

García Boll, Lucía

**Abordaje psicológico en
pacientes con criterio de
amputación programada,
dentro de un equipo
interdisciplinario.
Experiencia en un hospital
público de urgencias**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Lovaiza, Vanesa

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Universidad Católica de Córdoba

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final

Modalidad: Sistematización de las Prácticas

“Abordaje psicológico en pacientes con criterio de amputación programada, dentro de un equipo interdisciplinario. Experiencia en un hospital público de urgencias”

Autora: García Boll, Lucía

DNI: 43811068

Directora: Lic. Lovaiza, Vanesa

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo implica el final de una hermosa etapa de mi vida. Es un proyecto que transitó múltiples escenarios. Inició en marzo de 2020, mientras nos encontrábamos en medio de una pandemia mundial. El cursado fue mutando según las circunstancias lo demandaban, desde conexiones on-line en distintas plataformas, cursado híbrido y finalmente un cursado presencial.

Agradezco a la Universidad por su firmeza en el compromiso de enseñar a pesar de las adversidades que se presentaron.

A los docentes, quienes mantuvieron su calidad educativa intacta y contagiaron su pasión por la Psicología.

Agradezco al ex vicerrector Germán, quien sin saberlo, con sus trabajos prácticos me permitió conocer a las tres chicas que hoy son mis mejores amigas.

Sofía, Cecilia y Cruz, fueron mis primeras “amigas virtuales”, compañeras desde el primer año. A lo largo de estos cinco años crecimos juntas, nos apoyamos, confiamos y estimulamos. Agradezco profundamente haber sido parte de este equipo, que se mantuvo fuerte frente a cualquier obstáculo.

La llegada a esta meta no hubiera sido posible sin el apoyo de mi familia, quienes escucharon incontables veces, con paciencia y cariño, los datos curiosos que tenía para compartirles. Me dieron un “sí” rotundo respaldando cualquier idea o proyecto orientado a mi crecimiento profesional.

A María, Vanesa, Sofía, Mariano, Gustavo y Carolina, quienes me abrieron las puertas y me trataron como una más de su equipo. Gracias por enseñarme y guiarme en esta práctica tan hermosa que es la psicología. En ese consultorio, más allá de un equipo de trabajo, se había formado un grupo humano. Nuestro consultorio fue un espacio de encuentro, tanto de cuestiones profesionales como personales. Dónde no faltaron risas, conversaciones serias, descubrimientos de gustos e intereses personales y profesionales.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
ÍNDICE DE SIGLAS.....	8
II. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA.....	9
II.1 PSICOLOGÍA: PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	10
II.2 ORÍGENES E INSTITUCIONALIZACIÓN.....	11
II.3 PSICOLOGÍA EN ARGENTINA.....	12
II. 4 MARCO NORMATIVO.....	13
III. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	16
III. 1 HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS.....	17
III.2 HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS: RECORRIDO HISTÓRICO.....	18
III.3 SERVICIOS Y ESPECIALIDADES MÉDICAS.....	20
III.4 ESTRUCTURA INTERNA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS.....	23
III.5 PRESENTACIÓN DEL ORGANIGRAMA.....	24
III.6 EL SERVICIO DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS.....	25
IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	27
V. OBJETIVOS.....	29
OBJETIVO GENERAL.....	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
VI. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	31
VI. 1 CAMBIO DE PARADIGMA.....	32
VI. 2 UN ESCENARIO COMPLEJO.....	33
VI. 3 LA SALUD: CONCEPTO.....	34
VI. 4 INTERDISCIPLINA.....	36
VI. 5 TRABAJAR EN CRISIS Y URGENCIAS.....	37
VI. 6 MODELO DE ATENCIÓN EN CRISIS.....	39
VI. 7 IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA HOSPITALIZACIÓN.....	41
VI. 8 LA AMPUTACIÓN COMO INTERVENCIÓN.....	43

VI. 9 SÍNDROME DEL MIEMBRO FANTASMA.....	45
VI. 10 LA HOSPITALIZACIÓN.....	46
VII. MODALIDAD DE TRABAJO.....	48
VII. 1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	50
VII. 2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
VII. 3 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
VIII. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	55
VIII. 1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	56
VIII. 2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS.....	64
VIII.2. 2 EL ABORDAJE PSICOLÓGICO EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS, CONSIDERANDO LA INTERVENCIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.....	65
VIII. 2.3 ABORDAJE PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN PROGRAMADA, CONSIDERANDO LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.....	73
VIII. 2.4 TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN EL ABORDAJE DE PACIENTES CON CRITERIO DE AMPUTACIÓN, EN UN HOSPITAL DE URGENCIAS.....	82
IX. CONSIDERACIONES FINALES.....	87
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

ÍNDICE DE SIGLAS

HMU (Hospital Municipal de Urgencias)

SM (Salud Mental)

SSM (Servicio de Salud Mental)

TIF (Trabajo Integrador Final)

PPS (Práctica Profesional Supervisada)

I. INTRODUCCIÓN

Como resultado de las Prácticas Profesionales Supervisadas realizadas durante el año 2024, se realizó el presente Trabajo Integrador Final. A cada estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología, que se encuentre cursando la materia de Práctica Profesional Supervisada; la Universidad Católica de Córdoba le da la oportunidad de formar parte de un equipo de trabajo en diversas instituciones y contextos.

En este caso, las prácticas fueron realizadas en el Hospital Municipal de Urgencias (HMU) de la provincia de Córdoba capital. Se asistió de manera presencial, dos veces por semana, teniendo como fecha de inicio fue en el mes de Mayo y de final el mes de Noviembre del año 2024. El rol ocupado fue el de observadora no participante.

El HMU es un hospital polivalente, ofrece una amplia gama de servicios médicos para diferentes tipos de condiciones, incluyendo atención de emergencias, cirugías, y tratamientos para diversas especialidades médicas. El desempeño de la psicología clínica en el ámbito hospitalario comprende, entre otros, la valoración neurocognitiva de los pacientes internados y su respectivo acompañamiento y seguimiento.

Junto con el equipo de Salud Mental del hospital, integrado por psicólogas y psiquiatras que trabajan interdisciplinariamente, se realizaron actividades tales como; participación en revista de sala, valoración y seguimiento de pacientes, entrevistas con las familias, circulando por los diversos sectores de la institución, a saber: la UTI, el Shock Room y la Guardia Central. Desde la institución se incentivó la realización de otras actividades tales como; la asistencia a ateneos médicos organizados por el departamento de Capacitación y docencia del HMU, lectura de material bibliográfico, etc.

El presente trabajo se enmarca en el campo de la psicología de la emergencia, articulando los aportes de la teoría de la intervención en crisis con los principios de la

atención psicosocial en contextos hospitalarios. Desde una perspectiva situada en el paradigma de la complejidad, se asume un enfoque que reconoce al sujeto como portador de derechos, integrando dimensiones emocionales, sociales y contextuales en el abordaje clínico.

En lo que respecta a las partes del siguiente trabajo, en el primer apartado, se busca introducir el contexto de la psicología clínica, profundizando en sus antecedentes históricos e institucionalización de la disciplina. El apartado del contexto institucional, tiene como finalidad describir la institución en donde se desarrollaron las prácticas, explicitando información relevante de la estructura y los servicios del HMU.

El eje de sistematización seleccionado busca analizar el abordaje psicológico en un equipo interdisciplinario, específicamente en pacientes con criterio de amputación programada. Los respectivos objetivos tienen la intención de dar a conocer los enfoques terapéuticos utilizados y los desafíos específicos que surgieron en cada intervención.

En la perspectiva teórica se exponen diversos conceptos necesarios para abordar el eje de sistematización, recuperando los aportes de diversos autores que han hecho desarrollos claves en este campo de intervención. Seguidamente se expone la modalidad de trabajo, en donde se detalla la caracterización de los sujetos, las fuentes de recolección de datos, y las consideraciones éticas que se han tenido en cuenta para la realización de las prácticas y del Trabajo Integrador Final.

A continuación se desarrolla el análisis de la experiencia, apartado que se divide en dos partes, “recuperación del proceso vivido” en donde se detalla lo vivenciado durante las prácticas, y “análisis y síntesis” en el que se ahonda el eje de sistematización explicitado anteriormente.

Con la intención de ilustrar las técnicas y modalidades de tratamiento psicológico en el HMU, se han seleccionado 2 casos clínicos, cuyo abordaje se llevó a cabo durante el período de las prácticas en el hospital.

En última instancia se comparten algunas reflexiones surgidas a partir de los objetivos específicos que guiaron la sistematización de la experiencia, al tiempo que se exponen los aprendizajes obtenidos en el recorrido, tanto en la propia esfera personal y profesional.

II. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA

II.1 PSICOLOGÍA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología posee un vasto recorrido. Esta disciplina puede definirse según Lagache (1982) por “su objeto, por sus metas y por sus medios”. Para dicha cuestión se recuperan los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (2003) en los que se argumenta que la Psicología Clínica es “una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales”. La EFPA (2003) define a la psicología como:

una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. El comportamiento es lo que hace la gente y supone, por tanto, alguna acción, actividad o conducta. En este sentido, el comportamiento tiene una variedad de formas o manifestaciones que incluyen la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional, el decir y el hacer propiamente. (p. 1)

A su vez, entiende que la psicología estudia

el comportamiento en los distintos contextos incluyendo las relaciones sociales, las actividades laborales, el desarrollo educativo, la vida familiar y, en fin, todos los ámbitos del hacer humano. Asimismo, puesto que todo comportamiento es de alguien, de alguna persona, el comportamiento se ha de estudiar de acuerdo con la persona o actor de la acción de que se trate, lo que supone la incorporación de las circunstancias biográficas. Consiguientemente, el comportamiento depende del contexto o situación presente y de la persona de acuerdo con su trayectoria biográfica. En fin, la Psicología se interesa tanto en el comportamiento normal como en el anómalo, aquél que implica algún trastorno o desorden sea para la propia persona o sea en relación con los demás. (p. 1)

II.2 ORÍGENES E INSTITUCIONALIZACIÓN

La psicología sigue contando entre las ciencias jóvenes, pero los asuntos de que se ocupa son tan antiguos como el pensamiento humano (Santamaria, 2018)

Como dijo Ebbinghaus, “la psicología tiene un largo pasado pero una corta historia”. Su trayectoria se remonta a tiempos inmemorables y atraviesa múltiples períodos históricos, pero su surgimiento como profesión es contemporáneo, adquiriendo un verdadero protagonismo luego de la Segunda Guerra Mundial. A pesar de que se trata de una profesión muy joven, en la actualidad cuenta con un gran reconocimiento social en el mundo entero.

En lo que respecta a la psicología como disciplina científica, su surgimiento se remonta a finales del siglo XIX. Es en este momento que el ser humano se coloca como objeto de conocimiento. En siglos anteriores el objeto de conocimiento y de dominio era el mundo, es decir, se estudiaba cómo el sujeto conoce y construye el mundo. Así pues, en el momento en que se produce un cambio de mirada sobre los propios sujetos y la sociedad, es que surgen las ciencias sociales o humanas, entre ellas la Psicología.

Se suele tomar como punto de partida de la psicología como disciplina independiente de la filosofía, el año 1879, momento en el que Wilhelm Wundt fundó en la Universidad de Leipzig el primer laboratorio de Psicología. Como explica Leahey (1998), en ese momento el método predominante era la introspección controlada experimentalmente, el cual consistía en la observación introspectiva del mundo de las ideas para intentar aislar y definir los elementos mentales y los procesos mentales, los cuales se vincularían luego con sus sustratos fisiológicos.

En simultáneo, comenzaron a surgir en diversos países, numerosas publicaciones, laboratorios y figuras que sustentaron la institucionalización de la disciplina.

II.3 PSICOLOGÍA EN ARGENTINA

Dentro de los factores que favorecieron el desarrollo de la psicología como disciplina científica en el país, Dagfal (2012) comenta que durante los años '40 se produjo en la Argentina un proceso de industrialización que favoreció el éxodo de la población rural hacia las ciudades, que a su vez se sumó a la última ola del aluvión migratorio europeo. Tanto la educación como las industrias incipientes necesitaban incorporar la utilización de técnicas innovadoras, basadas particularmente en la psicología aplicada. En ese marco, los docentes de muchas escuelas se formaron para administrar a gran escala pruebas psicométricas y cuestionarios psicológicos; la elección de una profesión u ocupación ya no podía resultar de una decisión improvisada, sino que tenía que ser el fruto de un proceso tan científico como fuera posible.

En 1954 se celebró el Primer Congreso Argentino de Psicología, realizado en San Miguel de Tucumán. Al mismo concurren profesores de psicología, filósofos, sacerdotes, psicotécnicos, psiquiatras y algunos psicoanalistas. En conjunto forjaron los acuerdos que condujeron a la creación de la carrera de psicología. La primera carrera de psicología en Argentina tuvo sede en Rosario en el año 1955. Sin embargo, el golpe de Estado de septiembre hizo que fuese cerrada, para reabrirse recién en 1956, bajo condiciones muy diferentes.

Entre 1957 y 1959, se crearon carreras de psicología en cinco universidades nacionales: Buenos Aires (1957), La Plata, Córdoba y San Luis (1958) y Tucumán (1959). Comenzó entonces en nuestro país la historia de la psicología como profesión, que vino a sumarse a la historia de la psicología como disciplina. (Dagfal, 2012)

II. 4 MARCO NORMATIVO

El ejercicio de la psicología en nuestro país se encuentra regulada por diferentes organismos y supeditado a ciertos marcos normativos. Existen determinadas leyes que orientan el desempeño lícito de la psicología en Argentina, entre ellas encontramos la Ley Nacional N° 23.277: del Régimen legal del ejercicio de la Psicología sancionada en 1985, la cual establece el marco legal para el ejercicio de la psicología a nivel nacional.

La misma especifica que

se considera ejercicio profesional de la psicología (...) la aplicación y/o indicación de teorías, métodos, recursos, procedimientos y técnicas específicas en:

- a) El diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas;
- b) La enseñanza y la investigación;
- c) El desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designaciones de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales;
- d) La emisión, evacuación, expedición, presentación de certificaciones, consultas, asesoramiento, estudios, consejos, informes, dictámenes y peritajes. (Art 2)

A su vez, dispone que

El psicólogo podrá ejercer su actividad autónoma en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios. En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas en otras disciplinas o de personas que voluntariamente soliciten su asistencia profesional. (Art 3)

Por otra parte, en 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657; la cual es un hito en la legislación argentina sobre salud mental. Posicionada en la perspectiva de derechos, representa un cambio fundamental en el enfoque de la salud mental en el país, alejándose de modelos asistenciales restrictivos y dependientes de instituciones hospitalarias. Su promulgación surge como una respuesta a la necesidad de cambiar el sistema de salud mental, asegurando que las personas con trastornos psíquicos reciban un trato digno, libre de discriminación y en un contexto que respete su autonomía.

En lugar de un enfoque centrado en el internado, la Ley 26.657 prioriza un modelo de atención comunitaria y descentralizada, promoviendo la creación de redes de apoyo en la

comunidad, que incluyen tanto servicios médicos como psicológicos y sociales. El objetivo es garantizar que las personas puedan recibir atención en su entorno cotidiano, evitando la segregación institucional.

Lo anterior se relaciona con los esfuerzos de la Ley por promover la desmanicomialización. La Ley incentiva la salida de los hospitales psiquiátricos y la creación de dispositivos alternativos en la comunidad. Prioriza un modelo de atención comunitaria y descentralizada, promoviendo la creación de redes de apoyo en la comunidad, que incluyen tanto servicios médicos como psicológicos y sociales. El objetivo es garantizar que las personas puedan recibir atención en su entorno cotidiano, evitando el colapso de los centros institucionales.

La ley también establece la necesidad de capacitar y sensibilizar a los profesionales de la salud en los derechos de las personas con padecimientos psíquicos. La formación en salud mental se orienta a mejorar la calidad de atención y a erradicar el estigma hacia las personas con enfermedades mentales.

Por último, la Ley 26.657 también promueve la inclusión de personas con padecimientos psíquicos en la sociedad. Esto incluye el acceso a la educación, al trabajo y a la vida familiar, social y cultural. En este sentido, busca eliminar las barreras que históricamente han segregado a las personas con enfermedades mentales.

A nivel de la provincia de Córdoba, la Ley Provincial 7.106 es la base legal para el ejercicio del rol del psicólogo en la provincia. La ley fija las disposiciones para el ejercicio de la psicología, determina el alcance del ejercicio del rol y la define como,

la aplicación e indicación de técnicas específicamente psicológicas en la enseñanza, el asesoramiento, los peritajes y la investigación de la conducta humana, y en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, tanto en las enfermedades mentales de origen eminentemente psíquico, como de las alteraciones psicológicas en enfermedades somáticas de las personas, y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las mismas (Art. 1)

En dicha ley se especifica que el ejercicio de la Psicología se desarrollará en los niveles, individual, grupal, institucional y comunitario, ya sea en forma pública o privada, en las áreas de la Psicología Clínica, Educacional, Laboral, Jurídica y Social (Art. 2). Y determina que particularmente se entiende por área de la Psicología Clínica la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de

Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión. (Art. 2)

En el área de la Psicología Clínica se considerará ejercicio de la profesión de Psicólogos,

la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad, mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (Art. 3)

Los profesionales psicólogos se encuentran, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la ley, obligados a:

proteger a los examinados asegurándoles que la prueba y sus resultados se utilizarán de acuerdo con las normas éticas y profesionales; Prestar la colaboración que sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemia, desastres u otras emergencias; Mantenerse permanentemente informados de los progresos concernientes a su disciplina cualquiera sea su especialidad a los fines de la misma; y a guardar el más riguroso secreto sobre cualquier prescripción o acto profesional salvo las excepciones de la Ley o en los casos que por la parte interesada se lo relevare de dicha obligación expresamente. (Art. 7)

III. CONTEXTO INSTITUCIONAL

III. 1 HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS

Las prácticas se llevan a cabo en el HMU de la provincia de Córdoba, el mismo se encuentra ubicado en la calle Catamarca 44, en barrio Centro de la ciudad de Córdoba, y cuenta con guardia 24 horas los 7 días de la semana para garantizar la atención de urgencias y emergencias. Además posee atención médica por consultorio externo, para control de los pacientes asistidos en el mismo hospital, de lunes a viernes por la mañana. Es una institución que brinda atención inmediata y especializada para toda persona mayor de 14 años.

El HMU es un hospital polivalente especializado en trauma. Esto significa que ofrece una amplia gama de servicios médicos para diferentes tipos de condiciones, incluyendo atención de emergencias, cirugías, y tratamientos para diversas especialidades médicas.

La misión del HMU es la de:

Brindar atención médica a toda la población adulta en forma integral, segura, oportuna, resolutive y eficiente, con calidad científica y técnica, y calidez humana. Nos esforzamos por salvar vidas, reducir el sufrimiento y promover la recuperación de nuestros pacientes. Mantener la capacitación constante del personal para disponer de profesionales altamente calificados. Hacer perdurable en el tiempo nuestro compromiso con la procuración de órganos y tejidos, con el objetivo puesto en la reducción permanente de las listas de espera para trasplantes. Transmitir este compromiso a nuestros profesionales en formación. (Política de calidad del Hospital Municipal de Urgencias, Junio 2024).

Por otra parte, su visión es la de:

Ser líderes en la atención de emergencia y trauma, respaldados por un equipo multidisciplinario altamente capacitado. Caracterizarnos por la calidad asistencial, el

compromiso con la seguridad del paciente y la contribución a la formación de profesionales de la salud (Política de calidad del Hospital Municipal de Urgencias, Junio 2024).

El HMU es una institución que se caracteriza por los valores de Integridad, Idoneidad, Respeto, Compromiso, Humanismo, Seguridad del paciente y el Trabajo en equipo.

III.2 HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS: RECORRIDO HISTÓRICO

Según el diario cordobés, La Voz del Interior, hasta el año 1944 las emergencias médico-quirúrgicas y traumatológicas en Córdoba y sus alrededores eran asistidas en camas suplementarias de los hospitales públicos. No existían instalaciones sanitarias ni equipos de médicos especializados para estos fines. (Cafferata, E., 2014)

A continuación se realiza un recorrido por la historia del HMU, el siguiente recorte histórico fue reconstruido a partir del libro *Biografía de un Hospital, Tomo II* (1996) escrito por el doctor Eduardo O. Figueroa, quien fue designado Director del HMU en el año 1977.

