuenta en esas dificultades que hemos observado que, de alguna manera, es siempre el otro el que termina dejándolo a usted, hoy justamente usted me está diciendo que el fin de semana, cuando se encontró con su padre, evocó toda la rabia que le provocó que él no hubiera permanecido para la crianza de ustedes, ¿será que si logramos la asociación de esos elementos hay algo de lo que usted se dé cuenta?”. Yo ahí le estoy haciendo devolución al paciente, devolución en términos diagnósticos porque le estoy propiciando, en términos de la intervención, o una asociación o una interpretación para que él finalmente pueda nombrar, por ejemplo, yo que sé, que el abandono se inscribe dentro de su sistema de apego y que eso finalmente está dando cuenta de la representación que tiene de sí mismo y de la representación que tiene del otro, del otro como un objeto abandonado, escindido y como no merecedor de amor. Por ejemplo, ahí hay una devolución diagnóstica, pues yo no le estoy diciendo al paciente: “lo que pasa es que usted es pre neurótico,

entonces en su preneurosis usted tiene temor al abandono”, porque ¿qué sentido tiene eso? Si el otro no tiene una construcción del saber respecto de [sic] sí mismo en las relaciones que establece y, por lo tanto, no habrá una posición ética, no habrá una reorganización, no habrá una delimitación de las formas relacionales; entonces vuelvo y digo: sí, la devolución es importante, ahora lo que hay que considerar es qué se entiende por devolución.

- Entrevistador: Te lo pregunto porque nosotros vemos, cuando hemos hecho observación o cuando hemos ido a hablar, por ejemplo, con los psicólogos que están ejerciendo la clínica en las IPS, ellos nos dicen que en la primer consulta, más o menos, ellos ya deben tener una hipótesis diagnóstica y que, por lo general, ellos le hacen la devolución al paciente.
- Entrevistado: Lo que pasa es que eso, entonces, pone las condiciones relativas al contexto, porque lo que yo estoy diciendo aplica en el contexto particular; es decir, es eso lo que yo hago en mi clínica particular pero, efectivamente, cuando yo también he trabajado en contextos privados, es decir, donde uno está sujeto a un regulamiento [sic] distinto: si desde el primer encuentro usted debe indicar una impresión diagnóstica que se asocie al motivo de consulta por el que ese paciente ingresó, el motivo de consulta es un motivo de consulta que se deriva o bien porque el paciente solicita la cita con el psicólogo, o bien porque el paciente es remitido por la fuente de ingreso en el sistema de salud, que actualmente es el médico general; esas son las dos vías que se tienen de acceso al paciente al interior del sistema de salud, eso es cierto, pero también es cierto que, de acuerdo a la pericia clínica del psicólogo, pueda hacerse con eso, ¿por qué?, porque el diagnóstico

clínico está pensado con un motivo de consulta y un examen del estado mental; en la valoración de esos dos elementos usted puede indicar un diagnóstico asociado a una impresión diagnóstica por ingreso, es decir, yo puedo decir 'impresión diagnóstica' en relación con el motivo de consulta y el examen del estado mental puedo decir, por ejemplo, indicarlo como un trastorno del estado de ánimo, ¿por qué?, porque eso finalmente da cuenta de unas condiciones episódicas, hay un episodio actual que da cuenta de un motivo de consulta, independiente de si el motivo de consulta es porque el paciente así lo presenta o porque está remitido, pero como mínimo yo voy a tener otras dos o tres consultas más con el paciente y en esas dos o tres consultas más con el paciente yo voy a valorar otros elementos, que responden a los antecedentes personales y los antecedentes familiares; es decir, yo le voy a dar contexto a ese motivo de consulta y a ese examen del estado mental, para que eso no se me quede en una lectura meramente sintomática. ¿Y eso que propicia? Que la valoración diagnóstica varíe y entonces yo tenga una impresión diagnóstica por diagnóstico de ingreso y una hipótesis diagnóstica que yo puedo corroborar o puedo modificar, y los formatos de historias clínicas en las descripciones permite [sic] hacer esas cosas, uno lo puede hacer, ¿cierto? ¿Ahí a que entramos a hacer referencia? A los criterios éticos de la valoración del clínico y si se ajusta a una mera lectura sintomática, es decir, responde a un modelo estadístico de la valoración psicopatológica, en donde lo que me permite decir del otro es si se agrupa o no se agrupa en unas condiciones descriptivas de su comportamiento, que es lo que luego da lugar al nombramiento específico, o si más allá de eso hay una valoración de la persona, en tanto la persona misma, que

permita ampliar la perspectiva diagnóstica y presentarle al otro unas condiciones diagnósticas distintas, que lo amarren de alguna manera a su historia; es decir, porque si yo valoro los antecedentes personales y los antecedentes familiares, incluso en el contexto de IPS o de EPS, al paciente se le puede decir, con intervenciones más directivas, porque las intervenciones son mucho más directivas: “fíjese, vea: nosotros dijimos desde el momento en el que usted ingreso acá que usted tenía dificultades para la crianza de sus hijos, porque estos hijos llegan tempranamente y usted no sabe qué hacer con ellos; sin embargo, cuando estuvimos hablando un poco de su historia de vida, lo que viene a aparecer es que fue usted desde muy temprano a la que le tocó ocuparse de sus hermanos, si usted se da cuenta eso tiene relación una cosa con la otra. ¿Qué quiere decirnos eso? Que es necesario que, para que usted pueda atender mejor a su maternidad, revise la relación que a su vez usted tuvo con su propia madre y cómo, por las condiciones familiares, incluso las condiciones económicas que ustedes estaban viviendo en ese momento, pues usted tuvo que despojarse del lugar de hija para asumir el lugar de madre, que en ese momento no era conveniente para usted y no correspondía al momento del ciclo vital en el que se encontraba”. Eso es mucho más directivo. Incluso, usted podría decirme: “pero eso va en contravía de lo que usted me dijo hace un momento, de lo que usted hace en la clínica particular con sus pacientes”; entonces yo le digo: “sí, usted tiene toda la razón, pero ahí pues puede ser pertinente en la medida en que usted le está soltando al otro ciertos elementos a los que podría referirse en otro momento de la vida, para que me entienda que la depresión que está padeciendo en ese momento, es una depresión que le llega de la

nada, sin ningún significado, y que lo único que necesita es un antidepresivo para silenciar el malestar, cuando el malestar está ahí porque el malestar es inherente a su existencia”. Entonces, pues sí: las condiciones particulares de una IPS restringen el ejercicio, pero también hay que preguntarse: ¿qué hace el clínico con eso, qué otras estrategias, qué recursos, qué reconocimiento del otro hace el clínico en esas condiciones para proveerle en medio de las limitaciones unas posibilidades de intervención y unas posibilidades diagnósticas favorables?, porque si no, lo que vamos a presentar es que el paciente va a asistir frecuentemente a consulta por lo mismo y, cuando eso empieza a pasar, una de las experiencias a las que se expone ese paciente es al juicio por el médico. Es decir, cuando el paciente, supongamos que en el curso de un año el paciente ha ido por la misma situación tres veces, y una de las formas del sistema médico hoy es el médico de familia, entonces durante el período de esas tres veces, digamos cada tres meses en un año, el paciente empieza a sentir que el médico lo devalúa y lo devalúa en lo que está sintiendo, y él dice “pero bueno”, como si el médico le dijera: “vea, usted está sintiendo es una bobada”. Entonces, en medio de esa lógica hay que presentarle al paciente formas de protección o cómo pueda él contenerse a sí mismo o, incluso, propiciarle que en la medida de las posibilidades (entendiendo que eso es mucho más complejo de lo que de entrada parecería), busque opciones de una intervención mucho más amplia de la que se le está ofreciendo en ese momento, porque eso también debe hacer parte del encuadre: en el encuadre hay que presentarle al paciente cuáles son las limitaciones de la intervención que tenemos y que podemos hacer con él, pensando en términos, por ejemplo, de protección, de velar por su tranquilidad, dependiendo

de lo que el paciente esté presentando, incluso de la valoración de ese motivo de consulta, examen del estado mental, antecedentes personales y familiares, debo ser cuidadoso de qué información se suelta y cómo se suelta, no vaya a ser que en una de esas se dé una cosa que propicie un episodio mucho más fuerte, y la reacción por parte del paciente sea procurándole más malestar que bienestar.

- Entrevistador: Profesora: en relación con lo que usted dice hay un conocimiento frente a esa atención que se presta en las IPS, ¿a usted como profesional qué opinión le merece esa atención que se le da a los pacientes al interior de esas entidades?
- Entrevistado: Lo que pasa es que eso es muy relativo, pues yo no podría, por ejemplo ponerme en una postura prejuiciosa, pues porque hay muchas condiciones desfavorables, sí las hay, ¿cierto?, y pues es eso: un sistema médico fundamentalmente. La lectura de las alteraciones mentales o psicológicas es igual a la lectura de las alteraciones orgánicas y, de entrada, ahí hay un error fundamental. Pero en esos términos yo, más bien...pues, porque lo institucional es institucional y en cualquier institución a la que usted vaya se va a encontrar con que hay cosas que no funcionan idealmente, pero uno no puede moverse desde los ideales porque la realidad se presenta de una manera tajante, vehemente; la realidad es la realidad más allá de lo que uno esperaría idealmente hablando, entonces, si nosotros nos quedamos en una crítica por lo institucional, no vamos a hacer nada porque las instituciones están atravesadas por otros intereses; el ejemplo es muy claro en nuestro contexto particular. La salud, por como está presentada hoy, fundamentalmente por todo lo que viene a presentarse a partir de la Ley 100, está

atravesada por otros intereses, no es propiamente el interés de velar por el bienestar del otro; al contrario, la gente todos los días tiene que luchar contra el sistema de salud para que el sistema de salud le favorezca condiciones óptimas frente al tratamiento de sus enfermedades. Bajo esas condiciones yo, y en esa pregunta que usted me hace yo diría más bien: “¿qué está pasando con el profesional, cómo el profesional en su ejercicio particular hace frente a eso? Tiene 20 minutos, ¿qué hacemos con estos veinte minutos?” Es decir, cómo, por ejemplo, yo distribuyo el tiempo de manera que lo primero que haga sea mirar a mi paciente a los ojos, saludarlo, presentarme, escuchar qué es lo que él tiene para decirme y dejar los últimos cinco minutos para llenar la historia clínica y no hacerlo a la inversa y ni siquiera mirando al paciente, desde ahí... Y eso no es institucional, ¿a la institución qué le interesa?, que la historia clínica esté llenada, ¿a la institución qué le interesa?, que sobre esa historia clínica haya una formulación diagnóstica, que en el momento en el que el paciente solicite un resumen de su historia clínica, pues eso esté bien diligenciado y haya una relación adecuada entre la impresión diagnóstica y los argumentos que la sustentan, pero con toda seguridad usted hace eso al comienzo como al final; entonces, más allá, vuelvo y digo, de uno sentarse a criticar, a cuestionar el mal funcionamiento de lo institucional, eso no... es una pregunta por el profesional y cómo el profesional se ubica a sí mismo en relación con su profesión y en relación con el otro, y en la intervención a qué obedece, incluso en las mismas condiciones de su ejercicio laboral, pues porque así es muy pesado, si es muy pesado para él trabajar en esos términos, y ¿qué está haciendo con eso?, si el profesional no se siente a gusto con esa manera de ejercer su

profesión, eso no le propicia una reflexión ética, eso no le propicia una reflexión, qué significado tiene la psicología o la clínica... entendiendo además que por el sistema de salud muchos pacientes acceden a lo que no podrían acceder particular [sic], porque en el sistema de salud le cuesta, pues, lo que cuesta pospago, unos 2.500 pesos o hasta menos, mientras que una consulta particular como mínimo tiene un valor entre 30 y 40.000 pesos; entonces hay diferencias importantes, bueno, y muchos pacientes buscan ahí una alternativa frente a lo que económicamente no podrían acceder por fuera de ese espacio, entonces si... la institución funciona de una manera, la institución tiene unos reglamentos, la institución es institución, tiene unos intereses económicos, como institución tiene unos intereses económicos y uno lo ve en los sistemas básicos de la sociedad, o al menos al que nosotros pertenecemos, en el sistema de salud, en el sistema educativo... dejémoslo en esos dos, en el sistema de salud y en el sistema educativo: en cualquiera de esos ámbitos, lo que atraviesa el ejercicio y las condiciones que se proveen para la población están atravesadas por el lucro, incluso en aquellas instituciones en las que de entrada dicen que no interesa el lucro, pero también dentro de esas instituciones hay gente trabajando, entonces eso es como decir que cada quien en su ejercicio podría hacer su...yo no sé cómo va a sonar en esa entrevista, pues, esta palabra, pero...que en su ejercicio cada quien podría hacer su pequeña revolución cuidando del otro, atendiendo al otro, escuchando al otro; además, porque en las IPS uno tiene días en los que recibe toda la agenda de pacientes pero también tiene días en los que no y tiene horas en las que no está haciendo nada, ese estar haciendo nada ¿cómo se utiliza?, yo me siento a ...porque

