



Recibido: 24 de abril de 2013

Aceptado: 27 de mayo de 2013

Psicología dinámica e institución médica

Francisco Morales-Carmona,* Diana Pimentel-Nieto,‡ Edgar Díaz-Franco,‡
Consuelo Henales-Almaraz,‡ Alejandra Watty-Martínez,‡ Anna C Ibarra Medina-Mora‡

* Jefe de Departamento.

‡ Psicóloga(o) clínica(o).

Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

RESUMEN

El artículo describe la psicología dinámica institucional cuyo fundamento es reciente y se ha desarrollado mediante la modificación de esquemas convencionales de abordaje. La propuesta pretende ofrecer una comprensión del fenómeno psíquico y su asociación con los eventos biológicos, así como analizar y entender las reacciones afectivas sin que necesariamente se les ubique en cualquiera de las dos: psíquica o biológica. Se sustenta una teoría de la técnica orientada tanto a las necesidades de la población que se atiende, así como de los objetivos que conforman la misión de la institución, y con ello, las disyuntivas a las que el psicoterapeuta institucional se enfrenta. El reto es la conciliación de objetivos terapéuticos en torno a las necesidades de la población y la misión de la institución. Por último, el artículo propone generar un modelo a manera de matriz que nos oriente en cada situación y para ello, resulta fundamental la investigación que permita comprender el valor simbólico que posee el fenómeno y su evolución.

Palabras clave: Psicología dinámica, institución médica, intervención.

ABSTRACT

The article describes the Institutional Dynamic Psychology, whose foundation is recent and has been achieved by modifying approach conventional schemes. The proposal aims to provide an understanding of psychic phenomena and their association with biological events, analyze and understand the emotional reactions without necessarily locate them in any of the two positions. This document sustained a theory of the technique oriented to solved both; the necessities of the attended population, and adjust to the objectives conformed in the mission of the institution, dilemmas that institutional psychotherapist faces and having as a challenge to conciliate both therapeutic objectives of the population attended. Finally, the article suggests a model in form of a matrix that may orient us in each situation but further investigation, including understanding of the symbolic value of the phenomenon and its evolution is necessary.

Key words: Dynamic psychology, medical institution, intervention.

INTRODUCCIÓN

Para la psicología dinámica, las instituciones de salud representan un campo importante de aplicación cuya conquista, presencia clara y pertinente se ha logrado mediante la modificación a los esquemas convencionales de abordaje, tanto de la enfermedad mental como de la forma en que se utiliza la comprensión psicodinámica, replanteando la comprensión de las motivaciones de las personas que acuden a

una institución médica para la atención de su salud física,¹ sumándose a esto los objetivos propios de la institución, donde distintas disciplinas colaboran en una sola dirección: la respuesta a la demanda médica.

En consecuencia, reflexionar sobre la atención en salud mental con estas características implica dilucidar sobre el tipo de paciente que se atiende y sobre cuáles son sus demandas; también respecto a las dificultades técnicas y las estrategias que permiten enfrentar esta problemática y sobre las características de una inserción de la disciplina que en principio re-

sulta poco natural. Es indispensable que quede clara la conjunción de objetivos de la institución con los que demanda el paciente, además de aquellos que surgen como consecuencia de los fenómenos psicológicos que se observan. Así se fundamenta el quehacer de una psicología dinámica institucional (PDI).

La intervención psicológica en instituciones médicas no psiquiátricas merece un capítulo aparte en la comprensión de las expresiones emocionales y en la teoría y la técnica de la intervención, debido a que la población que se atiende pertenece a la población en general, ya que acude por algún padecimiento físico.^{2,3} Por otro lado, aunque los objetivos de la institución y de la salud mental son complementarios, los primeros son prioritarios por el hecho de ser específicos de los padecimientos médicos que se atienden.⁴ En consecuencia, es importante sustentar una teoría de la técnica orientada a las necesidades, tanto de la población que se recibe como de los objetivos que conforman la misión de la institución.⁴

