

INFORME FINAL DE PRÁCTICA PROFESIONAL EN LA E.S.E HOSPITAL MENTAL
UNIVERSITARIO DE RISARALDA (HOMERIS), DEL AÑO 2009

PRACTICA PSICOLÓGICA DESDE UNA ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA EN EL E.S.E.
HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

Carlos Alberto Urueña Jaramillo (Practicante)

Carlos Andrés Hurtado Díaz (Asesor)

Universidad Católica Popular del Risaralda
Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación
Programa de Psicología
Prácticas Profesionales
Pereira-Risaralda
2009

A mis padres y a mi vida
Una completa búsqueda de mi libertad.

Muchas gracias a mis padres, a mis amigos y a todos aquellos

Con los cuales me he encontrado y me han posibilitado ser lo que ahora soy.

A todas ellas con las cuales compartí.

A Carlos Andrés Hurtado por ser tan buen compañero en los caminos del psicoanálisis,

Y en especial por toda su paciencia.

Y ahora y con mucho amor a Ángela María Gómez por los cambios de perspectiva

Que tanto me han hecho ver.

Vamos por esos girasoles!!!



CONTENIDO

Dedicatoria 2

Agradecimientos 3

INTRODUCCIÓN 9

1. Presentación de la organización 12

2. Marco referencial 17

2.1. Diagnostico o identificación de necesidades 17

2.2. Ejes de intervención 19

2.2.1. Eje 1. Clínica en consulta externa y pacientes hospitalizados 19

2.2.2. Eje 2. Clínica con paciente inimputable 20

2.2.3. Eje 3. Acompañamiento psicoeducativo y clínico en el programa extramural 20

2.3. Justificación de los ejes de intervención 20

2.3.1. Eje 1. Clínica en consulta externa y pacientes hospitalizados 20

2.3.2. Eje 2. Clínica con paciente inimputable 21

2.3.3. Eje 3. Acompañamiento psicoeducativo y clínico en el programa extramural 22

2.4. Marco teórico 22

2.4.1. La psicología como multiplicidad de discursos 22

2.4.2. Clínica psicoanalítica 25

2.4.3. El psicoanálisis y la sexualidad infantil 28

2.4.4. Los momentos de la cura 31



2.5. Propuesta de intervención	34
2.5.1. Eje 1. Clínica en consulta externa y pacientes hospitalizados	35
2.5.2. Eje 2. Clínica con paciente inimputable	42
2.5.3. Eje 3. Acompañamiento psicoeducativo y clínico en el programa extramural	44
2.6. Dificultades presentadas	48
2.6.1. Eje 1. Clínica en consulta externa y pacientes hospitalizados	48
2.6.2. Eje 2. Clínica con paciente inimputable	50
2.6.3. Eje 3. Acompañamiento psicoeducativo y clínico en el programa extramural	50
2.6.4. Otras dificultades presentadas	50
3. Conclusiones	52
4. Recomendaciones	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
LISTA DE GRÁFICOS	37
APÉNDICES	57
ANEXOS	63



LISTA DE GRÁFICOS

- Grafica 1.** Consultas total por otros psicólogos 37
- Grafico 2.** Consultas total psicólogo practicante 37
- Grafica 3.** Aplicación de pruebas psicológicas en niños y en adultos 38
- Grafica 4.** Número de consultas por paciente 38
- Grafica 5.** Número de intervenciones y aplicación de pruebas psicológicas a pacientes de urgencias 39
- Grafica 6.** Número de intervenciones y aplicación de pruebas psicológicas a pacientes del área de pensión 40
- Grafica 7.** Número de intervenciones y aplicación de pruebas psicológicas a pacientes del área de agudos 41
- Grafica 8.** Numero de consultas con paciente inimputable 44
- Grafica 9.** Valoración clínica y trabajo en comunidades con pacientes de municipios del Risaralda 47

LISTA DE APÉNDICES

Apéndice 1: Encuesta a los profesionales del HOMERIS; instrumento utilizado para la identificación de necesidades

- **Encuesta 1.** Psicólogo del HOMERIS 57
- **Encuesta 2.** Psicóloga del HOMERIS 59
- **Encuesta 3.** Psiquiatra del HOMERIS 61



- **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. Organigrama del HOMERIS 63

Anexo 2. Servicios presentados por el hospital en desarrollo de su misión 64

RESUMEN

RESUMEN

En el presente documento se encontrara el producto de diez meses de práctica en el E.S.E. Hospital Mental Universitario del Risaralda del año 2009. La practica en cuanto tal se realizo en el campo clínico desde una orientación psicoanalítica y en el campo psicoeducativo.

La práctica se realizo en el área de consulta externa, hospitalización agudos, pensión, urgencias e inimputables a nivel intramural, y en el área extramural al desarrollar proyectos de prevención y promoción en salud mental en los municipios del Risaralda.

Palabras calve: Psicoanálisis, Psicología clínica, Psicoeducación, Intervención psicológica, Evaluación psicológica.



INFORME FINAL DE PRÁCTICA PROFESIONAL HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

INTRODUCCIÓN

Ya es bien sabido que la práctica profesional es el culmen del proceso académico desarrollado en la institución universitaria, en este caso la Universidad Católica Popular del Risaralda la cual ha facilitado el desarrollo de la misma en la E.S.E Hospital Mental Universitario del Risaralda.

Como estudiante de Psicología, el devenir practicante trae consigo la aplicación, corroboración y desarrollo de los conocimientos aprehekidos durante la vida académica. En todo saber científico se consolida la elaboración teórica con la praxis de la misma. La aplicación de una ciencia se hace necesaria ya que su gestación nace de la misma búsqueda del hombre por comprender el mundo. La praxis psicológica no se queda atrás; las búsquedas académicas, si bien son importantes, manifiestan sus enunciados, elaboraciones y adquieren sentido, cuando se confrontan estas con el quehacer profesional. La psicología como ciencia tiene su nacimiento en la investigación clínica, por tanto, pasar de un estado académico a uno profesional, particularmente en este campo de aplicación, marca un retorno a la investigación y al trabajo clínico con pacientes.

El trabajo clínico en Psicología trae consigo, a grandes rasgos, dos consecuencias inevitables. Así, en primer término el asumir la responsabilidad como profesional (hasta donde la ética, la responsabilidad y libertad del paciente lo permita) de una vida que no se re-conoce. Así las cosas, el psicólogo clínico adquiere un nuevo sentido, una nueva responsabilidad y una nueva posición; ser el “tarro de basura” donde sus pacientes arrojan lo que jamás les ha gustado de la vida que han elegido. No debiera entenderse esta analogía de manera despectiva, por el contrario, el ser Psicólogo, el querer construirse en este campo implica de manera directa querer ser el

catalizador, codificador y recolector de la basura de sus pacientes. El Psicólogo, como Prometeo encadenado, propende por dar luz a los hombres.

Dado lo complejo del objeto de estudio en la que esta ciencia ha centrado su atención, no es posible optimizar a la manera más funcional el trabajo con humanos dadas las consecuencias de sus elecciones en relación con la cura, pero si es posible construir directrices y lineamientos para que el trabajo del psicólogo se desarrolle de manera óptima en su misma labor. Al respecto, la intención del presente informe es dar a conocer estos lineamientos, o en un mejor termino, un plan de trabajo que centre y articule de manera rigurosa la praxis psicológica que, de igual manera, genere un producto académico, es decir, un producto en cuanto al saber adquirido por la riqueza del vivenciar, un vivenciar estructurado y con una finalidad.

Aun así, más allá la producción escrita o del establecimiento de esas pautas de acción presentes aquí, se encuentra un direccionamiento teórico más profundo que marca los lineamientos tanto del plan de práctica como de la práctica misma. A este respecto el practicante ha elegido, interiorizado y comprendido el enfoque psicoanalítico para llevar a cabo su práctica clínica, enfoque que discierne, a grandes rasgos, sobre unos contenidos inconscientes causantes del padecimiento subjetivo de los pacientes, es necesario aclarar que si bien la teoría psicoanalítica dirige el modo de intervención no es posible equiparar el lugar que ocupara el psicólogo con respecto a un analista, de esta manera no será una intervención netamente psicoanalítica, se reconoce que es una psicoterapia de orientación psicoanalítica. No obstante, la práctica misma tiene la posibilidad de encontrarse con otro tipo de campos y de poblaciones de esta manera el practicante tendrá de igual forma la facilidad para llevar a cabo procesos de orden psicoeducativo, tanto con usuarios internos, como en otros lugares de la región.

Ahora bien, el practicante en diálogo con la institución desarrollará un plan de rotación dentro de las diferentes áreas de impacto, en donde en los meses de febrero, marzo y abril se realiza la práctica en el área de urgencias; en los meses de mayo, junio, julio, agosto y septiembre en el área de pensión y extramural; en mayo, junio, agosto, septiembre, octubre y noviembre en el área de agudos; finalmente, en los meses de agosto, septiembre y octubre se realiza en el área de inimputables. Por el contrario en el área de consulta externa se realiza la práctica durante los 10 meses completos.



La práctica misma tendrá una duración de diez meses, la cual se da inicio el día 3 de febrero del 2009 y se dará por terminada el día 3 de Diciembre del mismo año

1. Presentación de la organización¹

Donde actualmente reside la E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda antes se conoció una escuela pública, pero que más tarde en 1967 se convirtió en un pabellón para enfermos de tuberculosis debido a las altas manifestaciones de esta de enfermedad en la época. Este pabellón fue trasladado al área de neumología del hospital San Jorge y el actual HOMERIS se convirtió en el "Hogar del Mendigo".

Es ya en 1968, gracias al Doctor Guillermo Federico Klinker, que se dieron los inicios para una prestación de servicios en salud mental. En un principio la institución prestaba sus servicios a quien los solicitara, pero su población de impacto la conformaban los sujetos que deambulaban por la ciudad de Pereira con trastornos mentales.

Al inicio, las características de este centro respondían a las de un manicomio tradicional, no obstante se llevaba a cabo a nivel administrativo y médico procesos erróneos con los pacientes, no se encontraban historias médicas, por lo tanto, llevar a cabo un proceso riguroso y eficiente era casi nulo; muchos pacientes con problemas genéticos degenerativos se encontraban dentro de las filas de enfermos.

La E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda abre sus puertas en 1981, retoma los pacientes y las instalaciones para realizar una transformación tanto física como en atención médica pertinente, de esta manera la institución presta sus servicios a la comunidad en general y ha diseñado proyectos encaminados en la promoción y prevención en salud mental. En 1984 se diseñaron métodos para el control del alcoholismo, la drogadicción y la toxicomanía, para tal empresa se optó por diseñar intervenciones de carácter más humano y dirigido hacia el paciente.

Para 1998 se activa la unidad de urgencias psiquiátricas y se realizan cambios a nivel de infraestructura y tecnología.

En el 2002 gracias a un convenio con el departamento del Risaralda se produjo una reorganización en los hospitales del departamento. Así mismo la E.S.E Hospital Mental

¹ Para este apartado se retomó toda la información aportada por la E.S.E Hospital Mental Universitario. Según documentos virtuales aportados por la sub-dirección científica.

Universitario de Risaralda reasignó el personal a cargo e implementó nuevos procesos, lo que tuvo como consecuencia una institución más moderna y eficiente.

Actualmente, la E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda es una entidad prestadora de servicios de salud mental de segundo nivel de complejidad que atiende la población en condiciones de vulnerabilidad y escasos recursos de los departamentos de Risaralda, Chocó y Norte del Valle. Los servicios que ofrece son en urgencias, hospitalización, consulta externa, área de inimputables, farmacia, programas extramurales en promoción y prevención de enfermedades mentales, drogadicción, toxicomanía, alcoholismo, entre otras.

Se encuentran 4 áreas de atención al interior del hospital: el área de consulta externa, donde se ubican tres practicantes de Psicología, tres Psicólogos, cuatro Psiquiatras, dos Terapeutas Ocupacionales para un total de 11 consultorios, ésta área se encarga de prestar atención en salud mental dada la problemática y la pertinencia del profesional de cada paciente, es el sitio con mas demanda en atención psicológica y con gran énfasis en vicisitudes concernientes a problemas educativos y comportamentales en niños.

La población que se atiende se vinculan a alguna entidad prestadora de salud, gran parte de sus usuarios son pertenecientes al SISBEN. Otra área es la Clínica Santa Ana, área ubicada al interior de la institución y se encarga de prestar servicios de hospitalización a los pacientes que lo requieren y que se encuentran vinculados a la entidad prestadora de salud SaludCoop o pagan los servicios por sus propios medios, a esta área se le conoce como Pensión; dentro del mismo servicio de hospitalización se encuentra el área de pacientes crónicos los cuales reciben el mismo servicio empero son pertenecientes a otra entidad prestadora de salud.

La tercera área es urgencias, se ocupa de pacientes críticos o con una manifestación desbordante de sus síntomas, por ejemplo, muchos pacientes con síntomas de depresión, ideas suicidas y con heridas auto infligidas son atendidos en este lugar buscando minimizar sus síntomas, posteriormente son trasladados al área de pensión o crónicos. Finalmente se encuentra el área de inimputables²; según el artículo 24 de la ley 65 de 1993 se ordenó el retiro de los servicios de atención psiquiátrica en los centros penitenciarios y de reclusión para

² La información desde ahora suministrada con respecto a la inimputabilidad es obtenida del documento recreado del “Encuentro interinstitucional para la atención integral de la población declarada inimputable por trastorno mental” este documento es suministrado por el Ministerio de la Protección Social, 2004.

las personas declaradas inimputables, para lo cual, el Ministerio de Protección Social asume la responsabilidad de los sujetos en esta condición y se les proporciona los servicios correspondientes.

Las personas declaradas inimputables son quienes “en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares”. (Código Penal)

La institución cuenta con un total de 62 camas distribuidas así: urgencias con 20 camas, hospitalización con 30 camas, la Clínica Santa Ana con 10 camas y 13 pacientes inimputables en convenio, estos últimos con el Ministerio de Protección Social.

Al interior trabajan 46 personas de planta: Gerente, Subdirector Científico, Subdirector Administrativo, cinco Psiquiatras, tres Médicos Generales, tres Psicólogos, dos Psicólogos practicantes, tres Terapistas Ocupacionales, tres Trabajadores Sociales, un Enfermero Jefe, trece Auxiliares de Enfermería, un Ingeniero de Sistemas, cuatro Técnicos Operativos y dos Auxiliares Administrativos.