Cuenta el autor que en el año 1944 un terrible terremoto afectó la provincia de San Juan, causando 2 mil muertos y 8 mil heridos, superando la previsión sanitaria para la atención de emergencias. Frente a esta situación, Córdoba colaboró con el Plan de Emergencia Sanitaria, lo cual sembró la semilla para que comenzara a pensarse la idea de crear una institución que estuviera "esperando la tragedia".

Es así como el día 4 de noviembre de 1944, se procede a inaugurar la primera Sala de Cirugía de Urgencia de la comuna de Córdoba, en la finca situada en cortada Corrientes 64, alquilada por la asistencia pública, hasta que se habilite posteriormente el Hospital de Urgencia (Figueroa, 1996). La sala disponía de 11 camas en las salas contiguas a Cirugía y las salas habían sido amobladas por la donación de amigos y parientes.

De esta manera nace en Córdoba un establecimiento asistencial de características distintas a los que ya existían en la ciudad y en el país, un establecimiento destinado a atender "los casos urgentes solamente"

Llegado el año 1948 el Doctor Poletto, Director y jefe del servicio de Cirugía, ve la necesidad de buscar un lugar más apropiado porque la actual sala resultaba "poco funcional e insuficiente" para cubrir la demanda de urgencias médico quirúrgicas que iban en aumento.

La Municipalidad de Córdoba adquirió una clínica privada ubicada en calle Santa Rosa 360 y allí fue trasladada la "Sala de Cirugía de Urgencias", y pasó a denominarse "Hospital de Urgencia" (en singular). Era una casa grande con un gran patio circular al frente, al que daban, en alto una serie de piezas en forma de semicírculo. Sin embargo, por su antigüedad y por falta de mantenimiento, la casa presentaba serios problemas en su estructura edilicia. Durante el proceso de obra se produjeron diversos accidentes que causaron graves heridas en los trabajadores.

A su vez, Córdoba se había convertido en una ciudad pujante, industrial y compleja, lo cual produjo un cambio en el ritmo de vida y la complejidad de la ciudad, variando también sus necesidades y sus demandas.

Se efectuaron múltiples intentos por lograr el traslado del Hospital a un edificio acorde con las reales necesidades de Córdoba en materia de atención de urgencias médico-quirúrgicas y traumatológicas. El Hospital de Urgencias ya era chico para la demanda de camas con pacientes que provenían un 25% de provincias vecinas y de la Provincia de Córdoba, y el resto eran del municipio de Córdoba (Figuerola, 1996)

Alrededor del año 1979 comenzaron las negociaciones para obtener un nuevo traslado, el cual se concretó en 1980 donde se comienza a construir el edificio en la manzana que actualmente se encuentra.

El actual edificio del Hospital de Urgencias fue obra del arquitecto Miguel Angel Roca y fue habilitado en 1982. Se encuentra ubicado en la manzana rodeada por las calles Salta. Catamarca. Bv. Guzmán y Pasaje Alemán. Las vías de acceso y evacuación son fáciles desde cualquier punto de la ciudad. Al lado del edificio de la Asistencia Pública, lo que facilita la complementación entre dichos centros.

III.3 SERVICIOS Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

Los hospitales, de forma complementaria con otros dispositivos, tienen como objetivo primordial la atención a la salud pública y la formación de nuevos profesionales especializados. En particular, el HMU es un hospital especializado en trauma médico-quirúrgico y toxicología. Dentro de sus instalaciones se coordinan diversas especialidades médicas, a la vez que trabaja de manera conjunta con el “servicio de emergencias 107”, el cual brinda atención prehospitalaria ante urgencias médicas. El servicio se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, y atiende a pacientes en sus domicilios, en la vía pública y durante traslados intrahospitalarios.

Entre las especialidades y servicios del HMU se encuentran; Cirugía de tórax, Cirugía general, Cirugía plástica, Cirugía vascular, Clínica médica, Diagnóstico por imágenes, Emergentología, Gastroenterología, Kinesiología, Laboratorio, Medicina legal, Medicina transfusional, Neurocirugía, Salud Mental, Toxicología, Traumatología, Ortopedia y Urología. Además cuenta con equipamientos y estudios de complejidad como Ecografía, Laboratorio especializado en Toxicología, Laboratorio especializado en Bacteriología, Laboratorio de análisis clínicos, Radiología y Tomografía axial computarizada.

Además de ser un hospital dedicado exclusivamente a las urgencias médicas y quirúrgicas, el HMU tiene en cuenta la capacitación y la docencia, por lo que cuenta con la participación de residentes y alumnos de la Facultad de Medicina, lo cual facilita y fortalece el proceso de enseñanza y aprendizaje.

En el HMU trabajan alrededor de 600 empleados de planta que, junto a los 22 residentes se encuentran distribuidos en las diferentes áreas, lo componen estructuralmente.

Rige una Dirección del HMU, a cargo del:

- Departamento de Secretaría Técnica
- División de Personal
- División de Recepción de Pacientes
- División de Rehabilitación
- División Medicina Legal
- Sección Kinesiología
- Sección Servicio Anatomía Patológica
- Sección Salud Mental
- Sección Servicio de Nutrición
- Sección Servicio Social
- Sección Instrumentadores Quirúrgicos

A su vez, rige una Subdirección Administrativa, una Subdirección de Emergencias 107 y una Subdirección del HMU, la cual está a cargo del:

- Departamento de Enfermería
- Departamento de Clínica Médica
- Departamento de Anestesia
- Departamento de Cirugía
- Departamento de Traumatología
- Departamento de Emergencia
- Departamento de Capacitación y Docencia
- División Servicio Bioquímico
- División Transfusional
- División Diagnóstico por Imágenes
- División Farmacia

Por otra parte, dentro del HMU existen diferentes Comités, los cuales funcionan de manera interdisciplinaria, tales como: Comité de Atención del Paciente Neurocrónico con

Abordaje Familiar, Comité Hospitalario de Bioética, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Infecciones y Comité para Desastres.

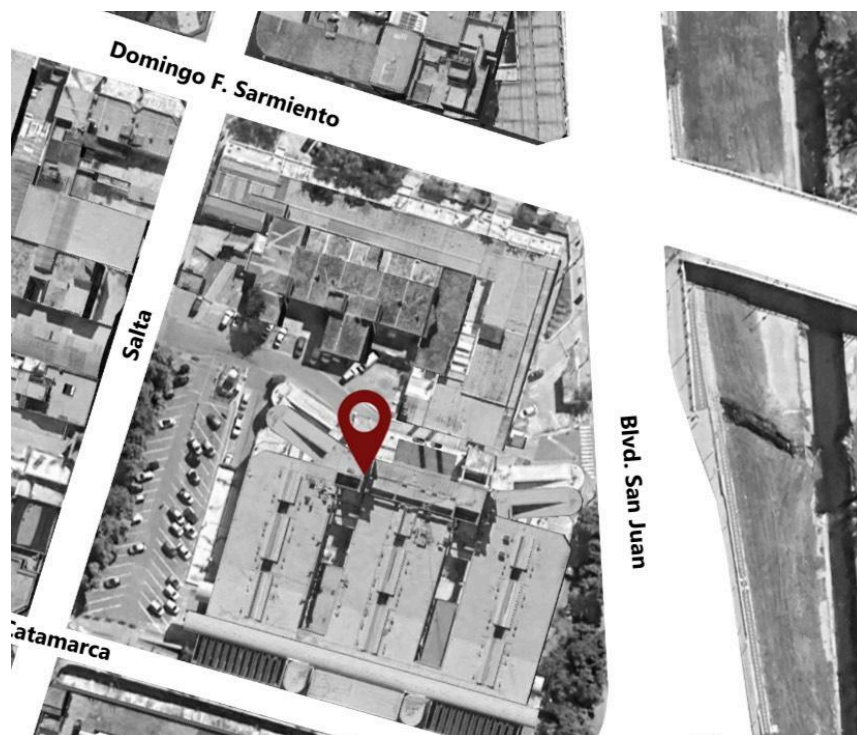


Figura 1: Ubicación geográfica del HMU en la ciudad de Córdoba. Fuente: elaboración propia

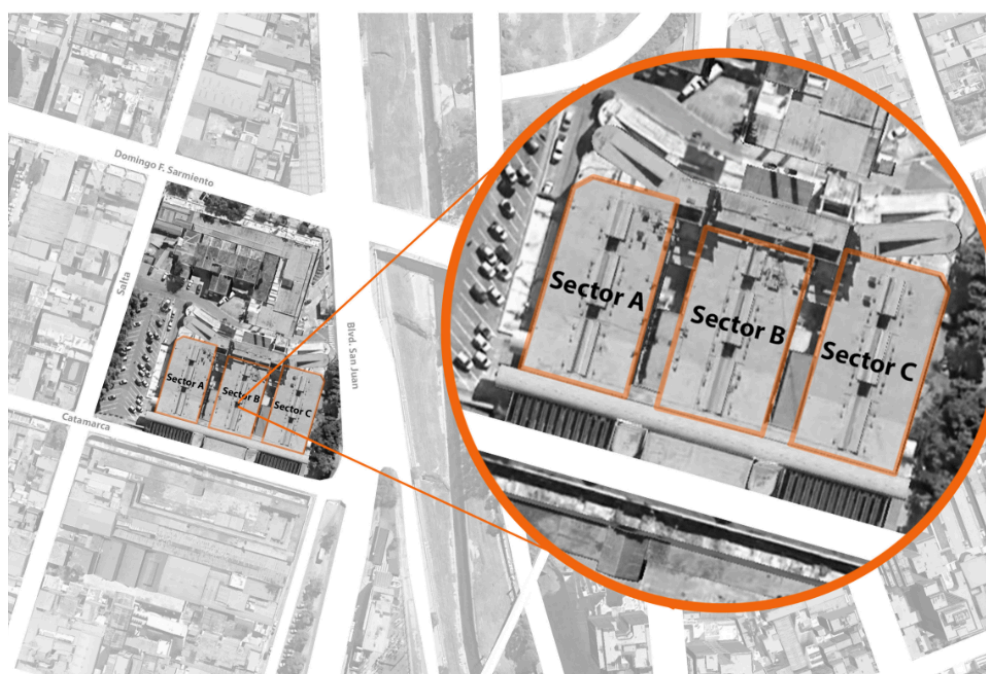


Figura 2: Distribución de los sectores A, B y C en el HMU. Fuente: Elaboración propia

III.4 ESTRUCTURA INTERNA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS

El domicilio del HMU para el público es Catamarca 441, pero las emergencias médico-quirúrgicas ingresan por la entrada del pasaje Alemán, sobre la cual hay dos rampas vehiculares que permiten el acceso rápido y eficaz hacia los sectores UTI (Unidad Terapia Intensiva) y de Guardia.

En los niveles de planta baja y primer piso las zonas para pacientes y personal del hospital se hallan diferenciadas. Esto permite una circulación fluida de atención médica a los internados y una circulación controlada de público. Del mismo modo, facilita que el tránsito del personal técnico y el abastecimiento se concrete sin cruces ni entorpecimientos con el de las visitas.

En la planta baja del acceso principal por calle Catamarca, encontramos el hall central con una amplia sala de espera, las puertas de los consultorios externos, servicios de diagnósticos y tratamiento y oficinas. Mientras que del otro lado, ingresando por el Pasaje Alemán, se encuentra el sector de Guardia, Terapia intensiva y Quirófano. Ambos ingresos cuentan con un área de recepción equipada con mostradores para la atención al paciente y personal administrativo.

La circulación vertical está atendida por cuatro ascensores montacamillas con puertas automáticas, dos ascensores para público ubicados en la entrada principal, escaleras y rampas ubicadas en los extremos laterales del hospital.

El primer piso, la planta de internación, está dividida en tres sectores, correspondientes a la distribución de las actividades; el sector A (clínica médica), el sector B (conformado por diversos servicios: enfermería, salud mental, gastroenterología, entre otros) y por último el sector C (traumatología). Cada sector cuenta con 16 (dieciséis) camas de internación.

Los sectores tienen dos puertas de ingreso y correspondiente pasillo. Entre cada pasillo hay un box de enfermeras que permite reducir el movimiento del personal, para brindar un mejor control sobre los mismos. También hay habitaciones sin camillas que funcionan como

estaciones de trabajo para el personal médico y de enfermería, con acceso rápido a los suministros necesarios.

Por último, se menciona que en el subsuelo se desarrolla toda la actividad central de abastecimiento, depósitos y procesamiento.

III.5 PRESENTACIÓN DEL ORGANIGRAMA

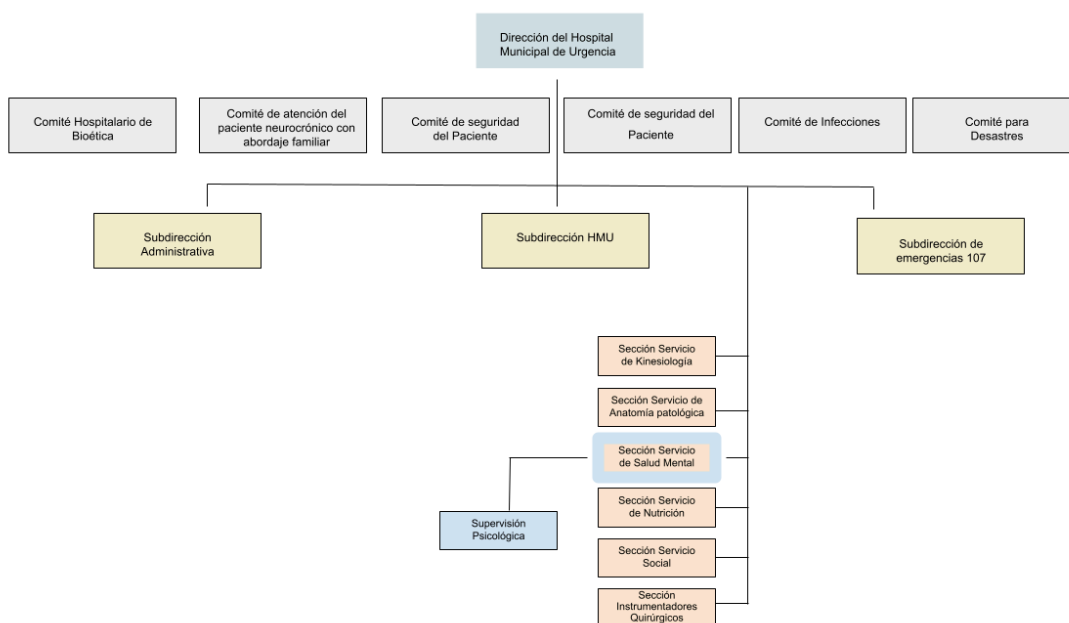


Figura 3: Distribución jerárquica del HMU. Fuente: elaboración propia

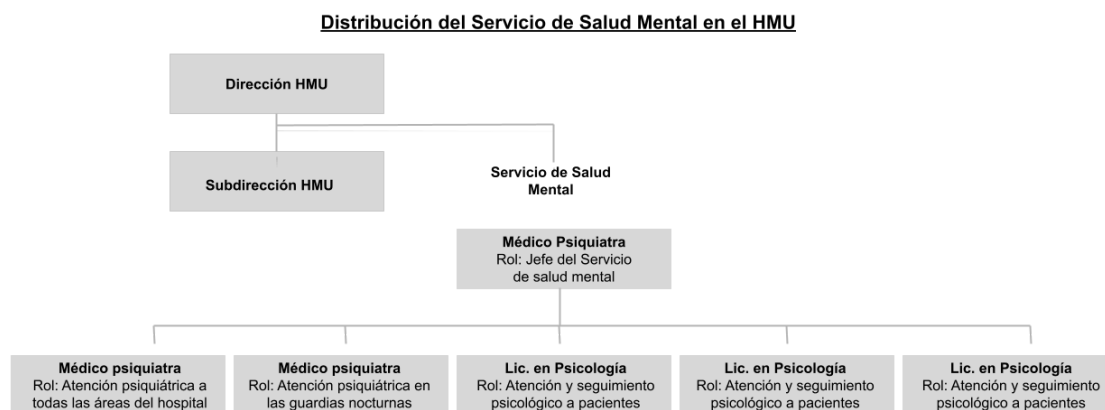


Figura 4: Recorte donde se visualiza la distribución del Servicio de Salud Mental

Fuente: elaboración propia

III.6 EL SERVICIO DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS

El Servicio de Salud Mental se encuentra funcionando ininterrumpidamente desde el año 1998. Lo conforman médicos psiquiatras y psicólogas, que trabajan en conjunto para atender a los pacientes internados y sus familiares. Por el momento no ofrece atención por consultorio externo, su servicio está destinado a los pacientes internados.

Para ejecutar dicha tarea, los profesionales trasladan el consultorio a las habitaciones de cada paciente, visto que en numerosas ocasiones los individuos se encuentran inmovilizados y no pueden desplazarse.

En el HMU el psicólogo desempeña un rol integral el cual en este contexto en particular, se aboca a la situación de crisis y urgencia, tanto como el seguimiento que se ejerce a personas que cursan internaciones prolongadas. Su objetivo es realizar un

acompañamiento al paciente que se encuentra internado; ofreciéndole apoyo y contención emocional.

Como se mencionó anteriormente, el SSM se encuentra integrado por médicos psiquiatras y psicólogos. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) manifiesta que “tanto la psicología como la psiquiatría coinciden en que su objeto es el trastorno mental, no la enfermedad, de tal manera que sus funciones convergen en gran medida”. (EFPA, 2003)

A su vez, se especifica que ambos profesionales se encuentran lo suficientemente capacitados para el diagnóstico y el establecimiento de la estrategia terapéutica más conveniente en cada caso por lo que se impone la cooperación desde el reconocimiento de las distintas competencias. (EFPA, 2003)

IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Abordaje psicológico en pacientes con criterio de amputación programada, dentro de un equipo interdisciplinario. Experiencia en un hospital público de urgencias.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar el abordaje psicológico en pacientes con criterio de amputación programada, dentro de un equipo interdisciplinario. Experiencia en un hospital público de urgencias médico-quirúrgicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el rol del psicólogo en un hospital de urgencias médico-quirúrgicas, enfatizando en sus responsabilidades en el acompañamiento de pacientes con criterio de amputación quirúrgica.
2. Analizar el proceso psicológico en pacientes con amputación programada, considerando la intervención del equipo interdisciplinario.
3. Identificar las dinámicas de trabajo interdisciplinario en el abordaje de pacientes con criterio de amputación, en un hospital de urgencias: analizar cómo se da la interacción y colaboración entre psicólogos, médicos y otros profesionales de la salud en el HMU para el tratamiento integral del paciente.

VI. PERSPECTIVA TEÓRICA

En el siguiente apartado se exponen diversos conceptos que ya han sido mencionados en las secciones anteriores del trabajo, con el objetivo de conceptualizarlos y profundizar en su análisis; visto que el hecho de tener una mejor comprensión de estos resulta fundamental para abordar el eje de sistematización.

VI. 1 CAMBIO DE PARADIGMA

Durante siglos, la salud ha sido comprendida desde un paradigma biomédico y mecanicista, influenciado por el positivismo. El auge del positivismo como manera de pensar, se remonta al siglo XIX, en donde lo pragmático, lo objetivo y lo tangible, cobró valor por sobre lo subjetivo, las creencias y percepciones personales de los fenómenos, que fueron colocadas en segundo plano de las corrientes de pensamiento.

Este contexto ha permitido que a lo largo de los años en los hospitales prevalezca el enfoque denominado médico-hegemónico, el cual según Menéndez (1988) consiste en

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única

forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (p.1)

Menéndez (1988) señala que este modelo se caracteriza por ser biologista, individualista, ahistórico, mercantilista, asimétrico, autoritarista, con participación subordinada y pasiva del paciente, entre otras.

El cambio de paradigma positivista en la ciencia de la salud, hacia el enfoque integral y complejo que se tiene actualmente, ha sido un proceso gradual impulsado por diversas corrientes filosóficas, avances científicos y transformaciones en la concepción del ser humano y la sociedad.