El primer reto que enfrentamos es la población que requiere atención, la cual pertenece a un sector sin riesgos para desarrollar algún estado psicopatológico, es decir, se trata de población abierta; por otra parte, las manifestaciones afectivas con las que cursan los pacientes se pueden clasificar dentro del rubro: estados emocionales reactivos y adaptativos, circunstancias que con frecuencia complican la aceptación del paciente para recibir una intervención psicológica, además de las reacciones que propician preocupaciones sobre su situación vital, lo que es absolutamente real y concreto, y centra su atención sobre los aspectos de salud física, evitando tocar otros aspectos involucrados, como lo es el psicológico.^{3,4}

Es frecuente considerar como respuesta normal lo que ocurre emocionalmente en este grupo de pacientes, lo que se traduce en un manejo de rutina, y aunque ciertamente es una respuesta esperada, en ocasiones las rebasa y resulta un elemento entorpecedor de la tarea médica. En este punto se hace necesaria la intervención psicológica, que allane el camino para que el cuidado de la salud sea exitoso.⁵

Por otra parte, la labor del psicólogo es poco entendida por el equipo de salud, en función de que tantos los procedimientos diagnósticos como las intervenciones difieren de la medicina física, favoreciendo con ello que el equipo de salud, sin percatarse, complique nuestra labor.

Por lo tanto, dividiremos esta exposición en dos partes: una que atienda y entienda nuestra inserción en el equipo de salud y otra que se enfoca en los aspectos teóricos y técnicos de la intervención en sí.⁶

La intervención psicológica es relativamente reciente en las instituciones médicas y obedece, en principio, a la búsqueda de elementos diagnósticos que permitan tomar decisiones holísticas sobre los tratamientos, y en última instancia, como antecedente de la utilización de psicofármacos. Sin embargo, la presencia cotidiana ha ampliado el horizonte de la Psicología, pues hay mucho más que ofrecer en la intervención.^{7,8}

De esta manera se comenzó a incidir mediante programas específicos, con una visión de salud mental, de tal manera que se fueron conformando intervenciones específicas para diversos síndromes, tales como: depresión, ansiedad, fobias, migraña, etc.

Pero hasta este momento faltaba una directriz que permitiera a los equipos de salud mental formar parte del equipo más amplio de la institución, pues sus objetivos parecían estar sólo relacionados a través de dos procesos gestados en forma separada pero simultánea en el paciente, es decir, la patología médica y el malestar psicológico.⁹

Si bien es cierto que con frecuencia se trata de fenómenos independientes, no menos cierto es que se influencian mutuamente y no es posible tratarlos en forma separada.¹⁰ En otras palabras, no se trata de desmenuzar la situación del paciente para encontrar si la etiología está en una u otra de las disciplinas que intervienen, ya que seguramente cada una tendrá su origen, sino de influir de manera conjunta para restablecer la condición de equilibrio que se perdió por los eventos experimentados.

Desde la psiquiatría se propuso una aproximación intermedia: la “psiquiatría de enlace”, que consiste en sensibilizar y orientar mediante trabajo teórico comprensivo de la salud mental al resto del personal, a través de conferencias, cursos, talleres o seminarios. Sin obviar el valor en sí mismo de esta propuesta, uno de los problemas más importantes que surgieron fue el de motivar al personal para adquirir una educación más profunda sobre la salud mental.

Con base en estas consideraciones, presentamos el modelo de inserción, en el cual hemos trabajado durante más de dos décadas, y del que compartiremos los hallazgos que orienten el manejo de los pacientes con padecimientos o eventos biológicos en las insti-

tuciones de salud.^{4,11-13} Comencemos por las características de la población que acude a una institución de atención médica, ya que requieren ser entendidas, pues a partir de su definición se orientan y definen los objetivos de atención psicológica.

La motivación de los pacientes que acuden para su atención a una institución médica se vincula en lo específico con su salud física y las demandas hacia la salud mental y/o emocional son infrecuentes o poco explícitas y, cuando se presentan, se encuentran estrechamente relacionadas con el motivo de atención médica. No obstante, los eventos médicos y su atención llevan a los pacientes a manifestar una experiencia emocional propia, que aunque puede generar malestar psicológico no se le reconoce como motivo de atención primaria, pero exige enfrentarla y es conveniente entenderla e integrarla a la experiencia de vida personal. Lo anterior no exime la posibilidad de que se presenten conflictos psicológicos previos no resueltos, los que pueden reactivarse por la situación crítica presente, más no por ello deja de tratarse de pacientes mental y funcionalmente sanos. Es importante no olvidar que las crisis, en parte, son una oportunidad en el crecimiento psicológico. En este caso y dependiendo de la calidad de la respuesta psicológica del individuo, el conflicto psicológico podrá o no hacerse crónico, o incluso, abrir la oportunidad a su resolución.