La estructura de la organización es la siguiente: a la cabeza está la Gobernación, que se encarga de planear las políticas directrices del hospital, las que son socializadas en la Junta Directiva, posteriormente pasan a gerencia donde se ejecutan. Desde este punto la gestión administrativa se divide en dos aéreas, la administrativa y la asistencial; para la primera se encuentra la Subdirector Administrativo y para la segunda el Subdirector Científico, al interior del equipo asistencial está el área de Psicología. (Ver Anexo 1)

Dentro de los componentes estratégicos se encuentra las directrices filosóficas de la institución³:

Misión: somos una institución de segundo nivel prestadora de servicios de Salud Mental, que ofrece servicios competitivos de alta calidad y eficiencia a través de un excelente nivel científico, tecnológico y talento humano idóneo, comprometidos en mejorar la Salud Mental de la población que atendemos, generando clientes satisfechos.

³ La información que prosigue se encuentra entre las páginas 5-7 del plan de inducción y reinducción del E.S.E Hospital Mental Universitario del Risaralda y será retomada en gran parte al pie de la letra.



Visión: ser una institución prestadora de programas Integrales de Salud Mental en el Eje Cafetero, comprometida en el mejoramiento continuo. La institución ha establecido dos *Principios Éticos* que direccionan el actuar de los servidores:

Integridad: prioridad de lo humano y lo social, la institución buscará que hombres y mujeres logren la realización de sus potencialidades en forma individual y colectiva, fortaleciendo el capital social como base para construir un desarrollo integral y una mejor calidad de vida.

Respeto a la dignidad humana: los funcionarios de la E.S.E Hospital Mental del Risaralda manifestaran en todas sus acciones el respeto a la dignidad humana, expresado en el cuidadoso tratamiento que se debe tener por la personas a fin de no destruir ni perturbar su consideración como individuo.

Partiendo de la postulación de estos *Principios Éticos* se encuentran los valores que sustentan los mismos, al respecto:

Compromiso: tener sentido de pertenencia con el hospital, para prestar el mejor servicio de salud mental. Para que se vivencie el compromiso es necesaria la participación del personal de la institución, usuarios, familias y entes territoriales.

Responsabilidad: cumplir los requerimientos necesarios para la prestación de un buen servicio al usuario. Responsabilidad implica: asistencia y puntualidad, buena voluntad, observar con exactitud las exigencias reglamentadas por la institución, haciéndose cargo en forma diligente y oportuna de los que le compete a cada funcionario. La responsabilidad exige una buena comunicación y un armónico trabajo en equipo o corresponsabilidad.

Solidaridad: prestar el servicio de salud mental, practicando la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, las comunidades, los sectores económicos y las regiones bajo el principio de ayuda del más fuerte hacia el más débil.

Respeto: respetar, es entender y aceptar a todas las personas tal cual como son, de tal manera que se les vulnere el derecho a la individualidad como edad, creencias, sexo, raza, para conservar unas sanas relaciones sociales.

Tolerancia: tolerancia es aceptar con paciencia la diferencia de pensamientos, acciones y resultados de todas las personas involucradas en el servicio de salud mental y en especial del paciente.

Así, dados los componentes estratégicos de la administración institucional se encuentran cuatro objetivos a cumplir por parte de esta:



1. Ofrecer a la población que atendemos, servicios integrales, propendiendo por mejorar su salud mental.
2. Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes de nuestros usuarios en el proceso de atención.
3. Mejorar los indicadores de productividad a través del mercadeo de servicios.
4. Posicionar el hospital como entidad líder en la prestación de servicios de la salud mental en el departamento.

En busca de llevar acabo la misión propuesta se establecen las áreas prestadoras de servicios: Clínica Santa Ana (las 24 horas), Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Farmacia Outsourcing con COODESURIS y Servicios Extramurales (Ver Anexo 2).

2. Marco referencial

2.1. *Diagnóstico o identificación de necesidades*

El HOMERIS, como otras muchas empresas, ha requerido profesionales en formación para atender problemáticas y cubrir necesidades diarias debido a la demanda de salud mental que acosa a la región. En este caso, el practicante ha recibido formación académica rigurosa, es también preciso que establezca un plan de acción que direcciona su práctica profesional y que, de la misma manera, reduzca el nivel de las necesidades institucionales para lo cual ha sido convocado.

En este sentido al practicante se le han asignado cuatro áreas, ya antes mencionadas, donde son necesarios sus servicios como psicólogo, lugares donde se hace exigente la intervención clínica y psicosocial. Para este primer semestre del año 2009, se propuso llevar a cabo una rotación por los distintos centros de atención del HOMERIS; en un primer momento se llevaron procesos de intervención clínica en el centro de urgencias, seguido a esto realizaron procesos de intervención clínica con los pacientes de pensión y hospitalización crónicos, y a su vez realizar una práctica clínica y psicoeducativa en el área extramural, para terminar su rotación proporcionando espacios psicoterapéuticos con los pacientes inimputables.

Por tanto buscando una mejor eficacia dentro de la praxis psicológica y de igual manera las características y funciones pertinentes para el psicólogo practicante, se ejecutó una encuesta a tres profesionales de la institución: dos psicólogos y un psiquiatra. Al estructurar la encuesta se tuvo la pretensión de identificar las funciones a desempeñar por parte del psicólogo y la relación de éstas dependiendo del área de cobertura (Intramural y Extramural), estos dos tópicos tratando de identificar la pertinencia de la psicología en las necesidades de la institución.

La información obtenida, gracias a la herramienta utilizada, la búsqueda en informes de practicantes pasados y diálogos con los profesionales del HOMERIS, permite identificar que la psicología es de gran relevancia en la institución debido a la alta demanda en salud mental la praxis psicológica es indispensable “porque a través de la práctica psicológica se le ayuda al

paciente a entender, controlar y manejar sus estados emocionales y comportamentales” (Encuesta #1), de esta manera la intervención psicológica les permite a los usuarios afrontar sus diferentes problemáticas de orden emocional y educativo.

Los aportes de los psicólogos en las intervenciones multidisciplinarias permiten realizar una evaluación holística y rigurosa así como generar gestiones de cambio y bienestar en los pacientes, al respecto una psicóloga nos dice lo siguiente: “Es importante ya que aporta en la alta demanda en consulta externa; apoya a los profesionales en el área y facilita atención psicológica en los pacientes hospitalizados” (Encuesta #2). En las tres encuestas realizadas se obtuvo como denominador común que las funciones del psicólogo corresponden a valoración y desarrollo de procesos psicoterapéuticos, aplicación de pruebas psicológicas e intervención grupal, este último punto hace referencia a pacientes con problemas de drogadicción con los cuales se hace necesario llevar a cabo procesos terapéuticos y educativos con la familia de los mismos, desde este aspecto para algunos pacientes hospitalizados se hace necesario este mismo tipo de intervención, ya que su problemática influye de gran manera en la dinámica familiar y ésta a su vez, no tiene las herramientas necesarias para facilitar una buena convivencia. A continuación se establecen las necesidades de la institución dependiendo del área.

En el área de consulta externa: para esta área se hacen necesarias todas las herramientas técnicas y teóricas con las que cuenta un psicólogo. Gran parte de las necesidades de esta área radican en la demanda hacia la consultoría psicológica, por tanto, atender pacientes por consulta externa es su gran utilidad, aun así es para el psicólogo practicante de manera primordial llevar a cabo intervenciones y evaluaciones de manera idónea y rigurosa que propendan de una manera ética por el bienestar del paciente. En si misma esta área fue la que demando mayor apoyo por parte del practicante, esto debido a la gran cantidad de usuarios pendientes para valoraciones e intervenciones por el área de psicología.

Otras necesidades que se encontraron dentro del área, es la necesidad de que los funcionarios estén capacitados para llevar a cabo intervenciones en crisis, es decir, terapias oportunas para personas que han tenido eventualidades en su vida como la pérdida de un ser querido, una ruptura amorosa entre otras. De igual forma se evidenció por parte de los profesionales entrevistados una intencionalidad interdisciplinaria en sus argumentos, en cuanto que pretendían realizar evaluaciones de casos clínicos con todos los profesionales.

En el área de urgencias, hospitalización y pensión: en cuanto a las funciones y necesidades de esta área no se hacen muy claras las diferencias con consulta externa; para estas áreas la demanda psicológica disminuye, no obstante para muchos pacientes se hace necesario continuar con procesos psicoterapéuticos en conjunto con psiquiatría. Es también necesario que el psicólogo lleve a cabo intervenciones psicoeducativas con familiares de algunos pacientes aportando herramientas para una dinámica familiar estable.

En el área de inimputables: en esta área también se hace necesario realizar intervenciones de orden psicoeducativo y clínico. Desde el primer punto en cuanto que se busca una readaptación del sujeto a lo social, así es la pretensión una reeducación del paciente en términos de convivencia, aceptación de normas y autocontrol; en cuanto a la intervención clínica, se busca realizar procesos de orden individual con los cuales se consoliden u fortalezcan los talleres realizados a nivel grupal.

Y en el área extramural: las habilidades que se requieren son de tipo educativo, se encuentra que es necesario llevar a los oídos de los usuarios las campañas propuestas ya que al parecer no tienen mucha difusión. Empero, articulado a esto para el 2009 se ha desarrollado un nuevo modelo de atención integral en salud mental, así el practicante debió utilizar las mismas herramientas clínicas para el desarrollo del mismo. Las habilidades psicoeducativo se hicieron necesarias para llevar a cabo programas de prevención y promoción en salud mental los cuales se desarrollaron en los diferentes municipios del departamento de Risaralda.

2.2. Ejes de intervención

2.2.1. *Eje 1. Clínica en consulta externa y pacientes hospitalizados.* Para este eje se estableció la necesidad fundamental de llevar cabo procesos psicoterapéuticos con los pacientes consultantes. Por otro lado la demanda del Psicólogo frente a problemáticas educativas y comportamentales con niños es en verdad alta, así que la implementación de herramientas psicométricas se hicieron de gran relevancia en estos casos, implementación que se acompañó de una evaluación y un análisis riguroso para este tipo de casos sin dejar de lado, claro está, el proceso psicoterapéutico.

De la misma manera fue de gran interés el desarrollo de un espacio psicoterapéutico con los pacientes hospitalizados, pero es con esta clase de pacientes que la intervención interdisciplinar

se hizo fundamental, llevar a cabo un proceso comunicativo con los diferentes profesionales de la salud trae consigo el desarrollo de un mejor plan de tratamiento para el paciente afectado; aún así, dadas las condiciones ambulatorias de esta población los procesos psicoterapéuticos son en verdad cortos y se evidencia como necesario generar responsabilidad en el paciente buscando una mejor adherencia al tratamiento.

2.2.2. *Eje 2. Clínica con paciente inimputable.* Con esta población se realizó un proceso netamente clínico de orientación psicoanalítica con un paciente de inimputable.

2.2.3. *Eje 3. Acompañamiento psicoeducativo y clínico en el programa extramural.* Para este eje en particular se llevaron a cabo procesos psicoeducativos en comunidades municipales, en sí, el área extramural es un equipo de la institución que busca generar espacios de promoción y prevención en salud mental. Gran parte del direccionamiento de sus proyectos están centrados hacia adolescentes tratando de disminuir los índices de drogadicción en la región.

Para el presente año, la dirección del área en relación con la gobernación del Risaralda ha desarrollado un nuevo modelo que busca prestar los servicios en salud mental de manera integral, así los profesionales de la salud vinculados a este proyecto llevaran sus conocimientos y habilidades a zonas del departamento que no cuentan con los profesionales pertinentes con la finalidad de prever y promocionar vicisitudes en lo que respecta a salud mental, consumo de drogas y violencia familiar o social, de la misma manera prestar tutorías y capacitaciones a los profesionales de los municipios.

2.3. *Justificación de los ejes de intervención*

2.3.1. *Eje 1. Clínica en consulta externa y pacientes hospitalizados.* Dadas las necesidades de la institución se encuentra que la práctica en psicología y los servicios prestados por ésta son de gran utilidad para ambas partes, por un lado la demanda en intervención psicológica es bastante alta, la implementación de practicantes permite solventar esta demanda dando como resultado una amplitud al margen de atención a los usuarios. Por otro lado, es para el practicante la posibilidad de llevar a cabo procesos que traen como consecuencia la adquisición de experiencia

y la intención de aplicar los conocimientos aprendidos durante la carrera en todo tipo de población, en especial en la clínica con niños.

Dentro del área de consulta externa y hospitalización se encuentra que los motivos de consulta más frecuentes en los sujetos adultos son los que competen a los trastornos de ansiedad, en especial el trastorno adaptativo; de la misma manera los trastornos depresivos son constantes dentro de los usuarios y pacientes hospitalizados, ambos trastornos se ven asociados a historias personales de lesión auto-infligida. En cuanto a los motivos de consulta en clínica con niños se manifestaron con gran intensidad la perturbación de la actividad y la atención, desarrollo anormal de las habilidades escolares, apoyo inadecuado por parte de las figuras responsables del menor, además de separación entre los padres o duelos no resueltos debido a la ausencia de un miembro de la familia, dentro de la clínica con adolescentes se evidencian los mismos anteriores y se agrega los síndromes de abstinencia y abuso de sustancias psicoactivas asimismo como la historia de lesión auto-infligida.

En este orden de ideas, es para el practicante novedoso en la medida en que es el primer acercamiento a una vida laboral así como a la praxis de la carrera. Dadas las condiciones del HOMERIS como lugar de práctica tiene la ventaja de recibir múltiples patologías no muy comunes en otros lugares, por tanto el interés de la práctica radica en el acercamiento a este tipo de problemáticas en los sujetos

2.3.2. *Eje 2. Clínica con paciente inimputable.* Resulta bastante novedoso para el practicante el encuentro con este tipo de patologías, así una clínica de la psicosis le permite indagar nuevos caminos prácticos y teóricos para el trabajo con esta población. Para el paciente como tal, le sería de utilidad el espacio proporcionado ya que por medio de un dispositivo clínico podría reconocerse en su malestar subjetivo así como en las implicaciones de sus actos; estos espacios de orden terapéutico individual con los inimputables son bastante escasos ya que la mayoría de intervenciones se realizan a nivel grupal. En este mismo orden de ideas resulta bastante interesante para el practicante la labor práctica del dispositivo clínico, ya que el encuentro con la psicosis en otros espacios es poco común.