Menéndez (1988) explica que el modelo médico-hegemónico comienza a ser cuestionado en la década de los 60, y es en la década de los 70 cuando la crítica alcanzó su máxima expresión. Las principales críticas al modelo médico hegemónico incluyen el aumento del costo de la atención sanitaria, la expansión del consumo de fármacos sin una regulación efectiva, la creciente intervención médica en la vida social mediante la normalización de ciertas prácticas y el incremento de la iatrogenia negativa.

VI. 2 UN ESCENARIO COMPLEJO

Para el presente trabajo se parte desde un enfoque integral y complejo de la salud, entendida como un proceso dinámico y circunstancial. Este enfoque se aleja de la visión reduccionista del paradigma positivista, que entiende la salud como ausencia de enfermedad y la estudia desde una perspectiva biomédica y cuantificable.

Los aportes de Edgar Morin (1990) han sido fundamentales para superar la fragmentación del conocimiento y entender los fenómenos de manera integradora. Esta visión nos lleva a entender la salud como un fenómeno dinámico, no lineal, con múltiples.

En Introducción al pensamiento complejo, Edgar Morin (1990) describe el pensamiento complejo como un pensamiento que no se limita a la simplificación de los fenómenos y que rechaza la fragmentación del conocimiento. A su vez, destaca la importancia de integrar lo discontinuo y lo discontinuado, las contradicciones y las incertidumbres para abordar los sistemas interrelacionados y dinámicos. Solo de esta manera se podrá llegar a tener una visión más amplia, más abierta, más flexible, la cual es esencial para comprender los desafíos de la realidad.

Retomando las palabras de Babrousse (2008), el paradigma de la complejidad nos aseguró un marco conceptual que permitió establecer interrelaciones e intercomunicaciones reales entre diversas disciplinas, y provocó un fecundo diálogo entre especialistas, metodologías y lenguajes específicos.

En síntesis, el escenario de trabajo en salud desde el paradigma de la complejidad, está influido por entrecruzamientos de saberes, de discursos y dimensiones que interactúan.

VI. 3 LA SALUD: CONCEPTO

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, en la actualidad existen numerosas áreas de conocimiento que intentan lograr el consenso de una definición. Por un lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) en su Carta Constitucional señala que la salud “es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1).

Sin embargo, algunos autores han realizado ciertas consideraciones particulares. Álvarez (2007) expresa que la definición de la OMS se encuentra en un triángulo, en cuyos lados están las dimensiones física, mental y social de la salud. Considera además que ésta, debe tener en cuenta al ser humano en su totalidad. Desde este principio surge el término de

salud holística, que comprende en su definición las dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual, de manera interdependiente y a la vez, integradas en el ser humano, que funciona como una entidad completa en relación con el mundo que le rodea.

En síntesis, el concepto de salud ha evolucionado hasta llegar a abarcar un enfoque más amplio e integral, que no se limita a la ausencia de enfermedad. Desde el enfoque integral se contempla al individuo en todas sus dimensiones: cognitiva, afectiva y motriz; teniendo en cuenta elementos cruciales tales como la afectividad, la emoción y el entorno en la vida de la persona. A su vez, se tienen en cuenta elementos como el entorno biológico, social y cultural en el que el individuo se encuentra inmerso. Es así como se reconoce que la salud no es un estado estático, sino un proceso dinámico que involucra tanto factores internos como externos, configurando una visión holística del bienestar humano.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada en 2010, enmarca en un enfoque integral a la salud mental, considerando su carácter multidimensional. En este sentido, sostiene que

se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (...) (Ley Nacional de Salud Mental 26.657 - art. 3).

Valenzuela Contreras (2016) menciona que este enfoque permite el ingreso de un sinnúmero de especialistas, que se encuentran vinculados al tema, no solamente con el proceso de curación de enfermedades, sino que también con conductas personales y grupales que tienen una contribución significativa de la concepción integral y positiva de la salud

A su vez, Lopez y Odei (2019) fundamentan que el cambio a una perspectiva psicosomática ha ido permitiendo con el tiempo la incorporación de otros profesionales no médicos en la atención del paciente enfermo y junto a ella, la posibilidad de generar nuevas estrategias de intervención. Entre ellas se encuentran las terapias psicológicas, con el objetivo de modular las respuestas emocionales o conductuales del paciente, así como mejorar su condición médica.

VI. 4 INTERDISCIPLINA

A pesar de que los términos interdisciplina y multidisciplina a menudo se utilizan de manera intercambiable, refieren a formas de colaboración diferentes y es importante diferenciarlas.

Paoli Bolio (2019) define multidisciplina como una forma de colaboración o concurrencia disciplinaria implica la participación de más de dos disciplinas en una investigación o estudio, sin perder cada una su caracterización o abandonar su metodología propia. El autor señala que desde esta perspectiva, cada una de las disciplinas que busca explicar algún fenómeno, lo enfoca e ilumina con sus propios conceptos y usa su propia estrategia de investigación y metodología.

Por otra parte, explica que la interdisciplina es algo más complejo que la multidisciplina, porque no es la yuxtaposición de disciplinas para estudiar algo, sino que exige una integración de la teoría o elementos de la teoría científica de varias disciplinas (Paoli Bolio, 2019). Para trabajar interdisciplinariamente los profesionales deben ser capaces de desarrollar una metodología y estrategia de trabajo para utilizar en común acuerdo. Es decir,

la interdisciplina exige abandonar una visión simple, vista desde diversas ventanas que son las disciplinas, requiere diseñar y construir una visión compleja, mirar desde una sola plataforma teórica compartida y analizarla con una sola metodología. La interdisciplina exige un nivel de integración conceptual.

VI. 5 TRABAJAR EN CRISIS Y URGENCIAS

El origen etimológico del término crisis proviene del griego *krisis*, significa separar, decidir. Cuando hay una crisis, algo se quiebra, y por eso es necesario analizar lo que queda después de la ruptura. La crisis nos obliga a pensar, produce análisis y reflexión. Karl Slaikeu (1996), define crisis como:

un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para manejar una situación particular utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (p. 16)

Según el autor, esta breve definición capta los principales aspectos de la crisis como los describieron diversos teóricos. Caplan (1964) puso énfasis en el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o el salir adelante durante el estado de crisis. Taplin (1971) subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su "mapa cognoscitivo" para manejar situaciones nuevas y dramáticas. Otros se enfocaron en la interacción entre el estado de crisis subjetiva y algunas situaciones ambientales objetivas (Schulberg y Sheldon, 1968).

Por otra parte, Bellak y Small (1986) explican que para defenderse de esta situación la persona utiliza mecanismos que le ayudan a aliviar su molestia y así volver a restablecer su equilibrio previo. Estos mecanismos pueden ser tanto adaptativos como desadaptativos. En el primer caso el dolor intenso puede ser superado, pero en el segundo el dolor puede ser intercambiado por síntomas psiquiátricos. Los autores explican que en el peor de los casos la situación de crisis no logra ser estabilizada y puede llevar a la persona a reacciones aún mas desadaptativas como el suicidio u homicidio (o ambos).

Al respecto, Martínez (2004) argumenta que todos estos elementos justifican la incorporación de programas de atención psicológica en servicios de estas características, pues no solamente pueden ser de gran ayuda a la atención que allí se presta, sino también por el sentido preventivo que un servicio como este puede tener, en la medida que puede evitar cronificaciones psicopatológicas y de pacientes en el sistema de salud.

Según lo especificado en el Protocolo de Intervención en situaciones de crisis y/o urgencias en Salud Mental (2018),

las crisis pueden surgir como respuesta a eventos objetivamente críticos, como la pérdida de un ser querido, una ruptura afectiva, un fracaso académico o laboral, un accidente o una catástrofe natural. También pueden originarse a partir de situaciones que, aunque no sean intrínsecamente negativas, son percibidas como desestabilizadoras, como un casamiento, un embarazo, un cambio de trabajo, una mudanza o una transformación en los roles personales (p. 18)

A su vez, en el Protocolo se especifica que en un sujeto que atraviesa una crisis es posible observar una intensa afectación emocional que se manifiesta ante una situación determinada. En el individuo se pueden observar estados de tensión, ineficacia e impotencia, desamparo, confusión, tristeza, desasosiego, ansiedad o desorganización. Asimismo, pueden estar presentes síntomas físicos tales como cansancio, agotamiento, agitación, entre otros.

Por otra parte, el Protocolo de Intervención en situaciones de crisis y/o urgencias en Salud Mental (2018) define urgencia como:

toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual, y que supone un alto nivel de padecimiento; de tal manera que el sujeto, el entorno y/o el personal sanitario consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis en curso que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital (p. 18)

Las mismas pueden constituirse en respuesta a acontecimientos objetivamente críticos o a diversas circunstancias vitales subjetivamente significadas o percibidas como tales. Una característica diferencial de la crisis es su cualidad temporal, es decir, la ocurrencia en un momento determinado que implica un proceso.

Según los estándares internacionales, el límite de 72 horas sin resolución de urgencia es un indicador para considerar que se está frente a un proceso de crisis. En relación a esto, una persona puede estar en situación de crisis sin que llegue a ser una urgencia; o atravesar una situación de urgencia prolongada puede constituirse en una situación de crisis.

Ahora bien, en el ámbito hospitalario se distinguen las urgencias psiquiátricas de las urgencias médico quirúrgicas. En medicina, la urgencia médico quirúrgica está definida por el riesgo vital o la necesidad de actuar rápidamente para evitar secuelas graves. (Dionisio LD., 2021, p. 914)

Por otra parte, el Dr. Álvarez Anderson (Dionisio LD., 2021) entiende que la urgencia psiquiátrica es

toda situación en que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de la conducta son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente (p. 362)

El Dr. fundamenta que entre las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes, se encuentran la conducta suicida, crisis de angustia y ansiedad, agitación psicomotriz y los síndromes confusionales.

Es crucial destacar que, en el contexto hospitalario, muchas urgencias que, en un principio parecen ser de naturaleza puramente médica o física, también requieren atención psicológica debido a la aparición de síntomas psicológicos durante el período de hospitalización.

VI. 6 MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

La intervención en crisis, según Zalaquett y Muñoz (2017)

es un método psicoterapéutico que se caracteriza por una atención pronta y de pocas sesiones, focalizando la atención hacia una sintomatología aguda, que surge de la dificultad del paciente para utilizar mecanismos de defensa adaptativos y así hacer frente a una situación que se experimenta como una amenaza al equilibrio del yo. (p. 2)

La intervención tiene como objetivo restablecer el equilibrio existente previo a la crisis, es decir que la sintomatología al menos disminuya. A su vez, los autores refieren que el método permite a los pacientes recuperar la función reflexiva y la posibilidad de atravesar la situación de crisis con un sentido de mayor “agencia” (acción), en contraposición al sólo “padecimiento” de la situación. (Zalaquett y Muñoz, 2017)

Zalaquett y Muñoz (2017) proponen que en estos casos, el psicólogo busca introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que se encuentra atravesando la crisis, para poder ayudar a movilizar sus propios recursos, con el objetivo de que ésta pueda superar el problema y logre recuperar el equilibrio emocional.

En relación con lo anterior, el Manual de Intervenciones en Crisis de Karl Slaikeu (1996) es ampliamente utilizado en contextos de salud mental y emergencias. La intervención en crisis según Slaikeu, se basa en un modelo estructurado de pasos que guían al profesional en la atención de la persona en situación de crisis o emergencia. En cuanto al comportamiento del asistente, el autor propone que

uno de los aspectos más relevantes del trabajo con la crisis es que los terapeutas son más activos, directos y orientados a la consecución de objetivos que en las situaciones ajenas a las crisis. Puesto que el tiempo es corto, los terapeutas se vuelven participantes activos en franquear las dificultades, fijar con precisión las necesidades inmediatas y movilizar los recursos de ayuda.

El reto de la intervención en crisis yace no sólo en el trabajo eficiente y efectivo con el paciente, sino también en el ser flexible en grado suficiente como para movilizar una amplia variedad de recursos supra sistemáticos (familia y comunidad) en el trabajo hacia la resolución de la crisis para el paciente.

En tanto los terapeutas son más directos y orientados a la consecución de objetivos en el trabajo de crisis, un principio básico de la intervención sostiene que los pacientes deberían fortalecerse para hacer tanto como puedan por ayudarse a sí mismos. (p. 106)

El referente en la teorización de la intervención en crisis, postula que en esta existen tres principios clínicos; oportunidad, metas, valoración. El primero: oportunidad: en un período aproximado de 1 a 6 semanas la terapia breve de urgencia busca que las personas puedan recuperar el equilibrio luego del incidente. Puesto que la experiencia de crisis es un período de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso (Raffo, S., 2005). La meta del tratamiento es principalmente que la persona recupere un nivel de funcionamiento equilibrado, potencialmente creativo que le permita adaptarse al momento crítico. Por último, se debe valorar tanto la fortaleza como las debilidades de cada uno de los sistemas implicados en la crisis. Se observa aquello que permanece funcional en la vida de la persona, junto con lo que está vulnerable. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis (Raffo, S., 2005).

Para trabajar con una persona que se encuentra atravesando un periodo de crisis, es fundamental que el terapeuta tenga conocimiento del concepto de “clave cognoscitiva”. Según Taplin (1971) citado por Slaikau (1996), una perspectiva cognoscitiva de la crisis sugiere el cómo un individuo percibe el suceso que da lugar a la crisis, en especial cómo el suceso incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida, lo que hace que la situación sea crítica. Para Slaikau clínicamente, es muy importante, después de determinar el suceso precipitante, averiguar lo que éste significa para la persona en crisis. Un error clínico importante es asumir que se tiene un conocimiento de lo que el suceso de crisis significa para el paciente. No es simplemente la naturaleza del suceso lo decisivo para el entendimiento del estado de crisis.

A su vez, plantea que esta perspectiva es la clave para entender la naturaleza poderosa de la experiencia de crisis. Esto nos muestra por qué algunos sucesos pueden ser psicológicamente tan devastadores, y revela también la dimensión del peligro y la oportunidad en la crisis.

DIMENSIONES EN QUE SE EXPERIMENTA UNA CRISIS ,
PERFIL CASIC

VI. 7 IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA HOSPITALIZACIÓN

La situación de encontrarse hospitalizado obliga a una persona a asumir un rol pasivo de paciente. Debe dejar de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales; para recibir y aceptar las intervenciones de quienes lo atienden. Esto en muchas ocasiones implica exponerse a situaciones que invaden su cuerpo y privacidad, exámenes tensionantes y técnicas dolorosas. Además, el nuevo entorno exige un ajuste en sus preferencias, hábitos de aseo, comida y sueño.

Según Raffo S. (2005) encontrarse hospitalizado, entre otras cosas significa; alteración brusca del ritmo de vida, separación de la familia y el trabajo, enfrentamiento a un lugar extraño, a personas extrañas, dolor físico y psicológico, incapacidad y dependencia, pérdida de la privacidad, soledad, etc. Estas vivencias pueden generar en la mayoría de las personas emociones, sentimientos y conductas que son respuestas normales a la enfermedad y al tratamiento intra-hospitalario. La autora explica que es frecuente por lo tanto que los pacientes experimenten: aflicción, alteración del concepto de sí mismo, baja de la autoestima; temores y fantasías que pueden llegar a grados de irracionalidad; tristeza, angustia y/o depresión; ira.

De este modo, según Zalaquett y Muñoz (2017) la intervención en crisis puede ser fundamental para restituir la función de soporte y contención cuando el paciente se siente inundado por vivencias y experiencias asociadas a su cuerpo que amenazan su propia capacidad de contención emocional. Explorar el significado de la experiencia y promover la posibilidad de que ésta pueda ser contenida a través de un ambiente emocional que facilite y promueva la estabilidad en la salud mental (Zalaquett y Muñoz, 2017).

Recuperando los aportes de Lopez y Odei (2019)

a la mayoría de pacientes y más cuanto más graves, el contexto hospitalario les ofrece posibilidades protectoras y esperanzadoras, viviéndolo como un lugar de cuidado. El deseo de mejora o curación y el sentirse cuidado y tratado, permite tolerar y sublimar el sufrimiento. En este sentido, tanto el trato recibido por parte de los profesionales, como una buena comunicación representan elementos fundamentales de satisfacción (Heyland, Rocker, Dodek y Kutsogiannis, 2002; Ricart, 2008) más allá de la propia evolución de la enfermedad o mejoría de los síntomas, quedando grabadas las vivencias y la conexión emocional con los profesionales y con otros pacientes (p. 4).

Al mismo tiempo, González de Rivera, (1999) afirma que;

se introduce así la escucha, como una vía necesaria para la comprensión de esa subjetividad y se reconoce la influencia que tiene la relación establecida entre pacientes y profesionales en el curso de la enfermedad y eficacia del tratamiento. (Lopez y Odei, 2019, p. 8)

Es fundamental tener presente la importancia de responder a las necesidades psicológicas, ya que suele ocurrir que, a mayor gravedad médica, por la urgencia en las actuaciones, menor cuidado se tenga frente a aspectos psicológicos.

VI. 8 LA AMPUTACIÓN COMO INTERVENCIÓN

Las amputaciones son uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos en la historia de la humanidad. Garza Villaseñor (2009) plantea que existen evidencias de la ejecución de amputaciones desde hace unos 40-45,000 años a. C., pero recién en las décadas del siglo XX fue que estos procedimientos se volvieron seguros y con altas posibilidades de rehabilitación. Fue el cirujano francés, Ambroise Paré, quien mejoró la cirugía de la amputación, las prótesis y empezó a utilizar ligaduras para controlar las hemorragias tras la amputación (Jiménez García, 2017).

Según la RAE la palabra amputación se deriva del latín, *amputare*, que quiere decir “cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o una porción de él”. Su objetivo principal es salvar la vida de la persona, sin embargo, se trata de un acto quirúrgico que provoca un cambio irreversible en la persona sometida a ésta.

Parafraseando a Jiménez García (2017), en las últimas décadas se han mejorado los procedimientos quirúrgicos de las amputaciones, desarrollando técnicas que minimicen al máximo los efectos adversos y perfeccionando la elaboración de prótesis; sin embargo, se ha dejado de lado la evaluación de los efectos psicosociales implicados, los cuales también afectan la adaptación y el reajuste. Es de importancia fundamental conocer los factores asociados que facilitan el proceso de ajuste a las nuevas condiciones y generar estrategias de tratamiento que permitan realizar intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida.

Según Jiménez García (2017), la amputación es un proceso quirúrgico en el que se extirpa una parte del cuerpo a través de uno o más huesos. Esta característica es la que diferencia una amputación de una desarticulación, ya que en la desarticulación se separa alguna parte del cuerpo a través de una articulación. Se pueden dar en diversas partes del cuerpo, las más habituales se presentan en extremidades inferiores (dedos de los pies, pies y piernas) y superiores (dedos de la mano, mano y brazos).

Según Jiménez García (2017) este tipo de intervenciones se sugieren cuando;

alguna parte del cuerpo se ve afectada como consecuencia de una enfermedad, principalmente enfermedades vasculares o debido a diabetes mellitus, tumores, infecciones o bien, cuando alguna parte del cuerpo sufre un daño debido a un trauma provocado por un accidente de tránsito o por arma de fuego, entre otros.

Otras causas de amputaciones son daños provocados por infecciones, neoplasias (con metástasis, dolor intenso en miembro afectado, tumor ulcerado, fractura patológica), deformidades (congénitas o adquiridas) y lesiones nerviosas (úlceras tróficas en miembros anestésicos e infectados).

Las amputaciones se dividen en tres grandes categorías etiológicas. Por un lado están las congénitas, son las que se producen desde el desarrollo neonatal, por lo tanto el sujeto desde que nace carece de sus extremidades (Jiménez García, 2017). Las amputaciones traumáticas según Keszler, Crandell y Morgenroth (2011), ocurren como resultado de accidentes graves, donde la extremidad es dañada irreparablemente debido a impactos o lesiones masivas, lo que exige una intervención quirúrgica inmediata. Por último, las amputaciones diferidas o planificadas son aquellas que se realizan después de una evaluación médica cuidadosa, generalmente en casos donde una enfermedad crónica, como la diabetes o una infección grave, compromete la viabilidad de la extremidad (Perkins et al., 2011).