A diferencia de la población sana que solicita atención médica por una condición biológica, como el embarazo o el climaterio, la población médica enferma requiere considerar la experiencia subjetiva frente al padecimiento y que se vincula estrechamente con el contexto social determinado, la ideología particular, historia de vida personal y circunstancias vitales en la cual la enfermedad se hace presente, así como los recursos psíquicos internos, la pareja, la familia y las redes sociales con que se cuente.^{14,15}

En consecuencia, debido a que las manifestaciones emocionales se encuentran estrechamente relacionadas con el evento médico éstas se modificarán de manera conjunta al curso y evolución de tal situación, volviendo a su estado de normalidad una vez que el evento se resuelve.

Un padecimiento físico o bien un evento biológico que amerite de la atención, cuidado y vigilancia médica, modifica y en ocasiones altera el estado emocional de la persona que lo experimenta. Al respecto han contribuido diferentes expertos en la búsqueda de comprensión y caracterización de los fenómenos

que se observan, por lo que las explicaciones han ido evolucionando; inicialmente se buscó una asociación con diferentes tipos de personalidad y diferentes afecciones (por ejemplo: personalidad tipo A y B). De la misma manera se buscó una relación causal entre la personalidad y el desarrollo de las afecciones, partiendo, por un lado, de la propuesta determinista de Sigmund Freud y por otra parte del desarrollo de la medicina psicosomática.^{7,8,10}

En cualquiera de los casos se han propuesto como explicaciones las relaciones entre el psiquismo y las enfermedades orgánicas y se ha concluido que existe una respuesta emocional como efecto o bien como causa, lo que ha conducido a un callejón sin salida. Por tal motivo, el presente escrito pretende un análisis diferente para entender las reacciones afectivas sin que necesariamente se les ubique en cualquiera de las dos posturas antes citadas. Esta propuesta pretende ofrecer una comprensión del fenómeno psíquico y su asociación con el o los eventos biológicos. Por lo anterior, vamos a diferenciar a las afecciones y los eventos. Las afecciones pueden catalogarse como agudas o crónicas, estas últimas como controlables o terminales (*Figura 1*).

De la misma manera, en el caso de los eventos biológicos éstos pueden tener una duración corta (menarquia, puerperio), larga (embarazo, climaterio, pubertad) o definitiva (diabetes, pérdida de un órgano, trasplante); estos conceptos son importantes porque los mecanismos empleados para contender con cada variante son distintos y sugieren diferentes riesgos y cantidad de recursos psicológicos empleados. La forma en que cada individuo va a contender también va en función de la organización psicológica y la estructura que posea.

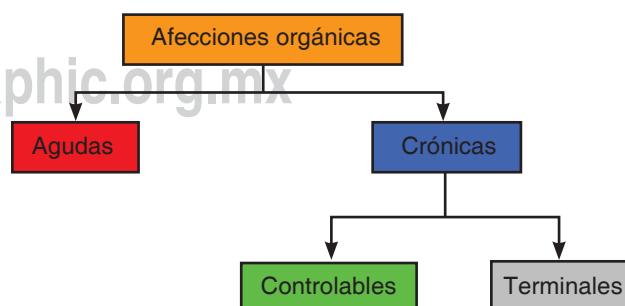


Figura 1. Las afecciones a la salud pueden ser catalogadas como agudas o crónicas y estas últimas como controlables o terminales.

Es imposible establecer un patrón particular de respuesta frente a cada situación pero es previsible, teniendo como base la comprensión de cuáles son aquellos recursos que pueden ser utilizados, la representación simbólica de la afección o evento y los recursos que podemos evaluar en cada paciente.

Resulta evidente la propuesta de generar un modelo a manera de matriz que oriente en cada situación y, para ello, es fundamental la investigación que permita comprender el valor simbólico que posee el fenómeno y su evolución, así como la elección de fenómenos psíquicos que son más o menos vulnerables a cada situación.