Como consecuencia es de gran utilidad la ejecución de estas intervenciones para la institución y para el practicante, para el primero da la posibilidad de mostrar resultados en cuanto al tratamiento con los inimputables, ya que la pretensión del área es generar una readaptación del

sujeto a la sociedad y para el practicante la utilidad radica en la adquisición de experiencia y el desarrollo de su práctica en el campo de su interés, la clínica; así como la novedad de tratar profesionalmente con este tipo de población.

2.3.3. *Eje 3. Acompañamiento psicoeducativo y clínico en el programa extramural.* Si bien las competencias y las habilidades del practicante se encuentran en el campo clínico, ha construido también un saber en las áreas de psicología social y educativa, por tanto la ejecución de este tipo de proyectos le permite experimentar de manera directa con otro tipo de población o con una comunidad, y generar procesos de intervención distintos. El interés se manifiesta para el practicante, dando como resultado ampliar el campo de aplicación de la psicología y conocer otros campos y otras lógicas de acción. Por otro lado el apoyo del practicante, en términos de construcción teórica e intervención a los proyectos institucionales permite una mejor elaboración del mismo con relación a una retro alimentación de bastante utilidad para ambas partes.

Para este servicio en particular se encuentra una variedad de proyectos en términos de promoción y prevención en salud mental, si bien el punto de fortaleza de esta asistencia se encuentra en el consumo de sustancias psicoactivas, la novedad para el practicante radica en la variedad de problemáticas comunitarias con las que puede trabajar y la construcción de nuevos proyectos habitualmente.

2.4. *Marco teórico*

2.4.1. *La psicología como multiplicidad de discursos.* Desde este punto de partida es necesario realizar un recorrido básico sobre lo que ha sido la psicológica y las implicaciones de esta como ciencia, si bien se habla de un trasegar básico a nivel epistemológico y teórico con ello no se hace referencia a falta de solides conceptual. A este respecto, se debe entender la psicología no como una sola construcción teórica y científica, por el contrario, una de las grandes implicaciones de ésta se manifiesta al interior de lo que sería su pluralidad de discursos, es decir, la psicología como ciencia aplicada tiene la apertura hacia una multiplicidad de campos de acción: organizacional, social, educativo y clínico.

Si bien, ninguno de los campos carece de importancia dentro del impacto de la Psicología como labor social, lo que le da profundidad y contenido a la presente práctica se centraliza al interior de la psicología clínica.

Pero al ser entonces un campo de acción es también al interior de éste donde la psicología muestra su multiplicidad de discursos de la manera más evidente. Al indagar al interior de ésta se encuentran tres perspectivas de gran huella: el Conductismo, el Humanismo y el Psicoanálisis.

Para tal caso es necesario mostrar el nacimiento de la Psicología como ciencia, o al menos como pretensión positiva de dar una lectura objetiva y científica de los fenómenos psíquicos. Es entonces en este punto necesario mencionar a William James como el fundador del primer laboratorio de Psicología, el cual tubo el interés de acercase a la conciencia como objeto de estudio de la psicología, si bien no fue su interés primordial evidenciar de manera orgánica el fenómeno de la conciencia, sus resultados no sobrepasaron esta. Aun así, las implicaciones de esta búsqueda trajeron grandes avances para la psicología anglosajona, que terminaron en concepciones como la psicología conductual y la psicología cognitiva⁴.

Al respecto de la psicología conductual es necesario mencionar que John B. Watson, Psicólogo americano, fue el fundador de la misma en el siglo XX gracias a los descubrimientos casuales de Iván Pávlov, los cuales dieron el fundamento a este enfoque psicológico bajo el paradigma del condicionamiento clásico, de esta manera tal concepción de sujeto se levanta como una gran representante del pensamiento anglosajón; abolió las concepciones clásicas de la psicología con respecto al estudio de la conciencia, el alma, el espíritu e incluso las concepción de lo psíquico, no es extraño que Watson terminara manifestando que el conductismo era una ciencia aparte de la psicología ya que esta se encargaba de estudiar los procesos internos o subjetivos del alma humana, y que, por el contrario, la concepción conductista del hombre desechaba aquella visión especulativa y poco científica del hombre, otorgándole importancia al fenómeno evidente, observable y objetivo como único objeto de estudio capaz de explicar a este, así la conducta se torno el objeto de estudio de esta propuesta emergente.

⁴ Si bien no se menciono como una de las teorías a abordar es también uno de los fuertes de la psicología, en términos del procesamiento de información las primeras investigaciones de James dieron bases a esta perspectiva emergente.

Al otro lado del océano atlántico, en Europa, se daban manifestaciones no tan pragmáticas del hombre, dando gran importancia a las búsquedas subjetivas y consistencia teórica y científica, claro esta que no desde un paradigma positivista, a las reflexiones sobre el alma y la interioridad humana. Entre estos modelos emergentes encontramos el psicoanálisis fundado por Sigmund Freud, visión del hombre que no se tocara sino un poco más adelante pero que se hace necesario mencionarla en este punto ya que es la fuente del enfoque humanista de la psicología.

Psicoanalistas Freudianos como Fritz Pearls y Ludwing Binswanger desertaron de las enseñanzas de Freud, construyeron nuevas formas de acercarse al mundo y a los sujetos, tuvieron un encuentro con la rama fenomenológica y existencialista de la filosofía tratando de evidenciar una consideración unitaria y holística de la experiencia vital humana lo cual los llevo a preguntarse no por los fenómenos psíquicos, por el contrario indagaron hacia la profundidades del Ser.

Si bien el psicoanálisis dejo una huella imborrable es sus meditaciones fue mucho lo que se alejaron de su maestro; conservaron la idea de lo inconsciente, aunque su lectura se vinculo al experimentar humano de las situaciones y estas como indispensables en la constitución del Ser, de igual forma incurrieron en el análisis de los sueños mas no como cumplimientos de deseos inconscientes, vislumbraron en los sueños una forma particular de experimentar del sujeto consigo mismo.

Hasta este punto se ha realizado una breve descripción de algunos enfoques de la psicología como praxis clínica, mostrando la multiplicidad de discursos en su interior. Si bien son harto significativos, profundos y rigurosos es para el practicante como deber ético y personal el elegir un discurso afín a su particularidad como sujeto hacia el cual se manifieste interés y rigurosidad tanto en las búsquedas teóricas como en la praxis de la misma. Es en este caso que el practicante ha elegido llevar a cabo su práctica desde una visión psicoanalítica Lacaniana sin olvidar que es también necesario remitirse a las consideraciones del psicoanálisis Freudiano, aprehendiendo los conceptos fundamentales para sustentar el plan de trabajo y realizar de manera ardua la misma labor como psicólogo clínico.

Si bien el practicante ha escogido la teoría psicoanalítica como directriz de su intervención clínica y teoría fundante de su concepción de sujeto, es necesario puntualizar que al interior del psicoanálisis también han emergido distintas corrientes todas afines al concepto de lo inconsciente, no obstante, las lecturas hacia el concepto y su abordaje tanto teórico como practico

han sido disímiles; se puede encontrar la escuela norteamericana denominada psicología del yo dirigida por el psiquiatra y psicoanalista Heinz Hartmann; la escuela inglesa la cual lleva el nombre de psicología de las relaciones objétales y se encuentra como una de sus figuras mas representativas a Melanie Klein; finalmente se encuentra la escuela francesa fundada por el médico psiquiatra Jacques Lacan conocida como psicoanálisis Lacaniano. Los fundamentos teóricos y clínicos retomados por el practicante serán los expuestos en la obra de Freud y en la enseñanza de Lacan.

2.4.2. *Clínica psicoanalítica.* De esta manera, nos encontramos con los presupuestos básicos de la obra de Freud, donde enseña, según su práctica, en una primera instancia como neurólogo y en constante encuentro con el fenómeno de la histeria, que las patologías psicológicas no tenían un componente orgánico afectado; así, en su texto *Proyecto de Psicología (1950 (1895))* mostro como los síntomas conversivos eran producto de mociones inconscientes reprimidas. Para llegar a esta primera impresión Freud se intereso por la hipnosis utilizada por Breuer que mostraba que los síntomas histéricos tenían un componente afectivo olvidado relacionado con algún evento emocionalmente fuerte para la persona, de esta manera Freud elaboro que los síntomas de sus pacientes se revelaban como vivencias traumáticas en calidad de símbolos o restos de estas.

Este primer acercamiento terapéutico no lo persuadió del todo, la teorización de Breuer sobre los estados hipnoides como fase susceptible para la aparición de estados patológicos suponía que la vivencia afectiva de la persona no podía descargarse de manera exitosa, ya que bajo este estado el paciente no tenía conocimiento del hecho traumático.

Freud termino renunciando a la hipnosis como método terapéutico, no obstante busco la forma de traer estos recuerdos a la conciencia sin la necesidad de inducir al paciente en este estado. En su autobiografía dice lo siguiente: “Abandone el hipnotismo; pero el cambio de táctica trajo consigo un cambio de aspecto de la labor catártica. El hipnotismo había encubierto un juego de fuerzas que se evidenciaba ahora y cuyo descubrimiento proporcionaba a la teoría una base firmísima” (Freud, 1925. Pág. 39)

Dentro de la práctica clínica Freud encuentra gran dificultad en sus pacientes para recordar tales eventos, lo cual denomina como resistencias que parten del yo de los sujetos frente al recuerdo de las vivencias dolorosas. Así, Freud enuncia la teoría de la represión, la cual implica que la conciencia del enfermo no tendría noticia de tales afectos dolorosos y/o penosos, y por tal

carácter tendrían como consecuencia ser desalojados de la conciencia del sujeto, siendo así reprimidos debido a un conflicto entre fuerzas psíquicas.. Aquellos contenidos reprimidos que forzaban por salir eran las causas de los síntomas conversivos, los cuales eran considerados como formaciones sustitutivas, formaciones que trataban de descargar los montos afectivos por otras vías sin que el yo pudiera dar cuenta de aquello reprimido ominoso de recordar. (Freud, 1925. Pág. 40-41)

Esta lucha entre los montos de energía, aquel que busca descargarse y la resistencia del sujeto que lo reprime, fueron el descubrimiento de Freud después de abandonar el método catártico aportado Breuer y la hipnosis. La teoría de la represión lo lleva a considerar un nuevo método de acercamiento para tales contenidos inconscientes y es así como Freud da el nombre de Psicoanálisis a su nuevo método terapéutico.

El Psicoanálisis introdujo así, como parte de la teoría de la represión, el concepto del inconsciente, el cual sustenta todo el desarrollo teórico de Freud. Tales fuerzas reprimidas eran inconscientes, por completo cualitativamente distintas de los fenómenos de la conciencia. Tales son las implicaciones del concepto de lo inconsciente en el Psicoanálisis, que posteriormente, en trabajos como el *Yo y el ello* (1923), donde desarrolla el punto de vista tópico del dinamismo inconsciente, expone que la conciencia no es más que un agregado, una consecuencia del encuentro del sujeto con el mundo objetivo y que la gran parte de vida psíquica de los sujetos se debe y se manifiesta en el campo de lo inconsciente:

“la diferenciación de lo psíquico en consciente e inconsciente es la premisa básica del psicoanálisis, y la única que le da la posibilidad de comprender, de subordinar a la ciencia, los tan frecuentes como importantes procesos patológicos de la vida anímica. Digámoslo otra vez, de diverso modo: el psicoanálisis no puede situar en la conciencia la esencia de lo psíquico, sino que se ve obligado a considerar la conciencia como una cualidad de lo psíquico que puede añadirse a otras cualidades o faltar” (Freud, 1923. Pág. 15)

Dados los hallazgos en su práctica clínica, encontró que los recuerdos olvidados de sus pacientes se remontaban a la más temprana infancia, y la mayoría de estos trataban de un abuso sexual por parte de sus progenitores. En su trasegar, reconoció que la mayoría de estos recuerdos devenidos conscientes se encontraban desfigurados, no reales en términos de lo objetivo, empero, si respondían a una realidad subjetiva del paciente. En su texto *Tres ensayos de teoría sexual*

(1905) hizo manifiesto que aquel niño representante de la inocencia era también portador de un deseo sexual.

Dado que el tema de la sexualidad y el Psicoanálisis será abordado en el eje siguiente, es importante señalar en este punto en lo que respecta a la sexualidad infantil que las manifestaciones sexuales del infante se exteriorizan como una búsqueda de gratificación, por sentir placer, como una recreación de un placer ya sentido y vivenciado no susceptible de volverse repetir; y son estas vivencias, las cuales corresponden a las manifestaciones de la sexualidad del niño, las que se olvidaran gracias al mecanismo de la represión (fuerza de desalojo). Freud da cuenta de que gran parte de la realidad objetiva le inculca al niño un gran pudor frente a sus vivencias sexuales, y en alguna medida tales imposiciones morales del mundo exterior son las que ayudan a que tal mecanismo se geste en la vida psíquica de los sujetos dando como resultado el olvido de tales recuerdos ominosos para la conciencia, en cuanto que esta se construye en relación con el mundo objetivo (Freud, 1925. Pág. 46-47).

No obstante, la represión no es completamente efectiva, las fuerzas que buscan devenir satisfechas encuentran la forma de salir, una de estas formas es el síntoma que da cuenta de aquella experiencia de satisfacción y que a su vez, por esta misma vía, se satisface así cause un padecimiento subjetivo en el paciente.

De esta misma manera se encuentran otras vías por las cuales estas vivencias son satisfechas, las cuales son los chistes, los lapsus y los sueños que si bien dan cuenta de esa experiencia devenida inconsciente se encuentran desfiguradas, Freud denomina a estos fenómenos como “formaciones del inconsciente”. Estos fenómenos tan importantes para Psicoanálisis, son relegados a un segundo plano o se les resta completo valor para otras aproximaciones teóricas de la Psicología. En su diferencia fundamental, las implicaciones de lo inconsciente pertenecen a un campo distinto del pretendido por otro tipo de psicoterapias; para muchas es el ideal científico y medico busca eliminar el síntoma condenador para el sujeto. Por el contrario es para el psicoanálisis la vía de acercamiento a los contenidos reprimidos.

Dadas estas consideraciones básicas con respecto a la teoría Psicoanalítica, es necesario indagar un poco lo que concierne al desarrollo de la sexualidad infantil, ya que tales eventos de la vida humana son los causantes de las formaciones sintomáticas según el Psicoanálisis Freudiano.