Algunos de los cambios negativos que viven las personas luego de la amputación son: tener dificultades en el funcionamiento físico, perder habilidades, experimentar cambios a nivel de las relaciones sociales, acostumbrarse a utilizar una prótesis, experimentar sensaciones dolorosas, tener cambios en el panorama laboral y por ende en el estatus económico (Jiménez García, 2017).

Perder alguna extremidad, implica generar cambios extremos en el estilo de vida y desarrollar buenas estrategias de adaptación que le permitan al sujeto ajustarse en poco tiempo y reaprender a conducirse en el diario vivir teniendo una discapacidad. Asimismo, la familia, tiene un papel protagónico durante este proceso de ajuste, ya que ellos deben generar cambios que propicien la adaptación de la persona amputada, por lo tanto, es importante fomentar un ambiente en el que se brinde apoyo y que a la vez, permita el desarrollo de independencia funcional en la persona amputada. La presencia de un contexto de apoyo, en el que se respeten los límites, permitirá mejorar la percepción que tiene el paciente con respecto al procedimiento y la recuperación de las facultades, autonomía e independencia (Jiménez García, 2017).

Sea cual sea el motivo de amputación y el procedimiento quirúrgico realizado, la pérdida de un miembro muchas veces es vivida como un duelo para el individuo. El término

duelo proviene del latín *dolus*, que significa dolor, y sugiere respuestas a la pérdida o separación.

En un estudio realizado a militares víctimas de minas antipersonas en Colombia, Acero Rodríguez y Castillo (2008), fundamentan que;

el duelo se define como la reacción consciente e inconsciente ante una pérdida. El término hace referencia a la inclusión o incorporación de la experiencia de perder algo por parte de las personas o los grupos humanos.

El duelo se ve claramente influenciado por costumbres, mitos, actividades, creencias, rituales, ceremonias y normas culturales que median las construcciones y representaciones que se tienen al respecto.

VI. 9 SÍNDROME DEL MIEMBRO FANTASMA

Si bien el siguiente apartado no se enmarca dentro de los objetivos específicos de este Trabajo Integrador Final, y por lo tanto no será abordado en profundidad, resulta pertinente señalar que, en determinados casos, los pacientes sometidos a amputación pueden presentar un cuadro clínico conocido como “síndrome del miembro fantasma”. Si bien en este trabajo no profundiza en el asunto, se considera menester fundamental mencionarlo visto que, se trata de un factor que predispone a la aparición de problemas psicológicos, que suele ser frecuente en esta población con una prevalencia entre el 50% y el 80% y que puede persistir durante años (Arias-Vázquez et al., 2017).

Al respecto, John P.J Pinel (2007) señala que la mayoría de las personas que han sufrido una amputación continúan experimentando la sensación de tener el miembro ausente. El autor afirma que “su existencia se siente de modo tan convincente que el paciente puede intentar salir de la cama apoyándose en una pierna inexistente o levantar una taza con una mano inexistente”, haciendo referencia a que su peculiaridad más sorprendente de los miembros fantasma es su realismo.

Según el especialista en el servicio de Anestesiología, Reanimación y terapia del dolor J. Olarra (2007), al síndrome de miembro fantasma lo integran tres entidades bien definidas que con frecuencia coexisten en el paciente: 1. Dolor por miembro fantasma: Sensación dolorosa originada en la porción amputada de la extremidad. Su incidencia y severidad aumentan en amputaciones proximales y en casos de mal control analgésico previo a la amputación 2. Sensación por miembro fantasma: Percepción no dolorosa de la presencia

continuada del miembro amputado. Su aparición llega a casi el 100% durante el primer mes post-amputación. 3. Dolor en el muñón o Dolor de la Extremidad Residual: dolor que aparece en la parte todavía existente de la extremidad amputada. Puede deberse a la fijación inadecuada de la prótesis (causa más frecuente), traumatismos sobre el muñón, aparición de neuromas e insuficiencias vasculares.

John P.J Pinel (2007) propone una explicación para entender el fenómeno del miembro fantasma. El fenómeno del miembro fantasma y el dolor asociado a este síntoma pueden explicarse a través de la teoría de que la irritación de los nervios en el muñón es la causa subyacente.

A lo largo de los años, se han intentado diversas estrategias para tratar este fenómeno, que han incluido intervenciones quirúrgicas como la sección del muñón o la destrucción de ciertas partes de la vía neural que conecta el muñón con la corteza cerebral. Sin embargo, estas medidas no han logrado proporcionar alivio del dolor ni suprimir la sensación del miembro fantasma. A pesar de los fracasos de estas intervenciones, la idea de que tanto el miembro como el dolor fantasma son consecuencia de la irritación nerviosa del muñón sigue siendo la explicación prevalente, sin que haya surgido una alternativa convincente (Pinel, P.J., 2007).

VI. 10 LA HOSPITALIZACIÓN

La psicología clínica desarrollada en hospitales requiere que el profesional enfrente desafíos sumamente diversos a los que se podrían presentar en el consultorio. Se trata de un contexto atravesado por la crisis, el trauma y situaciones límite. En el ejercicio cotidiano de sus funciones, los profesionales se encuentran expuestos al sufrimiento, el dolor y la muerte, lo cual en algunos casos puede ser generador de estrés, fatiga emocional y burnout.

Al respecto, Lopez y Odei (2019) plantean que estas características tienen una influencia tanto en los pacientes como en los propios profesionales, generando un impacto para ambos. Los autores sostienen que

el hospital es un escenario en el que la experiencia del sufrimiento, tanto físico como psíquico, está constantemente presente, realidad que los diferentes profesionales sanitarios tienen que afrontar de manera excelente en su práctica habitual. (p. 3)

En primer lugar, Lopez y Odei (2019) ponen en consideración que la formación de los psicólogos clínicos no está familiarizada con la mirada del cuerpo del otro, mucho menos de un cuerpo enfermo, mutilado, dañado, envejecido, desnudo o conectado a respiradores, vías y

diferentes máquinas de soporte. Este hecho se diferencia de la formación de los profesionales médicos, cuya formación incluye de manera habitual este tipo de experiencias. Los autores explican que;

en ocasiones, el cuerpo enfermo pone en evidencia el olor de los diferentes fluidos corporales, produciendo diversas reacciones a las que no es fácil acostumbrarse. Esto también ocurre con mayor frecuencia en el interior de algunos dispositivos hospitalarios, como las unidades de reanimación, trasplantes, transición, UCIS. El paciente hospitalizado siente la necesidad de mostrar su cuerpo y que esa necesidad sea tolerada y acogida, al sentirlo como objeto prioritario de fragilidad y desvalimiento. (Lopez y Odei, 2019, p. 5)

A su vez, los autores comentan que, durante el ingreso hospitalario, las características de alejamiento o reducción de los apoyos sociales y ambientales habituales, así como la pérdida de intimidad, de individualidad y de control sobre las actividades cotidianas, son para los pacientes algunos de los primeros elementos productores de estrés. Estos elementos pueden favorecer en el paciente más vulnerable un desequilibrio significativo, que no le permita adoptar estrategias de afrontamiento eficaces.

En este sentido, citando nuevamente a Lopez y Odei (2019);

la psicología clínica ha hecho aportes significativos, proporcionando modelos conceptuales explicativos de los trastornos mentales y del comportamiento y de los factores psicológicos concomitantes que presentan muchas enfermedades físicas. Junto a lo anterior, también ha proporcionado estrategias complementarias o alternativas para la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación de estos trastornos, desde una concepción integral y multideterminada de la salud y enfermedad humanas. (p. 9)

VII. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo es el resultado de un trabajo de sistematización de la experiencia realizada a partir de las prácticas profesionales supervisadas que se llevaron a cabo en el Hospital Municipal de Urgencias a lo largo del año 2024. Pero, ¿qué significa sistematizar la experiencia? Tal como propone Jara (2011), la sistematización de la experiencia

es un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. (p.67)

Parafraseando a Jara (2024), sirve para extraer aprendizajes que contribuyan a mejorar las experiencias, contribuye a la conceptualización y teorización. A su vez, es un factor que busca contribuir a fortalecer las capacidades transformadoras de los sujetos sociales. Para el autor, el factor transformador no es la sistematización en sí misma, sino las personas que, sistematizando fortalecen su capacidad de impulsar praxis transformadoras. (p. 68-69)

Se puede decir que no es solo la simple recuperación histórica, narración o documentación de una experiencia, ni tampoco es una “sistematización de datos”, ya que es un trabajo que implica realizar una interpretación crítica de lo vivido.

La sistematización es una práctica que puede ser desarrollada por todo aquel que se encuentre en la experiencia. Se asume que quienes producen conocimientos sobre una práctica son, a la vez, actores de ésta.

En síntesis, para sistematizar hay que ser capaz de mirar las experiencias como procesos complejos en el que intervienen diferentes actores, que se realiza en un contexto determinado y en un momento institucional del que se forma parte. El trabajo de reconstrucción permite realizar un proceso de reflexión e interpretación crítica de lo aconteció, ordenando los diferentes elementos objetivos y subjetivos.

Habiendo introducido el concepto de sistematización, a continuación se explicitan los detalles de la propia experiencia.

VII. 1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

El objetivo general de este trabajo de sistematización, es poder describir el rol del psicólogo específicamente en aquellos pacientes internados con criterio de amputación en sus miembros inferiores.

Se seleccionó una muestra integrada por individuos que en el año 2024 ingresaron al HMU, permanecieron en el servicio de Traumatología, y posteriormente fueron derivados desde dicho servicio para interconsulta con el área de SM.

Para hablar de los aspectos generales del trabajo del psicólogo en el HMU el análisis incluye el testimonio de otros pacientes que fueron ingresados al hospital y fueron valorados por el servicio de salud mental. La intimidad de cada uno de ellos se encuentra protegida mediante el uso de seudónimos, como “X”.

A su vez, para profundizar en el apartado dedicado a las amputaciones, el análisis se centra en dos casos de pacientes considerados representativos de los patrones, comportamientos y características generales observados en personas con criterio de amputación de miembros inferiores.

A continuación, se procede a caracterizar el tipo de sujetos con los que se trabajó durante la experiencia. Gran parte de los pacientes que acuden al HMU suelen estar en situaciones de urgencia o vulnerabilidad social, y presentan problemas de salud que demandan atención integral y multidisciplinaria.

CASO	GÉNERO	EDAD	MOTIVO DE INGRESO	TIEMPO DE INTERNACIÓN	MIEMBRO INTERVENIDO
------	--------	------	-------------------	-----------------------	---------------------

“ED”	F	47	Su primer ingreso al HMU es en el año 2022. Fue víctima de un episodio de violencia ciudadana. Recibió un disparo de una escopeta en la pierna. Reingreso en 2024 por infección. No había adherido al tratamiento posterior a la internación, mal cuidado físico, infectológico y de salud mental. Sufre de 3 bacterias.	4 días	Miembro inferior derecho (amputado)
“RO”	M	40	Accidente automovilístico. Su pierna queda inmovilizada entre su bicicleta y un auto.	54 días	Miembro inferior derecho (amputado)

VII. 2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En las prácticas en el hospital, mi desempeño como practicante fue por medio de la observación no participante. Se trata de una técnica que le permite al investigador recolectar datos de manera objetiva, evitando influir en el comportamiento de los participantes.

El rol de observadora no participante consistió en formar parte de las rondas de valoración, seguimiento y acompañamiento de los pacientes. Junto con las psicólogas del Servicio de Salud Mental cada mañana realizábamos rondas por los sectores del hospital; valorando a los pacientes de la terapia intensiva, el sector de traumatología, sector de infectología, la UTI y el shock room.

El material recabado de las observaciones fue transcrito a los registros de observación elaborados sobre un cuaderno de campo, los cuales consisten en describir de manera detallada lo acontecido en el día. Los mismos se realizaron utilizando un cuadro con dos columnas, una de ellas estaba destinada a registrar lo objetivo/descriptivo y otra para lo inferencial/emotivo. A partir de esta herramienta fui capaz de registrar tanto las reacciones emocionales, las interacciones interpersonales (cómo se relacionan los diferentes actores, prestando atención a la comunicación verbal y no verbal), anotar el tipo de lenguaje que emplean los profesionales y pacientes (formal, técnico, coloquial); como también me permitió incluir tus reflexiones y conclusiones sobre lo que observé. Se trata de una herramienta fundamental para sistematizar la experiencia, visto que permite interpretar y reinterpretar todo tipo de situación vivida durante el periodo de prácticas. A continuación se presenta un modelo del cuadro utilizado;

FECHA	DESCRIPTIVO/OBJETIVO	INFERENCIAL/EMOTIVO

La entrevista semiestructurada es otra de las técnicas de investigación que me aportó datos relevantes y enriquecieron a la realización del TIF. Sampieri (2018) la define como una “reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)”. (pp. 488)

Gran parte de la información recabada para el análisis y síntesis de la experiencia fue gracias a las entrevistas semidirigidas voluntarias de pacientes, que se realizaron en las rondas de valoración.

Se contó con la colaboración del equipo de profesionales del HMU, se realizaron entrevistas semiestructuradas profundas a diversos profesionales que forman parte de la institución. Por un lado, con el fin de profundizar en el eje de sistematización planteado se realizaron 2 entrevistas a diversos miembros del servicio de Traumatología, una dirigida al Jefe del servicio, y la segunda realizada a 3 Residentes del servicio.

Por otra parte, se recuperan los testimonios registrados durante las jornadas de trabajo de las psicólogas y psiquiatras del SSM.

A continuación, para identificar con mayor claridad a los profesionales entrevistados, utilizaré las siguientes abreviaciones;

P1, P2, P3: para hacer referencia a las psicólogas del SSM.

MP1 y MP2: para referirme a los médicos psiquiatras que integran el SSM

JST (Jefe del servicio de Traumatología)

R2 (residentes de segundo año del servicio de Traumatología)

A su vez, para el capítulo de análisis y síntesis de la experiencia, se mencionan dos casos clave. Con el fin de preservar su identidad, se los consigna bajo el siguiente seudónimo: “ED” y “RO”.

Los demás testimonios utilizados en el análisis, quienes no son casos con criterio de amputación, pero sirven para ilustrar el modo de abordaje psicológico en el HMU, aparecen bajo el seudónimo “S”, “M”, “CR”, y “A”.

VII. 3 ASPECTOS ÉTICOS

Para finalizar este apartado, es importante señalar que la realización de este Trabajo Integrador Final se desarrolla conforme a lo establecido en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013), y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016).

Para garantizar el respeto por la intimidad, los derechos del paciente y el acceso a una atención digna y respetuosa, según lo estipulado en la Ley 26.529 (2009), todos los nombres que aparecen en este escrito son ficticios, con el fin de preservar la identidad de las personas. De esta manera se protege el derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos personales, y se promueve una atención basada en el respeto y la equidad. A su vez, la ley establece que el paciente tiene derecho a recibir información clara, veraz y completa sobre su estado de salud, los tratamientos disponibles y sus posibles consecuencias, garantizando su autonomía en la toma de decisiones sobre su salud.

La práctica desarrollada en un hospital general, se encuentran enmarcadas dentro de lo estipulado en la Ley 26.657 (2010), que plantea una modalidad de abordaje comunitario, estimulando que la atención de la Salud Mental se lleve a cabo en el ámbito más cercano a la comunidad de la persona que la requiere, y no en instituciones monovalentes. De esta manera, se garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental, en especial se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho.

VIII. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

VIII. 1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Con el fin de ilustrar la experiencia realizada en el HMU, se construyó un relato que da cuenta del proceso vivido desde una perspectiva personal, con el fin que se puedan exponer las actividades realizadas, las funciones que desempeña el psicólogo en el equipo de salud mental en un hospital de urgencias médico-quirúrgicas.

Como se mencionó anteriormente, a cada estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología, que se encuentre cursando la materia de Práctica Profesional Supervisada; cuenta con la oportunidad de formar parte de un equipo de trabajo en diversas instituciones y contextos de la psicología. Dicha actividad permite que el alumno se incorpore en un ámbito laboral específico, en el rol de observador no participante, y sea capaz de registrar la mayor cantidad de detalles de lo que acontece.

Mi primera vez en el hospital fue el día 10 de Mayo. Ese día, junto con la tutora del contexto clínico, concurrimos para conocer al equipo de Salud Mental. Nos recibieron las tres psicólogas que trabajan en el SSM durante los días hábiles. Recuerdo que mi objetivo era mostrarme abierta y receptiva, quise transmitirles mi entusiasmo por las prácticas en terreno. Uno de mis miedos era que ellas pensarán que ciertos casos podrían generarme una “fuerte impresión”, y que por ello, no me permitieran participar de ciertas intervenciones, visto que hacer las prácticas en un hospital puede ser desafiante a nivel personal.

En esa primera entrevista las psicólogas se mostraron muy cordiales y atentas, lo cual me generó tranquilidad. De todas maneras me sentí invadida por una mezcla de emociones, definitivamente había llegado el “momento de zambullirse a las prácticas”. Luego de esa reunión volví a casa con algunas interrogantes, tales como; ¿Cómo entramos al espacio?,

¿Qué impresión damos al paciente que nos recibe?, ¿Cómo deberíamos ir vestidas?, ¿Qué transmite mi vestimenta?, ¿cómo hacemos para configurar la confianza y transferencia en un lugar sin intimididad?, etc.

IV. 1.1 EL RECORRIDO DIARIO

El día 14 de Mayo del año 2024 me inserté como practicante en el Servicio de Salud Mental del HMU, en calidad de observadora no participante.

El Servicio de Salud Mental (SSM) dispone de un consultorio para desarrollar sus funciones, ubicado en la planta alta del hospital, en el sector B. Está compuesto por cuatro psicólogas, tres de ellas acuden al HMU los días de semana; mientras que la cuarta psicóloga realiza seguimiento psicológico a pacientes los fines de semana y los días feriados. A su vez, en el equipo participan tres psiquiatras, dos de ellos trabajan los días de semana, y el tercer miembro brinda atención psiquiátrica de guardia los fines de semana. Todos los integrantes del SSM trabajan conjuntamente para brindar atención psiquiátrica y psicológica a todos los pacientes del hospital.

Cada día a primera hora dos psicólogas del servicio se turnan para estar presentes en la Revista de Sala médica, realizadas en el SUM del hospital. Se trata de un espacio interdisciplinario dentro del hospital, donde los profesionales de todas las áreas del hospital se reúnen para compartir información sobre los pacientes internados. En la Revista participan médicos de los sectores de Internado A (infectología), de la Guardia General, de la UTI y del Shock Room; junto con profesionales de otras disciplinas como fonoaudiología, kinesiología, nutrición y Salud Mental. En este espacio se exceptúa la participación del sector de Internado C (traumatología) visto que históricamente ha realizado las revista de Sala en su sector. El objetivo de la Revista es que en un tiempo de aproximadamente 30 minutos, dos voceros de cada sector se turnen para comentar el estado de los pacientes que han sido ingresados y se encuentran bajo su supervisión. Los médicos presentan el nombre y apellido del paciente, su

cama y sector, mencionan si cuenta con cobertura de obra social. Se evalúa la situación de cada paciente, los procedimientos a seguir y si se encuentra en “espera de derivación”.

Me gustaría rescatar que en un principio me resultó un tanto complicado entender el lenguaje de las Revistas de Sala. Si bien participaba desde la observación no participante, los profesionales comparten los casos utilizando un lenguaje puramente médico, con terminología que no había escuchado antes. Por ejemplo, mencionan que el paciente “está complejizado” o su contrario “está en proceso de descomplejización”, o usan el término “evolucionar al paciente”. Poco a poco los miembros del equipo me fueron instruyendo sobre estos términos médicos, los cuales son parte del vocabulario habitual en su práctica diaria. A partir de esto es que en mi cuaderno de campo me fue útil utilizar una sección a modo de diccionario, en donde escribí términos de uso común, como por ejemplo; TMO (traumatismo), TEC (traumatismo craneoencefálico), OTE (orientado en tiempo y espacio) o DOTE (desorientado en tiempo y espacio).

La Revista de Sala permite que cada sector proporcione información actualizada sobre las condiciones de los pacientes internados, a la vez que funciona como un medio de comunicación entre los miembros de cada servicio, es decir, como un canal de interconsulta médica. Deviene un espacio sumamente importante para la coordinación de intervenciones entre los distintos servicios. A su vez, es una herramienta útil para los miembros del SSM.