La persona que cursa un evento biológico o bien una enfermedad, sufre cambios emocionales que, dependiendo de su experiencia y su personalidad, tienen una manifestación que con frecuencia matiza la evolución y recuperación del paciente. Por ello cobra importancia fundamental realizar una caracterización de las reacciones más frecuentes y llevar a cabo un seguimiento de la evolución y solución de los cambios, los que en general son adaptativos para el enfrentamiento de las condiciones que se están viviendo.

La adaptación tiene diversas manifestaciones que nos interesa comprender, por lo que nos adherimos a la manera en que Freud definió a las inhibiciones,¹⁶ al considerar que resultan lo más útil. Son esenciales debido a que por su naturaleza restringen la conciencia y, por ende, inquietan tanto al paciente como a su familia y al equipo de salud, hecho que influye en las inconsistencias en su funcionamiento, especialmente en el cuidado de su salud.

En su mayoría, los eventos biológicos o bien las enfermedades implican limitaciones o modificaciones al estilo de vida del paciente, resultándole inquietante, incómodo, doloroso o angustiante. Como consecuencia, el aparato psíquico pone en operación mecanismos que le dan la oportunidad de ajustarse a sus nuevas condiciones, no siendo relevante, al menos de momento, que sacrifique algo de su funcionamiento regular, dando lugar a que se observen cambios en su comportamiento habitual.

Por lo tanto, cuando se presenta una enfermedad física o un evento biológico debemos considerar que hay una respuesta emocional que depende de las condiciones psicológicas del paciente; es posible que en algunos observemos respuestas diferentes al resto, pero no es lo habitual.

Como corolario, debemos entender que tanto en la enfermedad como en el evento se dan respuestas que son reactivas a la situación, y se les suma una condición emocional preexistente (*Figura 2*).

Las enfermedades, así como los diferentes eventos biológicos, conllevan una expectativa que se establece en términos de la comprensión que el paciente posee del diagnóstico, su evolución y el resultado final de la situación, particularmente respecto de las secuelas, limitaciones o nuevas condiciones a corto, mediano y largo plazo (*Figura 3*). Evidentemente, tal comprensión se encuentra sustentada en el paciente por su sistema de creencias y las características específicas de su carácter.

Empero, es frecuente observar que tanto el equipo de salud como los pacientes consideran que al tratarse de una condición física, el manejo y la intervención deben orientarse hacia esta área de forma exclusiva. Es obvio que la atención específica así debe ser; no obstante, los cambios emocionales entorpecen la atención y por ello es menester resolver esos estados para propiciar una adecuada adherencia terapéutica. La mejoría en los síntomas con su consecuente comprensión y seguimiento del tratamiento, así como la disminución de las reacciones afectivas va a permitir el uso más racional e intencionado de las consultas al médico.

Por otra parte, como lo hemos expresado, el paciente médica mente enfermo acude a una unidad médica con la finalidad de atenuar sus dificultades físicas, es decir, no acude para resolver una condición psicológica, lo que dificulta que tanto el equipo como el paciente reconozcan con claridad la necesidad de una intervención en salud mental.

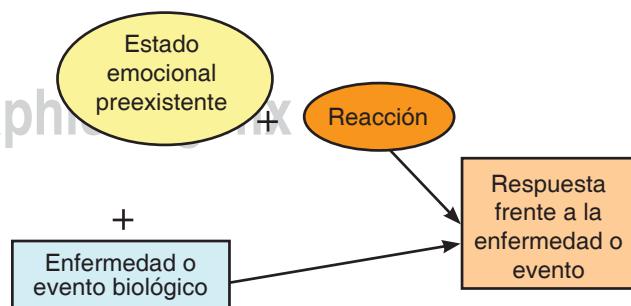


Figura 2. En la enfermedad como en el evento biológico se muestran respuestas que son reactivas a la situación, y se les suma una condición emocional preexistente.

Como hemos expresado, la psicoterapia en las instituciones se circunscribe a un marco de objetivos institucionales en el trabajo terapéutico; le adjudican sentido y definen sus características. El encuadre institucional ha de ser temporalmente limitado, especial-

mente circunscrito a la infraestructura institucional y en una relación asimétrica.¹⁴ Sus instrumentos y estrategias han de conglomerarse y definirse en torno a demandas específicas que derivan de la institución, entendidas éstas como motivo de consulta institucional, así como demandas propias del paciente, las cuales hemos de entender como motivo de consulta.