uno sabe más o menos también cuándo se programa el otro paciente; de hecho, por ejemplo, el paciente ya trae toda la asignación de las citas, si se le asignan cinco citas y ya trae, en esas cinco semanas, toda la asignación de las citas, entonces no sabe cuándo lo va a ver, y sobre ese saber cuándo lo va a ver en esos espacios en los que usted no tiene paciente, porque el paciente no llegó o no le asignaron cita o porque la cita se canceló, es volver entonces sobre el paciente que usted sí está esperando, entre otras cosas, porque los pacientes que se reciben en la IPS no son tampoco cualquier tipo de pacientes, son pacientes con complejidades importantes, o sea, allá llega gente con unos casos de envergadura importantes, que uno sabe que en el curso de esas cinco sesiones, pues, por mucho le queda hacer milagros, entonces es también eso... Bueno, yo tengo esta persona y ella llega acá porque, por ejemplo, tiene una dificultad para adaptarse a su nueva condición, supongamos: un recién jubilado, esa intervención no es menos compleja pero es diferente en grado de complejidad a la persona que tuvo una amputación traumática; entonces, bajo esas condiciones, usted valora dónde pone más énfasis, qué estudios adicionales tiene que hacer, vuelvo y digo, qué hace finalmente el clínico con las condiciones institucionales que se presentan; ahí es donde yo digo [que] está la respuesta a esa pregunta con otra pregunta: ¿qué hace el clínico con las condiciones institucionales que se le presentan? Porque si es ponernos a pelear con la institución están perdiendo el tiempo, porque la institución se mueve desde otras jerarquías y se mueve desde puntos a los que uno como simple trabajador no tiene acceso y prescinden de usted, “¿usted no está de acuerdo con eso?, ¿a usted no le gusta así?, ¿usted cree que debería ser de otra manera?, bien pueda vaya usted monte su centro

de atención, porque aquí me interesa es una persona que trabaje como tendría que trabajar”. Si el profesional se pone a pelear con la institución no está haciendo nada.

- Entrevistador: Finalmente, ¿qué concepción tiene de salud mental y de enfermedad desde la corriente en la que soporta su práctica clínica?
- Entrevistado: Mire: hay un asunto que está más allá de la escuela misma y es una reflexión de orden filosófico, porque lo que está de base en la reflexión de lo patológico es lo humano mismo y eso no lo responde, al parecer, la psicología; hay que trascender a una reflexión de carácter epistemológico y esa reflexión de carácter epistemológico no lleva a una única parte: la filosofía. Sobre esas condiciones los conceptos de anormal, patológico y normal, pues, están sujetos a eso humano, ¿cierto?, y frente a eso pues habría que decir, primero, que entonces lo humano está regido por condiciones más allá de lo humano mismo, es decir, lo que se inscribe en el ciclo de la naturaleza o en el ciclo de la existencia y eso deja implícito pero de entrada una primera afirmación: el conflicto es inherente a la existencia, la enfermedad es inherente a la existencia, la enfermedad está dentro de la existencia misma, por nuestra condición natural enfermar es lo más esperado porque la vida no es un ciclo lineal, uno no valora la vida en términos lineales, la vida es un devenir de un montón de cosas, porque finalmente, psíquicamente hablando, lo que viene a suceder es que el individuo está siempre en una relación conflictiva entre lo que sucede en su realidad otra, es decir en su realidad subjetiva, y lo que sucede en la realidad objetiva: todo el tiempo hay una relación entre eso, pero la relación no está dada, la relación hay que construirla todo el tiempo y

además eso no está aislado, eso está en el contexto de una condición histórica, una condición evolutiva y una condición social de las que uno no se puede desprender. De manera que frente a esos elementos, por ejemplo, y entendiendo que el conflicto es inherente a la existencia, lo patológico no estaría en el conflicto mismo: lo patológico está en qué hace esa persona en relación con ese conflicto, e incluso entendiendo que eso que podría ser nombrado como patológico porque la persona no encontró una forma distinta de hacer con el conflicto, también sería flexibilizado porque, en medio de lo patológico, fue lo único que el otro encontró como recurso para atender a eso, entonces frente a una pérdida traumática y si, frente a la pérdida traumática lo que el otro hace es, por ejemplo, sumergirse en el alcohol, el conflicto no es la pérdida traumática porque la pérdida hace parte de la existencia; ni siquiera el conflicto es el dolor por haber perdido a alguien que era amado: es que entre lo que la existencia le presenta como regla de la existencia misma, el otro no encuentra una forma de salir sino que se cierra, el conflicto no lo abre sino que el conflicto lo cierra; ahí es donde está la condición de lo patológico, se cierra y en ese cerrar se encuentra como recurso algo que atenta contra su propia persona o contra su propio bienestar, incluso contra la capacidad de establecer relación entre esa realidad otra y la realidad objetiva, que frente al conflicto a lo que da lugar es a una contradicción, y en la contradicción se pierde la persona, no logra salir de la contradicción; pero resulta que, en eso mismo, hay condiciones que se pueden valorar, como: “¿fueron los recursos que tuvo para hacer con eso, no tuvo otro recurso?, ¿ahora yo cojo eso y a dónde me lo llevo? A ese sustento teórico porque, si no tuvo otros recursos, ¿qué pasó en el curso de la existencia de esta persona?”;

en el curso de su historia, en el curso de sus relaciones y en eso, por ejemplo en otras pérdidas significativas que haya tenido, en cómo hayan sido valoradas esas pérdidas y si su existencia siempre ha estado atravesada por pérdidas y si eso, entonces, es lo que constituye el núcleo de su existencia, es decir, su angustia particular; y entonces ahí si voy a la teoría dinámica. Entonces hacemos como un trasegar entre la revisión de carácter epistemológico, es decir, filosófico con Foucault o con Canguilhem, para valorar los conceptos de normal, anormal y patológico; y, una vez esté establecido, porque además eso se convierte como en un recurso ético a la hora de la intervención para no ceñirse al modelo estadístico en donde la diferencia no tiene lugar, sino, pues, ajustarse a otros modelos biológicos y de ahí sí entender esto teórico, a ver qué me dice la psicología dinámica de esas formas de organización, de esos estilos relacionales, de esas representaciones del sí mismo y del objeto, de esas ansiedades predominantes, de esos mecanismos de defensa... y volvemos a lo mismo. Ahora la salud mental. Vayamos pues, incluso, a lo que dice la OMS: la salud mental no puede ser entendida como ausencia de conflicto o, en palabras de Merleau-Ponti, si la salud está entendida como el silencio de los órganos, entonces la salud no existe, ¿qué vendría a ser la salud mental? Es el recurso que tiene el otro para hacer con el conflicto; ahí hay una noción implícita de salud mental: es ese recurso que tiene el otro para hacer con el conflicto, si responde creativamente, si encuentra alternativas, si se da tiempo, es lo que hace el otro... porque tanto como [sic] hay uno que se va a tomar licor, hay otro que se va a leer o de retiro espiritual, yo no sé, otras cosas; ahí implícita está la noción de salud mental, en el recurso del que el otro dispone para hacer con el

conflicto, incluso para poner el conflicto a su favor, porque el conflicto puede estar a su favor.

10.4.3 Entrevista a psicólogos desde una perspectiva psicoanalista.

Entrevista al docente Juan Gabriel Carmona, psicoanalista el 27 de febrero de 2015.

- Entrevistador: Desde el psicoanálisis, ¿cómo se entiende el diagnóstico?
- Entrevistado: Teóricamente, el término diagnóstico se utiliza más desde el psicoanálisis lacaniano... perdón, freudiano, porque lo que implica un diagnóstico para el psicoanálisis lacaniano, aunque también se realice, no tiene toda la significación que hoy en día le damos a ese término; por ejemplo, es muy importante establecer cuál es la lógica, la estructura lógica que determina a un ser hablante en particular y uno podría decir que, desde esa perspectiva, es un diagnóstico, pero esa determinar cuál es la estructura de carácter lógico que determina un ser hablante en particular no significa que sea de una manera determinista, inmodificable o que a partir de eso es como si fuese el único referente que puede existir, ¿por qué?, porque, en el establecimiento de una estructura lógica, los elementos que conforman esa estructura pueden ser movibles, pueden tener diversos tipos de relaciones. Entonces, establecer una estructura tiene el carácter de una hipótesis, es mejor dicho así, tiene el carácter de una hipótesis y no de algo totalmente determinado. ¿Cuál es la función de establecer esa estructura? La función es que guía, ahí sí como en todos los diagnósticos, la intervención a realizar, esa es la función, pues: establecer un norte a seguir, por decirlo de algún

modo, un norte de acompañamiento que implica un saber ocupar un lugar con respecto de [sic] esa estructura, pues, por parte del analista.

- Entrevistador: ¿Conoce la práctica clínica que se realiza en las IPS y qué opinión le merece?
- Entrevistado: ¿Desde el punto de vista de la psicología?
- Entrevistador: Desde la psicología o desde el psicoanálisis.
- Entrevistado: ¡Ah, sí!, pero refiero no a lo clínico como médico, sino a la práctica clínica desde el campo de la psicología. Sí tengo, pues, nociones. Tengo entendido que las IPS, en primer lugar, trabajan si no es con el DSM, es con el CIE, y que tienen una concepción terapéutica de esas intervenciones y a muy corto plazo y el corto plazo es temporal, lo cual [sic], desde mi perspectiva, si acaso logran realizar es una asesoría con el fin de hacer una remisión a un profesional que pueda continuar, pues, un caso de una manera más estable y duradera en el tiempo, si ese fuese el objetivo; porque una labor propiamente técnica no creo que se realice, es quizás una labor medio diagnóstica y no más que eso, porque asumir, y no estoy seguro de lo que voy a decir, no sé si los psicólogos que trabajan en las IPS realmente asuman que quieren realizar un tratamiento, porque desde mi perspectiva, dadas las condiciones en las que se enmarca ese servicio, no es posible.
- Entrevistador: Volviendo a lo que definía como diagnóstico, que no sería un diagnóstico sino más bien una hipótesis...
- Entrevistado: Una hipótesis diagnóstica.
- Entrevistador: ...¿qué elementos componen esa hipótesis diagnóstica?

- Entrevistado: Para mí, otra vez, no hay un límite estrecho entre lo que serían las estructuras que desde cierta perspectiva definen al psicoanálisis lacaniano, entonces digamos, neurosis, psicosis, perversión, ¿cierto?, debilidad mental y melancolía. ¿Qué se debe tener en cuenta?: cuál es la posición de ese ser hablante respecto de [sic] su inscripción, repito, en una estructura lógica, ¿pero cómo decir eso de otra manera, si de lo que se trata en el psicoanálisis Lacaniano es de trabajar con el sujeto del inconsciente? Es muy importante establecer cómo se ubica ese sujeto del inconsciente en un discurso y para eso la lógica de un discurso es muy importante, porque de esa manera es que uno puede establecer qué relación tiene el ser hablante con relación al otro (y al otro son las instituciones), el semejante, consigo mismo, pero todo eso se determina a partir del mismo decir de ese otro.
- Entrevistador: Desde el psicoanálisis, ¿no se le hace devolución al consultante sobre esa hipótesis diagnóstica?
- Entrevistado: Desde mi perspectiva la respuesta categórica sería no, pero desde mi perspectiva yo no niego que una intervención pueda ser factible si eso contribuye al análisis de ese ser hablante que va a consulta. Solo bajo esa condición, pero en muy pocos casos se produce, que yo tenga conocimiento.
- Entrevistador: ¿Por qué no lo hacen?, ¿podría ampliar un poco más la respuesta?
- Entrevistado: Porque los nombres que reciben esas estructuras en nuestra cultura tiene un peso estigmatizante muy restringido y más que todo de carácter peyorativo, lo cual, pues, no se pretende favorecer desde ningún punto de vista desde esta perspectiva y no solo por eso, porque los seres humanos tendemos a encasillarnos también, a tener referentes estables y un nombre de esos, como “usted es un

neurótico”, o un “fóbico” o un “histérico”, o que esté inscrito en una estructura de estas, puede ser fácilmente asimilado de una manera que impida un análisis, que inhiba, dentro de muchas otras formas, como las personas se apropian de esas estructuras otro médico o psicólogo o psicoanalista las nombra.