Cabe mencionar que, en algunas ocasiones, para garantizar que los pacientes del sector C reciban atención de Salud Mental (en caso de necesitarlo), la P2 visita el sector y participa de su propia Revista de Sala.

Luego de la Revista de Sala, los miembros del equipo se reúnen en el consultorio del SSM y ponen en común las condiciones de cada paciente. Realizan una distribución equitativa de los casos para que todos sean valorados por el servicio de Salud Mental ese mismo día. Evalúan cuáles son los pacientes que necesitan control de psiquiatría y cuales un seguimiento psicológico.

Seguidamente, basándose en la urgencia de cada caso, los psicólogos y psiquiatras realizan rondas por cada sector del hospital; entrevistan a los pacientes del Sector de Traumatología, Sector de Infectología, la UTI y el Shock Room. Esta modalidad de abordaje permite que la atención que se brinda en el HMU sea integral, necesario para garantizar la plena recuperación de los pacientes antes de ser dados de alta.

VIII. 1. 2 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN UN HOSPITAL DE URGENCIAS

Con el pasar del tiempo pude notar que al ser un hospital especializado en emergencias médico-quirúrgicas, la mayoría de las veces no hay una demanda espontánea por parte del paciente para el SSM. Suele ser el personal médico y el servicio de enfermería el que nos deriva a los pacientes para ser asistidos.

En general, este hospital atiende a pacientes que se encuentran atravesados por un malestar físico predominante. Muchos de ellos llegan por razones de violencia ciudadana, heridas de armas, intentos de suicidio, consumo problemático, accidentes de tránsito, etc. En estos casos el cuerpo médico se encarga de estabilizar al paciente, quien permanece internado algunos días. Una vez que este se encuentra consciente, lo deriva al SSM, con la indicación: “ya está listo para ser valorado por Salud Mental”.

En la primera entrevista, las psicólogas buscan realizar una valoración integral del estado del paciente. Se presentan, explican que forman parte del SSM y proceden a realizar preguntas tales como “¿Te acordás por qué estás acá? ¿Sabés qué fue lo que te pasó? ¿Me podrías contar qué fue lo que sucedió?”. Se realizan preguntas disparadoras para que el paciente reflexione sobre este momento de su vida, se deja que hable libremente, haciendo comentarios sobre cómo era su vida antes del accidente. Con esto se busca recabar información sobre su estado mental y emocional, así como evaluar el grado de conciencia que tiene sobre la situación que está atravesando.

A su vez, pude observar que mediante estas conversaciones las psicólogas no reducen al paciente a un nombre o etiqueta, buscan obtener información profunda sobre los problemas, el contexto en el que ocurren, los recursos y limitaciones materiales y psicológicas con los que cuentan, etc.

Si el paciente está orientado en tiempo y espacio (OTE) y puede mantener una conversación, las psicólogas continúan con la entrevista, preguntan por sus hábitos de sueño, indagan si hubo cambios en su apetito y si cuenta con familiares o cercanos que lo visiten en el hospital. Resulta crucial saber si sufre de síntomas de ansiedad, si se encuentra deprimido o si experimenta flashbacks, sobresaltos durante la noche o reminiscencias del accidente. En muchos casos los individuos ingresan al hospital por situaciones disruptivas en su vida diaria, esto puede ser vivido como un evento traumático y terminar provocando sensación de inseguridad, miedo y angustia. En tales situaciones, las psicólogas proceden a explicar que este tipo de reacciones son normales, y se encargan de brindar apoyo emocional, validando los sentimientos del paciente y ayudándolo a entender que su respuesta es una reacción natural ante el accidente.

A su vez, consultan si el paciente fuera del hospital consume alguna sustancia, y explican que es importante conocer esto visto que el síntoma de abstinencia podría manifestarse durante su período de internación.

Otra de las funciones del psicólogo en su recorrido diario es el de establecer contacto con la familia del paciente que se encuentra ingresado. Se brinda un espacio de escucha, acompañamiento y orientación a los familiares, visto que es prioritario que ellos entiendan lo que sucede y se preparen para lo que vendrá. Se intenta trabajar en la red de contención del paciente, enfatizando en la importancia que tiene su colaboración en el proceso de recuperación del individuo afectado. En ciertos casos, las psicólogas se esfuerzan por preparar y vencer las resistencias de la familia. Un dato curioso es que las entrevistas con los familiares tienen lugar en los pasillos. Recuperando las palabras de mi referente de prácticas, ella siempre les comenta lo siguiente a los familiares “paradójicamente este es el lugar más privado que vas a encontrar” (registro psicóloga 1 del servicio de SM, 26 de Mayo de 2024), haciendo referencia a que las entrevistas familiares suelen desarrollarse dentro o fuera de las habitaciones de los pacientes, en la sala de espera o en la puerta del hospital inclusive.

Así mismo, en caso de ser necesario, el psicólogo instruye al paciente y a su familia sobre el Certificado de Discapacidad y su nuevo rol como actor social. Luego, facilita el contacto con el Servicio de Trabajo Social del hospital, encargado de iniciar el proceso de solicitud.

Con el correr de los días, las psicólogas realizan un seguimiento del paciente internado. Se trabaja en terapia psicológica mientras lo físico se cura. Todos los días se visita al

paciente en su habitación y se le hacen preguntas como “¿Sabés que te van a hacer? ¿Sabés si te van a hacer alguna intervención?”, con el objetivo de indagar si el paciente está informado y entiende los procedimientos que le harán.

Otra función clave del psicólogo en el hospital es actuar de nexo entre los pacientes y el personal médico encargado de los tratamientos médico-quirúrgicos. Todos los días los médicos visitan al paciente y le comunican sus condiciones de salud; sin embargo, en algunas ocasiones, el lenguaje utilizado puede resultar confuso. Por este motivo, el psicólogo acompaña al paciente durante su internación, procurando que éste comprenda los procedimientos que se le realizan y la información proporcionada por el equipo médico. Para ello, indaga de manera empática si el paciente está al tanto de lo que le están haciendo, si comprende las indicaciones médicas y si tiene alguna duda o necesita mayor claridad. Esta intervención no solo facilita la toma de decisiones informadas, sino que también brinda contención emocional y favorece una mejor adherencia al tratamiento.

El personal médico establece contacto con el SSM al momento de otorgar el consentimiento informado. Este acto puede ser generador de una variedad de emociones en el paciente, haciendo necesario el acompañamiento emocional y el apoyo psicológico. Es un momento clave en la atención médica, en el que es necesario brindar una explicación clara y comprensible sobre el procedimiento propuesto, incluyendo su finalidad, la forma en que se llevará a cabo y los posibles resultados. La firma del consentimiento informado permite que el paciente asuma un rol activo, lo cual puede generar mayor sensación de control y autonomía. A la vez, el equipo de salud debe asegurarse de que éste entienda los riesgos, beneficios y alternativas disponibles.

Por último, es de suma importancia mencionar que el profesional de salud mental ejerce una función clave en el proceso de alta del paciente. Aunque la mayoría de los pacientes son ingresados al HMU por motivos médico-quirúrgicos, hay situaciones en las que el estado psíquico del paciente está comprometido al momento de su ingreso. En estos casos, el paciente no puede abandonar la institución sin contar con el alta del Servicio de Salud Mental. Llegado el momento de dar el alta, el psicólogo realiza la derivación correspondiente para que el individuo continúe con su tratamiento psicológico, ya sea en instituciones públicas o privadas. Para ello el psicólogo conversa con la familia del paciente visto que la derivación definitiva debe adecuarse a las posibilidades económicas y recursos sociales de la familia del paciente.

VIII. 1. 3 CASOS CLÍNICOS DEL HMU

Lo anteriormente mencionado se relaciona con un momento profundamente humano y doloroso del que pude ser testigo en mi primer día de prácticas en el hospital. Esa mañana, junto con mi referente de prácticas (a la que referiré como “P1”) nos dirigimos hacia la habitación de la paciente que caracterizaré como “ED”. La paciente se encontraba internada en el sector de Traumatología, donde se había solicitado una interconsulta con el SSM debido a que presentaba signos de angustia y enojo.

Antes de conocer a la paciente, P1 me introdujo en su historia clínica. Dos años antes, por causa de una violencia ciudadana extrema, ED había recibido el disparo de un arma en su pierna derecha. Esto dio inicio a una seguidilla de tratamientos farmacológicos, psicológicos e infectológicos, que buscaban mejorar el estado del miembro lesionado. El día anterior a conocer a ED, los médicos del Servicio de Traumatología le habían sugerido que la intervención con mayor probabilidades de éxito sería la amputación suprapatelar de su miembro inferior derecho.

Cuando llegamos a la habitación la P1 le preguntó a la paciente si entendía correctamente lo que se mencionaba en el Consentimiento Informado, le explicó lo que sucedería después de la operación y procedió a informarle sobre los trámites que serían necesarios para obtener el Certificado único de Discapacidad. ED se mostró profundamente conmovida, estaba enfrentando un duelo; la pérdida de una parte de su cuerpo, la transición hacia una nueva realidad. P1, con la delicadeza que la situación demandaba, le explicó la importancia de adherir a la rehabilitación, tanto kinestésica como psicológica, para ayudarle a adaptarse a su nuevo estado físico. Además de ser el primero que observé, este caso tuvo gran relevancia para el posterior desarrollo de mi trabajo de sistematización de la experiencia.

A la paciente ED la intervinieron al día siguiente y volvimos a verla en los pasillos del hospital dos veces, cuando acudía a controles médicos del Servicio de Cirugía plástica. Fue

realmente conmovedor ver el cambio gradual que la cirugía produjo en su calidad de vida. En estos encuentros de pasillo nos comentó que había vuelto a realizar algunas actividades que disfrutaba antes de la cirugía, tales como cocinar y pasar tiempo con sus nietos.

A mediados de Julio, ingresó un nuevo paciente al Sector de Traumatología, a él lo citaré como “RO”. Este paciente permaneció 1 mes y 20 días internado en el HMU. A lo largo de ese tiempo los médicos de diversos servicios le realizaron incontables intervenciones para intentar salvar su pierna derecha, tales como: toiles, la colocación de un colgajo, etc. Durante su periodo de internación, RO logró formar una gran alianza con el personal de salud y fue un paciente muy querido por todos los profesionales del hospital. Desde el inicio, las psicólogas se enfocaron en asegurar que el paciente comprendiera que la amputación era una opción viable. En las primeras visitas, se trabajó para que el paciente pudiera asimilar esta posibilidad. Con el correr del tiempo se realizó seguimiento y acompañamiento psicológico, brindando un espacio de escucha y contención. En la última instancia de su internación se buscó ayudarlo a tomar la mejor decisión posible.

Las experiencias de ED y de RO fueron tan movilizantes que comencé a plantearme interrogantes tales como; ¿Cómo afecta emocionalmente a los pacientes el hecho de esperar la confirmación definitiva de una amputación? ¿Cómo manejan el miedo, la ansiedad o la incertidumbre sobre el futuro inminente? ¿Es posible que el contexto social o económico influya en la decisión de amputar o no? ¿Cómo enfrentan los pacientes los cambios en su imagen corporal? ¿Qué tipo de apoyo reciben para procesar el duelo por la pérdida de una parte de su cuerpo?, etc.

Las psicólogas del SSM me ayudaron a responder muchos de estos interrogantes. Sin embargo, ansiaba conocer más sobre el abordaje de los casos de amputación desde una perspectiva médica. Por este motivo, junto con P1 le realizamos una entrevista semidirigida al Jefe del Servicio de Traumatología y otra a los residentes del Servicio, las cuales fueron de gran utilidad para la realización de este trabajo de sistematización.

Entendí que las amputaciones son procedimientos quirúrgicos que, a pesar de ser necesarios para preservar la vida o mejorar la calidad de vida del paciente, conllevan importantes desafíos tanto físicos como emocionales.

A raíz de lo anterior es que mi eje de sistematización se centra en aquellos pacientes que son traídos al hospital con lesiones graves en sus miembros inferiores, pero permanecen a la espera de una decisión médica definitiva sobre la amputación de esa parte de su cuerpo.

VIII. 2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Teniendo en consideración los contenidos teóricos que se han abordado a lo largo de la Perspectiva Teórica del presente trabajo, con el objetivo de articularlos a la experiencia vivida en la institución, a continuación se lleva a cabo un análisis crítico y reflexivo sobre los datos recopilados durante la práctica realizada en el HMU.

Para orientar la elaboración del análisis y síntesis de la experiencia se tuvo en cuenta el eje de sistematización de este Trabajo Integrador Final, que corresponde a *“Abordaje psicológico en pacientes con criterio de amputación programada, dentro de un equipo interdisciplinario. Experiencia en un hospital público de urgencias médico-quirúrgicas”*.

En este sentido, la primera categoría de análisis que se desprende del primer objetivo específico, refiere a poder describir el rol del psicólogo en un hospital de urgencias médico-quirúrgicas, enfatizando en sus responsabilidades en el acompañamiento de pacientes con criterio de amputación quirúrgica. En esta línea, se pretende dar a conocer las funciones que desempeña el psicólogo clínico dentro de un hospital referente en emergencias médico-quirúrgicas, caracterizado por su enfoque centrado en la atención urgente y el tratamiento de casos complejos y rápidos.

El segundo de los objetivos específicos formulados tiene como propósito analizar el proceso psicológico en pacientes con amputación programada, considerando la intervención del equipo interdisciplinario en un hospital de urgencias. Para describir la dimensión psicoemocional de la amputación de un miembro, se tuvieron en cuenta los registros de campo y las entrevistas semidirigidas realizadas a profesionales del HMU. A su vez, en el

apartado se presentan dos casos clínicos de pacientes con criterio de amputación que han sido seleccionados con la intención de ilustrar las técnicas y modalidades de tratamiento psicológico en el HMU.

Por último, la tercer categoría de análisis, tiene como propósito poder describir las dinámicas de trabajo interdisciplinario en el abordaje de pacientes con criterio de amputación, en un hospital de urgencias, en particular analizar cómo se da la interacción y colaboración entre psicólogos, médicos y otros profesionales de la salud en el HMU para el tratamiento integral del paciente. Se desea destacar cómo el psicólogo interactúa con otros profesionales aportando una visión única de los procesos psicológicos observados en cada caso.

VIII.2. 2 EL ABORDAJE PSICOLÓGICO EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS, CONSIDERANDO LA INTERVENCIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

El Servicio de Salud Mental del HMU se encuentra funcionando ininterrumpidamente desde el año 1998. Por el momento no ofrece atención por consultorio externo, pero se enfoca en proporcionar un tratamiento rápido y eficaz para colaborar con la recuperación y alivio de síntomas somáticos y emocionales de pacientes hospitalizados por diversas dolencias.

Tal como me explicó el MP2 del equipo, “El HMU es un hospital referente en los casos de urgencias médico-quirúrgicas, pero no tiene un servicio de consultorio externo de Salud Mental, como es el caso del Hospital Tránsito, al Hospital Allende, al Misericordia o del Hospital Neuropsiquiátrico. Acá lo medicás, lo estabilizás, y lo derivás” (Autorregistro personal MP2, 26/07/2024)

Actualmente el SSM está conformado por tres médicos psiquiatras y cuatro psicólogas, que trabajan en conjunto para atender a los pacientes internados y sus familiares. En el

consultorio, los miembros del SSM ponen en común las condiciones de cada paciente internado, evalúan cuáles son los que necesitan control de psiquiatría y cuales un seguimiento psicológico y se distribuyen equitativamente los casos para que sean valorados ese mismo día. A continuación, se recupera un fragmento de la entrevista realizada al ex jefe del servicio de salud mental, quien explica que:

“el paciente a veces no está en condiciones de pensar psicológicamente porque está desorganizado sin orientación temporo espacial y allí se interviene con psiquiatría, cuando el paciente está en condiciones de hablar y de pensar (una vez estabilizado), se da participación a psicología para que ese paciente pueda volver a armar la vida psíquica y ver qué vínculos tiene para trabajar además con esos vínculos, y está bajo lo importante que es un trabajo que se hace en equipo, con lo cual se habla del paciente se sacan conclusiones de sus mecanismos psicológicos que se están poniendo en juego o tipo de personalidad o sus rasgos dominantes de personalidad a partir de eso se habla de un esquema terapéutico para hacer” (Dr. AA, entrevista, 2022)

El trabajo interdisciplinario entre psicólogos y psiquiatras permite que la atención en Salud Mental desde el servicio sea comunitaria, integral, interdisciplinaria e intersectorial centrada en las personas.

A continuación, se procede en la descripción específica de las responsabilidades, tareas y funciones que componen el rol del psicólogo en el Servicio de Salud Mental, en un hospital municipal de urgencias médico-quirúrgicas.

Con el objetivo prioritario de colaborar a la mejor recuperación y alivio de síntomas somáticos y emocionales de pacientes hospitalizados por diversas dolencias físicas, el psicólogo articula con el resto del equipo de salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, kinesiólogos).

En este sentido, el espectro de actividades realizadas por el equipo es amplio, involucra tanto la valoración y seguimiento de pacientes, entrevistas familiares y reuniones interdisciplinarias con los profesionales del hospital. Basándose en la urgencia de cada caso, los psicólogos y psiquiatras realizan rondas por cada sector del hospital. Las entrevistas del psicólogo con los pacientes pueden llevarse a cabo en los Sectores de Internación, así como la UTI, el Shock Room y la Guardia Central. Su objetivo es realizar un acompañamiento al paciente que se encuentra internado; ofreciéndole apoyo y contención emocional.

Con respecto a las funciones que cumple el psicólogo en el hospital clínico, parafraseando a Zas (2011), se destacan la capacidad para comunicarse en situaciones complejas, el conocimiento de los principios y códigos éticos que regulan su práctica profesional y la de otros profesionales con quienes colabora, así como la habilidad para planificar y evaluar sus intervenciones de manera adecuada. Además, es fundamental que el psicólogo reconozca los límites de su intervención, sepa cuándo colaborar con otros especialistas y mantenga un proceso de supervisión constante, lo que le permite reflexionar sobre su propia subjetividad y mejorar su desempeño (Zas, 2011).

Un dato no menor que me gustaría mencionar es el hecho que la psicología clínica hospitalaria desarrollada en este hospital tiene la particularidad de que somos nosotros los que tenemos que ir al “consultorio”, por lo que se puede pensar que “todo el hospital es un consultorio”. Es en ese momento, en la habitación del paciente (compartida con un desconocido), quien se encuentra recostado en una cama de hospital, cuando se lleva a cabo el abordaje psicológico.

Cuando los otros sectores del hospital solicitan la intervención del SSM, los profesionales del SSM se encargan de hacer una valoración psicológica de los pacientes ingresados. En la primera entrevista, las psicólogas procuran realizar una evaluación integral del estado del paciente. Para ello, comienzan por presentarse y le informan que pertenecen al SSM, tras lo cual formulan preguntas como: “¿Recordás por qué estás acá? ¿Sabés qué fue lo que te ocurrió? ¿Podrías contarme qué pasó?”. A través de estos interrogantes iniciales, se busca que el paciente reflexione sobre su situación actual y comparta, de manera espontánea, recuerdos y aspectos de su vida previa al accidente.

Además de establecer un primer vínculo, el objetivo es obtener información sobre su estado emocional y mental, para valorar su nivel de conciencia respecto a lo sucedido. Asimismo, en lugar de centrarse únicamente en asignar un diagnóstico o una clasificación, las psicólogas profundizan en el contexto que rodea las dificultades del paciente, explorando tanto sus recursos como sus limitaciones, ya sean de índole material o psicológica.

El siguiente fragmento de una primera entrevista busca ejemplificar la manera en que la P3 encaminaba las entrevistas con sus nuevos pacientes:

P3 se presenta “Hola X, yo soy P3, soy psicóloga, soy parte del Servicio de Salud Mental del hospital”. Luego de haberse presentado mutuamente, P3 le realizan las siguientes preguntas:

Te acordás porque estás acá? Sabés que te pasó? ¿Me querés contar qué te pasó?

¿Sabés que te van a hacer? ¿Sabés si te van a hacer alguna intervención?
 Queríamos saber como estabas, si te podemos ayudar en algo.
 Queríamos ver si estabas durmiendo bien. (Testimonio P3, 07/10/24).