En otras palabras, partimos de una caracterización de la enfermedad o proceso fisiológico desde la comprensión psicológica, para poder establecer un vínculo que ofrezca una comprensión de la reacción emocional, en vez de abordar la respuesta psicológica en sí misma.

De esta forma, la intervención psicológica incide sobre la percepción del fenómeno y de esta manera en la respuesta emocional, contribuyendo al mejoramiento de la percepción y de la experiencia del síntoma físico, lo que le permite asumirlo como propio, dando por resultado que el paciente participe activamente en su tratamiento.

Una primera complicación es la incompatibilidad entre las necesidades y deseos institucionales y la demanda del paciente. El psicoterapeuta que se encuentra bajo esta disyuntiva ha de utilizar su encuadre (institucional) para la solución de ambas demandas. Es verdad que la demanda de la institución deberá considerarse como prioritaria, en tanto es quien adjudica sentido a nuestro quehacer; sin embargo, las necesidades del paciente nunca han de ser desestimadas. El reto del psicoterapeuta institucional es la conciliación de objetivos terapéuticos en torno a ambas demandas (del paciente y la institución), en un campo específico y sensible, que permita la inclusión de su quehacer en el equipo de salud.

La conciliación de las necesidades institucionales y las del paciente exigen un profundo conocimiento clínico de lo que el paciente dice y calla. Para la institución, la contención sintomática y la adherencia a los diversos tratamientos han de constituirse como ejes de la intervención psicológica, mientras que para el paciente la necesidad de ser cuidado, la sensación de seguridad respecto de su salud y su vida, y la visión del psicoterapeuta como el responsable de su bienestar emocional, son primordiales. Ambas posturas parecieran lejanas y complejas; no obstante, la propuesta relacional médico-paciente en las instituciones, siempre asimétrica, permite la concordancia de ambas necesidades.

Un concepto útil que nos vamos a permitir utilizar con la finalidad de darle respaldo a nuestra