- Entrevistador: Y por último, ¿qué opinión tiene como clínico sobre los conceptos de salud mental y enfermedad?
- Entrevistador: En términos generales antes de meternos al campo, yo considero que el término salud, no salud mental, y enfermedad son válidos y que son pertinentes en términos generales, ¿por qué? Porque la enfermedad anuncia a un ser humano de que hay algo que a nivel fisiológico no anda bien en su cuerpo y que se requiere un tipo de intervención para reestablecer la regularidad de ese sistema biológico o del sistema corporal, a lo cual desde mi perspectiva le llamaríamos salud, porque, otra vez, la salud no tiene que ver con la ausencia de enfermedad sino con el hecho, porque no son términos antónimos, no son contradictorios, el uno depende del otro. Entonces, otra vez, la salud desde un punto de vista fisiológico habla más es de un estado de regularidad de un sistema fisiológico, no de un estado de extensión de la enfermedad, que es algo imposible, porque ningún sistema funciona de un modo perfecto, siempre hay fallas en todo sistema, entonces definir, por ejemplo, la salud como la ausencia de enfermedad es totalmente inapropiado, porque es un imposible y se establece como un ideal cuyas consecuencias son más desfavorables que favorables.
- Entrevistador: Si le entiendo, entonces la enfermedad haría parte de la misma salud.

- Entrevistado: Claro, ¿cómo sabes tú que gozas de salud?, porque has vivido la experiencia de la enfermedad; si no, no fuese posible, pero decir que hay la salud perfecta, tampoco.
- Entrevistador: Porque es un sistema...
- Entrevistado: Exactamente, por eso digo que no son términos contradictorios: son recíprocos, se autodeterminan; pero si llevamos esta misma lógica al campo psicológico ahí es otra cuestión: en el campo psicológico la regularidad que se busca en el campo de la biología se ha maltratado, al punto de que el bienestar o salud mental, como decía Andrea hace un instante, se confunde con una homeostasis normalizante, a la que todas las personas de una sociedad deben acceder, y eso es totalmente inapropiado porque yo puedo estar sano psicológicamente y tú también, pero bajo criterios distintos. El hecho de que la psicología ahora pertenezca a las ciencias de la salud lo que pretende hacer, es una de las consecuencias, es estandarizar lo que implicaría la salud mental y eso es totalmente inadecuado, porque ¿cómo determinar eso si todavía no sabemos quiénes somos los seres humanos? Entonces las consecuencias de esto van por el lado de la normalización, la uniformidad en términos de criterios de salud mental o psicológica, lo cual constituye un problema porque lo que eso significa es que eso está al servicio de multinacionales con todo tipo de interés, intereses estatales. Hay una expresión paísa que es “estar aliviado” y aliviado no es estar completamente sano; yo estoy bien incluso con ciertas dolencias, funciono, trabajo, me llevo bien con los otros; aunque haya algún tipo de alteración, pretender que uno esté completamente libre de alteraciones es un imposible.

- Entrevistador: Bueno, Juan Gabriel, muchas gracias.
- Entrevistado: Con mucho gusto.

10.4.4 Entrevista a psicólogos desde una perspectiva humanista.

Entrevistada realizada a Diana Cristina Buitrago. Marzo 4 de 2015.

- Entrevistador: ¿Cuál es su corriente teórica?
- Entrevistado: La propuesta teórica desde la que conceptualizo o trabajo los casos y las situaciones clínicas es desde la propuesta humanista.
- Entrevistador: Y desde esa propuesta humanista, ¿qué es el diagnóstico?
- Entrevistado: Desde ahí comenzamos a tener temas polémicos, ¿cierto?, empezando por la concepción de humano o de hombre que tiene esta propuesta, que es una concepción holística integral, organísmica, ¿cierto?, que trabaja es sobre las potencialidades humanas, no necesariamente sobre la enfermedad. Esta propuesta humanista tiene resistencia a la patologización, al reduccionismo, al determinismo; sin embargo, si hay unos elementos que permiten, digamos, ubicar a las personas en unas situaciones concretas desde las cuales podemos ayudarles, entonces, por ejemplo en el caso de la *gestalt*, será una valoración [de] en qué momento, en ese ciclo de la experiencia, se encuentra la persona, es si la necesidad o la situación que necesita resolver está en un momento de no reconocimiento de esa necesidad [sic], si ya hizo contacto con el satisfactorio que permitirá satisfacer esa necesidad, entonces ya hubo satisfacción de la misma, ¿cierto?; en ese término se emite lo que llamamos un diagnóstico, pero hay una diferencia en eso del diagnóstico porque,

como te digo, yo trabajo las potencialidades humanas, entonces tú identificas cuáles son los recursos que esa persona tiene para salir de lo que llama dificultad.

- Entrevistador: Entonces, ¿se puede hablar de elementos que componen ese diagnóstico?
- Entrevistado: Sí, claro. Entonces los elementos que pueden componer un diagnóstico son: en qué momento de la experiencia se encuentra, en qué momento de reposo o de desconocimiento de la necesidad o del malestar que tiene, si ya hizo contacto con esa necesidad o no, si ya identificó los elementos para resolver la situación problemática y si hubo un movimiento a resolver, si ya lo está resolviendo, ya hizo algo, ya se está responsabilizando de esa situación y si ya la resolvió; en cada uno de esos momentos existen tal vez unas resistencias o unos mecanismos de defensas, que tiene que ver con que enfoque en otra persona lo que es propio o viceversa, o puede pasar que se desconecte totalmente de la situación, que era lo que hablábamos de la congruencia, y eso es lo que ocurre desde el principio cuando no se ha hecho contacto con la situación problemática, con la vivencia: hay algo que molesta pero no se sabe qué es.
- Entrevistador: ¿Cuál es el objetivo de este diagnóstico?
- Entrevistado: El objetivo es identificar entonces cómo puede trabajar con esa persona para que haga contacto con esa situación problemática, con eso que molesta y le está generando un sufrimiento y pueda resolverlo, pueda responsabilizarse de esa situación, [sic] de que tome consciencia, de que se dé cuenta de cómo lo puede resolver; entonces busco identificar esa situación para saber qué estrategias implemento. Aquí estamos hablando sobre la clínica; si vamos

a hablar de las IPS, me imagino que son sus acciones intramurales que se realizan en consulta externa. Entonces identifico la situación problemática y se promueve el reconocimiento de los problemas y la responsabilización de la situación, la identificación de, digamos, los elementos que pueden resolver la situación que tiene como problema y promover [sic] para que lo haga.

- Entrevistador: ¿Conoce la práctica clínica psicológica que se realiza dentro de las IPS?
- Entrevistado: Sí. Sí.
- Entrevistador: ¿Qué opinión tiene acerca de estas prácticas?
- Entrevistado: Les voy a contar un caso particular de una IPS. Cuando yo estuve cercana a esta experiencia, las personas que podían hacer allí sus prácticas en términos de formación, y también la práctica clínica como profesional, eran las personas que tuvieran una perspectiva cognitivo-conductual, porque esa perspectiva [sic] que utiliza los criterios que hay convencionales como el CIE 10 y el DSM-V, ¿qué pasa?, estas instituciones me parece que funcionan de una manera reduccionista y uno podría entrar a mirar por qué pasa esto, un modelo que pone a la salud en un lugar económico, o sea: la clínica es un negocio; de esta manera se busca la rentabilidad y la agilidad en ese diagnóstico, entonces se establecen unos protocolos y los psicólogos que se acercan a estas instituciones, tenga [sic] la orientación que tenga, debe ajustarse a los lineamientos que tenga la institución y la forma de ajustarse es desde los criterios que da el CIE-10 y el DSM-V, y eso está bien, ¿cierto?, porque se pueden tener unas convicciones, pero sé que estas instituciones funcionan es sobre esto, sobre los diagnósticos CIE-10 sobre todo, que

son los que funcionan en salud, y hay un elemento muy problemático y es el asunto de los tiempos: el tiempo [sic] son muy cortos, espaciados, hay listas de esperas impresionantes; nosotros en nuestras clases, cuando nos estamos formando como psicólogos, nos hablan de una atención semanal, más de una vez en la semana hay crisis; eso no es posible en una IPS: las IPS son las instituciones que prestan servicio de salud contratadas por las EPS, y las EPS son sistemas a los que nos afiliamos para que respondan por nuestra salud, a los que les pagamos una vez, si somos contributivos [sic], y pagamos como titulares por esa salud, seremos beneficiarios, y el otro es el contributivo [sic] que son las personas que no tienen empleo pero aun así tienen derecho a la salud, se les asigna una EPS cuando se acercan a estas instituciones; entonces, al ser un servicio económico, eso limita mucho los procesos, hace que sus servicios tengan tiempos limitados para la atención, tiempos limitados y espaciados y que, muchas veces, ni siquiera se genera la atención: hay listas de esperas, entonces es muy reduccionista.

- Entrevistador: Y, ¿consideras que esto afecta al diagnóstico?
- Entrevistado: Sí, claro, yo creo que es importante lo de las convicciones, que nos pongamos de acuerdo en que se emitan diagnósticos en términos de CIE-10, por ejemplo. Nosotros trabajamos con impresiones diagnósticas, eso lo confirmamos en el ámbito de la salud mental. ¿Qué pasa? Que para emitir un diagnóstico uno necesita conocer la persona súper bien, pero tiempo es lo que no hay, entonces se queda en una lista de espera; los síntomas, no se sabe que disparó esos síntomas[sic] y se hacen impresiones diagnósticos apresurados [sic], porque no hay tiempo, y cuando yo digo tiempo es en términos de no solo 8 sesiones y no solo

media hora, sino que fueran 45 minutos o la hora y que, aparte de eso, sean más de 8 sesiones; uno no hace un diagnóstico en una sola sesión, entonces sí afecta los diagnósticos [sic]; de hecho hay muchas personas mal diagnosticadas y, fuera de eso, estigmatizadas. Hay un desconocimiento.

- Entrevistador: ¿Qué concepción tiene de salud mental y enfermedad?
- Entrevistado: Bueno, comienzo diciendo que no hay un consenso sobre lo que es salud mental; si estamos en el ámbito académico, las concepciones de las que echamos mano son de esas concepciones, entonces nosotros tenemos, a lo largo del tiempo, [sic] se han presentado varias concepciones y esas concepciones podrían resumirse de 3 grandes maneras, caben en 3 grandes paquetes, hay 3 grandes modelos: un modelo biomédico, que es un modelo que habla de la salud cerebral, una salud que habla en términos [sic] que el cerebro y el sistema nervioso está bien con unas partes fisiológicas y químicas. Otro modelo, que es el comportamental, [es] un modelo que habla de salud mental en términos de lo conductual y ya después lo cognitivo; lo conductual es que usted tiene salud mental donde usted puede adaptarse al medio por un comportamiento adecuado, y lo cognitivo en términos de los pensamientos, los pensamientos afectan la conducta; se deben tener unos comportamientos adecuados para adaptarse a la necesidad del medio. Entonces la salud mental en esos 2 modelos, biomédico y comportamental, es una salud mental cuya responsabilidad es el individuo, porque hay como una carga biológica y la otra de comportamientos. Si hay un tercer modelo, con el que yo más me identifico, es [sic] con el modelo socioeconómico, un modelo que reconoce la salud mental como la responsabilidad no solo del individuo sino de la organización

social, entonces es un asunto de bienestar, modo de vida, o sea no solo los estilos de vida, no solo de lo comportamental, qué hace para estar bien, sino la sociedad qué me proporciona en términos de salud o me da oportunidades; entonces es más bien un reconocimiento que la salud mental [sic] es interdisciplinario, que intersectorial, que no compete solo a los psicólogos, neurólogos, psiquiatras, desde el modelo biomédico como tal, sino que también le compete a otras disciplinas como a nutricionistas, trabajo social, terapeuta ocupacional, etc., sino a todos los sectores. No solo es la academia, no solo los alumnos sino también educación; trabajo, usted necesita tener trabajo para tener salud mental, usted necesita descansar, recrearse; entonces la concepción que yo he hecho de la salud mental está más en el modelo socioeconómico.