2.4.3. *El psicoanálisis y la sexualidad infantil.* Ya es bien sabida, y como ya se menciono anteriormente, la importancia de la infancia en las intelecciones del psicoanálisis, aportes que se manifiestan en lo enunciado por Freud como sexualidad infantil:

“He indicado ya que la investigación de las causas y fundamentos de la neurosis nos llevo, con frecuencia cada vez mayor, al descubrimiento de conflictos entre las pulsiones sexuales del sujeto y la resistencia contra la sexualidad. En la búsqueda de las situaciones patógenas en las cuales se habían producido las represiones de la sexualidad y de las cuales procedían los síntomas surgidos como formaciones sustitutivas de lo reprimido, llegamos hasta los años más tempranos de la vida infantil del sujeto” (Freud, 1925. Pág.45)

Para la época de Freud fueron muchas las implicaciones y las problemáticas apuntaladas hacia el psicoanálisis al dar a conocer que el niño, representante de la inocencia y la pureza, era en realidad representante de un deseo sexual y que sería gracias a este como en el adulto se desarrollaría la genitalidad y su función reproductora; no debe entenderse la sexualidad infantil en sentido restringido a la genitalidad del adulto, esta concepción de la sexualidad en el niño debe entenderse, en términos de Freud, en su sentido más “lato” es decir una predisposición onanista; el enunciado acerca de la sexualidad infantil “significaba otra novedad contraria a los enérgicos prejuicios de los hombres” (Freud, 1925. Pág. 46).

Tales intelecciones se ven manifiestas en sus Tres ensayos de teoría sexual (1905), este texto realiza un acercamiento a las perversiones sexuales a la luz de los conocimientos psicoanalíticos. Trata de mostrar no solo la manifiesta sexualidad infantil, sino que la sexualidad del adulto normal o con componentes de prácticas perversas tiene un correlato de la actividad sexual del niño. Dice lo siguiente:

“Debo anticipar, repitiendo lo que he dicho en otras publicaciones, que estas psiconeurosis, hasta donde llegan mis experiencias, descansan en fuerzas pulsionales de carácter sexual. Con ello no quiero decir que la energía de la pulsión sexual preste una mera contribución a las fuerzas que sustentan a los fenómenos patológicos (síntomas), sino aseverar expresamente que esa participación es la única fuente energética contante de las neurosis, y la más importante, de suerte que la vida sexual de las personas afectadas se exterioriza de manera exclusiva, o predominante, o solo

parcial, en estos síntomas. Como he expresado en otro lugar, los síntomas son la práctica sexual de los enfermos” (Freud, 1905. Pág. 148).

La manifestación de la sexualidad infantil se da gracias a la pulsión que corresponde a la búsqueda de la gratificación de esta. En su texto *Pulsiones y destinos de pulsión* (1905) establece una diferencia fundamental en lo que respecta a la condición humana, así, si bien el concepto de instinto manifiesta una necesidad biológica susceptible de ser satisfecha hasta una nueva solicitud orgánica, la instauración de la pulsión nos remite al campo del deseo. En relación con los tres ensayos (1905) Freud nos habla de la huella mnémica, concepto que remite a una primera experiencia de satisfacción dada en el evento del encuentro de los labios del niño con el pecho materno, si bien esta comienza como un chillido del organismo nacido en busca de saciar el hambre, este encuentro primordial lo arroja al campo de lo humano, al campo pulsional, al campo del sujeto deseante al no poder recrear esta primera experiencia por segunda vez.

Ya instaurada la pulsión esta busca la manera de satisfacerse, Freud nos menciona tres épocas que se sobreponen la una a la otra en la organización de la pulsión sexual del niño, la primera se conoce como la etapa oral, la segunda es la sádico-anal y termina con la etapa genital, la cual permite el complejo de Edipo, posterior a esto el niño entra a un periodo de la latencia donde la pulsión sexual se ve reducida en sus manifestaciones y termina en la organización genital del adolescente puesta al servicio de la reproducción (Freud, 1905. Pág. 189).

Freud menciona que en cada una de estas etapas la pulsión sufre un apuntalamiento a determinado órgano, en la etapa oral la pulsión busca la satisfacción por medio de la boca y particularmente en esta etapa el niño se encuentra en lo que se llamo el narcicismo primordial, donde no reconoce el interior (subjetivo) del exterior (objetivo-mundo) de él (Freud, 1905. Pág. 166-179). Así en esta primera etapa los encargados de solventar sus necesidades biológicas hacen parte de él mismo. Para la segunda etapa, la sádico-anal, el niño da reconocimiento a lo subjetivo como lo objetivo, pero dada las implicaciones de la pulsión en busca de una descarga, el infante hace parte de sí los objetos exteriores que lo satisfacen mientras que aquellos estímulos, ya sean internos o externos, que producen displacer los aparta de sí (Freud, 1905. Pág. 168-179). Y finalmente en la etapa genital se presenta el conocido complejo de Edipo, donde el niño manifiesta un fuerte amor por la madre como objeto de su deseo, mientras que el padre, que también se ama y se toma como ejemplo, es también odiado al impedir el encuentro satisfactorio con la madre (Freud, 1905. Pág. 170-179). La resolución del complejo Edipo permite la

identificación con el padre como lo que “se quiere llegar a ser”, mientras que la madre en calidad de objeto de satisfacción es lo que “se quisiera llegar a tener”, así el niño renuncia a su madre como objeto de amor, acepta la ley del padre al desplazar su amor hacia una mujer futura con la cual se pueda satisfacer (Freud, 1924).

Hasta aquí se ha dado a conocer a grandes rasgos la teoría psicoanalítica expuesta por Freud, no obstante Jacques Lacan por medio de sus enseñanza retomo y amplio lo escrito por este. En lo que respecta a la estructuración y desarrollo psíquico del infante retomo las elaboraciones Freudianas e introdujo las implicaciones del lenguaje como herramienta simbólica para la configuración del hombre; “*el inconsciente está estructurado como un lenguaje*, lo cual se refiere a un campo que hoy en día nos es mucho más accesible que en la época de Freud” (Lacan, 1964a. Pág. 28). Si bien se retoma el desarrollo sexual del niño expuesto por el maestro, Lacan muestra las implicaciones del lenguaje en este mismo proceso, “Para nosotros lo importante es que en esto vemos el nivel donde –antes de toda formación del sujeto, de un sujeto que piensa, que se sitúa en él- algo cuenta, es contado, y en ese contado ya está el contador. Solo después el sujeto ha de reconocerse en él, y ha de reconocerse como contador” (Lacan, 1964a. Pág. 28).

Es inherente para el psicoanálisis la condición inhumana del infante cuando llega al mundo; su primer chillido, grito, aullido que manifiesta en la sala de parto se hace un llamado cuando la madre lo significa de tal manera, es decir, le da condición humana al organismo engendrado; “el concebimiento, por parte del Otro, de significado al grito, instauro en un mismo movimiento, al sujeto como efecto de significación y en ello hay que reconocer un punto ético, pues en ese mismo movimiento se posibilita la afirmación primera (*Bejahung*) a partir de la cual el sujeto podrá, en adelante, hacer juicios de existencia o de atribución sobre el mundo” (Ramírez, 2003. Pág. 7), así, este grito es transformado por la madre como un llamado, le da estatuto de sujeto aquel recién nacido, por el contrario, tal negación de significado devendrá para aquel niño como un objeto real, como una bola de carne, como un extranjero dentro de la dimensión humana.

Lacan en su enseñanza comunica que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, y cuando se hace referencia al inconsciente en términos Lacanianos se habla de los significantes que dan sentido al sujeto. Significantes que se encuentran en primer término con el ya mencionado deseo materno y que posteriormente se extiende gracias a la ley paterna para dotar de sentido a nivel metafórico al sujeto recién nacido, dice Lacan: “indique que era necesario ver el inconsciente como los efectos de la palabra sobre el sujeto –en la medida en que dichos efectos

son tan radicalmente primarios que el estatus de sujeto en tanto sujeto propiamente está determinado por ellos” (Lacan, 1964b. Pág. 132).

Hasta aquí se han mostrado algunos conceptos básicos del psicoanálisis freudiano en lo que respecta a la sexualidad infantil, y respectivas consideración de Lacan de acuerdo a lo escrito por Freud. Se ha dejado puntualizado la importancia del lenguaje en las enseñanzas de Lacan y grandes implicaciones dentro del desarrollo del sujeto. Las implicaciones de la clínica psicoanalítica, según el imperativo de lo inconsciente, manejan bastantes consecuencias y el psicoanálisis, como método, tiene ciertas consideraciones con respecto a la labor clínica y esta a su vez se encuentra direccionada por las implicaciones del lenguaje; tales implicaciones se manifiestan en la posición subjetiva de los pacientes en relación con la palabra y el saber, lo que hace la labor clínica del psicoanálisis con cada paciente una labor siempre novedosa.

Esto así, el psicoanálisis se diferencia de otras labores terapéuticas de la psicología no solo en las consideraciones teóricas, sino que estas también tienen grandes implicaciones dentro del direccionamiento de la cura en los pacientes.

2.4.4. *Los momentos de la cura.* Bajo las directivas de la praxis psicoanalítica, se encuentra en una primera instancia, la intención del analista en cuanto a la dirección de una cura, finalidad que no convoca a una dirección del paciente. En este sentido, Lacan expresa que el analista no se muestra como una guía moral, por el contrario, la dirección de la cura convoca otros campos del sujeto analizando como una posición bastante distinta de otros tipos de psicoterapias.

Lacan muestra que en el dispositivo analítico la posición y función del analista es de gran importancia, si bien el paciente paga, aquel también debe dar su cuota, ya no en el sentido monetario, empero, es su palabra la fundamental dentro del trabajo analítico en cuanto que esta convoca a la interpretación, en un segundo punto su persona es también parte de su cuota en cuanto que gracias a la transferencia es donde se da un lugar a la interpretación. Tal lugar que ocupa en la transferencia es un lugar que convoca lo mas íntimo de su persona dado que paga con su ser, dice Lacan: “el analista cura menos por lo que dice y hace que por lo que es” (1958. Pág. 567). Aquí se encuentran dos puntos fundamentales dentro de la clínica psicoanalítica, interpretación y transferencia, pero ¿a que hace referencia Lacan al mencionar estos dos puntos?

Lacan propone que el analista tiene su táctica y su estrategia, la primera hace referencia a la labor interpretativa de acto analítico en cuanto que convoca a la libertad del analista para realizar sus intervenciones, libre en la medida en que no es un acto restrictivo o dado en un manual por el contrario depende de la misma situación analítica y la posibilidad de puntualizar y captar aquella hiancia en el discurso en el cual se manifiesta el sujeto del inconsciente, “La interpretación, para descifrar la diacrónica de las repeticiones inconscientes, debe introducir en la sincronía de los significantes que allí se componen al que bruscamente haga posible su traducción” (Lacan, 1958. Pág. 573). Expresa que la transferencia se encuentra enajenada dado el lugar que ocupa frente a un paciente, pero si un análisis tiene éxito es solo por este lugar que llega a ocupar el analista. Si bien otro tipo de psicoterapias también hacen uso del concepto de transferencia y de su manifestación, nos encontramos que la terapia busca direccionar al paciente, haciendo, como dice Lacan, una reeducación emocional. La posición del analista es cosa distintita, ya que si este no pretende ser un guía moral, ni educar emocionalmente al paciente, ni proponer un ideal de sujeto, es su posición la que convoca su estrategia, hacer del *muerto*. Dice Lacan: “El analista es aun menos libre en aquello que domina estrategia y táctica: a saber, su política, en la cual haría mejor en ubicarse por su carencia de ser que por su ser” (1958. Pág. 569)

Por tanto su política consta del acto interpretativo y su sostenibilidad dentro de la transferencia; acto y situación íntimamente ligada, la interpretación tiene su lugar y su sentido gracias a la transferencia, el analista no se vale de la sugestión para hacer verídica su interpretación, no utiliza la transferencia como medio sugestivo de cura, por tal motivo el analista le hace de muerto, no se muestra como sujeto ideal ya que se propone, en su carencia de ser, como soporte del ser del analizando.

Ahora, la posición del analista no es cosa sencilla, y dada la clínica estructural bajo la cual se direcciona las intervenciones del analista es necesario hacer notar que el lugar del muerto corresponde al trabajo con la estructura neurótica, en cuanto que esta estructura permite hablar de transferencia. Al hablar de un sujeto no afectado por la castración nos encontramos bajo un inconsciente a cielo abierto, no regulado, el mundo de un psicótico.

Dentro del momento edípico se encuentra que el niño recibe un lugar en el mundo, el deseo de la madre la da un lugar, un sentido, no obtente, este deseo se hace absorbente dejando,

estragante para el sujeto en desarrollo. La inclusión de un tercero se hace necesaria en la relación madre-hijo, es decir la ley, lo que Freud denominó la prohibición al incesto, la cual prohíbe y niega la relación de completud entre la madre y el hijo. En términos de la cadena significativa, el Nombre del Padre, esta ley que se suma en la dependencia edípica es la que significa el sujeto con relación a un deseo que lo devora, es el que permite la cadena significativa que conforma el mundo de un neurótico y da los estatutos de la relación entre hombre y mujer según el suplemento sexual. Pensar en un neurótico es pensar en un sujeto donde ha operado la castración y con ello y la represión, la intervención analítica busca debelar el decir de aquel sujeto del inconsciente, por el contrario, un psicótico es un ser no castrado, es objeto, que en alienación con el deseo materno ocupa el lugar del falo.

Para un psicótico tal posibilidad ha sido negada y ha sucumbido al deseo de la madre, el Nombre del Padre no ha operado, lo que trae consigo una imposibilidad para anudar el campo de lo simbólico con lo real.

En este punto la posición del analista se vuelve distinta, frente a un psicótico se abstendrá de colocarse en el lugar del Otro primordial, Otro portador de todas las respuestas, además que en términos de su intervención se busca dotar de significantes en el campo de lo simbólico como barrera de un goce desbordante; “Se apuntala así la posición del propio sujeto que no tiene más solución que tomar el mismo a su cargo la regulación del goce” (Imbriano, 2003. Pág. 113)

Encontramos que, si bien el analista conserva una posición bastante distinta a la de otras terapias psicológicas, el trabajo analítico con un psicótico le exige a su posición otras funciones;

Función testigo: “Para considerar el estatuto de la intervención testigo deberemos tener en cuenta que el psicótico es testigo de la negación de la castración de la madre, es testigo del Otro, es buen testigo de su estructura, sufre la falta de testigo que le imposibilita el reconocimiento en la imagen especular” (Imbriano, 2003. Pág. 120), en este sentido el analista se ofrece como relevo, ocupa el lugar de testigo que le pertenece al paciente psicótico para escuchar y dar cuenta de su testimonio.