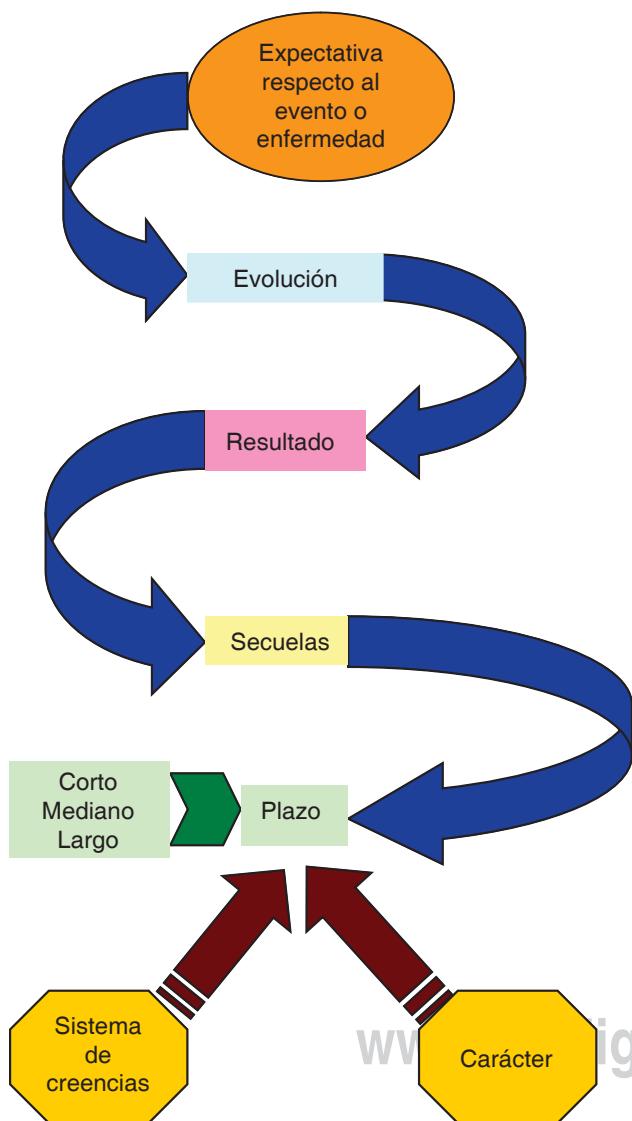


Figura 3. Las enfermedades, así como los diferentes eventos biológicos conllevan una expectativa que se establece en términos de la comprensión que el paciente posee del diagnóstico, su evolución y el resultado final de la situación, particularmente respecto de las secuelas, limitaciones o nuevas condiciones tanto a corto, mediano y largo plazo. Evidentemente, tal comprensión se encuentra sustentada en el paciente por su sistema de creencias y las características específicas de su carácter.

propuesta es el de concebir a la enfermedad o evento como una crisis, especialmente como una condición maduracional.

Pero ¿qué entendemos por crisis? Consideramos que se trata de un hecho circunstancial donde existe una demanda a la que la persona no puede responder por ser novedosa y, además, rebasa sus recursos hasta ese momento obtenidos. Dependiendo de la capacidad de respuesta se va a generar el monto de estrés.

A la vez, se van a poner en operación todas aquellas formas en que el sujeto ha enfrentado los eventos y en la medida en que no se vaya resolviendo, retomará recursos cada vez más regresivos y por ende menos estructurados.

Por otra parte, se trata de crisis que nos parecen de maduración, debido a que la persona enfrenta nuevas condiciones que pueden enriquecer su experiencia y contribuir al crecimiento, pero dependiendo de sus características pudieran promover el estancamiento. El paciente se encuentra en una disyuntiva que dependiendo de la manera en que es capaz de resolver y su manera de hacerlo le conducirá hacia uno u otro lado de la maduración.

En otro ángulo del fenómeno, es claro que el acercamiento a este problema del padecimiento físico no puede llevarse a cabo en el terreno institucional con una técnica de trabajo a largo plazo debido a que los objetivos se centran en una resolución de su padecimiento orgánico, por lo que consideramos que una comprensión psicodinámica nos brinda un recurso conceptual muy eficiente, aunque la técnica psicoanalítica no es la más pertinente por el tiempo de intervención, de tal manera que ahora valdrá la pena abundar sobre las características que a nuestro juicio y a consecuencia de la experiencia debe tener una estrategia de intervención psicológica en una institución para la salud física.

Sabemos que la intervención psicoterapéutica va a incidir sobre la percepción que el paciente tiene del fenómeno y consecuentemente de su manifestación emocional. Hay suficiente evidencia con relación a que el estado emocional contribuye o entorpece la adherencia terapéutica, y en ese sentido, en la medida en que se incida en su percepción, se allanará el camino para la adherencia.

Es evidente que la intervención busca un nuevo equilibrio en las circunstancias que el paciente está viviendo, mismo que no pretende hacer cambios profundos necesariamente.

De esta manera se va construyendo la primera resistencia con la que lidiamos en las instituciones que no son de salud mental, pues no se reconoce la utilidad o la relación existente entre el motivo de consulta a la institución y la referencia a consulta al Servicio de Psicología. Aunado a este desconocimiento de la Psicología, se le suman las ideas que se tienen y la falsa comprensión de que los síntomas psicológicos pueden ser resueltos sin necesidad de una intervención externa. Se aduce a “la fortaleza” o a “no desear”, que otro sea testigo de las dificultades o pueda contribuir a solucionar una condición que le es propia; además las molestias tienen un claro componente físico.

Estas condiciones marcan la resistencia inicial a la intervención psicológica y, por ende, se requiere del empleo de estrategias para pacientes difíciles, que mejoren el pronóstico de deserción común en éstos.

También se convierte en un elemento para sustentar el trabajo breve, donde se reconozca que la consulta a la que acude el paciente puede ser la única, obligando al clínico a distribuir el tiempo de ésta en:

- Obtención de información.
- Aclaración de los contenidos.
- Intervención.