- Entrevistador: ¿En qué momento del tratamiento se le dice al paciente, “usted tiene este diagnóstico, se ha construido este diagnóstico”, usted le dice el diagnóstico?
- Entrevistado: Por supuesto que sí porque la verdad es muy importante, porque, primero, el otro es el que sabe su realidad y aquí se trabaja desde la autenticidad, para poder ser auténtico se necesita poner en la palabra esa situación; por eso yo pienso que para sostener este modelo [sic] no es tan sencillo para todas las personas, porque si bien para los psicólogos esa es la herramienta, en este sí que cierto por la congruencia, por la empatía y por la autenticidad que se requiere, usted puede trabajar en su autenticidad, ser consecuente.
- Entrevistador: ¿Hay un momento determinado para decírselo o eso depende de cada paciente?

- Entrevistado: El tiempo lo da esa persona, porque mire: esto en el deber ser, pero, obvio, hay algunas instituciones y protocolos a lo que te debes ajustar, ese asunto del CIE-10, por ejemplo, la impresión diagnóstica es que usted tiene un trastorno obsesivo compulsivo, por qué no se pone en esos términos; ahora, si es un paciente que viene remitido desde psiquiatría, ese paciente tiene derecho de [sic] saber su diagnóstico apenas se tenga, se debe comunicar de una manera acertada y asertiva. Pero si se hace es desde un establecimiento institucional, pues hay que ser creativos, hacer una negociación, se puede conversar esos elementos pero si se comparte.
- Entrevistador: ¿Crees que un psicólogo con enfoque humanista podría trabajar en una IPS, sin ninguna dificultad?
- Entrevistado: Sí podría trabajar sin ninguna dificultad relacional, seguramente se le van [sic] a las dificultades internas en términos de la congruencia, eso es particular, sería ya una elección, pero por supuesto, si desde lo técnico entramos a tener dificultades por lo que se plantea en el número de sesiones, el diagnóstico; sin embargo, yo particularmente pienso que uno puede ser creativo, aislarse, uno puede transformar la realidad estando allí porque, finalmente, lo que nosotros buscamos es humanizar los procesos y humanizar el diagnóstico, y puede ser hasta muy importante para un paciente que se pueda acompañar en la comprensión y que él no sea solo diagnóstico, por ejemplo en el trastorno bipolar, porque entonces el que tenga un diagnóstico de diabetes es un diabético, el drogadicto, una persona que tiene situaciones, una forma de estar en el mundo; entonces sí podría, por supuesto, pero solo tendría un conflicto interno a resolver.

10.5 Anexo 5. Entrevistas a psicólogos de las IPS

10.5.1 Entrevista a psicóloga del Hospital San Vicente Fundación.

Entrevista realizada a la psicóloga [E5], del Hospital San Vicente Fundación, el día 27 de marzo del 2015.

Desde el Sistema General de Salud, ¿cómo se ha definido la atención psicológica?

En el Hospital Universitario de San Vicente Fundación se cuenta con profesionales en Psicología para responder a las necesidades expresadas por los pacientes, pero a través de los especialistas quienes solicitan el apoyo. No tengo claridad de si esto es reconocido y facturado en todos los casos como algo aceptado por las EPS o si es un plus que de todas formas el hospital ofrece para sus pacientes. Las atenciones no se hacen basadas en una aprobación de la entidad pagadora sino como una respuesta a la necesidad del paciente.

Acá, básicamente en el hospital, se tiene apoyo desde psicología, pero uno que sabe o que escucha, generalmente, aunque se factura a veces se reconoce, otras veces no, a veces es más como un plus, como un servicio que el hospital le da a sus pacientes, así la EPS lo cubra o no, porque si muchas veces inclusive suministros médicos o procedimientos que son, inclusive, como más complejos y las EPS hacen una cosa que se llama glosar la factura, esto lo reconozco y esto no, entonces ahora la intervención por psicología, yo me imagino que muchas veces dirán como: “ah no, ¿para qué?, yo pienso que este paciente no necesitaba psicología”.

¿Es como dependiendo del grado de gravedad?

Es como te digo: a veces incluso pueden decir “ay, entonces ¿por qué le hicieron una gastrostomía a este paciente?, a mí me parece que no lo necesitaba porque le hubieran podido poner una sonda nasoyeyunal, entonces no, no les pago este procedimiento”, o sea, algo tan delicado que es para alimentar un paciente, ahora la psicología que, de todas formas, en el contexto del sistema de la salud, digamos todavía no hay tanta relevancia, no se le da la importancia que tal vez se merece; entonces, hasta donde yo sé, como te digo, el hospital tiene el apoyo por psicología porque en algunos protocolos de atención de pacientes está instaurado que se debe contar con un apoyo por psicología, pero muy seguramente, ya mirándolo desde el Sistema General de Salud, se encontrarán con que en algunos casos se considerará pertinentes y en otros no.

Pero sería más entonces un apoyo a los diagnósticos que hacen los psiquiatras más que un trabajo, por ejemplo, de una persona que venga con cierto malestar, no como un trastorno, sino algo más, como una pregunta que le surge acerca de sí mismo, por ejemplo, sino que sería entonces más un apoyo a la psiquiatría que realmente un trabajo de un paciente [que] se cuestiona sobre algo y tiene alguna dificultad.

Lo que pasa es que aquí, en general, la atención psicológica, por lo menos donde yo cumplo las funciones acá en el hospital, digámoslo así, ¿cuál es el enfoque?, esto es una institución de alto nivel de complejidad, ¿cierto?; entonces aquí no vienen personas como “ay, es que tengo una dificultad con mi familia, o es que yo tengo problemas con mi pareja”; no, acá generalmente la gente que ingresa es con enfermedades médicas, ¿cierto?, y enfermedades médicas que generan a veces síntomas psiquiátricos o síntomas psicológicos, o llegan personas con enfermedad mental propiamente dicha: el trastorno afectivo bipolar, el trastorno ansioso,

trastorno depresivo, que entonces ingresan porque hicieron un intento suicida, porque estaba agitado en la casa, por un episodio psicótico, entonces llegan como por cosas muy complejas, no es, pues, como el tema común, de que tengo acá una pregunta interna de quién soy yo, que para qué estoy acá en el universo; no, acá llegan personas clínicamente enfermas generalmente o ya con un trastorno propiamente dicho.

Pero ¿es el hospital el que se encarga de establecer ese parámetro: “bueno, acá vamos a atender este tipo de personas”, no que lleguen, pues, siempre estas personas, sino más como la selección que se hace?

Es porque el hospital, de todas formas, tiene un alto nivel de complejidad en la atención; entonces, por ejemplo, acá en la portería llegar alguien a decir: “yo estoy súper angustiada porque mi esposo se fue esta mañana de la casa, entonces yo llegué, encontré todo vacío, no sé qué voy a hacer”, si una persona no llega con un riesgo suicida o intento suicida, o una intoxicación, entonces le dicen: “no, señora, vaya a su EPS, pida una cita o vaya a una unidad intermedia”, pues, o sea, acá se le da prioridad a otras cosas y, aun así, yo creo que ustedes han visto las noticias con el colapso que hay en el servicio de atención inicial, que si quieren, por ejemplo, en este momento podrían ir a mirar allá y no hay por donde andar; a mí por ejemplo esta semana me tocó atender un paciente en una camilla y yo ahí agachada y todos escuchando yo [sic] lo que yo estaba hablando ahí con él, no había manera, entonces imagínense [si] recibiera también la pena amorosa.

Entonces tampoco hay unos espacios idóneos para esa atención psicológica...

Digamos que uno pensaría que eso se podría atender por consulta externa. Acá en consulta externa hay un psicólogo, pero creo que en estos momentos solo estará viviendo los lunes como 4 horas y entiendo que los casos que atiende son niños con déficit de atención o adultos que yo

creo que psiquiatría los remite, pero no es, pues, como te digo, lo común; acá son los servicios [sic] son de alto nivel de complejidad.

¿Cuál es el procedimiento para la atención psicológica en la IPS donde usted presta su servicio como psicólogo?

El especialista que atiende al paciente con enfermedad es quien, según su propio criterio o a solicitud del paciente, ingresa al sistema una solicitud de apoyo o interconsulta para que los psicólogos se desplacen a la sala de hospitalización y lleven a cabo la atención.

Entonces, como estamos es brindando un apoyo a las áreas médicas, yo dependo de que un psiquiatra o de un especialista de otra área me pida un apoyo con algún paciente; entonces acá, a través del sistema, a mí me llega una solicitud de apoyo o interconsulta; entonces, por ejemplo, digámoslo así, acá me sale el tablero de pacientes y si a mí me sale acá una persona yo miro acá la orden para mirar por qué este doctor me pidió que evaluara [a] este paciente, entonces acá dice que está con un diagnóstico de sida, lo acabaron de diagnosticar, entonces posiblemente va a tener una reacción de angustia y hay que ir a educarlo sobre la enfermedad; entonces ese es el apoyo que hace psicología, entonces es solicitado por otro especialista.

¿Cuál es el enfoque teórico desde el cual usted sustenta su práctica?

La atención en el ambiente hospitalario se enfoca desde la psicología de la salud, la cual promueve elementos como autocuidado, adherencia al tratamiento y cambios en el estilo de vida, por mencionar algunos temas: de psicoeducar, de acompañar la reacción de una persona de un diagnóstico de una enfermedad, de contener síntomas afectivos que surgen por una hospitalización prolongada o porque un tratamiento es complejo; entonces, digámoslo así, uno [sic] aquí para psicoeducar, eso es una cosa muy básica: la psicoeducación que entro a explicarle a un paciente sobre una enfermedad y cómo la puede enfrentar no cambia si es por dinámica o

por humanista, por cognitiva; no, eso es algo como muy general, entonces el enfoque es psicología de la salud, aunque específicamente no es una escuela teórica, sino un ámbito de la psicología o un área donde aplica la psicología clínica. Sin embargo, mi formación en la universidad se inclinó por la psicología dinámica. Finalmente, la escuela teórica le sirve más a uno mismo para uno entender, porque uno elige cómo entender un fenómeno o los procesos, pero en la aplicación de técnicas me considero ecléctica, porque yo comprendo desde la psicología dinámica, pero digamos que el paciente necesita o me está demandando es una técnica muy específica de cómo evitar tal conducta y yo no me voy a poner a indagar, entonces, cómo fue su dinámica familiar y cómo fue su niñez, sino que yo simplemente le doy la técnica, y entonces eso se parece más a la cognitiva; entonces yo trabajo como muy desde la demanda del paciente hasta donde yo pueda, ya si yo no conozco la técnica, si no conozco la teoría, entonces le digo abiertamente: “ve, mira, lo que me estás pidiendo yo no lo manejo, no lo conozco, pero entonces te digo dónde están las redes de apoyo para después de la hospitalización” y mientras tanto yo lo voy apoyando con esto, esto y esto.

Desde la corriente teórica en la que usted soporta su práctica, ¿cómo define el diagnóstico y qué elementos lo componen?

En el ambiente hospitalario se debe manejar el lenguaje médico y no términos muy específicos desde las corrientes teóricas. La base es el manual diagnóstico (DSM-V) y el CIE-10. Los diagnósticos de enfermedad mental o afectiva propiamente dicha los define el psiquiatra que evalúa al paciente. Los diagnósticos de enfermedad médica los hace el especialista tratante. En general, los psicólogos no agregamos diagnósticos nuevos a la historia del paciente, esta responsabilidad la asume el personal médico.

Si ustedes cogen el manual diagnóstico del DSM-IV, hay como 2 libros: uno donde están todos los temas diagnósticos y el otro se llama la entrevista clínica, si no estoy mal; en ese otro texto, que también es gruesito, ahí está especificado [sic] todos esos contextos, qué es un diagnóstico, que cuáles son los ejes que uno trabaja en un diagnóstico...

¿Es a partir de ahí?

Sí, básicamente, pero en realidad, de todas formas, pues acá valdría la pena aclarar que se debe usar un lenguaje médico, aunque no seamos médicos, si yo me pongo a poner ahí desde la dinámica, por ejemplo, “que es que... a ver, no...”.

Por ejemplo desde las organizaciones que maneja Kernberg, eso no tendría cabida...

No: si yo escribo eso en una historia al médico él no me entiende nada, él me va a decir: “esta se *rambotizó* acá, yo necesito es que me hable en mi idioma”, ¿cierto?, entonces uno ahí tiene que ser como de un lenguaje muy general y muy adaptado a lo que el médico conoce.

Entonces, ¿cómo haces para manejar el bagaje teórico que tienes desde la corriente que dijiste que desde la universidad te gustaba, la dinámica, con esto que ahora te solicitan y es un lenguaje médico?