A su vez, es fundamental destacar que la breve permanencia de los pacientes en el HMU implica que el abordaje proporcionado por el SSM sea rápido y eficaz. En sus entrevistas el psicólogo busca estabilizar al paciente, calmar su ansiedad, acompañarlo durante su internación; pero si llegase a necesitar algún tipo de tratamiento en salud mental, se lo deriva.

En relación con los lineamientos del SSM, se recupera el siguiente fragmento de la entrevista realizada al ex jefe de servicio, el Dr. Anuch, quien comenta que “ante una demanda puramente sintomática no se va a ahondar en un pasado y en la historia del paciente, sino más en lo que está ocurriendo en el paciente en la actualidad”. (Entrevista Dr. AA, 2022)

A partir de lo mencionado anteriormente y de lo observado durante la práctica, puedo afirmar que los integrantes del SSM del HMU se rigen por los lineamientos del “modelo de intervención en crisis”. Retomando nuevamente los aportes de Zalaquett y Muñoz (2017), es un método que se caracteriza por una atención pronta y de pocas sesiones, focalizando la atención hacia una sintomatología aguda, que surge de la dificultad del paciente para utilizar mecanismos de defensa adaptativos y así hacer frente a una situación que se experimenta como una amenaza al equilibrio del yo. (Zalaquett y Muñoz, 2017, p. 2)

En este sentido, he podido observar cómo el equipo de psicólogas en el HMU desempeña un rol integral el cual en este contexto en particular, abocado a la situación de crisis y urgencia. En sus entrevistas, buscaban validar el estrés de cada paciente, intentando que este comprenda que se trata de una persona normal respondiendo a circunstancias anormales.

En relación con este proceso, se recupera el testimonio de la P2 del servicio quien señala: "Estamos aquí para acompañarte, principalmente porque sabemos que la internación puede ser bastante hostil. A veces, en este contexto, se intensifican ciertas sensaciones de temor. Pero también estamos aquí para ayudarte a que, con el tiempo, puedas reintegrarte de manera normal a tu vida". Mediante un diálogo empático, se busca que el paciente pueda expresar y comprender emociones difíciles y compuestas, para otorgarles un significado en relación con su historia vital.

En el HMU, los psicólogos intervienen en contextos de crisis y urgencias médicas, por lo que su tarea principal es identificar cómo cada persona interpreta el acontecimiento que desencadenó la crisis. En este sentido, recordemos el concepto de “clave cognoscitiva” de Karl Slaikeu (1996) previamente desarrollado. Al respecto, Slaikeu afirma que no es simplemente la naturaleza del suceso lo decisivo para el entendimiento del estado de crisis, sino cómo el suceso incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida. El siguiente fragmento de entrevista es útil para ilustrar cómo es vivido un accidente en primera persona, mostrando el impacto emocional y físico que genera en el paciente;

(Paciente ingresa al hospital por accidente de moto)

Paciente: Cuando vi mi pie, me quería morir. No sé cómo llegué a esto...

P2: ¿Querés contarme qué fue lo que pasó?

Paciente: Venía en la moto cruzando Cañada. Fue todo muy rápido. La rueda se me patinó con un resto de basura que había en la calle y se me fue para cualquier lado. Tengo la imagen grabada (cierra los ojos), cuando miré mi pierna tenía sangre... la arteria rota... No podía mover los dedos, no sentía nada. Ahora me dicen que mañana entro a cirugía. No sé qué va a pasar.

P2: Es normal sentir miedo. ¿Qué es lo que más te preocupa?

Paciente: No quiero perder la pierna. Solo le pido a Dios poder caminar. (se lamenta) Encima venía haciendo todo bien. Dejé de drogarme hace siete años. Me estaba cuidando... Y ahora esto. Solo quiero salir de esta. Quiero que los médicos pongan lo mejor de ellos para poder salvarme la pierna.

P2: En el HMU hay médicos muy humanos, para cualquier cosa que suceda hay un equipo, para que cada caso pueda ser tratado como único. Entiendo que este es un momento sumamente difícil para vos, acá todos vamos a hacer lo posible para que estés bien, pero el que pone el cuerpo en esto sos vos.

Hasta ahora te has autorregulado muy bien.

Te recomiendo poner el foco en tu recuperación. Esto es un proceso, va a llevar un tiempo, hay que tenerle paciencia” (Entrevista paciente y P3, 02/10/2024)

A lo largo de mis prácticas he podido observar cómo algunos pacientes que se encuentran en internaciones a raíz de eventos inesperados o accidentes, sufren de malestar psíquico, angustia o problemas para conciliar el sueño. Otros han llegado a experimentar ansiedad y tristeza por su cuerpo lastimado, mutilado en los accidentes.

El hecho de que una urgencia médica sea una situación disruptiva en la vida de una persona, implica un quiebre en la continuidad de su rutina. En numerosas ocasiones los pacientes ingresados manifiestan frustración y malestar ante las situaciones que los llevaron a la internación. Diversas personas en las consultas psicológicas han manifestado lo anterior a

través de declaraciones como “estar acá por culpa de otra persona me da una rabia” o bien “estoy acá cuando debería estar trabajando”.

Con respecto a la solicitud de intervención del SSM, son pocas las ocasiones en las que el paciente pide ser atendido por un psicólogo. Generalmente es el personal médico y el de enfermería el que deriva a los pacientes para ser asistidos. Dicha derivación puede realizarse a partir de una llamada telefónica al número de interno del SSM, o bien de manera personal en las Revistas de Sala o en las rondas del SSM en los otros sectores del HMU.

Cuando ingresa un paciente al HMU, el equipo de médicos se encargan de estabilizarlo, pero en muchas ocasiones mientras que lo físico se cura, el paciente puede requerir asistencia psicológica. Es allí cuando los médicos o el servicio de enfermería anuncian que “el paciente “X” ya está listo para que SM lo vea”.

Para profundizar en este apartado, resulta oportuno recuperar el testimonio del ex jefe del Servicio de Salud Mental, el Dr. Anuch (2022) explica;

“Primero que la demanda nunca o casi nunca es del paciente, esto es muy importante. La demanda llega por el médico, por la enfermera, o desde la guardia, porque ven un paciente que se desborda, que llama la atención. Normalmente este es el que pide la intervención del servicio. Yo digo que “la demanda nos antecede” es del médico por el paciente o porque ya se le va el caso de la mano, cuando el paciente lo desborda al médico.

También se trabaja con el médico para ayudarlo a entender que le está pasando al paciente para que entienda para tratar de despersonalidad la problemática en él” (Dr. AA., entrevista, 2022)

Desde mi experiencia en la práctica, he sido testigo de cómo en algunas ocasiones la resistencia de los pacientes es alta, hemos recibido comentarios como “no estoy loco, no necesito ayuda de salud mental” y, en ciertos casos, algunos pacientes simulan estar dormidos cuando ven que nos estamos acercando a la habitación.

A pesar de esto, el SSM se interesa por realizar una entrevista lo suficientemente completa de cada uno de los pacientes. Esto se debe a que, como plantean Lopez y Odei (2019), en muchas ocasiones la llegada de un paciente a un dispositivo hospitalario es, a veces, la primera ocasión para que pueda recibir una atención clínica, social o preventiva, incluido en el ámbito de su salud mental, y que se inicie un proceso de tratamiento, siendo responsabilidad del profesional que esta ocasión sea detectada y atendida. (p. 4)

La psicología clínica desarrollada en hospitales requiere que el profesional enfrente desafíos sumamente diversos a los que se podrían presentar en el consultorio. Para empezar, las consultas con los pacientes siempre tienen de fondo los ruidos provenientes del pasillo, voces elevadas de personas que transitan por el sector, etc. La ausencia de intimidad es otro aspecto a tener en cuenta.

Parafraseando a Lopez y Odei (2019) el entorno terapéutico en este contexto difiere radicalmente de los ámbitos de consulta psicológica tradicionales. Por ejemplo, debido a que se trabaja en una habitación de hospital, es común que ocurran interrupciones, como la entrada de enfermeros u otros profesionales médicos. Esta situación demanda una aproximación cuidadosa a los aspectos personales del paciente, buscando el momento apropiado para realizar una exploración y respetando los límites de lo que el paciente está dispuesto a compartir en ese momento.

En ciertas ocasiones el horario de la entrevista psicológica con los pacientes coincide con el de las visitas familiares. Cuando esto sucede las psicólogas reducen su visita “para no robarles el tiempo de visita a los familiares”, como señalan las propias profesionales del SSM.

Si bien el objetivo de este trabajo de sistematización se centra en el abordaje de los pacientes internados, antes de cerrar este apartado me gustaría incluir una breve descripción del trabajo psicológico que se lleva a cabo en el sector de la Guardia del hospital.

Se trata de intervenciones que tienen lugar en el momento inmediato tras los accidentes. Aunque suelen consistir en entrevistas breves, no por ello resultan menos significativas. Por el contrario, suelen ser fundamentales para brindar contención en momentos de alto impacto emocional.

La lógica que guía las intervenciones de los psicólogos del SSM en el sector de la Guardia se sustenta en los principios clínicos de intervención en crisis, desarrollados en el apartado de perspectiva teórica. El principio de oportunidad señala la importancia de actuar de manera inmediata, ya que la experiencia de crisis representa un momento de alto riesgo tanto para la persona como para su entorno. La meta en estos casos es poder ayudar al paciente a recuperar un nivel de funcionamiento emocionalmente equilibrado y adaptativo. Finalmente, la valoración implica reconocer tanto los recursos como las vulnerabilidades del paciente, considerando también los apoyos sociales disponibles.

Con el objetivo de ilustrar el abordaje psicológico de pacientes ingresados en el sector de la Guardia del hospital, se presenta el siguiente fragmento;

Desde la Guardia solicitan consulta psicológica para un paciente que sufrió una amputación traumática en un dedo de la mano. Bajamos con P1.

Al llegar al box nos encontramos con él y su esposa, ambos participan de la entrevista y se muestran agradecidos con el equipo de SM.

X relata haber estado trabajando (en una construcción) al momento del accidente. En pleno uso de la amoladora refiere tener un “espacio en blanco”.

P1 escucha atentamente sin interrumpir, cuando este finaliza ella pregunta a que se refiere con “espacio en blanco”.

X menciona que es diabético, refiere haber tenido estos espacios en blanco en otros momentos. “Los tuve antes en otros momentos, deben ser por mi diabetes”

P1 realiza preguntas abiertas para entender cómo se sintió el paciente en el momento del accidente, que es lo que recuerda y cómo se sintió al ver la lesión en su dedo.

X: menciona que “se fue y volvió” y cuando volvió ya se había lastimado la mano (amputación inmediata del dedo). Cuenta que pudo actuar rápido, “cuando volví estuve consciente, lúcido, agarre una toalla y me apreté la mano, salí a la calle y justo me encontré un vecino y me trajo al hospital”.

“En su momento no recordaba nada del accidente, pero después me fue volviendo a la memoria, me fueron llegando imágenes del momento, y es exactamente como pasó”

P1 le agradece por contarle lo que sucedió. “actuaste rápido, tuviste la lucidez de pedir ayuda y venir rápido al hospital”,

“Ahora mismo estás acá, te están atendiendo médicos especialistas. Es importante que te tomes el tiempo de pensar en lo que pasó y procesarlo”

X: suspira y reconoce “no se que voy a sentir cuando me vea... Físicamente no siento nada de dolor, está todo bien, esto es algo que me duele emocionalmente”.

P1 interviene y explica “lo que te va a pasar, vas a sentir que aún tienes el dedo, te va a doler, lo vas a poder doblar, te va a molestar. Vas a tener una falla en el cálculo de las distancias con la mano y la motricidad fina. Todo eso es normal hasta que el cerebro se acomode, digamos”

X y su esposa muestran un enorme reconocimiento de lo expresado por la licenciada, **X** refiere sentirse mucho más tranquilo “entenderlo me tranquiliza”. “Ustedes han sido excelentes, me ayudaron a hacer consciente lo que me está pasando, lo han explicado usando palabras entendibles” “Necesitaba SM”.

Con el fragmento anterior se buscó reforzar la idea de que las intervenciones del psicólogo en el sector de la Guardia no son secundarias al acompañamiento realizado en los sectores de internación. La disponibilidad del SSM para acompañar a los pacientes que llegan por guardia puede abrir un espacio de escucha intersubjetiva en pacientes que han experimentado situaciones disruptivas.

A su vez, como se pudo leer en el fragmento, el psicólogo se encarga de instruir al paciente en lo concerniente al fenómeno del miembro fantasma, ya que ese es otro factor que predispone a la aparición de problemas psicológicos. (*ver anexo 2: miembros fantasmas*)

En esta línea, las intervenciones correctas en el momento inmediato luego de las crisis son fundamentales para restablecer el equilibrio en el individuo, pudiendo colaborar en la reducción de efectos crónicos.

VIII. 2.3 ABORDAJE PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN PROGRAMADA, CONSIDERANDO LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

En el apartado anterior se buscó describir de manera general el desempeño habitual del psicólogo en un hospital de urgencias médico-quirúrgicas. Con el propósito de analizar el abordaje psicológico específicamente en pacientes con amputación programada, este apartado se compone de extractos de diversas entrevistas realizadas a profesionales de la salud del HMU, así como de fragmentos de dos casos clínicos observados durante el año 2024.

Al mismo tiempo, con el objetivo de caracterizar más precisamente el rol del psicólogo en pacientes con amputaciones en un hospital general, se incluyen tres testimonios adicionales.

A continuación se ofrece una breve introducción de los casos clínicos seleccionados, cuya profundización se desarrollará a lo largo de este apartado.

CASO	GÉNERO	EDAD	MOTIVO DE INGRESO	TIEMPO DE INTERNACIÓN	MIEMBRO INTERVENIDO	CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS
------	--------	------	-------------------	-----------------------	---------------------	--------------------------------

“ED”	F	47	Su primer ingreso al HMU es en el año 2022. Fue víctima de un episodio de violencia ciudadana. Recibió un disparo de una escopeta en la pierna. Reingreso en 2024 por infección. No había adherido al tratamiento posterior a la internación, mal cuidado físico, infectológico y de salud mental. Actualmente sufre de 3 bacterias.	4 días	Miembro inferior derecho (amputado)	De personalidad desafiante. Accidente en el año 2020. Es ingresada de urgencia al sector de Traumatología. Le curan las heridas pero no adhiere al tratamiento posterior a la intervención. Mal cuidado físico, infectológico y de salud mental. Sufre de estrés postraumático crónico. También tiene reminiscencias del accidente. Toma medicamentos para la ansiedad y depresión
“RO”	M	40	Accidente automovilístico. Su pierna queda inmovilizada entre su bicicleta y un auto.	54 días	Miembro inferior derecho (amputado)	De personalidad resolutiva, optimista. Mecanismo de defensa disociación. Se muestra animado, es entusiasta, tiene esperanzas en que los médicos harán lo posible para salvar su pierna.

En cada uno de los casos, los motivos de internación eran diversos, pero los dos tuvieron “criterio de amputación” de sus miembros inferiores. Se trata de pacientes que aún preservaban esa parte de su cuerpo cuando ingresaron al hospital, pero permanecían a la espera de una decisión médica definitiva sobre la amputación de su miembro.

Como se mencionó anteriormente, existen dos tipos de amputaciones que se llevan a cabo en el hospital. Las amputaciones traumáticas, que requieren una intervención quirúrgica inmediata debido al daño irreparable de la extremidad; y las amputaciones planificadas o programadas, aquellas que se realizan después de una evaluación médica cuidadosa.

Por lo general, en ambos casos son pacientes rápidos. Una vez que se realiza la intervención quirúrgica, permanece internado 3-4 días en el hospital. Luego acude al HMU para controles del servicio de Cirugía Plástica. Estos controles médicos tienen el objetivo de evaluar la colocación de prótesis y la correcta cicatrización del muñón. En efecto, la P2 explica:

E: Al realizarse una amputación, el paciente cuánto tiempo permanece en el hospital?

P1: Lo amputan, le preparan el muñón y se va. Eso lleva alrededor de 3 - 4 días.

E: Y cuando viene a control nosotras no intervenimos?

P1: No porque pasa a ser un paciente de Traumatología y Cirugía Plástica, en este hospital no hay un seguimiento de los pacientes amputados.

E: Pero se podría decir que desde nuestro equipo acompañamos al paciente en el momento previo a la amputación, pero no en el post?

P1: Claro nosotros hacemos un seguimiento del paciente durante su internación, y los acompañamos en el post inmediato. (Entrevista P2, 29/08/2024)

Por lo tanto, se puede afirmar que el abordaje psicológico en este tipo de pacientes se lleva a cabo fundamentalmente en la etapa preoperatoria.

Tal como nos mencionó el JST en la entrevista realizada “Más allá de que es una cirugía con anestesia, la pérdida de un miembro es algo traumático. Entonces se lo va preparando con psicología”. (Entrevista JST, 29/08/2024).

Durante este periodo se busca trabajar con el paciente para que este realice una elaboración simbólica de la experiencia que está atravesando. Parafraseando a Font-Jimenez (2016), el autor comenta que la alteración de la imagen corporal es un factor que genera gran sensación de vulnerabilidad e insatisfacción en las personas con amputaciones. A su vez, interfiere con el aspecto físico y funcionamiento de la persona, lo cual puede ser vivido como un estigma y una pérdida de independencia. La propia estigmatización sumado a las dificultades del proceso de adaptación figuran como factores de riesgo para la salud mental (Font-Jimenez et al., 2016).

Por otra parte, Ocampo, Henao y Vasquez (2010) comentan que las amputaciones no sólo corresponden a cambios físicos, sino que además traen consigo transformaciones mentales, afectando la esfera biopsicosocial como las relaciones sociales, cambios en el estado de ánimo, disminución de la autoestima, pensamientos de inutilidad y un proyecto de vida reconstruido que, al no ser tratadas a tiempo, pueden generar diferentes trastornos.

(Ocampo, Henao y Vasquez, 2010). En estos casos, el acompañamiento profesional preoperatorio permite anticipar y abordar las posibles consecuencias emocionales y psicosociales de la amputación.

La solicitud de otra área para el SSM da inicio a la actuación del psicólogo. A modo de ejemplo se presenta el caso del paciente RO. El servicio de Traumatología solicitó la intervención del SSM una vez que se había presentado la posibilidad de amputación.

“Nos lo derivan los R1 de Traumatología porque según ellos los médicos le comunicaron (su posible amputación) y no entiende. Quieren asegurarse que el paciente entienda lo que se le dice, además, hoy le van a comunicar el Consentimiento Informado”. (Autorregistro personal, 23/07/2024).

Cuando el SSM recibe la derivación del paciente, se lleva a cabo una primera entrevista en la que el psicólogo interviene activamente en su situación vital. A través de este encuentro, las psicólogas buscan comprender el estado mental y emocional, para evaluar su conciencia sobre la situación que está viviendo. En el caso del paciente RO, luego de la primera entrevista con el paciente, la P2 comentó “Por supuesto que esperamos que decante la noticia de la amputación, el paciente suele demorar en asimilarlo, pero después empieza a procesarlo. Al principio, las emociones son intensas y pueden variar entre el impacto, la tristeza o la incertidumbre, pero poco a poco va encontrando recursos para afrontar la nueva realidad” (Autorregistro personal, 23/07/2024).

En el caso de los dos pacientes presentados en la tabla, ellos ingresaron al HMU por situaciones de urgencia médica y permanecieron en una etapa de espera mientras se evaluaba la evolución de la lesión en su pierna. El equipo médico no podía determinar con certeza cuál sería el desenlace, ya que todo depende del paso del tiempo y de la respuesta del cuerpo a los tratamientos. Durante este proceso, les realizaron diversos tratamientos tales como lavados, toillettes quirúrgicos, con el objetivo de preservar el miembro afectado y evitar la amputación.

A lo largo de mis prácticas pude evidenciar que el personal médico del HMU centra sus esfuerzos en salvar extremidades gravemente lesionadas, con la intención de resguardar la integridad y salud física. Recuperando las palabras de mi referente de prácticas, “en el HMU los médicos son muy conservadores, me refiero a que le dan mil oportunidades antes de amputar el miembro dañado” (Autorregistro personal, Julio 2024).

