

# Psicología de Enlace en un Servicio de Psiquiatría. La interconsulta con pacientes con cáncer. Reflexiones desde la Psicología

*Psychology Liaison Unit in a Department of Psychiatry. Consultation for patients who suffer cancer*

M. Hernández Blázquez\*, Z. Arana González\*\*, E. Sánchez Crespo\*\*, R. Touza Piñeiro\*\*\*

## Resumen

*La interconsulta es un acto facultativo, complejo y de gran riqueza asistencial y docente. El psicólogo responde a la interconsulta médica, o de enfermería, para atender a una situación que surge durante el tratamiento o los cuidados del paciente oncológico hospitalizado. Su objetivo técnico es aplicar conocimientos de diagnóstico situacional, para valorar los puntos de detención en la labor médica, que pueden ser debidos a interferencias en la relación médico-paciente, donde intervienen distintos factores de las personas implicadas: médicos, enfermería, paciente, familia, y la propia institución. El objetivo práctico es relanzar el proceso de la relación entre el médico y el paciente, para favorecer la labor clínica de aquél, y el mejor afrontamiento y aceptación de éste al proceso terapéutico.*

*La interconsulta favorece la habilitación de los equipos médicos y de enfermería en recursos psicológicos de los que carecen en su formación profesional básica.*

**Palabras clave:** Interconsulta. Psicooncología. Interdisciplina.

---

\*Psicólogo clínico y Psicooncólogo

\*\*Psicooncólogo

\*\*\*Psicólogo clínico

Unidad de Psicooncología. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Servicio Vasco de Salud - Osakidetza. Bilbao. Vizcaya.

**Correspondencia:** D. Manuel Hernández Blázquez  
Unidad de Psicooncología. Servicio de Psiquiatría. Consultas externas.  
Hospital de Basurto  
Avda. Montevideo, 18  
48013 Bilbao  
e-mail: Manuel.hernandezblazquez@osakidetza.net

## Summary

*Consultation is a complex specialist action with a great assistance and educational wealth. The psychologist answers the medical or nurse consultation to address the situation generated during the treatment or care of hospitalized oncology patients. The technical aim is to apply the knowledge of situational diagnosis to assess the points of detention in medical work, which may be due to the interference in the doctor-patient relationship, which involves different factors of the people concerned: doctors, nurses, patients, family and the institution itself. The practical aim is to relaunch the relationship process between doctor and patient, to promote the work of the clinician and a better coping and acceptance of the therapeutic process by the patient.*

*Liaison work promotes the implementation of psychological resources in medical and nursing team lacking of those resources in their basic vocational training.*

**Key words:** Liaison Unit (Consultation). Psycho-Oncology. Interdisciplinary.

## INTRODUCCIÓN

Exponemos la labor del psicólogo en la interconsulta en el contexto asistencial y docente que se desarrolla desde la Unidad de Psicooncología, adscrita al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto. Esta Unidad nace en 2001 para proporcionar atención específica a los pacientes afectados de cáncer y sus familiares, ampliando así la atención que desde Psiquiatría se prestaba ya a esta población. Está muy relacionada con los Servicios Médicos Oncológicos del Hospital, especialmente con los de Oncología Médica, Radioterapia Oncológica, Ginecología y Otorrinolaringología. En estos años, la Unidad ha atendido 900 nuevas consultas de pacientes y 112 de familiares; de todas ellas, aproximadamente 500 han consultado a Psicología a través de la interconsulta.

El conjunto de interconsultas y de consultas ambulatorias realizadas, suponen aproximadamente el 10% de la población con cáncer diagnosticada y tratada en el hospital de Basurto, porcentaje aun lejano del promedio de 30% de estos pacientes que, según la literatura, presentan algún tipo de problema psicopatológico y psicosocial. Si bien la Psicooncología es un campo en auge como lo indican las distintas iniciativas asistenciales institucionales y legales aparecidas en los últimos años, estamos aun lejos del ideal.

La interconsulta psicológica en el contexto hospitalario adquiere una gran complejidad y ri-

queza. En efecto, para nosotros el enfoque no está centrado en la patología del paciente, sino en las relaciones que se establecen alrededor de la situación de enfermedad, en la cual están implicadas la relación médico-paciente, la enfermería, otros profesionales, y en ocasiones la propia familia del enfermo. Desde esta perspectiva es el análisis de la propia institución, lo que nos interesa, con sus medios técnicos, recursos humanos, condiciones de ingreso, su concepción de la salud y la enfermedad y las consiguientes dinámicas que se generan en el tratamiento y cuidado de la enfermedad. Todos ellos son elementos que el psicólogo tiene que valorar para efectuar un diagnóstico de la situación.