Ah, pues, la verdad, ha sido un proceso como de adaptación, porque no hay como un curso de psicología para el ambiente médico, uno va notando de qué manera ellos le comprenden a uno, entonces uno ya va acotando como los términos más bien de ellos y el lenguaje; igual, como los médicos dentro de sus estudios básicos incluyen, pues, psiquiatría, entonces es muy apoyado desde del lenguaje del psiquiatra y el psiquiatra se apoya mucho en el manual diagnóstico, entonces uno utiliza el lenguaje del manual diagnóstico y ellos lo entienden y lo comprenden bien.

En algún momento haces uso, por ejemplo desde la corriente dinámica, ¿haces uso de eso que soporta esa corriente, lo del diagnóstico por ejemplo que realizan?

Realmente, es poco por otra cosa que les voy a mencionar, y es que uno aquí tiene que elegir qué va a trabajar y hay cosas que uno logra trabajar acá y otras las va a hacer el paciente después, porque en algunas de las otras respuestas les exponía que acá la atención son [sic] como de oportunidad. A mí me pueden mandar a llamar hoy a ver un paciente y hoy puede ser la única vez que yo lo vea, porque yo lo veo hoy, ya salgo a descanso el sábado y el domingo, el lunes llego y al paciente le dieron de alta el domingo por la noche, entonces muchas veces hay una única oportunidad para hablar con esa persona, entonces no le da tiempo a uno como para “ay, no, hacer procesos, hacer acá todo el diagnóstico, elegir los elementos que voy a trabajar”, no; [a] uno muchas veces le toca así urgentemente mirar qué es lo que esa persona necesita por el tema que lo trajo acá al hospital y motivar que, después de la hospitalización, se adhiera a un tratamiento ambulatorio donde ya trabaja aquello y lo otro. Alguna vez trabajé con una señora que los médicos interconsultaron porque ella llegó por un problema ginecológico y, cuando la fueron a evaluar los ginecólogos, ella no se dejó tocar y se puso muy angustiada y casi que se agitó, entonces yo me voy a hablar con ella y resulta que ella tuvo un episodio de abuso sexual a los 15 años y la señora ya tenía treinta y pico, pues, ¿cierto?, y de cuenta de ese abuso así era pues que ella manejaba todo ese temor; entonces ¿ahí qué había que hacer?, lograr obtener la colaboración de la paciente para que el examen médico que ella necesitaba en ese momento se pudiera hacer, entonces mirar de qué forma yo le podía ayudar para que ella bajara un poquito sus defensas y permitiera el examen médico, pero todo el trauma de su abuso sexual no lo podía trabajar, es más, era un riesgo comenzar a tocar mucho ese punto porque yo no sabía en qué momento la iban a despachar para la casa y de pronto yo comenzaba a remover muchas cosas y

ella se iba descuadrada, entonces a mí me tocaba tolerar la frustración de decirle: “venga: ese tema en sí dejémoslo acá quieto, busque ayuda en estos y estos lugares, eso es un pendiente que usted tiene que trabajar, por favor hágalo pero, al menos, en este momento dígame yo cómo le puedo ayudar, cómo se puede tranquilizar usted, cómo se siente más segura para que la puedan acceder para ese examen médico”, entonces miren que eso ahí es casi que humanidad, que sentido común, que eso ahí no es que humanista, que cognitivo; lo que se necesita en ese momento, entonces no hay mucha oportunidad de poner a trabajar todo ese tema.

¿Cuáles son los requerimientos que se tienen en cuenta en la IPS para la formulación del diagnóstico? Y, de acuerdo con lo anterior, ¿los requerimientos se encuentran acordes con la fundamentación teórica desde la cual usted sustenta su práctica?

Generalmente acá los diagnósticos los hace el médico tratante o cuando lo ve el psiquiatra.

¿El médico tratante sería el psiquiatra?

Por ejemplo en este caso el médico tratante es infectología, y dice “acá está el listado de diagnósticos del paciente”, él es que pone si es diagnóstico de omisión, de trabajo, en estudio, si ya está confirmado; esto genera los famosos RIP que se mandan al DANE para todos los análisis epidemiológicos y para las estadísticas, entonces ellos son los que se encargan como de incluir todos los diagnósticos, por ejemplo, “este no se ha confirmado la enfermedad que se tiene” (da a conocer la base de datos en el ordenador) y dice gastritis, hemorroides, etc.

Esto sería como a nivel orgánico...

Exactamente. Por ejemplo, cuando yo como psicóloga fui a ver este paciente, y el paciente en este momento, aunque hay una presunción que tiene un sida, en la entrevista él a mí no me evidenció que tuviera conocimiento sobre eso, entonces yo no supe si ya sabía y estaba haciendo negación o si en realidad todavía no le habían informado bien o, si por las infecciones que tiene

que tenga por allá en el sistema nervioso y tenga afectada la parte cognitiva, entonces yo todavía no puedo emitir un concepto, yo pongo lo que observé para que el médico sepa y le sugiero que informe al paciente si no lo ha hecho, entonces ahí qué diagnóstico va a poner uno, ya cuando uno ve un diagnóstico, una persona que yo veo, acá la mayoría tienen reacción de ajuste, trastorno por reacción de ajuste al proceso de enfermedad, yo lo pongo en la historia clínica, en la devolución que yo hago, pues sería que el paciente está teniendo una reacción de ajuste al proceso de enfermedad; especificar eso por qué se haga o no se haga no lo sé, porque así fue como me instruyeron a mí [sic] la persona que me hizo la inducción cuando ingresé al hospital, entonces eso, “deje que los médicos sean los que hagan eso, que ellos sean los que decidan que ponen acá”, porque yo no sé qué implicaciones tendrá; por eso les decía el tema de la estadística: ya un paciente que lo haya visto psiquiatría, pero yo no he ensayado inclusive si el sistema me permitirá incluir diagnósticos porque, de todas formas, todos los usuarios tienen, digamos, (inaudible), yo no sé si mi perfil estará apto para incluir diagnósticos, un psiquiatra ve a un paciente y declara que tiene una depresión mayor, es él quien lo incluye.

Entonces, desde acá los de psicología no incluyen diagnóstico en el sistema?

Solamente se relacionan como dentro de la historia clínica pero dentro [d]el registro específico del diagnóstico, no. Así, pues, lo hemos venido manejando.

Los diagnósticos registrados en historia clínica solo los incluye el médico tratante. Cuando tiene diagnóstico de enfermedad mental o afectiva es el psiquiatra quien lo escribe. La base o guía para el diagnóstico es el DSM-V y/o el CIE-10.

¿Cuál es el objetivo del diagnóstico, tanto en el marco de la atención psicológica en la IPS como en el enfoque teórico en el cual usted sustenta su práctica?

El tener una impresión diagnóstica sobre el paciente orienta el trabajo a realizar durante su estancia hospitalaria. Para qué le sirve a uno hacer una impresión diagnóstica o un diagnóstico, porque [sic] eso es lo que le da a uno el norte para trabajar. Yo creo que eso aplica desde cualquier punto que uno lo mire, yo creo que eso aplica desde cualquier punto de vista, desde el punto de vista orgánico, psíquico, a usted el diagnóstico le da ese punto de partida para saber usted qué le va a hacer a un paciente.

Desde la institución, ¿qué concepción se tiene de salud mental y de enfermedad?

La institución creo que se adhiere al concepto que manifiesta la OMS. En los documentos del hospital donde está el marco estratégico y la misión y la visión, yo nunca he visto, pues, que ahí estén esos conceptos y el concepto de diagnóstico, pero asumo que se basan en los conceptos de la Organización Mundial de la Salud, puesto que es una institución de salud que este [sic] se puede ver en la página de la OMS, ahí está declarado.

¿Existe alguna concordancia entre las concepciones de salud mental y enfermedad que se plantearon anteriormente y las del enfoque teórico desde el cual sustenta su práctica?

La base para la práctica psicológica en el área de la salud son los conceptos otorgados por la OMS. El enfoque teórico es más una forma como el psicólogo decide comprender y afrontar el trabajo con el paciente, de acuerdo a sus necesidades, pero el uso es subjetivo; cuando se comparte y se objetiva la información la base siempre es el manual diagnóstico y, por lo tanto, basados en los conceptos universales de salud y enfermedad.

Como yo hago psicología de la salud y la atención del hospital está enfocada también desde el marco de la salud, entonces yo pienso que sí, sí hay concordancia.

¿Crees que guarda concordancia, por ejemplo, con la corriente dinámica?

Lo que pasa es que yo en este momento así, que yo recuerde como a ver qué tal autor dice que el concepto de salud y enfermedad es este, no, yo eso lo vi por ahí en el séptimo semestre cuando estábamos viendo, pues, como todas las corrientes teóricas, entonces yo creo que la psicología todo es igual, lo que cambia es la forma como yo entiendo y el término que utilizo para definir o no; pero si ustedes toman cada una de las corrientes teóricas, el concepto de salud y enfermedad y que utilicen distintos términos van a concluir básicamente, pues, casi como está en la Organización Mundial de la Salud que dice que es un malestar, que es una ausencia de bienestar y, bueno, como términos muy genéricos, no sé en realidad, no tengo como un concepto fresco como “ay, Héctor Fiorini, o es que Margaret Mahler...”, no.

¿Cuáles son los enfoques teóricos desde los cuales los psicólogos de la institución sustentan su práctica? ¿Cuáles son los criterios que tiene en cuenta la institución para la aceptación o no de estos enfoques?

Reitero, el enfoque teórico es de uso subjetivo a la hora de aplicar alguna técnica o de comprender el fenómeno, pero frente a la institución la base es aplicar psicología de la salud y términos que sean acordes al ámbito hospitalario.

¿El hospital qué dice?, “entiéndase con los médicos, párese en la cabeza si quiere, pero haga lo que tenga que hacer con el paciente pero que su trabajo sea efectivo”, ellos no dicen “ay, pero su trabajo tiene que ser así”.

¿No tiene que ser cognitivo? Porque tiene más relación con la psiquiatría, con el DSM...

Por ejemplo, yo me acuerdo cuando estaba buscando práctica en la universidad y me acuerdo, creo que era un hospital infantil, no me acuerdo, pero decían: tiene que ser cognitivo.

Pero, ¿preguntaste por qué, o no?

Creo que allá por los diagnósticos de los niños que manejaban, pero acá no hay sesgo en ese sentido; como te digo, usted [sic] trabaja desde donde quiera, que yo sepa la de rehabilitación tiene formación en dinámica, la de oncología tiene formación en dinámica, yo formación dinámica, la de adicciones cognitiva y consulta externa cognitiva. Pero eso, como te digo, en realidad la institución dice: “entiéndase con los médicos”.

Y no está sesgado para aceptar cierto tipo de psicólogos...

No, y de todas maneras cada uno lo utiliza como a su favor para saber cómo enfoca el trabajo, cómo entiende el fenómeno, pero en el trabajo en sí, los registros y todo es muy general, psicología de la salud, DSM-IV y CIE-10.

¿Cuánto tiempo debe llevar la formulación del diagnóstico y por qué? Y ¿cuál es el tiempo requerido para la entrega del informe diagnóstico al paciente y por qué?

No hay exigencias explícitas sobre el tiempo. La atención en el ambiente hospitalario está sujeta a la oportunidad y, por tanto, entre más pronto mejor. Generalmente los pacientes medicamente enfermos no se ocupan o se afanan por conocer el diagnóstico psicológico, ya que para ellos prima lo físico en este contexto. El psicólogo, desde la primera sesión, puede intervenir y hacer devolución acerca de las necesidades identificadas.

Y lo que les decía ahora: muchas veces uno va a ver un paciente y esa es la única vez que lo vio, entonces ese día uno tiene que hacer todo en un ratito.

En ese encuentro, ¿haces algún diagnóstico?

No. Uno si percibe: “este paciente tiene síntomas depresivos, voy a sugerir que lo vea psiquiatría porque puede que necesite un apoyo farmacológico” y eso lo consigno en la historia.

¿Pero no el diagnóstico, que es lo que ahora nos explicabas?

Ajá, entonces ya psiquiatría lo ve y dice: “ah, este paciente tiene depresión” y ellos son los que incluyen ahí el diagnóstico, cierto.

¿Ellos son los que van y nombran?