Por otro lado, el psicoterapeuta ha de recurrir a su investidura de experto como primer elemento de encuadre terapéutico. Si bien se trata de una investidura que ha de ser abordada en el proceso terapéutico, mediante la devolución al paciente de su responsabilidad sobre el cuidado de sí mismo, al inicio, se constituye en un favorecedor de la alianza terapéutica.¹⁷⁻¹⁹

Sabemos que la alianza de trabajo se apuntala en un vínculo entre el yo racional del paciente y el yo racional del analista, como lo ha mencionado Sterba.¹⁹ Dicha alianza¹⁷ permite una relación relativamente racional y no neurótica entre paciente y analista que hace posible al primero trabajar con determinación en la situación analítica.

En las instituciones, la alianza de trabajo ha de constituirse como ese vínculo racional adherido a la realidad, bajo un encuadre de trabajo del “aquí y ahora”, donde la historia del paciente permita contextualizar las manifestaciones emocionales sanas y patológicas, las actuales y las históricas, con miras a la solución de objetivos presentes.

A la vez, de manera distinta a otras aproximaciones donde la transferencia ha de constituirse en el campo de solución de la conflictiva intrapsíquica, en las instituciones es la alianza de trabajo la que ha de ser favorecida con la finalidad de no promover la neurosis de transferencia.²⁰

Para no favorecer este fenómeno, resulta esencial la habilidad del psicoterapeuta para la detección y clarificación de los incipientes fenómenos de transferencia para vincularlos a una alianza terapéutica fuerte que robustezca las acciones presentes del paciente hacia el cuidado de su salud.

Por otro lado, el énfasis en el presente, la utilización del señalamiento y la clarificación como elementos de ampliación de las funciones yoicas, y por tanto, de las áreas de conciencia y libres de conflicto,²¹ la no utilización de la interpretación genética y transferencial como elementos de cambio, así como la permanencia del psicoterapeuta como figura institucional en tanto miembro del equipo de salud y por tanto, identificado con una función y no con una persona, serán elementos preventivos tanto para el paciente como para el psicoterapeuta.

En resumen, los pacientes cursan por períodos reactivos, caracterizados por manifestaciones emocionales de leves a moderadas y esporádicamente graves cuyo origen es un conflicto con la realidad, el cual funciona como desencadenante de las diversas herramientas caracterológicas de defensa y ajuste.

Aunque dichas manifestaciones son esencialmente reactivas, se puede encontrar anclaje en una estructura frágil o bien establecerse mediante series complementarias en elementos sintomáticos.^{22,23} Por esto la intervención en el momento de crisis es esencial, particularmente como estrategia preventiva, contentiva y clarificadora.

La intervención, entonces, deberá recurrir a estrategias terapéuticas puntuales, que si bien no implican la coerción o sugerión del psicoterapeuta sobre los contenidos expresados por el paciente, sí transforman la figura terapéutica en un participante más activo, aun cuando su investidura le mantenga alejado de los juicios de valor o coerción asociativa. El interrogatorio ha de transformarse en un ejercicio de mayéutica que permita al paciente la confrontación con él mismo, en el cuestionamiento que permite la clarificación terapéutica o bien el señalamiento que enmarque la importancia de los contenidos expresados.

Como estrategia preventiva, la clarificación, la información, el señalamiento y el interrogatorio, en sí mismos, pueden favorecer la expresión de las manifestaciones emocionales y orillar a la comprensión y resignificación del evento, reduciendo el conflicto con la realidad y a su vez, estructurando la experiencia en un evento emocionalmente significativo que no necesariamente desequilibra el mundo interno.²⁴

Es importante destacar que los señalamientos del aquí y ahora adquieren mayor trascendencia en la institución cuando los contenidos expresados verbalmente, o de manera no verbal por el paciente, se presentan como una interferencia en la dinámica del tratamiento. Es pertinente señalar al paciente los contenidos que aluden a la interrupción, abandono o pobre progreso de su tratamiento. En el espacio terapéutico, los señalamientos deberán ser claramente anclados con la realidad concreta que se vive.

Es así que la intervención en las situaciones exige un rol participativo, no coercitivo, de instrumentos dirigidos a la ampliación de la conciencia y las áreas libres de conflicto, de la interpretación actual no transferencial, y de una relación terapéutica psicoterapeuta-paciente de orden asimétrico, donde las identificaciones proyectivas²⁵ del paciente han de ser detectadas por el psicoterapeuta y colocadas en un elemento simbólico relacionado a la función de éste y no a su persona, lo cual exige de la neutralidad, la abstinenza de la relación personal y la identificación del mismo con su función en el equipo de salud.