Usamos también el concepto de “Enlace”, porque consideramos que el acto de la interconsulta no se agota en el diagnóstico de las condiciones emocionales y posible psicopatología del paciente con cáncer ingresado. La interconsulta apunta, sobre todo, al diagnóstico de la situación en la que la persona enferma vive su enfermedad en el hospital, la cual se estructura siempre dentro de una determinada relación o lazo médico-paciente.

### **La oncología y el proceso de interconsulta psicológica: entorno y justificación**

Se considera hipotéticamente que el proceso de interconsulta se acelera, en el caso de la Oncología, cuando la relación médico-paciente se bloquee. Por parte del médico existe una cierta

---

tendencia, derivada de su propia formación básica, de actuar sobre la enfermedad desde la pura tecnología, minimizando otras variables. Esta actitud puede generar un bloqueo en el proceso terapéutico; la posición de intervencionismo técnico puede estar obviando no sólo la ansiedad del enfermo sino la del propio médico, que teme por la vida del paciente, pero que no encuentra los medios para convencerlo de la importancia de su actuación. Estas situaciones, que no son infrecuentes, están presentes en casos en los que se produce mutilación, la pérdida de una función, o la posibilidad de la muerte. La ansiedad del médico dispara mecanismos de cierta identificación con el paciente, cuyo resultado lleva al facultativo a adoptar posturas inadecuadas, tales como un exceso de objetivación, o la insistencia en la necesidad de la actuación técnica frente a un paciente que se rebela porque aún no ha tenido un tiempo lógico para elaborar la situación. O bien, frustrado por la negativa del paciente, o por reacciones poco participativas de éste, el médico establece una relación distante y fría.

Estas circunstancias, con sus procesos psicológicos subyacentes, están en ocasiones en la base de la interconsulta; pueden aparecer bajo la forma de una simple nota de "valoración y tratamiento psicológico si procede" o bien enfatizando el rasgo de conducta de paciente, que es presentado así como el "problema."

En lo que respecta al paciente, aparte de las circunstancias traumáticas de un diagnóstico o una cirugía reciente, el padecimiento físico o el verse confinado en un contexto extraño a su medio habitual -hospital-, puede interferir en su relación con el médico por factores propios: sus reacciones emocionales, su nivel de comprensión de la tecnología médica, su ideología y las creencias acerca de la enfermedad apenas contrastadas en su diálogo con el médico, o los temores asociados a la clínica o a los tratamientos. Estos factores pueden hacer emerger, por ejemplo, la queja hacia el médico de un trato técnico y frío, o de un lenguaje incomprensible. Es frecuente que el paciente se queje en la interconsulta por no haber sido suficientemente informado, hecho que, aunque pueda ser cierto, es el emergente tras el cual pueden vehicularse sus ansiedades no elaboradas, el duelo por la salud perdida, o por los problemas

socio laborales, y los cambios familiares que se le van a presentar.

En ambos casos la interconsulta funciona como una salida al punto muerto que se produce en la relación médico-paciente. El psicólogo tiene que emplear un tiempo para recoger toda esa información, procedente del médico y de la enfermería, y posteriormente, evaluar al paciente y, si fue preciso, a los familiares. Es cierto que a veces -por la urgencia- ese tiempo es muy escaso, pero se puede iniciar un proceso de comprensión, y asegurar que un tiempo posterior para seguir elaborándolo, una vez resuelta la urgencia. Para ello, bastan a veces unas pocas palabras del médico en el sentido de que el paciente podrá consultarle cuando lo desee; así le trasmite una disponibilidad alejada de la pura Tecnología.

### *Objetivos de la interconsulta*

Para el psicólogo el objetivo práctico no es profundizar en una labor psicoterápica, la interconsulta psicológica trata de ayudar a que esa relación, o ese lazo roto, se recupere para que la labor médica pueda seguir su curso y para que el paciente pueda beneficiarse de ella. Un diagnóstico de la situación, supone valorar la relación y las posibles interferencias surgidas entre las personas implicadas, lo que a menudo se traduce en una toma de conciencia de las ansiedades subyacentes que obstaculizan el proceso informativo, terapéutico y curativo.

El lugar de la interconsulta está lejos del despacho donde habitualmente desarrolla su trabajo, y de la comodidad que ese encuadre conlleva. La visita al paciente a pie de cama, supone un modo de intervención diferente. Encontramos dificultades en el tiempo de conversación con el médico. Antes de nuestra visita al paciente, intentamos recabar la opinión de las enfermeras que lo conocen en la cotidianidad, los familiares tienden a abordarnos en los pasillos y es difícil la privacidad con el enfermo que comparte espacio con otros pacientes. Esas dificultades nos dan ya datos del contexto real y colaboran en el diagnóstico situacional. La interconsulta se vuelve así compleja pero enriquecedora: permite valorar dicho entorno, y a las personas implicadas: pacientes, agentes de salud, cuidadores, y familia.