Yo veo un paciente y digo: “ah, este paciente está tranquilo, acá es más la angustia del médico”, a veces pasa así, que la angustia es del médico, del doctor. Entonces este paciente está en pleno uso de sus facultades, está tomando la decisión basado en sus creencias, no tiene ningún fenómeno para intervenir, chao, ¿cierto?, o el que tiene lo más frecuente, una reacción de angustia o que tiene un antecedente de un trastorno de antes y que ahora, entonces, hace que se vea más vulnerable y que está en riesgo de que suceda aquí algo por el proceso de enfermedad, y todo eso se consigna, pues, como en la historia; entonces uno sí puede hacer esa impresión diagnóstica y decirle inclusive al paciente, porque ve algunos muy poquitos [le] preguntan a uno: “doctor, ¿cómo me ve?”, “con los ojos”, uno les devuelve y le dice: “yo te veo con una reacción normal, esperable para tus condiciones, tu situación, vamos a trabajar un poquito para que se autorregules emocionalmente un poquito más, no sé qué”; a veces no preguntan nada, igual uno les dice: “te veo unos síntomas depresivos, un antecedente de riesgo, voy a pedir una ayuda por el lado de psiquiatría para que ellos nos confirmen, nos hagan el diagnóstico diferencial, para que se fijen si se benefician de un apoyo farmacológico” y ya.

En el planteamiento del problema, cuando vinimos la primera vez, nos decías que se debe ingresar en el sistema un diagnóstico o una impresión diagnóstica, ¿a qué te referías en esa ocasión?, porque ahora nos dices que no.

Es a la historia clínica, digamos la historia clínica tiene aquí unos componentes, por ejemplo, yo lo que hago cuando abro acá es [sic] unas áreas, cómo le digo yo, como unos

aspectos que yo relaciono. Subjetivo: que es básicamente como lo que me refiere el paciente. Objetivo: que es como lo que yo observo del paciente, un plan que es lo que voy a seguir haciendo con ese paciente y un análisis, que este ya es como un resumen como de todos estos elementos que hay acá: yo relaciono mi impresión diagnóstica, lo que yo no hago acá donde dice incluya diagnóstico, diagnóstico principal, causa externa, tipo de diagnóstico. Entonces hacemos una impresión diagnóstica que la relacionamos acá con otros elementos de la historia clínica pero digamos que genera ya, pues, el RIP que va al DANE y acá lo manejan en estadística.

¿Esta información de la historia clínica la pueden ver todo el personal médico del hospital?

Sí, sí, el especialista muchas veces ni leen [sic], hay unos y hasta pueden ser la mayoría que simplemente dicen: “ah, yo ya le mandé a psicología”, ya no miran, “que lo maneje él”, inclusive en las recomendaciones que yo le hago a un paciente yo la hago acá; por ejemplo, este paciente necesita valoración por psiquiatría y, como para asegurarme de que sí le pidan esa valoración, entonces yo por ejemplo hablo con la enfermera de la sala y le digo: “ve, hazme un favor: estaba viendo este paciente, lo interconsultó medicina externa, usted [sic] mañana cuando pase la ronda le dices [sic] que yo vine y que considero que es bueno que lo vea psiquiatría”, entonces ya ella me hace el puente porque de pronto no me leen acá la recomendación y el paciente se queda sin servicio.

De acuerdo con su experiencia profesional en la IPS, ¿cómo considera que debería ser la estructuración del servicio en psicología a fin de poder brindar una atención acorde con las Políticas Públicas de Salud y con el enfoque teórico de su práctica?

Pues antes de pensar en esta estructura pienso que hace falta tener una política pública más incluyente, ya que en muchas ocasiones el sistema no considera necesaria o prioritaria la

atención psicológica del paciente. Solo en algunos temas como adicciones, obesidad y enfermedad psiquiátrica impresiona más reconocida la necesidad de un trabajo psicoterapéutico. Lo ideal es que cada paciente hospitalizado tuviera acceso a este apoyo, ya que la enfermedad es un evento que generalmente produce desajuste emocional y/o estructural en un paciente y su grupo familiar.

Yo no me he sentado en estos momentos a leer como está la salud pública frente a la psicología. ¿Qué sé yo aquí?, que hay patologías que, digamos, si ya los protocolos está incluida [sic], ejemplo: adicciones, obesidad, algunas enfermedades psiquiátricas, dicen que tienen en su protocolo que debe haber un psicólogo, por ejemplo en los casos de abuso sexual, ¿cierto?, yo sé que algunas normas externas dicen “los pacientes que tienen un abuso sexual los debe ver psiquiatría o psicología, o los tienen que ver los 2”, pero en general no veo mucha fuerza, mucha conciencia de que psicología es importante; a mi manera de ver, a mi modo de ver, con la experiencia de trabajo acá, a todos los debería evaluar el psicólogo porque una enfermedad médica, que son los que ingresan acá, a todo el mundo le debe generar mínimo una reacción emocional, así sea pasajera. Acá en el hospital hay un, ¿cómo lo llamamos?, digamos programa que se llama COMPRI-INTERMED, [que] es una herramienta de evaluación de los riesgos bio-psico-sociales del paciente, lo deben aplicar a todos los pacientes que ingresen acá al hospital, lo aplica el médico y lo aplica una enfermera; son unas preguntas bases donde se trata de identificar cuáles son los potenciales de un paciente, se indagan algunos antecedentes y como condiciones sociales que puedan configurar un riesgo de lo que les decía, bio-psico-social, y de acuerdo a esa evaluación se agrega en la historia como una especie de resultado, como un resumen de esos hallazgos para que el especialista lo tenga en cuenta y solicite los apoyos que ahí se sugieren;

entonces muchas veces ahí dice: “se recomienda consultar psicología [sic] porque tiene riesgo de desarrollar síntomas afectivos”, entonces ahí quedarían las necesidades de los pacientes.

Es como ese elemento plus que, digamos, yo no sé si lo harán otras instituciones, yo pensaría que de pronto no, porque es como algo desde acá, de pronto hay una institución en la ciudad que aplique esta herramienta o una estrategia para saber los pacientes que llegan que más necesitan además de la atención médica para brindar una atención integral.

¿Consideras importante que más adelante implementen políticas donde se puedan relacionar un poco más el bagaje teórico que tiene la psicología en sí con lo que se implementa dentro de los hospitales, o crees que no es necesario?

Es que yo no sé si soy de un pensamiento liberal en ese sentido, cierto, porque yo pienso que si a uno lo encasillan y si a uno lo meten dentro de algo que uno no comprende va a ser más difícil; casi todos los temas que son de manejo universal ,por así decirlo, y acá hay un universo de personas, acá trabajan 2.000 personas, acá hay entonces auxiliares, enfermeras, médicos, trabajador social, fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra,... ¿Cuál es la fácil?, que todos nos comuniquemos con un mismo idioma, ¿cierto?, así como acá todos en Colombia hablamos es español, con unas diferencias en acento pero hablamos español, entonces yo soy partidaria de lo práctico, pero yo puedo comprender los fenómenos desde un diferente punto de vista, pero yo puedo tener la habilidad mental o, digamos, la habilidad de traducirlo a un lenguaje más general, entonces yo no lo veo así como que sea tan necesario que se pueda ampliar el lenguaje y las perspectivas de cada uno; para mí lo más importante es que todos tengamos un lenguaje en común, porque si estamos juntos se va a beneficiar más la persona con la que yo trabaje, pero si uno se *empelícula* y finalmente tiene su concepto, el afecto va a ser el paciente.

En el primer encuentro nos decías que un paciente, cuando no tiene un diagnóstico que encaje dentro del DSM IV, había que llegar a como que eso concordara un poco, porque por ejemplo si un paciente viene y no presenta por ejemplo un trastorno, entonces ¿qué se hace con ese paciente para poner una impresión diagnóstica?

Yo veo un paciente que, digamos, los síntomas no son suficientes para yo determinar que tiene un trastorno propiamente dicho, pero sin embargo presenta un fenómeno; ah, entonces yo describo el fenómeno y trabajo con el fenómeno que yo veo, ejemplo: acá hay pacientes que manejan la angustia de distintas maneras poniendo problema por la comida, no se adaptan a la comida del hospital; hay que trabajar desde ahí. Hay pacientes con cáncer que manifiestan mucha preocupación porque se les caiga el pelo y uno piensa “tenés cáncer, te podés morir, ¿cómo te preocupas por el pelo?”, esa es su forma de manifestar la angustia, entonces uno trabaja con eso, aunque eso no califique con una patología con todo el cuadro así definido; los cuadros así de libro con todos los síntomas son muy poquitos, acá la mayoría de los pacientes tienen como síndromes conjuntos de síntomas que se parecen a una cosa o a otra, se parecen a una depresión pero no son específicamente un trastorno, pero con esos síntomas se trabaja, para disminuir el riesgo [de] que se convierta en un trabajo y para contener.

Y ahí, en la impresión diagnóstica, ¿qué se pondría?

Por ejemplo eso: “paciente que presenta como una reacción de ajuste con síntomas depresivos o con síntomas ansiosos” o “paciente que niega tener síntomas afectivos pero manifiesta tener esta preocupación por un cambio de su imagen corporal”, y eso da a saber un riesgo potencial de desarrollar un trastorno mayor si no se interviene, entonces vamos a trabajar con eso.

10.5.2 Entrevista a psicóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe

Entrevista realizada a la psicóloga [E1] del Hospital Pablo Tobón Uribe. Entrevistada el día 07 de abril de 2015.

***Entrevistador:** Bueno, [nombre de la profesional], nuestro trabajo de grado es sobre el diagnóstico que se hace en las IPS acreditadas en salud en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá. La idea es poder contrastar la información que se encuentre dentro de las entrevistas con el marco teórico, a partir de lo que es el diagnóstico para la IPS y de lo que es el diagnóstico desde las diferentes corrientes teóricas de la psicología. Ese es nuestro trabajo de grado, por lo cual la primera pregunta es: desde el Sistema General de Salud, ¿cómo se ha definido la atención psicológica?*

Entrevistado: Pues la atención psicológica ya está definida en el Sistema General o Nacional de Salud desde la Ley 1616 de 2013 en el artículo 49. Nosotros como tal no definimos lo que ya está definido, sino que nos acogemos desde esa ley a lo que implica la cobertura en atención mental en salud. Entonces la ley dice que la salud mental es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos y que, como derecho fundamental, está establecido que dentro de la atención en salud en Colombia la persona tenga una atención integral en salud mental y como tal tratamos de hacerlo acá; entonces la atención psicológica, dentro de la institución, lo que busca es la cobertura de atención integral en salud a quien viene a consulta; si viene a consulta por una condición médica pero dentro de esa condición médica hay otros

factores ambientales, emocionales, sociales, familiares que están implicando la agudización o la explicación o la correlación de esa condición médica, es cuando entramos nosotros a participar.

Entrevistador: *¿Y cuáles son esos elementos que debe llevar a cabo el usuario para acceder a la atención psicológica?*

Entrevistado: Hay dos, depende por dónde vaya a ingresar esa persona: si la persona entró al hospital por el servicio de urgencias por una condición clínica y en esa condición clínica va a consultar por una enfermedad general que viene en curso y se agudizó y llegó al servicio de urgencias, o porque sufrió un trauma e ingresó al servicio de urgencias y, una vez que ingresó, esa persona requiere o se hizo expreso un síntoma psíquico o emocional, entonces la persona puede hacer expreso donde sea de hablar o de ser atendido para su parte emocional y psíquica o quien lo está atendiendo, incluso desde el servicio de urgencias, ya sea el médico que lo atiende, se da cuenta dentro de la evaluación médica qué está haciendo, que hay subyacentes unos síntomas emocionales o psíquicos, y desde ahí activa una interconsulta a psicología y a psiquiatría, si también fuera necesario. Y el segundo canal es quien desde afuera desea pedir una cita con psicología, entonces llama al *call center*, solicita una cita y aquí la consulta está especializada, de trasplantes de hígado, riñón y medula ósea, en la infancia para la atención en trastornos del comportamiento e hiperactividad y la consulta de dolor y consulta de cáncer; si la necesidad de esa persona está dentro de esas áreas, llama y pide una cita. Antes se hacía consulta general pero como se ha ido focalizando y especializando mucho más el tema de salud acá, ya no se hace consulta general de psicología, sino especializada. Y de la infancia también está la clínica... (inaudible).

Entrevistador: *¿Cuál es el enfoque teórico desde el cual usted sustenta su práctica como psicóloga?*

Entrevistado: Bien, mi formación teórica es dinámica y dentro de la dinámica aquí atiendo mi trabajo.