En relación con el caso de RO, se recupera el testimonio del Jefe del servicio de Traumatología, quien menciona:

“Con él (RO) no está descartada la amputación pero estamos intentando luchar un poco más. Queremos agotar todas las posibilidades, también porque el paciente así lo pide. Obvio que tiene momentos de bajón, suelen ser internaciones largas que terminan agotando un poco, pero él es un muy buen paciente”. (Entrevista JST, 29/08/2024)

Sin embargo, este período de espera representa un momento de incertidumbre grandísima para los pacientes. Se trata de pacientes que son traídos al hospital con lesiones graves en sus miembros inferiores, pero permanecen inmovilizados a la espera de una decisión médica definitiva sobre la amputación de esa parte de su cuerpo.

He advertido que la permanencia en el hospital lleva al paciente a ejecutar cambios en sus dinámicas. Por un lado, supone adoptar un rol pasivo frente a situaciones que invaden su cuerpo y privacidad, exponiéndose a exámenes médicos e intervenciones quirúrgicas. Estos elementos pueden generar, especialmente en pacientes más vulnerables, un desequilibrio significativo que dificulte la adopción de estrategias de afrontamiento eficaces. Por este motivo resulta fundamental brindar un espacio de escucha y contención, para que el paciente exprese sus frustraciones.

A su vez, el paciente ingresado deja de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales; para recibir y aceptar las intervenciones de quienes lo atienden. Durante el ingreso hospitalario, las características de alejamiento o reducción de los apoyos sociales y ambientales habituales, así como la pérdida de intimidad, de individualidad y de control sobre las actividades cotidianas, son para los pacientes algunos de los primeros elementos productores de estrés.

En el caso del paciente RO, su período de internación en el HMU se prolongó por 1 mes y 8 días. Pero a lo largo de las consultas con el SSM se mostró resiliente y con una actitud positiva. En ocasiones manifestó:

“1 mes y 8 días de internación me ayudaron a limpiarme, tuve mucho tiempo para orar, dejar de consumir, me acerqué más a mi religión. Cuando estoy acá le pido mucho a dios que me ayude. Creo tanto en Dios que confío en que va a poder hacer algo acá (señala su pierna) por eso no me doy por vencido, yo después lo voy a poder contar como un testimonio”. (Testimonio RO, 20/08/2024)

Los profesionales médicos le realizaron diversas intervenciones para evitar la amputación, probaron con toillettes, lavados, colgajos, etc. Entre cada intervención quirúrgica el SSM hablaba con el paciente, quien se mostró positivo y entusiasmado. RO mencionaba

“Cuando pasé por el primer toilette, me dijeron que había pasado la primera chance de que me salven, ahí empecé a cargarme de energía. Vamos a ver cómo evoluciona, estoy bien porque ya no tengo olor, ni dolor ni pierdo sangre como antes, pero quiero que termine esta pesadilla de una vez” (Testimonio RO, 15/08/2024).

Antes de la cirugía el psicólogo acompaña al paciente con criterio de amputación. Pude constatar que resulta fundamental ofrecer un espacio de escucha y contención que le permita expresar sus frustraciones y comenzar a elaborar lo que está atravesando.

En el caso de RO, fue la P3 quien lo acompañó los días antes de su cirugía;

“En consulta con el SSM nos cuenta que ayer los médicos de cirugía plástica le dijeron que “la cosa no está funcionando”. RO siente un fuerte dolor en la pierna. Ya no siente el pie, reconoce que es algo que sabe que no va a tener más.

Ante este panorama los médicos del servicio de Cirugía Plástica le dieron 2 opciones para que sea él quien decida: puede probar otro procedimiento de intervención, juntando la piel de las dos piernas para que las células sanas puedan cubrir la parte sin cobertura. Esto lo dejaría internado 2 meses más en el hospital. O bien puede decidir amputar la pierna”

Cuenta que los médicos le dijeron “estamos con vos en esto, lo has dado todo, fuiste un buen paciente”

P3 le dice “No dejes que la decisión la tome el cansancio. Pensá en todo lo que hiciste para llegar hasta acá, eso cuenta muchísimo.”

RO asiente, “sí, yo tengo una pierna sana, voy a cuidarla. Hicimos de todo, hoy soy yo el que pudo decidir, ya no tolero más este dolor, a la decisión la tomé pensando en mí

Habla sobre el malestar que le genera estar encerrado “El domingo necesité ese abrazo, o tener a mi esposa acá. Necesito estar en mi espacio, en mi casa, jugar con mi hijo, tener mis cosas”

Ante la amputación inminente, P3 procede a anticipar y explicar sobre los miembros fantasmas. Reconoce que RO tiene un cuerpo ágil, y refiere que eso va a ayudar a que se acostumbre más rápido a sus nuevas condiciones físicas”. (Autorregistro personal, 05/09/2024).

A su vez, el psicólogo debe asegurarse de que los pacientes cuenten con un sistema de apoyo fuera del hospital. En las consultas del SSM el psicólogo le pregunta a los pacientes cosas como “¿Hay alguien con quien te gustaría hablar o que te acompañe en este momento?” para indagar sobre su red de apoyo, su historia de afrontamiento, su relación con el hospital o su vínculo con familiares.

Según Ocampo, Henao y Vasquez (2010) al igual que la familia, el ambiente social al cual pertenece el individuo se ve afectado, porque la persona ha quedado con una reducción

de su capacidad para iniciar o mantener un equilibrio con el entorno en el que se desenvuelve. Al sufrir una lesión, se presenta un cambio radical, no sólo en el individuo amputado sino en el espacio que lo rodea, sus relaciones con el grupo de amigos, los procesos de comunicación y todos aquellos aspectos relacionados con la socialización del individuo.

En muchas ocasiones, el psicólogo interviene para acompañar a la familia en la elaboración de su propio proceso psíquico frente a la amputación del ser querido, ya que parafraseando a Raffo (2015), el hecho de tener un familiar internado puede generar en el resto de los familiares angustia, temor, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección.

Dentro o fuera de la habitación del paciente, el psicólogo interactúa con los miembros de la familia. Esto lo convierte en una especie de puente entre el mundo hospitalario y la vida cotidiana del paciente, ayudando a la familia a anticipar posibles desafíos en la nueva etapa. Las entrevistas familiares le permiten transmitir información sensible sobre el estado emocional del paciente, sus necesidades subjetivas y los recursos de cuidado que podrían ser necesarios en el hogar.

Por medio de la intervención psicológica, se le brinda a la familia estabilidad familiar, respaldando la toma de decisiones difíciles y fortaleciendo su capacidad de afrontar situaciones adversas.

Conviene recordar que, sea cual sea el motivo de amputación, la pérdida de un miembro muchas veces es vivida como un duelo para el individuo. Según Acero Rodríguez y Castillo (2008) el duelo se define como la reacción consciente e inconsciente ante una pérdida. El término hace referencia a la inclusión o incorporación de la experiencia de perder algo por parte de las personas o los grupos humanos.

El caso de la paciente ED resulta ilustrativo para comprender el abordaje del psicólogo en este tipo de situaciones. Conocí a ED el día previo a su cirugía. Es una paciente del servicio de Traumatología que será sometida a una amputación suprapatelar (por encima de los cóndilos del fémur) del miembro inferior derecho. El siguiente fragmento de los registros de campo da cuenta de la intervención profesional de la P1 frente a ED, una paciente que se encontraba atravesando un proceso de duelo;

“A ED mañana le harán una amputación suprapatelar. En su habitación la P1 procede a acompañarla, le explica que sucederá una vez que se realice la operación.

La paciente no hace contacto visual con nosotras en ningún momento. Tiene la mirada perdida en la pared de la habitación. De a ratos llora y se cubre la cara.

P1 procede a explicarle el consentimiento informado. Lo leemos en voz alta y al finalizar corrobora que la paciente haya comprendido correctamente y si está de acuerdo con aquello que debe firmar.

P1 explica que ahora ella podrá acceder al CUD (certificado único de discapacidad), lo cual significa que adquiere un nuevo rol social, se convierte en un nuevo actor social. Le pregunta, “¿te gusta ir a la cancha? Mira con el CUD vas a poder pasar gratis a la cancha”.

Luego P1, procede a explicarle las posibles sensaciones que pueda tener luego de la cirugía en la zona del muñón, fenómeno conocido como el “miembro fantasma”.

P1 enfatiza en la importancia de que la paciente luego de la cirugía realice rehabilitación kinestésica y psicológica (fundamentalmente) para entender, el objetivo es que la paciente pueda empezar a elaborar simbólicamente la experiencia. P1 sugiere terapia EMDR para después de la operación” (Autorregistro personal, 14/05/2024)

Luego de la entrevista con ED reflexionamos en el consultorio del SSM,

“Desde el SSM se trabaja sobre los factores positivos, dentro de lo espantoso que es que te quiten una pierna, le mencionamos el hecho de que va a poder volver a tener una vida funcional; a partir de normalmente no tener más dolor, no tener una pierna rígida (por todos los tratamientos que se le estaban haciendo). Luego de la amputación ella iba a poder tener una pierna que le permitiera caminar libremente sin el uso de un andador. Le hablamos de la posibilidad de una prótesis.. se le muestra una nueva forma de verse a sí misma. Además le ayudamos a entender que su vida estaba en riesgo por su infección que iba subiendo. Entonces ella (a regañadientes) termina aceptando la amputación”. (Testimonio P1, 14/05/2024)

Por último, el proceso de intervención del psicólogo en los pacientes con amputaciones quirúrgicas del HMU finaliza en el momento del post inmediato de la cirugía.

Ocampo, Henao y Vasquez (2010) explican que es necesario insistir en que el proceso de rehabilitación de este tipo de pacientes no debe quedarse únicamente en el logro de la adaptación protésica como un elemento de carácter material y sin contexto. Por el contrario, debe ser visto como un medio que le permita al paciente amputado continuar desarrollándose como persona capaz de incluirse nuevamente en su rol ocupacional, familiar y social, es decir, que la rehabilitación no se debe limitar a una recuperación de tipo funcional.

Me gustaría recuperar uno de los testimonios de P1, quien abordó el caso de “S” un paciente con herida de arma blanca (HAB) infraescapular la cual lo dejó paralejico. Esta situación fue un caso trabajado a su vez por el comité de pacientes neurocríticos del HMU.

Cuando llegamos a la habitación de S se encontraba recostado luego de su cirugía, ese día le daban el alta. Luego de un diálogo cordial y empático se conversa sobre su certificado de discapacidad, P1 le comenta que en el sector de Trabajo Social del hospital pueden ayudarlo a iniciar los trámites para solicitarlo.

S se muestra tranquilo, comprensivo. Se conversa sobre la nueva concepción de sí mismo. Ante lo que Maria le dice “Vas a tener que aprender a moverte de diferente manera, usando tu inteligencia, la fuerza de tus manos y la de tus brazos” (Autorregistro personal, 23/05/2024)

El acompañamiento psicológico antes, durante y después de la cirugía es fundamental para que el paciente trabaje en la elaboración de un nuevo proyecto de vida, donde mejore su calidad y se adecue a las nuevas demandas del medio en el que se desenvuelve.

En los casos que he podido observar en el hospital, la intervención psicológica ha colaborado con la obtención de resultados satisfactorios en el paciente. Entre ellos se destacan, la mejora en su autoestima y autoconcepto, la regulación de los patrones de sueño, una notable mejoría en su estado anímico y el fortalecimiento de las relaciones familiares.

VIII. 2.4 TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN EL ABORDAJE DE PACIENTES CON CRITERIO DE AMPUTACIÓN, EN UN HOSPITAL DE URGENCIAS.

Como se mencionó en el apartado de perspectiva teórica, históricamente la salud ha sido comprendida desde el paradigma médico-mecanicista, influenciado por el positivismo. Bajo estas circunstancias lo subjetivo quedaba excluido de la evaluación clínica realizada al paciente en el ámbito hospitalario.

En relación con eso, parafraseando a Lopez y Odei (2019) históricamente fue la medicina tradicional quien se ocupó de dar respuestas a las necesidades que la población necesitaba para los problemas en salud. Sin embargo, los avances científicos más recientes ponen de manifiesto la influencia de factores psicosociales sobre la respuesta inmunológica, neurológica y endocrina. Esto respalda la idea de que el estrés, la ansiedad y la angustia son las condiciones psíquicas de mayor interrelación con los diversos sistemas del organismo, abriendo por ello la posibilidad de utilizar los tratamientos psicológicos para la mejora de dicho organismo en su conjunto (López y Odei, 2019).

La incorporación por tanto de las variables psíquicas y sociales, junto a las biológicas, implica para su consecución de la obligada cooperación entre diferentes especialistas lo cual remite directamente al concepto de interdisciplina previamente desarrollado.

Retomando, Paoli Bolio (2019) afirma que para trabajar interdisciplinariamente los profesionales deben ser capaces de desarrollar una metodología y estrategia de trabajo para utilizar en común acuerdo. Para esto se debe abandonar una visión simple, para diseñar y construir una visión compleja y compartida. El autor propone que la interdisciplina “exige un nivel de integración conceptual”.

En el caso del HMU, uno de los momentos en los que se puede observar el trabajo interdisciplinario de los profesionales es en la Revista de Sala. Se trata de un espacio que tiene lugar todas las mañanas y favorece el intercambio de información. Por un lado, permite que cada sector brinde información actualizada sobre el estado de los pacientes internados; por otro, posibilita que los profesionales consulten acerca del tipo de tratamiento que se está implementando desde cada servicio. Durante estas reuniones se tratan temas de gestión, organización, evaluación y puesta en común del estado de los pacientes. Además, es una herramienta útil para que los miembros del SSM reciban las demandas de los otros sectores del HMU.

A partir de lo observado en las prácticas puedo dar cuenta que el encuentro entre distintas miradas permite enriquecer el abordaje del paciente, a la vez que inaugura un espacio para que los propios profesionales encuentren apoyo entre colegas, algo fundamental en contextos tan exigentes como el hospitalario.

Contar con espacios para dialogar con otros profesionales resulta sumamente valioso, especialmente en un entorno como el hospitalario en el que suelen surgir dilemas éticos complejos. Situaciones como la firma del consentimiento informado, la decisión de iniciar cuidados paliativos o la interrupción de tratamientos médicos, requieren una reflexión conjunta que contemple no sólo los aspectos clínicos, sino también los subjetivos y éticos.

Desde este marco, la intervención de un caso de amputación en el HMU no se limita al diagnóstico y tratamiento médico, sino que se extiende a un trabajo colaborativo entre diversas disciplinas. Esto significa la articulación del SSM (tanto de psicólogos como psiquiatras), el Servicio de Traumatología y en algunos casos el Servicio de Trabajo Social.

Esto se relaciona con lo que comentan Lopez y Odei (2019), cuando afirman que en las instituciones hospitalarias los diferentes profesionales no son totalmente autónomos, ya que están condicionados en sus actuaciones por la propia definición de dichas normativas y por su inclusión en equipos de trabajo.

Pude advertir que la decisión de amputar el miembro dañado es multidisciplinaria; en ella intervienen los servicios de Traumatología, Vascular, Infectología y Cirugía Plástica. Cada área evalúa la evolución de la lesión desde su perspectiva teórica. En torno a esta cuestión, en la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Traumatología, él nos explica que:

“De la decisión de amputación participan la mayor cantidad de servicios posibles. Generalmente intentamos hacerlo multidisciplinario para que haya un mejor manejo de la decisión.

Una vez que Traumatología da su indicación, pedimos que los otros sectores estén de acuerdo, lo elevamos a la junta médica o pedimos una decisión interdisciplinaria con los sectores de Infectología Vascular, Cirugía plástica...

A su vez, pedimos la atención del servicio de psicología para que el paciente entienda y para ir preparándolo para eso, porque es un trauma más. Más allá de que es una cirugía con anestesia, la pérdida de un miembro es algo traumático. Entonces se lo va preparando con el servicio de Salud Mental”. (Entrevista JST, 29/08/2024).

Esto me llevó a pensar que en los individuos con criterio de amputación exigen un abordaje interdisciplinario que incluya tanto médicos como psicólogos, para abordar las necesidades físicas sin descuidar las necesidades emocionales y sociales. Este enfoque es crucial para preparar al paciente ante cualquiera sea el resultado; ya sea la preservación del miembro o su amputación.

A partir de lo observado en mis prácticas, puedo argumentar que un equipo de atención en salud integrado por profesionales de diversas disciplinas permite garantizar una atención integral que contemple lo físico, lo emocional, lo social y lo simbólico.

La participación del equipo de salud mental en los casos con criterio de amputación comienza cuando el servicio de Traumatología realiza la derivación. Desde lo que he podido observar, las derivaciones se realizan de manera obligatoria cuando se evalúa la posibilidad de una amputación y se le debe presentar el consentimiento informado.

En la entrevista realizada a los R1 del Servicio de Traumatología, se reflexiona sobre la solicitud del SSM.

E: En qué momento ustedes desde el servicio deciden contactar al psicólogo para que trabaje con los pacientes que tienen criterio de amputación?

R2 (a): Y si o si lo contactamos cuando la decisión de amputación ya está tomada. Ahí si o si lo consideramos paciente de SM. Y sino cuándo lo vamos tanteando, si el paciente llora, o tiene dolor... pero no hay un protocolo que sigamos.

R2(b): Probablemente se solicita medio tardíamente la participación del servicio de SM, una vez que ya se decide la amputación inmediata, en el caso de los pacientes crónicos. Pero me parece que nosotros estamos requiriendo la intervención del psicólogo y psiquiatra un poquito tarde.

Más cuando el paciente está fracasando en el tratamiento... no esperar hasta el último momento.

R2 (a): Si, tratamos de abordarlo antes, pero si o si los contactamos cuando ya decidimos nosotros que la amputación es el procedimiento a seguir.(Entrevista R2 servicio de Traumatología, 29/08/2014)

La entrega del consentimiento informado se lleva a cabo en la habitación de la paciente, con la presencia de un integrante del servicio de Traumatología y una psicóloga del Servicio de Salud Mental.

El psicólogo colabora con el médico para brindar una explicación clara y comprensible sobre el procedimiento propuesto, le explican la finalidad, la forma en que se llevará a cabo y los posibles resultados. Se encarga de exponer los beneficios esperados del procedimiento,

ayudando al paciente a dimensionar el propósito terapéutico o diagnóstico de la intervención. Asimismo, de manera conjunta le presentan las alternativas disponibles, ya sean tratamientos menos invasivos o incluso la opción de no intervenir, destacando las implicancias de cada decisión.

Este momento marca, muchas veces, la primera vez en la que el paciente escucha de manera directa y formal que la amputación es una posibilidad real. Puede manifestar una variedad de emociones, dependiendo de la percepción que tenga el paciente sobre la intervención y su confianza en el equipo de salud.

Sin embargo, la firma del consentimiento informado permite que el paciente asuma un rol activo, lo cual puede generar mayor sensación de control y autonomía. Este acto simboliza no sólo que el paciente acepta formalmente un procedimiento invasivo, sino también que comprende los riesgos, beneficios y alternativas disponibles. En estos casos, se vuelve imprescindible lograr un equilibrio entre el respeto por la autonomía del paciente y las condiciones médicas y sociales que atraviesan su situación.

Una vez que se ha explicado el procedimiento y se firma el consentimiento, el servicio de Traumatología se encarga de digitalizar el documento, tal como se muestra en el fragmento de la entrevista al JST que se presenta a continuación:

E: Una vez realizada la indicación de amputar, en donde la pueden ver el resto de los sectores?

JST: Se adjunta la indicación a la historia clínica, que es digital. También se pide la interconsulta y ahí se define el pronóstico del paciente .

Obviamente nos aseguramos que el paciente esté de acuerdo y su familia también, se les explica a todos lo que sucede.

Los consentimientos generalmente son en papel porque los tienen que firmar, y eso va adjuntado a la historia clínica del paciente.

E: ¿Desde el equipo, quién es el encargado de darle la noticia de amputación al paciente?

JST: generalmente lo hablamos nosotros, los jefes de guardia o los jefes de servicio. Intentamos ir en grupo, no dar la noticia solos, por si llegan a surgir dudas o también por si alguien tiene algo más para aportar a la explicación. (Entrevista JST, 29/08/2014)

Como se comentó anteriormente, durante el período de internación el psicólogo actúa de nexo entre el personal médico y el paciente, acompañando a este último durante su internación, procurando que comprenda los procedimientos que se le realizan y la

información proporcionada por el equipo médico. Esta función constituye una forma de trabajo interdisciplinario, que permite articular las funciones del psicólogo y el saber médico en pos de una atención integral.