REFERENCIAS

1. Morales F, Díaz E. Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. Perinatol Reprod Hum. 2000; 14: 176-82.
2. Morales F, Díaz E, Espíndola H, Henales A, Meza P, Mota G. Concepto de Salud Psicológica. En: Temas selectos en Orientación Psicológica. Creando alternativas. Manual Moderno, México, 2005; 1: 49-62.
3. Morales F, Díaz E, Espíndola J, Henales M, Meza P, Mota G, Pimentel N. Psicopatología y atención psicológica institucional, temas selectos en orientación psicológica. Ámbitos Profesionales Manual Moderno, 2006; II: 57-67.
4. Morales F. Introducción a las guías de intervención psicológica. Perinatol Reprod Hum. 2007; 21: 2-10.
5. Espíndola J, Morales F, Díaz E, Pimentel D, Meza P, Henales C et al. Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. Perinatol Reprod Hum. 2006; 20: 112-22.

6. Espíndola J. Guía clínica de intervención psicológica de la paciente ginecológica y obstétrica hospitalizada. Perinatol Reprod Hum. 2007; 21: 22-31.
7. Taylor G. Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. Connecticut. International Universit  es Press; 1987.
8. Marty P. La psicosomática del adulto. Buenos Aires. Amorrortu; 1990.
9. Morales F. El sentido de construir guías de intervención psicológica en reproducción humana. Perinatol Reprod Hum. 2007; 21: 69-71.
10. Leiberman C, Bleichmar N. Las perspectivas del psicoanálisis. México. Paidós: 2001.
11. Díaz E. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. Perinatol Reprod Hum. 2007; 21: 100-10.
12. Henales M, Sánchez C, Carreño J, Espíndola J. Guía clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica. Perinatol Reprod Hum. 2007; 21: 88-9.
13. Pimentel D. Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. Perinatol Reprod Hum. 2007; 21: 54-68.
14. Espíndola J, Morales F, Díaz E, Meza P, Sánchez C, Carreño et al. Estudio descriptivo de un grupo psicoterap  tico de pacientes obstétricas con trastorno mental. Perinatol Reprod Hum. 2006; 20: 91-7.
15. Díaz E, Rodríguez M, Mota C, Espíndola J, Meza P, Zarate T. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. Perinatol Reprod Hum. 2006; 20: 80-90.
16. Freud S. Presentación autobiográfica, inhibición, síntoma y angustia, ¿pueden los legos ejercer el análisis?, y otras obras. En: Freud S. Obras completas. 2   ed. 12   reimp. Buenos Aires Argentina: Amorrortu; 1926; 20: 71-164.
17. Greenson R, Wexler M. The non-transference relationship in the psycho-analytic situation. Int J Psycho Anal. 1969; 50: 27-39.
18. Greenson R. The technique and practice of psychoanalysis. New York: International Universities. Press 1967; 1.
19. Sterba R. The fate of the ego in analytic therapy. Int J Psycho Anal. 1934; 15: 117-26.
20. Freud S. Remembering, repeating and working through. In: Strachey J, Freud A, editors. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XII: (1911-1913). London: Vintage Books; 2001; 145-56.
21. Hartmann H. Ego psychology and the problem of adaptation. New York: Int Univ Press; 1958.
22. Freud S. Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III (1916-1917). Los caminos de la formación del síntoma, Conferencia XXIII (19). En: Obras completas. Volumen XVI: Buenos Aires Argentina. Amorrortu 1976: 326-43.
23. Freud S. Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III (1916-1917). Conferencia XVII El sentido de los síntomas en: Obras completas volumen XVI: Buenos Aires Argentina; Amorrortu: 1976: 235-49.
24. Fiorini J. Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires; Nueva Visión: 1986; 1977.
25. Klein M. Notas sobre algunos mecanismos esquizoides 1946. En: Klein M, ed. Obras completas. Envidia y gratitud y otros trabajos. Paidós: Buenos Aires; 1977; III.

Correspondencia:

Mtra. Diana Pimentel-Nieto
Departamento de Psicología
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes
Montes Urales Núm. 800,
Col. Lomas Virreyes,
Del. Miguel Hidalgo, 11000, México, D.F.
E-mail: dpimenteln@yahoo.com