Función destinatario: bajo esta función el analista se encuentra como fin, como punto de llegada de un mensaje, mensaje escrito por otro que dictamina y direccionar la vida de un paciente psicótico. Se encuentra dentro de su praxis clínica de la psicosis el recibir ese mensaje.

Función secretario: se reconoce como uno de los modos en que se interviene con el paciente psicótico, es un papel casi administrativo, en cuanto que destinatario de un mensaje; “el tiene también que ver con la cuestión de la difusión del mensaje que está en su posesión: darle escritura, archivarlo, conservarlo secreto o publicarlo” (Imbriano, 2003. Pág. 131)

Función garante: Dentro la instauración de estructura psicótica, se encuentra que la enseñanza de Lacan ratifica la lógica del lenguaje como el lugar del Otro, ahora se deja por entendido que el Nombre del Padre, como significante primordial, no existe para esta estructura, y como significante de este tipo es el que permite decir “tu quien eres en su deseo”, el Nombre del Padre, es la función garante en cuanto que soporta con sus significantes un deseo enigmático. “El analista como garante significa que está allí prestando su significante, su persona, para que la palabra se articule construyendo un lugar de garantía para el acotamiento que el significante hace del goce” (Imbriano, 2003. Pág. 136), en este sentido, el analista se muestra como condensador de goce en cuanto que aporta el significante en lo simbólico capas de barrar el goce que sobre pasa al sujeto. Este significante se muestra como portador de una nueva identidad que trata de sobre ponerse a una antigua que para el momento del desencadenamiento resulto precaria.

En esta presentación teórica se encuentran los elementos directrices de una intervención psicológica con orientación psicoanalítica, retoma algunos elementos éticos y teóricos que configuran como tal practica desde este enfoque. En sí misma el enfoque psicoanalítico es una propuesta ética, en cuento que se pregunta y rescata por la subjetividad del hombre, campo que se visto relegado y olvidado en muchas construcciones científicas y algunas propuestas psicológicas, de esta misma manera, el practicante rescata la subjetividad de sus pacientes y busca mostrar la responsabilidad de los mismos frente a su malestar, frente a su síntoma.

2.5. *Propuesta de intervención*

2.5.1. *Eje 1. Clínica en consulta externa y pacientes hospitalizados.* En esta área se elaboraran intervenciones psicoterapéuticas al igual que evaluaciones psicológicas con los pacientes hospitalizados (pensión, urgencias y crónicos), y por consulta externa.

2.5.1.1. *Objetivo general.*

- Ejecutar procesos de evaluación e intervención psicológica desde una orientación psicoanalítica con los pacientes que lo requieran (hospitalización) o lo soliciten (consulta externa).

2.5.1.2. *Objetivos específicos*

- Realizar evaluaciones psicológicas implementando pruebas psicométricas.
- Propiciar espacios de reflexión a los pacientes buscando una toma de responsabilidad con respecto a su problemática.

2.5.1.3. *Estrategias de acción*

- Adoptar una postura ética y responsable con respecto a los pacientes y sus problemáticas.
- Realizar entrevistas preliminares tratando de identificar el tipo de problemática y la mejor manera llevar el tratamiento del paciente.
- Instaurar diálogos interdisciplinarios para establecer un mejor plan de tratamiento en busca del bienestar del paciente.
- Uso de pruebas psicométricas con los pacientes

2.5.1.4. *Procedimiento desarrollado*

Dada la población a la cual se le prestan los servicios se reconocen ciertas diferencias en el desarrollo de la intervención. En el área de consulta externa se encuentra más demanda por parte de padres angustiados debido a problemas de comportamiento y aprendizaje en sus hijos. Con esta población se realizaron evaluaciones psicológicas rigurosas donde la utilización de pruebas psicométricas eran bastante necesarias. Dadas las condiciones de la problemática infantil se reconocía la posibilidad, pensando en el bienestar del paciente, de remitirlo a otro profesional de la salud capaz de generar un mejor plan de tratamiento para este. De igual forma, en otros casos

se continuó con la intervención psicológica buscando un bienestar en la problemática del pequeño paciente.

Reconociendo que la demanda de intervención psicológica es bastante alta para niños, también son bastantes los pacientes adultos y adolescentes. Para estas últimas dos poblaciones se llevaron a cabo procesos de intervención psicoterapéutica y en pocos casos se vio la necesidad de utilizar pruebas psicométricas. Claro está, muchos de estos casos se vieron en la necesidad de ser evaluados por otro profesional buscando una comprensión de la problemática más global.

En cuanto a las otras áreas (pensión, urgencias y crónicos) se llevaron, en un margen más amplio, los casos de manera interdisciplinar. Se propiciaron espacios terapéuticos con el practicante de psicología, permitiéndoseles a los pacientes la oportunidad de escucharse y elaborar por medio de la palabra sus problemáticas.

2.5.1.5. Población

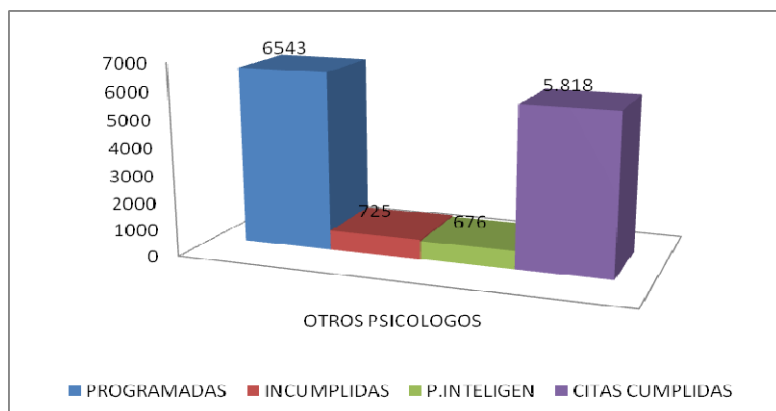
- Pacientes hospitalizados en las áreas de pensión, crónicos y urgencias. Así como los atendidos por consulta externa: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

2.5.1.6. Evaluación de impacto con indicadores de logro

Indicadores cuantitativos en consulta externa y pacientes hospitalizados

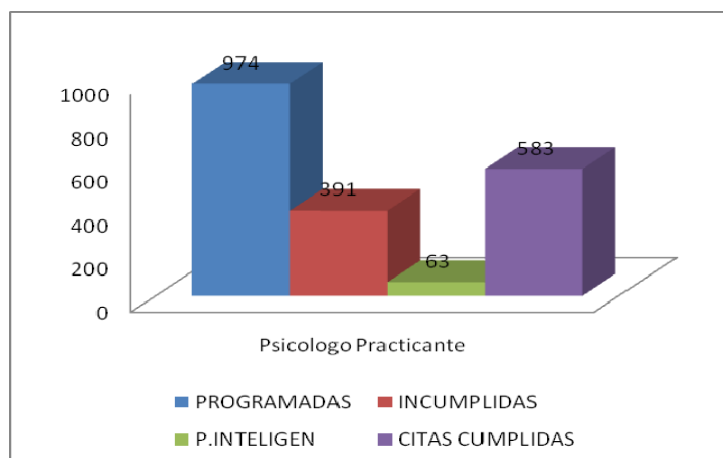
- Número total de pacientes atendidos en consulta externa: 129
- Número de citas de control: 391
- Número de citas para pruebas psicométricas: 63
- Número de citas asignadas: 974
- Número de citas facturadas: 583
- Número de citas incumplidas: 391
- Número total de pacientes atendidos en hospitalización: 81

Gráfica 1. Consultas total por otros psicólogos.



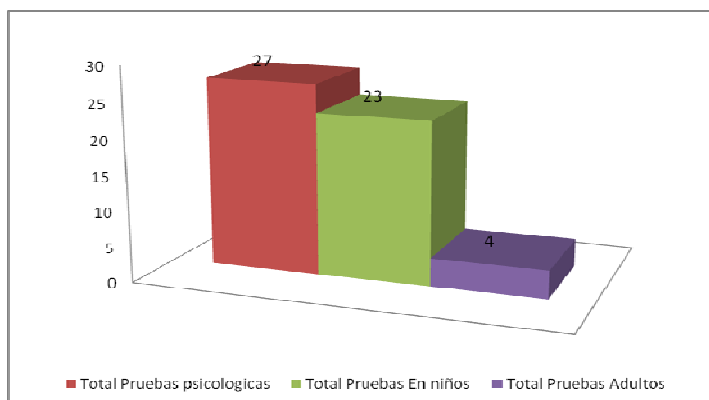
Esta gráfica muestra el total de citas programas con respecto el total de citas cumplidas, esto arroja que las citas incumplidas fueron 725, lo que da un porcentaje de efectividad del 89.9%. Se agrega que del total de citas cumplidas, 676 fueron para aplicación de pruebas de inteligencia.

Gráfico 2. Consultas total psicólogo practicante.



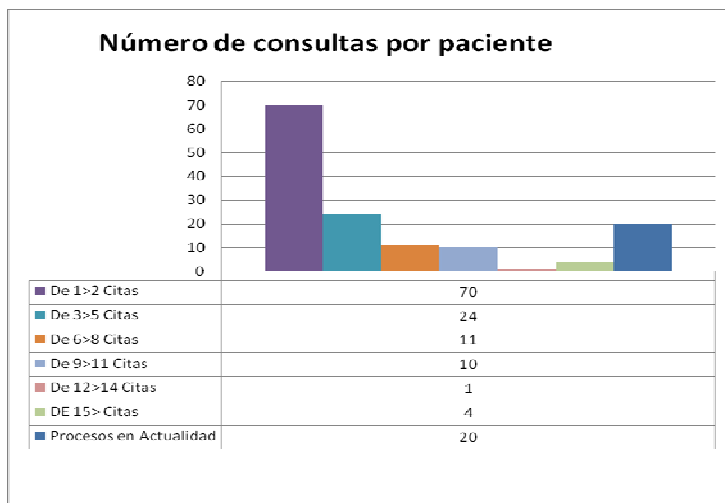
Esta gráfica muestra el total de citas programas con respecto el total de citas cumplidas, esto arroja que las citas incumplidas fueron 391, lo que da un porcentaje de efectividad del 59.9%. Se agrega que del total de citas cumplidas 63 fueron para aplicación de pruebas de inteligencia.

Gráfica 3. Aplicación de pruebas psicológicas en niños y en adultos.



En la gráfica No3 se evidencia la aplicación de pruebas psicológicas dentro del trabajo clínico, si bien es mucha la demanda de intervencion psicologica en niños no en todos los pacinetes es necesario llevar a cabo la aplicación de un test de inteligencia. Asi se encuentra que entre los 129 procesos tan solo en 27 se vio la necesidad de aplicar una herramienta de estas, de estos 27 casos 23 han sido niños y 4 adultos adulto.

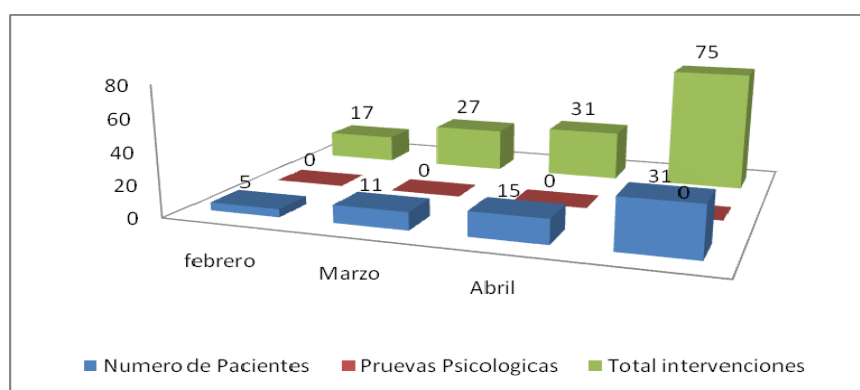
Gráfica 4. Número de consultas por paciente.



En esta gráfica se encuentran los rangos de citas a los que asistieron los pacientes, tales rangos se dividen en 6, que van desde los pacientes que asistieron a 1 o 2 citas hasta aquellos usuarios que han tenido 15 o más citas. Actualmente se encuentran 20 procesos clínicos en desarrollo, dadas las implicaciones de una práctica clínica no se hace posible continuar con estos casos, se agrega a esto el que la mayoría de los usuarios no tienen los medios económicos para continuar un proceso

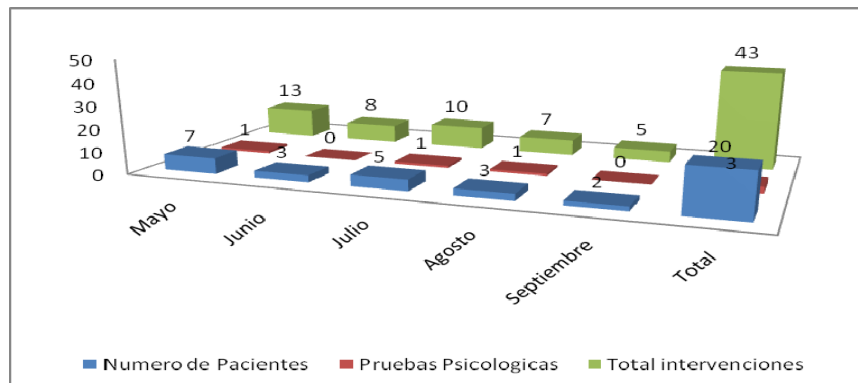
por consultorio particular, no obstante, como última intervención se rescató la labor del paciente por rescatar su subjetividad y la importancia de preguntarse constantemente por su malestar y disposiciones frente a la vida. Estos pacientes fueron remitidos donde otro profesional de la institución el cual continuara con el proceso aunque lastimosamente no tuviera los mismos direccionamientos éticos y clínicos en la intervención psicológica.

Gráfica 5. Número de intervenciones y aplicación de pruebas psicológicas a pacientes de urgencias.