En ocasiones nos permite una aproximación al problema, sin interrogar aún al paciente. Nuestra labor es diferenciar entre los distintos elementos, valorarlos y establecer la prioridad de la intervención.

### **Sobre Contextos Situacionales... Tres casos concretos nos servirán para ejemplificar la cuestión**

1.- La familia puede interferir en la labor médica y de enfermería: Unos hijos que hace tiempo se separaron de su padre, autoritario, maltratador, que nunca favoreció lazos emocionales de aprecio y apoyo mutuo en la familia, no quieren aprender los cuidados que se les pretende transmitir, y que van a ser necesarios tras el alta; reprochan a enfermería el tener que hacerse cargo ellos. Se quejan por cualquier pequeño detalle de la atención, y crean en la enfermería la sensación de familia "importunante".

El psicólogo, después de valorar la opinión de enfermería, puede sondear al paciente y a la familia sobre los motivos de su actitud. No quieren asumir los cuidados del padre ahora que se acerca el momento del alta, y agradecerían el poder hablar con el asistente social del hospital, para informarse de una solución a esta situación. Su ansiedad disminuye también al hablar de los sentimientos de rechazo que sienten hacia el padre, lo que viven ambivalentemente, con culpa, por el abandono hacia su progenitor.

2.- Otro ejemplo, sería la saturación de trabajo de enfermería, junto a sus propias dinámicas internas como estamento subordinado al médico, lo que puede interferir en su actuación con un paciente operado de urgencia. Hacen confluír su queja con la del paciente, que está molesto por una información escasa; se colocan en paridad con un personaje que les dispensa un trato agresivo. El emergente es la queja hacia el médico que no informó bien.

Sin negarles la razón sobre el problema de la falta de información, como psicólogos valoramos en este caso esa dinámica entre estamentos asistenciales como el origen del malestar de fondo. Aclarar con las enfermeras ese proceso les retoma la posibilidad de actuar con mayor neutralidad con el paciente: Por ejemplo, acercarse a él,

tranquilizarle respecto a lo correcto de los cuidados, recordarle el estado en que llegó al hospital, la necesidad que tuvo el médico para intervenir de urgencia, e indicarle la posibilidad de aclarar dudas.

3.- La dificultad con que enfrenta un médico el momento de informar a su paciente, no es solamente un tema de formación, ni el informar responde sólo a una normativa legal: es también una cuestión ética. El ideal no es siempre posible, y a veces puede ser culpabilizante para el médico. Un cirujano que informa a su paciente apoyándose en los elementos positivos -porcentajes de éxito- de la intervención quirúrgica sobre un tumor, y hace menos hincapié en las posibles secuelas negativas, puede perder la confianza del paciente si aparece una complicación. Este hecho, reconocido en mayor o menor medida, y variable según el profesional, contrasta luego con la situación del paciente que, en la interconsulta, reconoce que él mismo no quiso pedir más información en el momento pre-quirúrgico. Filtró el contenido positivo de la información del médico; en cambio, si hubiera atendido a otros elementos de la situación, como la recomendación de permanecer hospitalizada tras la cirugía -en lugar del alta rápida con la que había especulado- podrían haber introducido la cognición de las posibles complicaciones.

Esta información del paciente, compartida luego con el/la médico, permite un alivio de su ansiedad respecto a una 'mala' praxis informativa. El/la profesional y el/la paciente han compartido mecanismos de ilusión, y de esperanza, que son necesarios para afrontar la enfermedad, o los tratamientos. Es difícil establecer una medida 'justa' sobre la información ideal. No son raros los casos inversos, en los que un énfasis en las posibles secuelas, y complicaciones, emitidos no tanto desde una praxis ética, sino para protegerse legalmente, puede interferir en el proceso terapéutico.

Estos ejemplos de situaciones presentes en la interconsulta no reflejan toda la variedad que puede darse durante la misma, pero son significativos de la labor del psicooncólogo, de lo complejo de la situación que tiene que abordar, para recomponer el enlace entre el profesional y el pa-

---

ciente, a partir de una comprensión global pero matizada de los mecanismos que conforman las situaciones del modo de enfermar.