Si bien los médicos visitan al paciente todos los días y le comunican sus condiciones de salud; en algunas ocasiones el lenguaje utilizado puede resultar confuso. En una entrevista realizada con un paciente que se denominará “CR”, se puede evidenciar como la intervención psicológica muchas veces ayuda a calmar al paciente y disipar su enojo;

El día de la fecha el paciente no tiene ganas de hablar con el SSM. Está enojado. Luego de unos minutos de charla informal accede a hablar con nosotras.

Manifiesta un gran enojo hacia el personal de enfermería y los médicos que, según él, no lo ponen al tanto de lo que le está pasando.

Nos dice “soy un chico grande, entiendo lo que me está pasando” Lloro. (Autorregistro personal, 19/07/2024)

Según él, los médicos no lo estaban manteniendo al tanto de su situación, sin embargo, luego de una conversación empática con P2, llegaron a la conclusión de que aún no existía una decisión definitiva con respecto a su pierna, por lo que los médicos solo estaban comunicando la verdad. Intervenciones como la ilustrada anteriormente brindan contención emocional y favorecen una mejor adherencia al tratamiento.

Para finalizar, me gustaría mencionar que la articulación de los distintos saberes en el tratamiento de los pacientes con criterio de amputación resulta fundamental. Solo a través del trabajo conjunto entre distintos saberes es posible ofrecer una atención que contemple al paciente en su totalidad, acompañándolo tanto en su sufrimiento como en su proceso de adaptación y reconstrucción subjetiva.

IX. CONCLUSIONES

Para finalizar el presente trabajo, se compartirán algunas conclusiones finales, compuestas de reflexiones que surgieron a partir de los objetivos específicos que guiaron la sistematización de la experiencia. Al mismo tiempo, se exponen los aprendizajes obtenidos en el recorrido, tanto en la propia esfera personal y profesional.

Reflexiones del proceso

En primer lugar, frente al intento de describir el rol del psicólogo en un hospital de urgencias médico-quirúrgicas me encontré con que, para realizar su trabajo, los miembros del SSM enfrentan desafíos novedosos.

Por un lado, deben sumergirse en el lenguaje médico-hospitalario, manejar correctamente cierta terminología médica y aprender el significado de los diagnósticos del estado físico de los pacientes ingresados. Para leer las fichas de los pacientes es necesario que los psicólogos entiendan las nomenclaturas y términos como “retrancitacion intestinal” o “hematuria”. Si bien no se espera que el psicólogo utilice este lenguaje en su práctica cotidiana, conocerlo le permite interpretar con mayor precisión el estado general del paciente y comprender mejor el contexto de su atención médica.

A su vez, las circunstancias de sufrimiento físico requieren un acercamiento diferente al paciente. El psicólogo interactúa con individuos cuyo cuerpo ha sufrido daños físicos. El dolor, el síndrome de abstinencia de sustancias, la ansiedad y el estrés se presentan comúnmente en el trabajo en hospitales. Estos elementos no solo afectan el bienestar físico, sino que también tienen un impacto significativo en el estado emocional y psicológico del paciente. En este contexto, el psicólogo debe adaptar su enfoque terapéutico para abordar tanto las consecuencias inmediatas del daño físico como los desafíos emocionales que surgen en el proceso de recuperación, contribuyendo a una atención integral que contemple tanto el cuerpo como la mente del paciente.

El hecho de que las consultas se lleven a cabo en las habitaciones de los pacientes implica la puesta en práctica del ingenio del profesional. El psicólogo debe desarrollar estrategias para manejar factores que podrían interponerse en la creación de un espacio de intimidad; la llegada de familiares de visita, el ingreso de enfermeros o camilleros, los ruidos provenientes del pasillo y la presencia de otros pacientes en la misma habitación. Esta dinámica exige una gran capacidad de adaptación, sin perder de vista la importancia de sostener un encuadre que resguarde, en la medida de lo posible, el vínculo con el paciente.

Frente a todo esto considero que la psicología clínica llevada a cabo en el HMU no es, en absoluto, menos rigurosa o comprometida que aquella que se desarrolla en el ámbito del consultorio. Por el contrario, requiere del profesional una constante articulación entre teorías, modelos, corrientes y técnicas psicológicas, mientras se adapta a un contexto dinámico y desafiante, sin perder de vista el sostén del encuadre y la atención integral del paciente

A lo largo de la experiencia, se fue haciendo evidente que quienes trabajan en el acompañamiento de personas atravesadas por el sufrimiento físico y psíquico, especialmente en contextos de vulnerabilidad, despliegan un saber que excede lo aprendido en la teoría, los modelos técnicos o las estrategias formales. Existe una dimensión del oficio que no se encuentra en los libros, pero que se activa cotidianamente en escenarios marcados por la urgencia, la incertidumbre y el dolor. En esos contextos donde el tiempo apremia, lo inesperado irrumpe con frecuencia y la vida se encuentra en riesgo, cobran especial relevancia la escucha sensible, la capacidad de empatía, la flexibilidad frente a lo incierto y la forma en que incluso los pequeños gestos comunican.

La segunda categoría de análisis buscaba enfatizar en el desempeño del psicólogo clínico en el acompañamiento de pacientes con criterio de amputación quirúrgica. Este tipo de casos exigen, necesariamente, un abordaje interdisciplinario. Esto significa la articulación del SSM (tanto de psicólogos como psiquiatras), el Servicio de Traumatología y en algunos casos el Servicio de Trabajo Social.

A partir de lo vivido en el HMU, pude comprender que una amputación de un miembro inferior no representa únicamente una pérdida física, sino que desencadena una serie de transformaciones profundas que atraviesan la mente, las emociones y el entorno relacional del paciente. Su esfera biopsicosocial se ve comprometida; el estado de ánimo puede alterarse, surgen sentimientos de inutilidad, disminuye la autoestima y el proyecto de vida necesita ser reconfigurado. Frente a esto se resalta la importancia de la presencia de una intervención psicológica durante el proceso de amputación, visto que, desde mi perspectiva, contribuye a generar una pronta adaptación a las nuevas circunstancias de vida, aumentar la predisposición y cooperación del paciente, promoviendo una mayor adherencia al tratamiento, lo cual conlleva a mejorar notablemente la calidad de vida.

En relación con el tercer objetivo propuesto para el desarrollo de la sistematización de la experiencia, se buscaba describir las dinámicas interdisciplinarias que se llevan a cabo en el abordaje de un paciente con criterio de amputación ingresado en el HMU.

Desde lo que se pudo observar, en muchas ocasiones la psicología es una especialidad escasamente visible e identificada en el ámbito hospitalario. A menudo nos encontrábamos con profesionales que desconocían sus funciones, tareas o mecanismos de solicitud de intervención. Esto genera una brecha en la atención integral del paciente, ya que en ocasiones los médicos y enfermeros se enfrentan en su día a día con necesidades psíquicas de los pacientes y sus familias, a las cuales no pueden dar respuesta con modelos biomédicos exclusivos. En este sentido, el psicólogo como miembro de un equipo interdisciplinario aporta una visión específica de los procesos psicológicos observados, enriqueciendo el abordaje global del paciente y contribuyendo al bienestar integral del mismo.

El trabajo conjunto entre enfoques diversos no solo permite enriquecer el tratamiento brindado al paciente, sino que proporciona un espacio de apoyo mutuo para los profesionales de la institución, lo cual es fundamental en un entorno laboral tan demandante. Trabajar de manera interdisciplinaria resulta esencial para ofrecer una atención integral y de calidad, asegurando de esta manera que se cubran todas las dimensiones de la atención: física, emocional, social y simbólica.

Conclusiones finales

Durante mis prácticas, observé que los pacientes que ingresan al hospital con lesiones en sus miembros inferiores no sólo enfrentan un proceso clínico complejo, sino también un período de espera cargado de incertidumbre. La escucha, la contención y el acompañamiento psicológico permiten que el paciente no atraviese en soledad la experiencia hospitalaria.

Desde este trabajo se intentó ofrecer una mirada sistematizada sobre el impacto subjetivo de la amputación y el rol del psicólogo en su abordaje; que, si bien forma parte de la práctica cotidiana del hospital, muchas veces permanece invisibilizada. A partir de la observación directa y el análisis de intervenciones concretas, se pudieron identificar necesidades psíquicas específicas en los pacientes observados, así como estrategias eficaces de acompañamiento.

Considero que los conocimientos generados en esta experiencia no sólo permiten legitimar el trabajo del Servicio de Salud Mental, sino que brinda insumos para mejorar la articulación interdisciplinaria, fortalecer la calidad de atención y generar protocolos más sensibles al sufrimiento emocional de los pacientes y sus familias.

Tomando provecho de la elaboración de este trabajo, me gustaría señalar que, en la actualidad, el Hospital Municipal de Urgencias no cuenta con un protocolo específico para el abordaje de pacientes con criterio de amputación. Esta ausencia institucional deja librada a la voluntad individual de los equipos la posibilidad de brindar un acompañamiento integral en estos casos. Desde una perspectiva crítica, propongo que se evalúe la creación de un comité interdisciplinario ante situaciones de amputación quirúrgica, que permita diseñar dispositivos de contención adecuados desde el momento en que se considera esta intervención médica.

Para construir un dispositivo de atención más robusto y sensible a estas situaciones, a largo plazo, se podría desarrollar una ficha o instrumento específico que fortalezca y registre la intervención de cada servicio involucrado.

Del mismo modo, como se ha planteado en el análisis, el servicio de Salud Mental del HMU no realiza atención en consultorio externo. Esto deja en manos del propio paciente la decisión de retomar el contacto, lo cual depende de sus recursos personales.

Por esta razón, propongo la creación de un “turnero externo” que permita hacer un seguimiento programado para los pacientes amputados una vez egresados del hospital, garantizando así una contención interdisciplinaria sostenida, que permita garantizar la continuidad del acompañamiento.

Siendo este un trabajo de sistematización, se invita al lector a considerar las siguientes afirmaciones teóricas y prácticas como propuestas abiertas, destinadas a servir como punto de partida para posteriores trabajos de sistematización.

X. BIBLIOGRAFÍA

Referencias

Acero Rodríguez, P. , Castillo M. , (2008) descripción del proceso de duelo en militares víctimas de minas antipersonas. *Psicogente*, 11 (20): pp. 108-121.

Arias Vásquez, P. (2018). Prevalencia y correlaciones entre intento de suicidio, depresión, consumo de sustancias y funcionalidad entre pacientes con amputaciones de extremidades. *Medical Rehabilitation Review*, 41(1), 52–56.
<https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000259>

Barberousse, Paulette (2008), Fundamentos teóricos del pensamiento complejo Edgar Morin. *Revista Electrónica Educare*, 7 (2), pp. 95-113

Belló, M., Becerril-Montekio V.M (2011). *Sistema de salud de Argentina*. 96-108
Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>

Bleger, J. (1964) La entrevista psicológica. *Ficha de editada por el Departamento de Psicología*, Universidad de Bs.As. Facultad de Filosofía y Letras.

Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. En *Psicología clínica: Perspectivas actuales* (pp. 17–32). Pirámide Ediciones.

Cafferata, E. (15 de diciembre de 2014) en Verdadera historia, La Voz del Interior.
Recuperado de <https://www.lavoz.com.ar/opinion/verdadera-historia/>

Colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba. (2016). Código de ética.
http://www.legisalud.gov.ar/pdf/cba_psico.pdf.

Dagfal, A. (2012). Historias de la psicología en la Argentina (1890-1966). 21 (126).

Dionisio, LD. (2021), *Psiquiatría para médicos: nociones clínicas, diagnósticas y terapéuticas*, 1ra ed. - Córdoba: Tinta Libre, 2021. 416 p.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013) Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: [file:///C:/Users/lugar/Downloads/Lineamientos%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20de%20la%20urgencia%20en%20Salud%20Mental%20\(2013\).pdf](file:///C:/Users/lugar/Downloads/Lineamientos%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20de%20la%20urgencia%20en%20Salud%20Mental%20(2013).pdf)

Ey H. (1978) *Tratado de psiquiatría* (Octava edición). España, Barcelona: Masson.

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1–10.

Figueroa, E. O. (1996) *Biografía de un hospital: Hospital Municipal de Urgencias Córdoba*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

García Salabarría J. (2006) Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública Cubana. *Revista Cubana Salud Pública*, 32 (1).

Garza Villaseñor, L. (2009). Cronología histórica de las amputaciones. *Revista Mexicana de Angiología*, 37(1), 9–22.

Jara, O. (2011) Sistematización: La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos, *Revista Decisio*, 28 (1) Enero - Abril 2011

Jimenez García K., (2017), Ajuste psicosocial en pacientes amputados: la psicología en el contexto sanitario. *Revista Cúpula*; 31 (2): 8-43

Jorge, E. (2018) La evaluación clínica como una función integral del psicólogo en *Perspectivas en psicología*, 15 (1) 98-107

Keszler, M. S., Crandell, D. M., & Morgenroth, D. C. (2020). Rehabilitación de personas con pérdida de extremidades debido a traumatismos. *Current Trauma Reports*, 6, 96–104. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s40719-020-00193-8>

Klappenbach, H. (2006) Periodización de la psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (1), 109-164.

Lagache, D. (1982) en Obras II (1939-1946). Pág. 119-129. Paidós: Buenos Aires.

Leahey, T. H. (1998). Parte II: La fundación de la psicología. En Prentice Hall (Eds). *Historia de la Psicología: Principales Corrientes en el Pensamiento Psicológico*. (225- 329)

Lemos, V. (2012). La evaluación infantil: Desafíos y propuestas. *XV Congreso Latinoamericano de ALAMOC*.

Leopold Bellak (1987) *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*.
Recuperado de:
<https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=kbf-CAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq>

=bellak&ots=pKyopEA5fn&sig=6KP6P43nmXWsEoEpBdrFXpalZfA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Ley N.º 26.657. (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, 1 de diciembre de 2010. <https://www.boletinoficial.gob.ar/>

Ley N.º 26.529. (2009). Ley de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Boletín Oficial de la República Argentina, 21 de octubre de 2009. <https://www.boletinoficial.gob.ar/>

Ley Provincial N.º 7.106. (1984). Código de Ética para el Ejercicio Profesional en la Provincia de Córdoba. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, 5 de diciembre de 1984.

Lopez, A., Odei, I. (2019), Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*, 10 (1), 1-19 <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>

Martínez, C.; Alonso, C.; Castro, P.; Álvarez, P.; Oviedo, C.; Ellwanger, J. (2004) Efectividad de la técnica de intervención en crisis (IC) en un servicio de urgencia de un hospital general, *Terapia Psicológica*, 22 (2), pp. 177-184

Menéndez, E. L. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. En Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud (pp. 451-464).

Ministerio de Salud de la Nación. (2013), Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000294cnt-2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf

Ocampo, ML., Henao L. y Vásquez, L. (2010), *Amputación de miembro inferior: cambios funcionales, inmovilización y actividad física*, (Documento de investigación N°42). Universidad del Rosario, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano.

Olarra, J. y Longarela, A., (2007). Sensación de miembro fantasma y dolor de miembro residual tras 50 años de la amputación, *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 4 (10).

Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos básicos* (48º edición). Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

Paoli Bolio, F. (2019) Multi, inter y transdisciplinariedad, Problema. Anuario de Filosofía y Teoría del Derecho, (13). <https://doi.org/10.22201/ij.24487937e.2019.13>

Perkins, et. al (2012), Factores que afectan el resultado después de una amputación traumática de una extremidad, *British Journal of Surgery*, 99 (1), pp 75-86. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/bjs.7766>

Pinel, J. (2007) *Neurobiología*. Capítulo 10: Plasticidad neural y tratamiento del daño en el sistema nervioso. (pp 285-286.) Pearson Educación.

Política de calidad del Hospital Municipal de Urgencias (Versión actualizada Junio 2024)

Protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencias en Salud Mental (2018). Recuperado de: <https://observatoriosmyddhh.org/protocolo-tesis-salud-mental/>

Raffo S. (2005), Intervención en crisis. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. Universidad de Chile.

Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española (22ª ed.). Espasa-Calpe.

Santamaría, C. (2018). Antecedentes filosóficos de la psicología contemporánea. En Editorial Ariel. *Historia de la Psicología: El nacimiento de una ciencia*. (pp. 15-35)

Slaikew, K. (1996). Intervención en crisis. (2ª ed.) México: Manual Moderno.

Tavera, J. (2014) Amputación: Más Allá de un Cambio Físico, un Cambio Mental. *Revista El Dolor*, 24(62) 20-22.

Valenzuela Contreras, L. (2016) La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 9 (9), 50 - 59.

Zas, B. (2011). Experiencias en Psicología Hospitalaria. Recuperado de <https://www.monografias.com/trabajos107/experiencias-psicologia-hospitalaria/experiencias-psicologia-hospitalaria.shtml>

Zalaquett P. y Muñoz, E. (2017), intervención en crisis para pacientes hospitalizados, *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 835-840. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.11.008>

ANEXO 1

Historial antecedentes Caso ED. Registro entrevista P1 del SSM.

“P1: La paciente ingresó en el año 2019. Era un momento de limitaciones por la pandemia mundial. Ingresó por herida de arma de fuego en miembro inferior izquierdo, en el contexto de una violencia intrafamiliar, violencia de género.

Ingresó directamente a UTI, por la gravedad de la lesión y permanece un tiempo largo internada. Ahí entrevistamos a la familia. Entrevista con la familia

Durante un tiempo estuvo muy grave en UTI y luego pasó al sector C.

P1: La verdad es que a ED le costaba adherir a los tratamientos propuestos, tanto los traumatológicos, infectológicos y los tratamientos en salud mental.

Durante la internación y al momento del alta hospitalaria se le ofrecen abordajes psicoterapéuticos y psicofarmacológicos que ella inició y soltó.

Con ella no se logró ninguna adherencia al tratamiento. La paciente siempre estuvo negada a recibir ayuda médica.

Su hija mayor nos comentaba “Cuando se siente un poco mejor lo deja” “Se le termina la medicación y deja todo”

Ella nunca demandó abordaje psicológico. Cuando nosotros la entrevistábamos siempre negaba que estaba mal.

Desde la entrevista en el SSM no pudimos indagar mucho porque es una paciente que no se abría a la entrevista, no había una demanda por entender que le estaba pasando. Vos le ponías en espejo y no había un registro.

P1: Bueno en consecuencia de todo eso, el desenlace es la decisión de amputación. Es una pierna que durante 5 años tuvo que ser intervenida y re-intervenida un montón de veces, con muchas internaciones en el hospital, con antibiótico terapia que había que pasar por suero (por eso ella estaba acá). Incluso esos tratamientos por las infecciones ella los dejaba por la mitad.

Luego de mucho tiempo el servicio de traumatología decide la amputación y pide la intervención del equipo de SM para abordar esta última opción.

La paciente dice que ella no iba a tolerar no tener una pierna después de tantos años.

Lo que no se trabajó con ella porque no dio oportunidad fue el significado real de la amputación, no permitió acceder al registro simbólico de su pierna, porque busco aferrarse a esa pierna”

ANEXO 2

Testimonio de la P1 del SSM, episodio que ilustra el fenómeno del miembro fantasma.

“P1 relata:

Esto sucedió con un paciente que tuvimos hace unos años en el HMU de Córdoba. En ese momento yo tenía la costumbre de entrar a la habitación, saludar al paciente que tenía que valorar ese día y eventualmente sentarme en el borde de las camas. Ese día visité a un paciente que había sido sometido a cirugía el día anterior por una amputación traumática, le habían amputado el miembro inferior izquierdo. (amputación supracondílea)

Cuando llegué a su habitación, se encontraba recostado y decidí sentarme sobre el borde izquierdo de su cama. En el instante en que me senté él empezó a gritar a exclamar “Ay, ay! ay! ay! Yo se que no esta, yo se que no está, pero doctora me duele!!” mientras movía la cabeza.

El paciente estaba haciendo referencia al dolor que sentiría con el peso de un cuerpo sobre su pierna izquierda. Quedé totalmente sorprendida. Su pierna no estaba allí, pero su dolor era real, él lo sentía”.