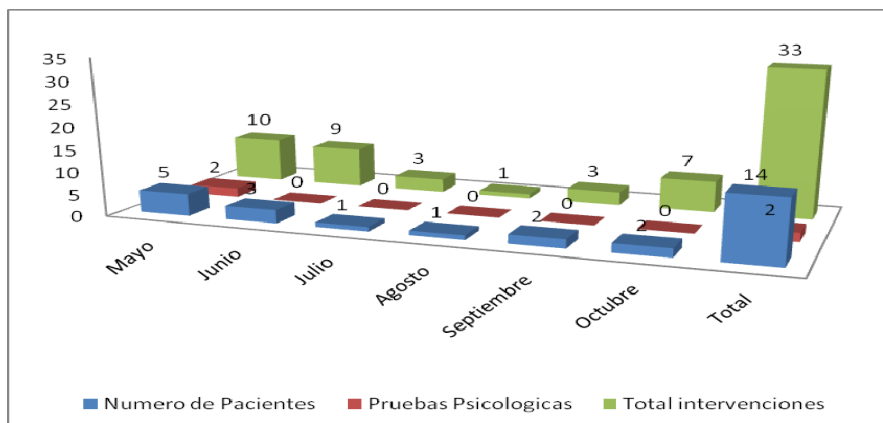
La gráfica No 5 permite ver el desarrollo de procesos dentro del área de urgencias, si bien no son procesos largos, se trato de vincular a los pacientes a un proceso terapéutico según la problemática por la cual eran llevados al centro de salud. Así, en un total de 31 pacientes evaluados se realizaron 75 consultas en total. Según el tiempo de estadía dentro del área de urgencias eran atendidos casi diariamente, y las intervenciones podían variar de 1 a 5 sesiones. Así, dentro del mes de febrero se realizaron un total de 17 consultas con los pacientes, para el mes de marzo se intervino 27 veces a un total de 11 pacientes, y final mente para el último mes de a un total de 15 pacientes se realizaron 31 consultas. Dentro de los tres meses de atención en esta área no se valoro a los pacientes con pruebas psicométricas.

Gráfica 6. Número de intervenciones y aplicación de pruebas psicológicas a pacientes del área de pensión.



Esta gráfica permite evidenciar la labor realizada desde el mes de mayo hasta septiembre del 2009 en el area de pension, se hace notable una reducción de los paciente en comparacion con los pacientes de urgencias, y mas cuando se nota que los meses trabajados en el area de superan los de urgencias. Así, se encuentra que durante el mes de mayo se llevo acabo un total de 13 intervenciones con los pacintes hospitalizados en pension los cuales han sido 7 pacientes evaluados. Entre estos 7 pacientes se ha visto la necesidad de aplicar una prueba de inteligencia requerida por el psiquiatra, buscando una mejor direccion del tratamiento del paciente. En el mes de junio se tubieron un total de 3 pacientes con los cuales se realizaron 8 intervenciones en total. En el mes siguiente fueron hospitalizados 5 pacientes que requerian valoracion y manejo por el area de psicologia para los cuales se realizaron 10 consultas, entre estos pacientes se aplico una prueba psicologica. En agosto se realizaron un total de 7 intervenciones a un total de 3 pacientes en el area de pension, de igual forma en este mes tambien se aplico una prueba de intelgencia. Y, para el mes final, en septiembre, 2 pacientes necesitaron intervencion con el practicante para lo cual se dieron 5 consultas con estos. Asi durante toda la practica en el area de pension se atendieron 20 pacientes en total, 43 intervencion por parte del practicante y la aplicaciones 3 pruebas psicolgicas.

Grfica 7. Número de intervenciones y aplicación de pruebas psicológicas a pacientes del área de agudos.



Este grafico da cuenta de la labor realizada desde mayo hasta octubre del presente año en el area de hospitalizacion agudos; en este lapso se evaluaron y atendieron un total de 14 pacientes dentro del area con un total de 33 intervenciones. En mayo se atendieron 5 pacientes para un total de 10 concultas; en el mes de junio fueron atendidos 3 pacientes con los cuales se realizaron 9 intervenciones; para julio y agosto se atendio 1 paciente para cada mes, en el primer mes se dio la posibilidad de intervenirlo 3 veces, por el contrario en agosto se pudo intervenir una sola vez; tanto en septiembre como en octubre se antedieron 2 pacientes en cada mes, en septimbre se dio la posibilidad de realizar un total de de 3 consultas, ya en octubre 7 consultas fueron las que se posibilitaron con los pcientes. La palicacion de pruebas piscologicas se vio reducida al primer mes de la practica con un total de 2 test aplicados.

Indicadores cualitativos en valoración clínica en las áreas de consulta externa y pacientes hospitalizados

En términos de la cualidad de la práctica se hacen evidentes y en relación a los 10 meses de práctica los siguientes factores influyentes en el desempeño del practicante:

- La posibilidad de realizar cada semana una revisión de tema con el jefe inmediato, buscando la posibilidad de incentivar el sentido crítico y académico con respecto a la teoría y a la labor practica, así los temas tocados cada semana otorgan pautas para el desarrollo de los procesos.

- La oportunidad cada semana de presentar un tema frente al grupo total de profesionales del HOMERIS, buscando un espacio de discusión entre las diferentes posturas teóricas de los profesionales.
- La posibilidad de entablar discusiones con los diferentes profesionales frente a determinados casos buscando la mejor intervención para el paciente.
- Con respecto a los pacientes atendidos se evidencia que muchos de estos asistieron a mas de 5 consultas, lo que se puede manifestar como una intervención por parte del practicante. En muchos casos se trato de movilizar subjetivamente al paciente con respecto a su queja, muchos de estos al ser confrontados no volvieron a consulta. No se concluyeron casos como tal, es decir, un término formal, muchos conocieron las implicaciones más evidentes con respecto a su malestar y no volvieron a consulta.
- En relación a la clínica psicoanalítica con niños se dio unas mejores intervención con el paso de la práctica, en muchos de los casos las movilizaciones subjetivas se daban por parte de los padres, al reconocer factores propios que influían en los actos del niños.

2.5.2. *Eje 2. Clínica con pacientes inimputables.* En esta área se realizara intervenciones clínicas rigurosas y continuas con un paciente inimputable.

2.5.2.1. *Objetivo general*

- Realizar un proceso clínico con uno de los pacientes inimputables.

2.5.2.2. *Objetivo especifico*

- Disminuir la angustia subjetiva en el paciente por medio del espacio terapéutico.
- Alcanzar una adaptación del paciente al tratamiento farmacológico y psicológico.
- Generar la aceptación del paciente frente a su condición de inimputable.

2.5.2.3. *Estrategias de acción*

- Revisar los procesos ya comenzados con cada uno de los sujetos para hacerse a una perspectiva más amplia de la problemática y la posible intervención.

- Realizar discusiones interdisciplinarias con respecto al caso para identificar y evaluar el proceso, la evolución y las circunstancias del paciente dentro del área y la institución.
- Apoyar los trabajos grupales ya existentes y aportar ideas para desarrollar otros nuevos.

2.5.2.4. *Procedimiento desarrollado*

Se investigaron los procesos individuales antes realizados con estos pacientes, no obstante se dio paso a un nuevo proceso con el practicante. Observando la historia clínica del inimputable elegido se dio la posibilidad de conocer la problemática del paciente de una manera más amplia, empero, no se descartó la manifestación subjetiva del mismo en lo que respecta a su problemática. Para llevar a cabo este tipo de intervenciones se realizaron análisis de casos con otros profesionales de la salud. La elección del paciente inimputable se dio por un puro interés clínico, ya que el caso en cuanto tal resultó de gran interés.

Se realizó una reunión con la encargada de área, psicóloga de la institución, para comentar y justificar la pretensión de realizar un acercamiento clínico a un paciente inimputable. Se expuso la intencionalidad de llevar a cabo un proceso netamente clínico con el paciente, donde la teórica psicoanalítica dirigiría la cura para el paciente inimputable. Se realizó cada semana, después de las 11:00 Am una consulta en promedio con el paciente, estas intervenciones se realizaron en el consultorio de pensión, siendo el lugar más asequible además de brindar la atmósfera más adecuada para la intimidad del paciente y una intervención psicológica dentro de la institución.

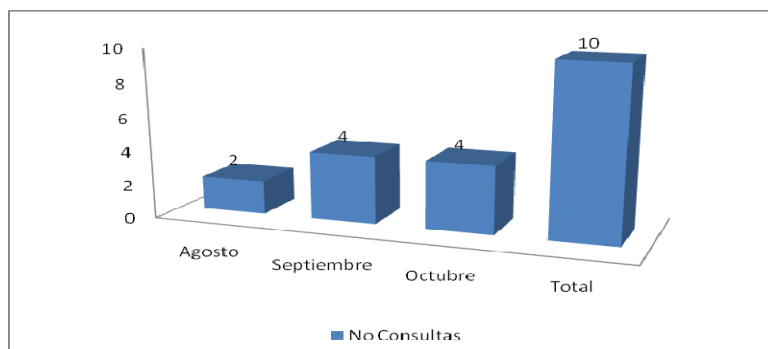
2.5.2.5. *Población*

- Paciente del área de inimputables.

2.5.2.6. *Evaluación de impacto con indicadores de logro.*

Indicadores cuantitativos en clínica con pacientes inimputables.

- Número total de consultas realizadas con el paciente inimputable: 10

Gráfica 8. Número de consultas con paciente inimputable.

Esta grafica nos muestra las consultas realizadas con el paciente inimputable por mes, así se muestra que en el mes de agosto se realizaron dos consultas con el paciente. Ya para los dos meses siguientes se realizaron 4 consultas semanales dando esto para un total de 10 consultas en los tres meses.

Indicadores cualitativos en clínica con paciente inimputable

Dentro del desempeño en el área de inimputables se reconoce los siguientes factores como significativos dentro del desempeño del practicante.

- Se realizaron charlas interdisciplinarias con dos profesionales de la institución y encargados del área de inimputables, el psiquiatra encargado de valorar los pacientes según el ministerio y la trabajadora social encargada de la misma. Esto con el fin de conocer el caso clínico de una manera más amplia, así como el trabajo ya hecho dentro del área con el paciente y las impresiones clínicas desde cada punto de vista.
- Ya como implicaciones dentro del dispositivo clínico se encontraron dificultades en cuanto a la intervención posible con el paciente, continuamente se mostró con recelo para hablar de su subjetividad, particularmente buscaba dar respuestas aceptadas socialmente dejando de lado su propia manifestación como sujeto posibilitando así un trabajo terapéutico.
- Se agrega al proceso del sujeto la intención de aceptar la intervención psicológica como una ayuda capaz de otorgarle favores dentro de su estadía en la institución más que una posibilidad para preguntarse por su propia subjetividad.

2.5.3. *Eje 3. Acompañamiento psicoeducativo y clínico en el programa extramural.* Con esta población se generaron procesos socioeducativos en prevención y promoción de salud mental en

las comunidades de los municipios. De la misma manera se llevaron a cabo valoraciones psicológicas en los municipios donde las afectaciones de la psicología no se evidencian. Y finalmente se realizaron tutorías y acompañamientos a los profesionales de la salud en los municipios.

2.5.3.1. Objetivo general

- Efectuar procesos de intervención psicosociales y psicoeducativos con las poblaciones y clínicos con sujetos de los municipios, así como capacitar y acompañar profesionales de la salud de estos municipios con el fin de presentar un servicio integral de salud mental en el departamento del Risaralda.

2.5.3.2. Objetivos específicos

- Posibilitar herramientas clínicas y psicoeducativas en los profesionales de la salud de los municipios que soliciten consultoría con el practicante en psicología.
- Identificar casos puntuales que soliciten intervención urgente por parte del profesional pertinente con ayuda de las valoraciones psicológicas a los pacientes de los municipios.
- Generar procesos en las comunidades que posibiliten agentes de cambio y a su vez responsabilizarse de sus propias problemáticas.

2.5.3.3. Estrategias de acción

- Propiciar un espacio de reflexión y de apoyo para el profesional de salud tratando de solventar dudas que permitan un mejor desempeño y un mejor juicio ético con respecto la población a tratar.
- Realizar valoraciones psicológicas a los pacientes de los municipios del Risaralda.
- Remitir a los pacientes donde el profesional pertinente para la problemática que lo aqueja.
- Generar procesos reflexivos en los habitantes de las comunidades con el fin de tomar responsabilidad en cuanto a sus problemáticas sociales.

2.5.3.4. Procedimiento desarrollado

El procedimiento desarrollado versó por lo común en la realización de valorizaciones psicológicas con los pacientes de los municipios que más lo necesitaban. Dado que las condiciones de las visitas por parte de los profesionales a estos lugares del departamento se ejecutan dos veces por año, no es posible realizar una intervención terapéutica con ninguno de ellos. Dadas estas condiciones se remitieron estos pacientes donde el profesional pertinente, entre estas remisiones los profesionales de la psicología fueron los más necesarios en especial cuando las problemáticas versaban sobre dificultades en el aprendizaje y problemas de comportamiento en niños. Por otro lado en algunos casos puntuales se hizo también necesario que a estos pacientes se les aplicara una prueba de inteligencia. Otras remisiones tuvieron como objetivo valoración y manejo por parte de psiquiatría, terapia ocupacional, y neurología.

Todas estas remisiones se dejaron evidenciadas en las historias clínicas de los pacientes dejando en claro la importancia de tales valoraciones en la salud de cada paciente.

Dentro de este eje también se hizo necesario acompañar a otros profesionales psicólogos que laboraban en algunos hospitales de los municipios, tal acompañamiento se debía a que muchos de ellos tenían como campo de acción en psicología lo social comunitario, y que no obstante se veían en la necesidad de realizar intervenciones clínicas con los pacientes que lo requerían.

2.5.3.5. Población

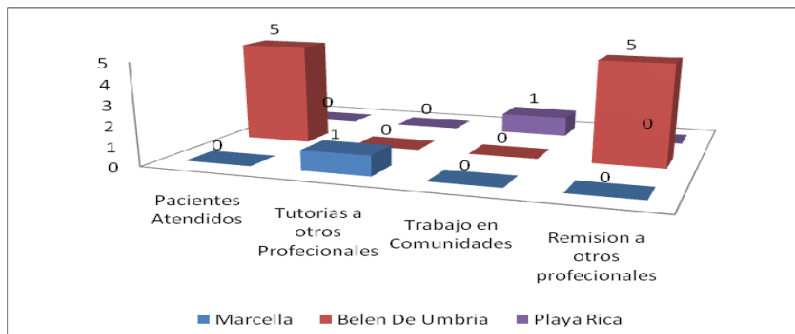
- Sujetos y/o comunidades de los municipios a los cuales se les prestaran servicios de prevención y promoción de salud mental.