## CONCLUSIONES

La interconsulta tiene una función práctica, orientada a restaurar la relación terapéutica y de cuidados, en los momentos en que ésta se interfiere. El psicólogo, una vez cumplida esta función, se retira momentáneamente. En la práctica la interconsulta es una fuente de posteriores consultas ambulatorias y también mejora la opinión que ciertos médicos y enfermeras tenían del psicólogo. La interconsulta cumple también una función formativa. A partir de los casos concretos y situaciones actuales, el psicólogo trasmite aquellos recursos técnicos y teóricos que no forman parte de la formación estándar de los médicos y de la enfermería. Esta función docente es posible, parafraseando el lenguaje psicodinámico, gracias a la transferencia de trabajo que se da desde los médicos hacia el psicólogo, y que está presente ya en el hecho de solicitar una interconsulta. En nuestro medio, esa transferencia, o la falta de ella, es evidente. Hay servicios médicos oncológicos, y enfermeras, que llaman con frecuencia al psicólogo. Otros no llegan a plantárselo, siendo en ocasiones los propios pacientes los que solicitan nuestra intervención. En los primeros casos, el psicólogo actúa a demanda, y la apreciación del mismo, es un resultado evidente. En los segundos casos, nos planteamos, cómo ir introduciendo la figura del psicooncólogo, de una forma más activa por nuestra parte.

La participación en reuniones y jornadas científicas en el hospital, el desarrollo y oferta de cursos o talleres para médicos, y enfermería, son otros modos en que podemos presentar y compartir nuestra orientación y la eficacia de nuestro trabajo. En servicios donde la relación interprofesional funciona bien, hemos podido observar una mejora en cuanto a la forma en que el médico y/o enfermeras comentan la situación generada en torno a los pacientes, mientras que en los primeros años el boletín de interconsulta consistía en una simple nota de

‘valoración y tratamiento si procede’. Se ha observado también que la enfermería objetiva mejor ciertos elementos emocionales en los pacientes, y participan con interés en el momento de la devolución de las observaciones del psicólogo.

Otros datos positivos son el desarrollo de actividades de formación a demanda de enfermería, la participación de médicos y enfermería en proyectos de investigación sobre problemas emocionales de los pacientes, y su presencia en las jornadas científicas de Psicooncología.

La interconsulta nunca llega a ser tan ideal como uno se propone; el diálogo con los profesionales que tratan o cuidan a un paciente ingresado no siempre es posible, o transcurre con demasiada rapidez, y la interconsulta se reduce a una valoración del paciente, y a una devolución escrita en su historia de ingreso, con nuestras observaciones. A veces, como ocurre en algunos casos donde la interconsulta se ha protocolizado, el paciente recibe nuestra visita sin sentir realmente la necesidad de ella. Este es un tema que afecta al diseño de nuestra labor.

Como conclusión, se puede resumir expresando, que el funcionamiento de esta actividad asistencial, compleja y rica, que es la interconsulta, durante los 7 años de funcionamiento de la Unidad de Psicooncología del Hospital de Basurto, ha consolidado una red de profesionales que valoran y solicitan este modo de intervención del psicólogo, porque les sirve de apoyo en distintos niveles de su quehacer cotidiano con el paciente sostenido por la experiencia continuada de tipo interdisciplinaria, una práctica que mejora la calidad con la que un hospital sirve a sus pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Arana Z, Del Pozo E, Nieves F, Sánchez E, Touza R y Hernández M.**: Psicología de enlace en un servicio de psiquiatría. Comunicación-cartel en el XLI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática “El reto de la interdisciplinariedad en la atención al enfermo” Oviedo, 19, 20, 21 de abril 2007.
2. **Clavreul J.**: El Orden médico. Barcelona, Ed. Argot, 1983.
3. **Ferrari H, Luchina N y Luchina I.**: La Intercon-



sulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1980.

4. **Hernández M.:** Reflexiones sobre la Psico-oncología. Observatorio PSI, N° 6/06. 2006. Disponible en la Web <http://www.observatoriopsi.com/0606.htm>.
5. **Hernández M.:** Reflexiones sobre la psicooncología II. Observatorio PSI, N° 10/06. 2006. Disponible en la Web <http://www.observatoriopsi.com/0610.htm>.
6. **Insalud, Ministerio de Sanidad y Consumo.** Normativa reguladora de los derechos de los pacientes. Ley General de Sanidad (Art. 10.5) Madrid. Ediciones Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.
7. **Lacan, Jacques.** El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. En Jacques Lacan, Escritos I, Ed. Siglo XXI. Madrid, 187-203, 1945.
8. **Lacan, Jacques.** Psicoanálisis y Medicina 1966 en "Intervenciones y Textos 1", Editorial Manantial, Buenos Aires, 1985.
9. **Organización Colegial Española.** Código de Ética y Deontología Médica (Art. 11.4 y 5). Madrid. Consejo General de Colegios Médicos de España. 1990.