Entrevistador: *Y dentro de este enfoque dinámico, ¿qué es el diagnóstico y qué elementos componen ese diagnóstico?*

Entrevistado: El diagnóstico, digámoslo así, es la definición de un conjunto de fenomenología o síntomas que está expresando una persona o un ser humano que llega a consulta, es en lo que convergen esos síntomas, eso es el diagnóstico, ¿cierto?,...y la orientación que tiene aquí ese diagnóstico es la misma porque ese diagnóstico, independiente de cuál sea la corriente, sea dinámica, cognitiva o humanista, ese diagnóstico debe tener la capacidad y la posibilidad de conversar con las otras especialidades con quienes uno va a trabajar interdisciplinariamente. Las características del trabajo clínico en la institución, la principal diría yo, es que es un trabajo interdisciplinario, [ya que] ninguno de nosotros podría trabajar en un consultorio a puerta cerrada, uno, porque no tiene sentido, incluso en mi práctica privada por fuera, también el trabajo debe ser interdisciplinario, la clínica cada vez se debe abrir más a una socialización, no creo ahora en la clínica que es a puerta cerrada, quien asiste a consulta y quien atiende. Hay que abrirse un poco a la conversación con otras disciplinas y en esa medida el diagnóstico debe tener la posibilidad de conversar con esas disciplinas.

El diagnóstico en términos de dinámica, se trabaja en términos de proceso; por lo tanto, los elementos que lo componen van dentro de un marco del desarrollo, dentro de un proceso, que implica no solo la sintomatología actual, sino la historia de esa sintomatología anudada a un contexto, anudada a una historia de vida y anudada a un origen.

Entrevistador: *¿Cómo lograr relacionar lo que se plantea desde el modelo dinámico con los requerimientos que tienen las IPS de que se devuelva toda la información en términos DSM y CIE-10, por ejemplo? ¿Cómo se puede relacionar eso desde la clínica que usted realiza acá en la IPS?*

Entrevistado: En esta institución nos regimos por la CIE-10. La relación no es compleja, es decir, no se hace difícil porque finalmente no cambia en mucho la relación terapéutica; a una persona no se le llama ni se le define por el diagnóstico, el diagnóstico solo ilustra una parte del proceso que se está llevando clínicamente con esa persona, hay unos criterios que se deben cumplir para el trabajo en salud, no solo por estadísticas en salud en Colombia, sino para la seguridad de la información de la institución donde estamos laborando y es que deben aparecer, es decir, viene una persona a consulta y debe aparecer un registro de esa atención, y el registro de esa atención está basado no solo en la característica de la atención, sino por qué vino esa persona a consulta, y ese porqué es el diagnóstico; y eso ocurre no solo aquí en la institución sino en la práctica privada, también debemos tener registro de por qué esa persona llegó a consulta: si fue por una depresión, por ansiedad, por un trastorno de infancia, por un problema de pareja, por unos síntomas en el estado anímico reactivos a una condición clínica médica; cuando estamos hablando de esos nombres que están o en la CIE-10 o ahora en el OPD, que es el manual que está usando la dinámica, o que están en el DSM-IV, estamos hablando igual de un nombre, pero como nombre no cambia el proceso de la intervención terapéutica desde la que se está fijando, en este caso, por ejemplo, la dinámica; ahora, si vamos a decir que yo voy a rotular a una persona por eso, ahí sí cambiaría completamente, pero el proceso clínico como tal no cambia, cambia es el registro de la información.

Entrevistador: *¿Siempre que venga un usuario o un paciente se debe hacer un registro de eso?*

Entrevistado: Sí, siempre se debe hacer un registro, no del diagnóstico porque el diagnóstico no cambia con cada cita, puede que en el proceso terapéutico que uno lleve con una persona que está acompañada se encuentren ciertos aspectos que hagan mayor clarificación sobre el diagnóstico o que aparezcan condiciones nuevas o no, variables nuevas, pero la estructura de un ser humano como tal, la estructura psíquica, que es de donde hablamos en la dinámica, no cambiaría como tal [sic]. Entonces igual aquí en la historia clínica, cuando una persona consulta y debemos colocar un diagnóstico, se coloca una impresión diagnóstica y eso no cambia porque eso ya queda registrado en la historia clínica, lo que va cambiando son las características de la sesión y eso es lo se registra. Debe haber historia clínica de esa persona que consulta.

Entrevistador: *Con base en lo que nos dijo anteriormente, ¿usted considera que los requerimientos que tiene la IPS son acordes con la orientación teórica desde la cual usted sustenta su práctica?*

Entrevistado: No, los requerimientos que hace la IPS, esta IPS, la Cardiovascular, el General, la del San Vicente, la Medellín, cualquier IPS, esos requerimientos se encuentran de acuerdo y acorde al Sistema General de Salud de Colombia pero no acorde con una orientación teórica, porque eso implicaría que cada atención en salud en cualquier institución se estructure de acuerdo a una corriente teórica y eso sería muy complejo. La IPS como tal se ajusta a la Ley Nacional de Salud Mental en Colombia y es que debe haber un registro, que debe haber un diagnóstico, que ese diagnóstico permite unos estadísticas globales, eso permite... digámoslo así, regular la atención en salud mental de esas personas que están asistiendo, pero el proceso clínico como tal que yo voy a llevar con esa persona que estoy atendiendo es mucho más amplio y no

podría determinarse por unas leyes; es decir, esas leyes van a regular que se esté dando de la manera que se va a dar y es que yo le dé un diagnóstico a esa persona y esa persona tenga un registro de la atención, como para garantizar ciertas normas de seguridad en salud, pero el proceso es mucho más amplio, dentro de una sesión se dan muchas más cosas, se dan una cantidad de expresiones y movilizaciones que son propias del proceso clínico.

Entrevistador: *¿Los requerimientos específicos que tiene la IPS para la formulación del diagnóstico cuáles serían? Si los tiene.*

Entrevistado: Claro, vuelvo y le digo: los requerimientos que tiene la IPS van ajustados a los requerimientos de la Ley de Salud Mental en Colombia, o sea, de lo que nos regula en la Dirección Seccional de Salud, esos requerimientos son: que estén o que pertenezca a un manual diagnóstico avalado a nivel nacional o internacional, casi todas las IPS se están rigiendo o por DSM-IV, que es el manual estadístico norteamericano, o por la CIE-10, que es el europeo; en este caso aquí trabajamos sobre la CIE-10; entonces la IPS pide que los diagnósticos que se manejen sean los que estén dentro del manual al que se acoge toda la institución, y ese manual aplica tanto para el personal que atiende desde la parte de psicología, como para el médico, la enfermera [sic]. También que la regulación no solo es el diagnóstico sino que cada sesión quede documentada, que quede un registro en una agenda electrónica de la persona que asistió ese día, es decir, en donde se confirme si asistió o no asistió. Seguimos todo lo que la ley de seguridad de atención en salud mental está exigiendo.

Entrevistador: *¿El software que utilizan es el mismo que utilizan todas las IPS o ustedes manejan otro?*

Entrevistado: La institución tiene un *software* específico, si se refiere a la historia clínica electrónica, en este caso es una historia clínica que el hospital adquirió pero está bajo la

regulación de la Ley de Salud Nacional, que cumple con todos los criterios de seguridad, que es una historia clínica que es completa, que se ha elaborado completa para todas las áreas que intervenimos, pues, en este hospital.

Entrevistador: *¿Cuál sería entonces el objetivo de ese diagnóstico que se formula, tanto [en] el marco de atención psicológica en la IPS como también desde el enfoque teórico desde el cual usted sustenta su práctica?*

Entrevistado: El objetivo del diagnóstico no solo para una institución, no solo para una IPS, no solo para *x* o *y* corriente de la psicología; el objetivo de ese diagnóstico, creería yo, que es el mismo: no es aportar a unas cifras, sino direccionar el proceso terapéutico que se está atendiendo; si bien el diagnóstico debe clarificarse que no es para rotular a un ser humano, sí es para, de alguna manera, orientar, ilustrar el proceso que se está haciendo con ese ser humano; es decir, un terapeuta debe tener claridad desde su formación y ciertas bases científicas que le permitan saber qué está pasando con esa persona que está atendiendo para, de ahí, poder orientar los objetivos terapéuticos, y eso debe existir en cualquier corriente y en cualquier IPS. Creo que eso no depende ya de nadie, creo que eso depende de nosotros mismos como terapeutas, el hecho de que un terapeuta sepa hacia dónde va un proceso de quien consulta, sepa qué hacer con esa persona, le va a permitir delimitar el proceso hacia dónde va, saber si se trata de una psicosis, si se trata de una depresión, si estamos frente a una de las patologías de un desorden del carácter, si estamos hablando de esquizofrenia, eso va a delimitar y va a orientar y va a ayudar mucho en el proceso terapéutico porque quien asiste a consulta tiene la esperanza y la confianza de poder construir en ese espacio, no solo algo para su vida, sino también comprender qué está pasando para su vida y de alguna manera creo que para eso existe el diagnóstico, para poder, más que rotular a alguien, comprender qué está pasando en la vida de esa persona.

Entrevistador: *Cuando llegan pacientes y no coinciden con los criterios o trastornos que se encuentran dentro del CIE- 10 o el DSM-IV, ¿qué pasa con ellos?*

Entrevistado: Se puede colocar que no aplica y se habla de la sintomatología, porque no se puede diagnosticar por diagnosticar, es decir, aunque hay una ley que nos dice que se debe hablar de un diagnóstico pero si una persona consulta, y en ese momento que consulta, eso de lo que está hablando en su vida no está ubicado dentro de los códigos que tiene la CIE-10, pero igual está pasando algo con ese ser humano, pues uno aplica dentro de esos diagnósticos si en la sesión se debe clarificar si no hay un diagnóstico que en ese momento coincida y se pueda colocar ahí. Se debe escribir que es una persona que por algún síntoma sí tuvo que haber llegado a la sesión, tuvo que haber llegado o con tristeza, o con ansiedad o, si no tiene alguno de esos síntomas, tiene alguna duda para resolver y eso debe aparecer documentado, o sea, lo más importante de la herramienta de documentar es que quede justo eso, valga la redundancia, documentar lo que está pasando con esa persona en una sesión, a veces incluso en la práctica clínica independiente no siempre se tiene un diagnóstico inicial, puede pasar un tiempo para que se dé el diagnóstico pero algo sucede en esa sesión

Entrevistador: *¿Y no hay ninguna dificultad para los requerimientos que tiene el sistema?*

Entrevistado: No, porque el sistema permite, por lo menos la historia clínica que se maneja en esta institución, permite, cuando uno va a colocar el diagnóstico, da un ítem que dice: en estudio, diagnóstico confirmado o diagnóstico repetido confirmado, pero entonces si estamos en estudio es en estudio, es solo una sospecha o aún no se tiene claridad o pensaría que... es esto o aquello o lo otro.

Entrevistador: *Dentro del modelo médico se habla de unos términos, que son salud mental y enfermedad. Dentro de su posición como psicóloga, ¿qué concepción tiene de esos términos a partir también de lo que se ha construido desde el sistema de salud?*

Entrevistado: Clarifícame un poquito más la pregunta.

Entrevistador: *¿Qué concepción tiene de salud y enfermedad?*

Entrevistado: Bien, la concepción de salud, obviamente la mía, va muy enmarcada a la posibilidad de... a la integración de la salud física y la salud mental, pero articulada en la capacidad que puede tener un ser humano para, de manera cotidiana, vivir de una manera serena, de una manera productiva con lo que tiene en su entorno, para que todas sus experiencias apunten a una calidad de vida, a una capacidad para establecer relaciones, a una capacidad para relacionarse no solo con otros seres humanos sino con el mundo en el que está viviendo y en esa relación entre él, el mundo y otros seres humanos, poder encontrar la capacidad de tomar decisiones, de ocupar un lugar, de encontrarse a él en el mundo, de establecer una profesión, una actividad, un arte, o construir una familia o una vida independiente; en esa medida va muy articulada a la capacidad para poder ejercer las potencialidades que como ser humano influyen para vivir en el mundo.

El concepto de enfermedad va obviamente ligado a la salud, es el déficit de ese ser humano para poder articularse al mundo en el que vive o a las personas con las que debe tener relaciones o para encontrarse o encontrar el foco en su propia vida.

Entrevistador: *¿Entonces en la institución estos conceptos se entienden de manera diferente?*

Entrevistado: No,

Entrevistador: *¿Coinciden?*

Entrevistado: Pues la institución siempre ha sido muy respetuosa, aquí somos cinco psicólogos y todos con corrientes diferentes, la institución... este concepto que yo le estoy dando es también recibido como el concepto que tenga un compañero, lo que es importante es que todos los conceptos converjan en una misma condición y es el bien para el otro, y el bien para el otro está enmarcado dentro de una atención integral, dentro de una posibilidad de atender a un ser humano permitiendo que él pueda desplegar las potencialidades que tiene o para relacionarse o para vivir con lo que tiene de una manera creativa, hablese de salud física o de salud mental.