2.5.3.6. Evaluación de impacto con indicadores de logro

Indicadores cuantitativos en valoración clínica y trabajo con comunidades en los municipios del Risaralda.

- Número de visitas a los municipios de Risaralda: 3
- Número de pacientes atendidos: 5
- Número de tutorías a otros profesionales: 1
- Número de trabajos con comunidad: 1
- Número de remisiones a otro profesional. 5

Gráfica 9. Valoración clínica y trabajo en comunidades con pacientes de municipios del Risaralda.



Según el tiempo de rotación en el área extramural se llevaron a cabo 3 visitas a tres diferentes municipios del departamento del Risaralda, Marcella, Belén de Umbria y Playa Rica respectivamente, se encuentra que la primera salida a los municipios no se programaron consultas para realizar valoraciones por el psicólogo, por el contrario se le pidió que realizara una tutoría a otro profesional psicólogo del hospital San Jorge del municipio de Marcella. En el segundo municipio fueron requeridos los servicios del psicólogo para realizar valoraciones a 5 pacientes, de la misma manera estos fueron remitidos para llevar a cabo un proceso terapéutico ya que sus problemáticas se hacen significativas y a su vez necesario la colaboración de un profesional con cada caso de estos.

En estas dos visitas no se realizaron intervenciones de corte psicoeducativo, fueron necesarios los conocimientos del practicante en el área clínica. Por el contrario la última movilización dentro del área de extramural permitió realizar un acompañamiento socioeducativo en relación con la alcaldía de este municipio, se buscaba realizar actividades lúdicas en promoción y prevención contra las sustancias psicoactivas con los jóvenes estudiantes de esta localidad.

Indicadores cualitativos en valoración clínica y trabajo con comunidades en los municipios del Risaralda.

- Al realizar la evaluación con los pacientes de los municipios se encontraba que las implicaciones del poco tiempo no daba lugar a realizar una intervención rigurosa, no obstante dentro de las evaluaciones realizadas se trató de generar pregunta en los pacientes con respecto a su sintomatología y la responsabilidad de ellos en aquello que decían. Así, se

realizaron retroalimentaciones con los pacientes buscando direccionar un interés por un proceso psicológico en el cual les fuera posible elaborar sus problemáticas.

- Se realizaron remisiones a distintos profesionales de la salud buscando una evaluación holística y la oportunidad de una intervención rigurosa siempre en pro de la salud de los pacientes. De los 5 pacientes atendidos se vio la necesidad de remitirlos a otro profesional de la psicología ya que presentaban problemáticas harto significativas, que con la intervención oportuna se podrían tramitar de manera más eficiente.
- Se desarrollaron proyectos socioeducativos junto con la directora de área, estos proyectos fueron desarrollados y coordinados para el plan ya existente de los Jóvenes P, se conto con un formato enviado por la ONU buscando adquirir una ayuda económica para la implementación del mismo. Tal proyecto buscaba la financiación para ciertas actividades dentro de los municipios del Risaralda, eventos que serian realizados por los Jóvenes P.

2.6. *Dificultades presentadas*

2.6.1. *Eje 1. Clínica en consulta externa y pacientes hospitalizados.* Dentro del área intramural no se presentaron ningún tipo de inconvenientes, dificultades presentadas por otros practicantes como por ejemplo los problemas de espacio fueron solucionados para la práctica del 2009. Se conto con el apoyo de varios profesionales de la salud, como auxiliares de enfermería, los cuales posibilitaron el entendimiento de algunas conductas protocolarias dentro de la institución, al igual que problemáticas de pacientes que han sido internados en varias oportunidades dentro de la entidad.

Por el contrario no se permitió realizar una intervención interdisciplinar como tal, se posibilitaron discusiones académicas con respecto a casos en específico y consideraciones en cuanto a una pregunta por la teoría y la praxis. Dentro de la praxis de los profesionales médicos se encontraron consideraciones muy distintas con respecto a la labor psicológica en cuanto que competen a campos distintos, así, muchas intervenciones de estos profesionales eran contradictorias con las intervenciones del practicante, en cuanto que los primeros relegaban la responsabilidad de los sujetos frente a la problemática por la cual eran internados dados sus referentes médicos, y por una vertiente distinta el practicante tratando de mostrar las implicaciones y la responsabilidad del paciente frente a su propio malestar.

Ahora dentro del área de consulta externa se presentaron varias dificultades con el jefe inmediato, en cuanto a las consideraciones individuales y formativas con respecto a la praxis psicológica y especialmente con respecto a las implicaciones del psicoanálisis. Gran parte de las dificultades giraron en torno a las consideraciones eclécticas de la psicología y las pretensiones de los procesos de calidad dentro de la institución, así, dentro de la praxis psicoanalítica se quiso imponer un afán de resultados y evidencias clínicas dentro de los procesos terapéuticos.

Como un segundo punto dentro del área de consulta externa fue la mala organización con respecto a los consultorios disponibles y los horarios dados al practicante, ya que este se vio muchas veces en la dificultad para cumplir con sus labores por la inexistencia del espacio. Tal dificultad se presentó desde el segundo semestre de práctica, si bien se trató de dar solución de manera urgente otras veces se manifestaron pormenores a la hora de atender a los usuarios consultores.

Ahora bien, se reconoce que el E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda como entidad prestadora de servicios de salud de segundo nivel debe responder frente a determinadas demandas sociales y políticas, no obstante en busca de abarcar la mayor cantidad de usuarios posibles sin los recursos necesarios se hacen evidentes dificultades muy grandes a la hora de generar procesos idóneos con los pacientes, tal falencia no se restringe a la labor del practicante se hace extensiva a todos los profesionales de psicología que en busca de saciar una demanda se deja de lado a los sujetos y por consiguiente gran parte de los intereses éticos y teóricos de la psicología en lo que respecta a una pregunta por lo humano, de esta manera, los procesos de calidad que buscan como organización se ven trastocados en gran medida, si bien responde a unos estándares expedidos organizacionalmente no abarcan las implicaciones de los sujetos usuarios de la institución.

En este orden de ideas, una de las dificultades en cuanto a esta búsqueda de calidad se evidencia en el alto número de pacientes atendidos por el practicante, para la práctica del año 2009 el área de prácticas profesionales de la Universidad Católica Popular del Risaralda junto con la subdirección científica del HOMERIS estableció un tope de pacientes para ser atendidos por el practicante, aun así, los lapsos entre consultas podían llegar a un mes lo que no posibilitaba una intervención terapéutica idónea para la psicología como ciencia ni para el practicante como representante de esta. Para el día 10 de noviembre se llevó a cabo una reunión con los distintos profesionales del área asistencial, según los resultados dados por el gerente cada paciente, en el

área de psiquiatría, tiene 3,8 consultas por año; para el área de psicología, cada paciente tiene 4,8 consultas por año, es decir, que en promedio cada paciente tiene 4 consultas anualmente, tales datos, si bien responden a unos estándares de productividad, generan grandes preguntas sobre la labor de la psicología en el hospital y la articulación de esta como ciencia de lo humano.

2.6.2. *Eje 2. Clínica con paciente inimputable.* Dentro de esta área no se presentaron inconvenientes a nivel organizacional, en cuanto al área de inimputables el psiquiatra encargado, la psicóloga y la trabajadora social facilitaron sus conocimientos y disposición profesional para llevar a cabo una muy buena práctica dentro del área.

Si bien se presentaron dificultades dentro del área se dio más por la intervención clínica en cuanto tal; se parte de la simple intencionalidad del paciente para entrar al dispositivo, en cuanto que asume el ir donde el psicólogo como una “buena disposición”, actitud que se premia dentro del área de inimputables. Así, una posible negación por parte del sujeto puede dar para una mala conducta dentro del área. De la misma manera el paciente mostro dificultades para hablar desde su subjetividad, constantemente daba respuestas aceptadas socialmente y siempre buscando mostrar una mejoría en cuanto a su enfermedad mental, además de estar constantemente manifestado un deseo por salir y hacer las cosas distintas. Se agrega a esto la inexperiencia del practicante, en cuanto que posibilitador del trabajo analítico, no conto con las habilidades necesarias para llevar el proceso de la mejor manera y como agregado a esto el trabajar con una estructura psicótica.

2.6.3. *Eje 3. Acompañamiento psicoeducativo y clínico en el programa extramural.* Las dificultades presentadas dentro del área se manifestaron en la inconsistencia de las salidas a los municipios de Risaralda, si bien la practica como tal dentro del área era para desarrollar procesos clínicos y psicoeducativos en los municipios fue esta la labor mínima del practicante.

2.6.4. *Otras dificultades presentadas.* Es de suponerse que dentro de las pautas de la practica establecidas entre la subdirección científica del HOMERIS y el departamento de prácticas profesionales de la UCPR se establece el compromiso por parte de la primera para brindar al practicante un almuerzo diario según los días trabajados, en una ocasión tal compromiso se torno



en una especie de “premiación”, de un “detalle” al que puede acceder o no el practicante, es decir, fue quitado como motivo de castigo por una discrepancia entre una psicóloga del hospital y la subdirección científica, divergencia compartida también por el practicante. Posteriormente se vio amenazado tal “premio” por parte de unas de las funcionarias del hospital, esto al no compartir la escases de tiempo del practicante para recoger los vales.

Desde otro cariz se encuentran dificultades que corresponden al proceso de práctica y aprendizaje en cuento tal, así, se presentaron inconvenientes en cuanto a la comprensión conceptual y practica de la psicología clínica los cuales fueron desarrollados desde el principio de la practica con ayuda del asesor.

3. Conclusiones

En muchos puntos la práctica en el E.S.E Hospital Mental del Risaralda fue bastante productiva tanto para el practicante como para la institución; para esta última el practicante se convierte en un recurso importante que permite satisfacer de manera óptima la alta demanda de los usuarios para consulta con psicología; en el caso del practicante le permitió acercarse al mundo laboral del psicólogo, acercamiento que lo confronta con la realidad laboral no vislumbrada en la vida de estudiante, se agrega a esto el encuentro del psicoanálisis con la vida institucional, mostrando así los alcances y sus limitantes dentro del aspecto corporativo. En cuanto a sus alcances se encuentra la posibilidad de dar lugar al sujeto en un espacio que se ha relegado a un segundo plano, rescata a subjetividad y les permite el encuentro a los pacientes con lo que ellos son espacio que no tienen, o no se permiten ni en su cotidianidad; en cuanto a sus límites se encuentra ciertas dificultades para relacionarse con ciertas políticas institucionales como un afán de resultados y la necesidad de la inmediatez, además de ciertos prejuicios con respecto al psicoanálisis que muchas veces se vieron fundamentados en el desconocimiento.

Así, la realización de la práctica en el HOMERIS se hace bastante rigurosa y fructuosa para el practicante, en cuanto que permite un acercamiento a multiplicidad de patologías y sujetos con su propio malestar subjetivo con respecto a su patología, este afrontamiento da como resultado una muy rica y vasta experiencia que en si misma se convierte en ganancia para el practicante y su posterior labor profesional.

A esto se sobrepone la fuerte influencia de las pruebas psicométricas dentro de los procesos de evaluación en el hospital mental, en este aspecto se brinda de igual manera la recolección de experiencia en el campo de la evaluación psicológica, no obstante, en muchos casos se vio una mala utilización de las pruebas psicométricas por parte de los funcionarios del hospital y según los resultados requeridos, el practicante se vio inmerso dentro de esta utilización en cuanto que se relegaban diagnósticos bastante complejos a partir de un solo resultado, dejando de lado factores también concernientes al campo de la psicología como las circunstancias psicosociales y en otros casos las mismas disposiciones psíquicas de los sujetos por los números arrojados según los test estandarizados.



Finalmente queda en cuestionamiento el trabajo interdisciplinar dentro de la institución ya que en muchos casos si bien se discrepan, dentro las elecciones teóricas como campos distintos de intervención se noto una gran confusión epistemológica con respecto a la psicología y su labor en relación con otros saberes, en este caso la medicina. Esto manifiesto en las intervenciones por parte de los profesionales, ya que muchas veces tal intención interdisciplinar no parecía tener punto de encuentro alguno.

De la misma manera al interior de los representantes en psicología en el HOMERIS deja también un “sin sabor” la práctica ecléctica que se fundamenta en los procesos de calidad y en el “no a todo el mundo le sirve lo mismo”; practica y fundamentación que deja de lado toda rigurosidad epistemológica, teórica, práctica y sobre todo ética.

4. Recomendaciones

Frente a las dificultades presentadas para el practicante en cuanto al espacio físico en el área de consulta externa, se recomienda realizar un plan de horarios riguroso donde tales momentos no se crucen entre los practicantes ni demás profesionales, en si mismo esto representa una mejora en la calidad de la atención de los pacientes ya que no tendrían que esperar a que se les habilitara un espacio para acceder al servicio requerido. Para el practicante y demás profesionales que se han visto en tal dificultad tendrían también una ganancia en cuanto que no tendrían que movilizarse con el paciente a áreas que no le corresponden en el momento y que no cuentan con las características requeridas para llevar a cabo una intervención psicológica idónea.

En cuanto a los lapsos entre consultas para los pacientes, se recomienda contratar nuevos profesionales de la psicología que posibiliten un decremento en la demanda por consulta externa, sin dejar de lado, claro está, el convenio con prácticas profesionales de la UCPR que de igual forma ayudaría en atención psicológica para los usuarios; de la misma manera, tales consideraciones están en armonía con los procesos de calidad ya que permiten realizar intervenciones idóneas acordes con los intereses teóricos, prácticos y éticos, buscando una mejoría del paciente; así tenga un mayor número de consultas se hace menos probable una reincidencia del paciente como una evolución de su patología hacia conductas mas desadaptativas.