Entrevistador: *Usted mencionó que aquí hay varios psicólogos de diferentes enfoques teóricos, ¿la institución no tiene dificultad para contratar a un psicólogo con una corriente específica?*

Entrevistado: No, aquí incluso hay cognitivo, humanista y dinámico, no tienen problema porque es que el enfoque del trabajo de la institución es la psicología de la salud y cada corriente tiene algo para decir en la psicología de la salud, entonces no habría por qué haber divergencias; es decir, si vamos a ir a ver psicología social en la psicología de la salud sí habría una dificultad; aquí se trabaja es solo psicología de la salud, desde el área oncológica, de trasplantes, en prevención en grupos con diagnósticos de alta complejidad que ya van a salir a ejercer una vida después de haber atravesado un diagnóstico o un tratamiento de alto impacto, se hace trabajo de promoción y prevención, pero desde cualquier enfoque teórico la idea es psicología de la salud, entonces como tal el enfoque no hace una diferencia ni es un obstáculo porque lo esencial es el área de trabajo.

***Entrevistador:** Volviendo al diagnóstico, ¿cuánto tiempo debe llevar la formulación de este o no tienen un tiempo determinado?*

Entrevistado: Le voy a hablar de mí, no sé mis compañeros porque en cada cita debe haber un diagnóstico, pero no tenemos a alguien que nos diga: “lo tienen que poner hoy o lo tienen que poner mañana”; es decir, desde la atención inicial se debe hablar de una impresión diagnóstica, pero un diagnóstico confirmado debe corresponder a un proceso terapéutico. En la forma como yo hago el proceso terapéutico, en un tiempo muy inferior a cuatro sesiones yo no hago un diagnóstico o un diagnóstico confirmado como tal de la historia clínica, antes pueden aparecer síntomas, se presentan síntomas de esto, de lo otro, pero yo creo que, en aras de lo que es la comprensión de un ser humano, de darle la posibilidad de que argumente una historia que debe argumentar, de poder entender un contexto que rodea a esa persona, pongo entre tres y cuatro sesiones.

***Entrevistador:** ¿Al paciente se le hace devolución de ese diagnóstico?*

Entrevistado: Claro.

***Entrevistador:** ¿En qué términos se le hacen: tal cual como ustedes lo escriben en la historia clínica, o cómo es la devolución de ese diagnóstico?*

Entrevistado: De acuerdo a la relación terapéutica que se establezca, porque cada estructura tiene unos síntomas y cada estructura tiene unas defensas y cada estructura tiene unos miedos que van ligados a esas defensas, entonces yo no podría decirle a alguien con unas defensas muy primitivas en su estructura un diagnóstico que a lo que va es a un momento muy temprano, que lo que va a hacer es inundarle de angustia y a generarle conductas disruptivas o incluso que deserte de la sesión. Entonces esa pregunta que usted me está haciendo no tiene un tiempo, porque eso implicaría que yo le hable de cada persona y que cada persona tiene un

momento para un diagnóstico, yo se la podría responder... es que al momento de conversarse [sic] de un diagnóstico se hace de acuerdo al proceso terapéutico y de acuerdo a la relación terapéutica con esa persona; incluso hay personas que no solicitan la devolución de ese diagnóstico, para otras personas es necesario [sic] otros asuntos; muchas veces el hablar de un diagnóstico se vuelve prioritario es para el terapeuta, para resolver los problemas de ego que tiene de si supo o no diagnosticar, pero en consulta muchas veces una persona, y es mucho más frecuente, que la persona no pregunte por su diagnóstico. El diagnóstico aparece en la historia clínica porque debe ser una base, las personas se preguntan mas es ¿por qué?, ¿por qué estoy haciendo esto que estoy haciendo si debí haber hecho otra cosa?, o ¿por qué no he podido tomar esta decisión?, o ¿por qué yo me vengo sintiendo así hace tantos años?, o ¿yo por qué no pensé en esto antes en mi vida? En mi práctica privada, y aquí un niño, que [es] una de las poblaciones más altas que atiende aquí en el hospital, o un adulto, casi nunca me preguntan “¿yo qué tengo?”. Por eso cuando uno se encuentra personas que dicen: “ay, mire: es que fui al psicólogo y me dijo que yo soy maniaco-depresivo”, eso es un asunto del psicólogo, es un problema de ego del psicólogo que le fue lanzando eso al otro en una segunda sesión; yo pienso que primero hay que cuidar a esa persona que está consultando, si pregunta yo creo que es importante responderle, está haciendo una pregunta que hay que responderle, pero creo que primero hay que cuidar otros asuntos antes de expresar un diagnóstico.

***Entrevistador:** Yo te hago la pregunta porque lo que hemos encontrado dentro de nuestros análisis y las entrevistas que hemos hecho, nos dicen que al paciente hay que devolverle la información, hay que devolverle el diagnóstico porque ese es uno de sus derechos, nos lo han dicho de esa forma y por eso hacíamos la pregunta, porque como usted dice, entonces, si el paciente lo pide se le responde.*

Entrevistado: Claro, siempre que me han preguntado “¿qué cree que está pasando?” o “¿usted desde su punto de vista, por qué cree que no hago esto, usted qué me ha visto?”, esas son preguntas que tengo que responder pero creo que eso no es lo que delimita un proceso terapéutico. Cuando un papá y una mamá traen a un niño a consulta, en esa consulta, en esa consulta es mucho más frecuente que digan “¿qué pasa con mi hijo?”. Y en esa consulta, de diez consultas probablemente nueve pregunten eso, y en esa consulta se dice: “con el niño pasa esto y esto” y ahí ya estamos hablando de un diagnóstico, pero es un derecho de quien consulta; es que cuando alguien consulta quiere ir a resolver un asunto pero no siempre que va la forma de resolverlo es conociendo un diagnóstico. En la práctica clínica me he encontrado que usted le da el diagnóstico y eso no resuelve nada pero, en cambio, responder en términos de proceso, preguntándose, por ejemplo, ¿por qué históricamente lleva repitiendo lo mismo?, eso sí le ayuda a responder mucho más ese asunto.

Entrevistador: *Los pacientes que llegan aquí [sic], ¿ustedes tienen dentro del sistema algún límite de sesiones?*

Entrevistado: Sí, pero con ese límite de sesiones ocurre lo siguiente: la población que atiende la institución tiene las siguientes características: cuando atendemos en el servicio de hospitalización son hospitalizaciones que tienen un tiempo específico por un diagnóstico específico, el paciente vino a una cirugía que demora una hospitalización de un mes, entonces la atención se hace durante un mes; cuando es por consulta externa y las consultas se las autorizó una EPS, la EPS dice “yo le autorizo cuatro consultas o cinco consultas... o diez consultas”. Desde el encuadre hay que delimitar unos objetivos terapéuticos porque el proceso se sabe que va a durar eso, porque esa persona ya sabe cuántas citas le autorizaron. También hay otro tipo de personas que no vienen por una IPS sino que han decidido pagar su proceso terapéutico; en ese

proceso terapéutico, dependiendo [de] la razón por la cual esa persona está consultando, se puede definir en una consulta breve porque la psicoterapia breve tiene unos objetivos específicos y se trabaja específicamente sobre esos objetivos, o es una psicoterapia mucho más amplia por la complejidad con la que viene esa persona. Por ejemplo, que es una población muy alta acá, en abuso sexual no hay límite, no podría decir que a un niño, a un adolescente o a un adulto que fue abusado sexualmente se le atiende en cuatro sesiones, podríamos decir, si la psicoterapia es breve y el objetivo inicial es contener la angustia, eso se va ampliando, pero si vamos a hablar de un proceso terapéutico que se va a dedicar a eso, probablemente no. Entonces eso también va acompañado... para la población que viene con una orden específica sí hay un número de sesiones que pueden variar entre diez, quince o cuatro, y hay otro tipo de población que solicitan un proceso terapéutico y ese es mucho más amplio.

***Entrevistador:** [Nombre de la profesional], y finalmente, para nosotros es muy valioso saber, de acuerdo a la experiencia que usted ha tenido dentro de las IPS, ¿cómo considera que debería ser la estructuración del servicio en psicología a fin de brindar una atención acorde, no solo con las políticas públicas en salud, sino también con el enfoque teórico desde el que usted sustenta su práctica?*

Entrevistado: Vuelvo y les digo: el enfoque teórico es muy importante para mí porque es la escuela en la que me matriculé desde que estaba en la universidad, la elegí, fue una opción para mí, sigo creyendo en ella y creo que creeré siempre en esa opción y es una pasión para mi trabajar desde la dinámica. Sin embargo, creo que no es lo que va definir la atención en salud desde la ley porque creo que, tanto la dinámica como la cognitiva, como el humanismo, probablemente también desde el psicoanálisis, tienen mucho que ver con la historia humana en términos de salud mental; entonces yo no pondría mi corriente como la única para aportar en

salud mental o como mi corriente respecto a la ley o como con respecto a las políticas de salud pública en Colombia; quisiera hablar en términos generales desde la psicología. Creo que la estructuración de la intervención de psicología en las políticas públicas de salud mental en Colombia aún está en pañales y creo que los principales responsables somos los psicólogos que no hemos hecho lo suficiente para que tenga otro papel diferente; en este momento algunas IPS, y digo algunas porque no todas, [sic] el hecho de que se reconozca la intervención por psicología como necesaria, como prioritaria en los procesos de salud mental y física de las personas, es un paso muy pequeño, pero uno se encuentra con muchas situaciones en este momento que dan cuenta de cómo la intervención psicológica en la salud de las personas en el país aún tiene un marco muy pobre, por ejemplo: yo puedo atender una persona aquí porque una IPS me autorizó una atención psicológica y viene con una hoja la primer [sic] cita, yo le hago una historia clínica, una orden para que vuelva a llevar a su EPS, le estoy explicando que esa persona requiere iniciar un proceso y que inicialmente yo considero que debe tener unas cinco citas, que sería una terapia breve, y luego me doy cuenta [de] que la IPS la mandó a otro lugar de la ciudad donde debe volver a contar su historia de ceros, por decirles algunos de los miles de problemas que están sucediendo: no toda la población está cubierta, no hay las suficientes sesiones, no se ha dado todavía el reconocimiento que se debe dar a la situación de salud mental en Colombia con suicidio, con abuso sexual en menores, con depresión, con todos los problemas contemporáneos que están siendo expresados en la salud mental de la población. Entonces creo que la estructuración depende de nosotros como psicólogos y del papel que tengamos en las políticas de salud pública en Colombia, que empiezan en las universidades, en los colegios de psicología, y su estructuración debe ser tan amplia como lo requiere la salud mental en Colombia, es decir, que implique una cobertura no solo desde la prevención y promoción, sino desde la intervención,

pero la intervención como debe ser, con la cobertura que debe ser y en todas las poblaciones, porque ahorita hay un poquito de cobertura en la ciudad pero las áreas rurales, las poblaciones aledañas están descubiertas y, si hablamos de las poblaciones lejanas, mucho más.

Entrevistador: *[Nombre de la profesional], muchas gracias*

Entrevistado: Con mucho gusto.

10.5.3 Entrevista a psicóloga del Hospital General de Medellín.

Se cumplió con el protocolo para solicitar la recolección de la información pero no se obtuvo una respuesta favorable para acceder al servicio de psicología y realizar la entrevista semiestructurada.

10.5.4 Entrevista a psicóloga del Hospital del Sur de Itagüí.

Según la profesional [E4], psicóloga del Hospital del Sur coordinadora de atención al usuario:

A pesar de ser una institución acreditada en salud, son de primer nivel de complejidad y no tiene habilitado el servicio de psicología. Entonces, desde la atención psicológica no se realiza diagnóstico sino que se hace un acompañamiento psicológico e intervención en crisis en momentos difíciles, y a esto se le llama acompañamiento emocional. No tenemos como tal, dentro de la historia clínica, habilitado el servicio de diagnóstico. Cuando el equipo de salud determina que porque no tienen todos los criterios para determinar que tiene el paciente la necesidad, entonces me hacen una remisión a mí, yo converso con el usuario, evalúo la sintomatología y le cuento al médico y este realiza la remisión; la IPS del paciente, ya sea

subsidiada o contributiva, en ese caso hace la autorización del servicio y le dicen en qué IPS se va a atender.

10.6 Anexo 6. Protocolo de Evaluación Psicológica Clínica en España