En el área extramural se hace necesario desarrollar un mejor plan de intervención con los municipios de Risaralda, mejoramiento que se debe realizar por ambas partes. Es decir, dar una mejor organización a los planes de intervención, en cuento que cada parte debe responsabilizarse de lo acordado para desarrollar de manera idónea todas las actividades propuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bassols, Miguel. *Lógica de la sesión corta*. En: Psicoanálisis Lacaniano. XXXII Jornadas de la ECF-ELPParis, 25-26 Octubre 2003
- Demoulin, Christian. (2003). *¿El psicoanálisis, terapéutico?*. Medellín. Ed. No Todo.
- Freud, Sigmund (1933). *Las cinco conferencias sobre el psicoanálisis*. En: obras completas Argentina. Amorrortu Editores. Vol. 1
- Freud, Sigmund. (1950 (1895)). *Proyecto de Psicología*. En: Obras completas. Argentina. Amorrortu Editores Vol. I
- Freud, Sigmund. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En: Obras completas. Argentina. Amorrortu editores Vol. VII
- Freud, Sigmund (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En: obras completas. Argentina. Amorrortu Editores Vol. XIV
- Freud, Sigmund (1923). *El yo y el ello*. En: obras completas. Argentina. Amorrortu Editores Vol. XIX
- Freud, Sigmund (1925). *Autobiografía, Historia del movimiento psicoanalítico*. España. Alianza Editorial.
- Giussani, Diana (2006). *Del “más allá...” y el ultimo Lacan: La peste Freudiana*. Argentina. Rojo Editores
- Imbriano, Amelia H (2003). *Las enseñanzas de la psicosis*. Argentina. Editorial Letra Viva.



- Lacan, Jacques. (1964a). *El inconsciente y al repetición. El inconsciente Freudiano y el nuestro*. Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Argentina. Editorial Paidós. 2001.
- Lacan, Jacques. (1964b). *La transferencia y la pulsión. Presencia del analista*. Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Argentina. Editorial Paidós. 2001.
- Lacan, Jacques (1958). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En: Escritos 2. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Lacan, Jacques (1966). *Psicoanálisis y medicina*. En: Intervención y texto 1. Buenos Aires. Ed. Manantial. 1991.
- Ministerio de la Protección Social (2004). *Encuentro interinstitucional para la atención integral de la población declarada inimputable por trastorno mental*.
- Ramírez, Mario. (2003). *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje*. Medellín. Ed. Universidad de Antioquia.
- Soler, Colette. (2006). *¿A que se le llama perversión?*. Medellín. Edita Asociación Foros del campo Lacaniano Medellín.
- Tendlraz, Silvia. (1989). *Los homicidios inmotivados*. En: Revista malentendido No 5.

APÉNDICES

Apéndice 1: encuesta a los profesionales del HOMERIS; identificación de necesidades.

Encuesta #1: psicólogo del HOMERIS

1. ¿cree usted que la praxis psicológica es relevante para las problemáticas de la institución?
¿y en qué sentido es o no relevante?

Es relevante porque a través de la práctica psicológica se le ayuda al paciente a entender, controlar y manejar sus estados emocionales y comportamentales. La psicología es la parte dinámica del paciente con alteración mental u emocional. La psicología es formativa, es educativa, es humana; por ello en toda área o campo será siempre relevante.

2. Dado su propio quehacer profesional ¿cuales considera usted que deben ser las funciones del psicólogo al interior de la institución?

- Facilitador de espacios de armonía y tranquilidad para el paciente.
- Evaluación del estado emocional y comportamental del paciente.
- Diseñar y desarrollar alternativas terapéuticas.
- Psicoeducación con el paciente y la familia.
- Aplicación de pruebas específicas.
- Apoyar otras disciplinas en la evaluación del paciente y en la aplicación de los procesos terapéuticos.

3. ¿Qué necesidades encuentra usted al interior de la institución que deban suplir los profesionales de la psicología?

- Mayor cubrimiento e intervención con el paciente hospitalizado (algunos de ellos no reciben atención psicológica).
- Intervención a nivel familiar, para brindar educación a cerca de patologías, acordar estrategias de manejo del paciente, trabajar sobre el sentido de responsabilidad, manejo de

conflictos familiares.

- Intervención clara y determinada con el paciente farmacodependiente.
 - Diseñar estrategias terapéuticas para las dificultades en el aprendizaje.
 - Cubrimiento de la demanda de consulta externa.
 - Aplicar sistemas de evaluación de acuerdo a las patologías y necesidades.
 - Recomendar el estudio de las patologías de mayor prevalencia
4. ¿Considera que las necesidades de la institución se transforman dependiendo del área de intervención del psicólogo (extramural, pensión, urgencias, crónicos o inimputables) y si es así, que necesidades cambian y cuál es su influencia en las funciones del psicólogo?
- Necesidades de interacción social.
 - Necesidades de comunicación.
 - Necesidades de ubicación y estabilidad
 - Necesidades de ocupación y desarrollo personal.
 - Necesidades se hacen mas terapéuticas que de intervención de en crisis.
 - A nivel extramural difusión de los servicios que presta el hospital
5. Dadas las necesidades que usted encuentra al interior de la institución ¿Cómo cree que se llegaría al bienestar de las mismas?

Detectándolos claramente, priorizando dichas necesidades, programando las acciones correspondientes, promocionando y divulgando la realización de las actividades, buscando el apoyo de directivas. El compromiso y el sentido de responsabilidad del profesional son fundamentales para dinamizar los procesos que se puedan establecer.



Encuesta #2: psicóloga del HOMERIS

1. ¿cree usted que la praxis psicológica es relevante para las problemáticas de la institución?
¿y en qué sentido es o no relevante?

Es importante ya que aporta en la alta demanda en consulta externa; apoya a los profesionales en el área y facilita atención psicológica en los pacientes hospitalizados.

2. Dado su propio quehacer profesional ¿cuales considera usted que deben ser las funciones del psicólogo al interior de la institución?

Actividades 100% clínicas:

- Valoración
 - Intervención: Individual, familiar, pareja o grupo.
 - Aplicación de pruebas psicométricas y su análisis clínico; diagnostico y tratamiento.
 - Participar en análisis de casos clínicos.
3. ¿Qué necesidades encuentra usted al interior de la institución que deban suplir los profesionales de la psicología?
 - Atención al paciente hospitalizado y enganche terapéutico para el tratamiento ambulatorio.
 - Atención psicológica en consulta externa
 - Apoyo en el programa extramural
 - Participación de actividades en equipo
 4. ¿Considera que las necesidades de la institución se transforman dependiendo del área de intervención del psicólogo (extramural, pensión, urgencias, crónicos o inimputables) y si es así, que necesidades cambian y cuál es su influencia en las funciones del psicólogo?



- Extramural: ejecución de programas de promoción y prevención de salud mental.
 - Hospitalización: apoyo transitorio y enganche al paciente y a la familia.
 - Inimputables: intervención psicológica para modificación de conducta y convivencia.
5. Dadas las necesidades que usted encuentra al interior de la institución ¿Cómo cree que se llegaría al bienestar de las mismas?
- Actitud, ética, sentido de pertenecía.
 - Personal idóneo en formación clínica
 - Más personal para la alta demanda.



Encuesta #3: psiquiatra del HOMERIS

1. ¿cree usted que la praxis psicológica es relevante para las problemáticas de la institución?
¿y en qué sentido es o no relevante?

Si es relevante; si su labor se articula con las necesidades actuales de la institución en el área asistencial.

2. Dado su propio quehacer profesional ¿cuales considera usted que deben ser las funciones del psicólogo al interior de la institución?

- Realización de pruebas diagnosticas.
- Terapia de apoyo en crisis (ruptura de pareja, perdida de un ser querido, pérdida de empleo)
- Inicio de desarrollo de procesos psicoterapéuticos en pacientes ambulatorios (de acuerdo al enfoque personal- dinámico, cognitivo-conductual) con supervisión continua de un docente.
- Presentación de temas clínicos o casos clínicos el día martes a las 7 am.

3. ¿Qué necesidades encuentra usted al interior de la institución que deban suplir los profesionales de la psicología?

Hay varias necesidades no cubiertas aun:

- Terapia familiar sistémica
- Implementación de esquemas de terapia conductual en pacientes con retardo mental y crónicos.
- Terapia de grupo para pacientes consumidores de psicoactivos.
- Grupos de apoyo a las familias de los pacientes psiquiátricos.



4. ¿Considera que las necesidades de la institución se transforman dependiendo del área de intervención del psicólogo (extramural, pensión, urgencias, crónicos o inimputables) y si es así, que necesidades cambian y cuál es su influencia en las funciones del psicólogo?

Las necesidades cambian en las referentes intra o extrahospitalarios.

A nivel intrahospitalario, el psicólogo interviene a nivel de procesos psicoeducativos, pruebas complementarias (test), reuniones clínicas, exposición de temas.

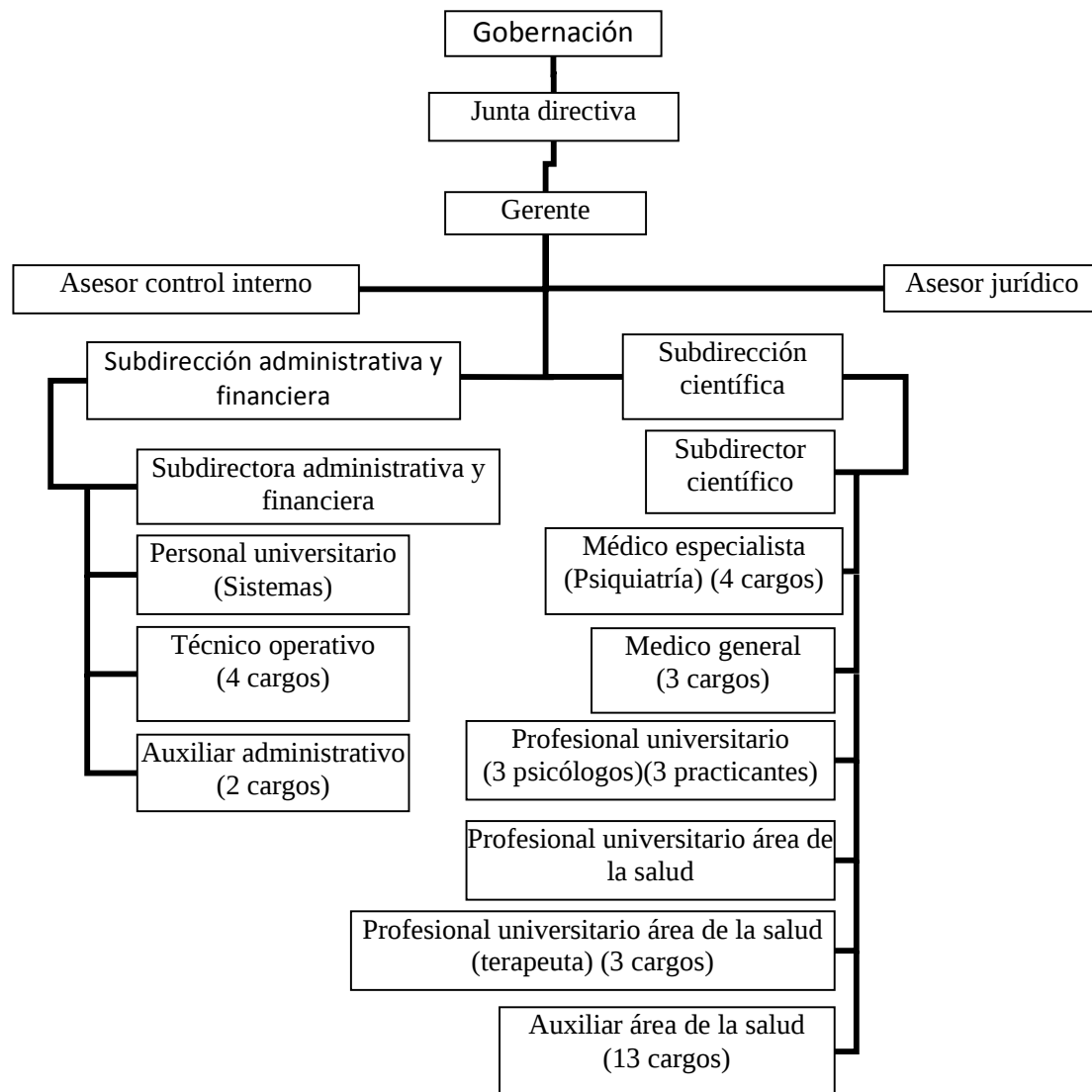
A nivel extrahospitalario (extramural), su labor cambia al perfil psicoeducativos apoyando labores de capacitación en temas que desarrolla este programa.

5. Dadas las necesidades que usted encuentra al interior de la institución ¿Cómo cree que se llegaría al bienestar de las mismas?

Vinculando profesionales de psicología idóneos en manejo de terapia familiar sistémica y en cognitivo-conductual.

ANEXOS

Anexo 1: Organigrama del HOMERIS



Anexo 2: Servicios prestados por el Hospital en desarrollo de su misión

SERVICIOS	PRODUCTOS
CLINICA SANTA ANA (LAS 24 HORAS)	Atención integral por: *psiquiatría *psicología *Medicina General *Enfermería *Terapia Ocupacional *Trabajo Social *Atención a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores
	Tratamiento de: *Depresión ansiedad *Alteraciones del sueño *Dificultad del aprendizaje *Valoración psicológica *Test de coeficiente intelectual *Test para prueba de inteligencia *Valoración ocupacional
URGENCIAS	*Atención las 24 horas por Medico General y Psiquiatra *Tratamiento médico y farmacológico, con disponibilidad de equipos para terapias especiales
CONSULTA EXTERNA	*Diagnostico *Tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico *Psicoeducación al paciente y la familia
	Manejo de problemas: *cognitivos *Hiperactividad *Dificultades del aprendizaje *Bajo rendimiento académico

	*Atención a conductas adictivas *Atención al intento suicida *Envejecimiento normal y trastornos mentales propios de la edad
--	--

SERVICIOS	PRODUCTOS
HOSPITALIZACIÓN	Se dispone de cómodas habitaciones unipersonales y bipersonales, atención especializada y humanizada brindando: *Valoración, diagnóstico y evolución *Terapia individual, grupal, de familia y de pareja *tratamiento farmacológico *Estudio Socio familiar *Gimnasia dirigida *Toma de exámenes de laboratorio
FARMACIA OUTSOURCIN CON COODESURIS	Suministro a pacientes internos y venta al público de: Medicamentos psiquiátricos
SERVICIOS EXTRAMURALES	Programas de promoción, prevención y fomento de la salud mental en el departamento de Risaralda