

Introducción a las guías de intervención psicológica

FRANCISCO MORALES-CARMONA^a

RESUMEN

En este escrito se argumenta la necesidad de replantear la visión diagnóstica de los fenómenos emocionales que son producto de un evento, situación y/o enfermedad, ya que las categorías diagnósticas existentes no parecen resultar del todo útiles en la comprensión de lo que experimenta el paciente, además de en ocasiones convertirse en un obstáculo importante para indicar una terapéutica específica que alivie las manifestaciones y además permita cumplir con los objetivos que tienen tanto paciente como institución para la solución de la condición de salud por la cual está siendo intervenido.

Con tal fin se introduce el concepto de malestar psicológico y se hace una propuesta metodológica de intervención psicológica, revisando sus alcances y limitaciones en el campo del trabajo institucional, en particular, en la atención de la salud reproductiva.

PALABRAS GUÍA: *Malestar psicológico, intervención, diagnóstico, reproducción humana.*

INTRODUCCIÓN

Para construir recomendaciones técnicas para la intervención psicológica, es preciso hacer algunas consideraciones teóricas sobre la psicología, la práctica clínica, el trabajo diagnóstico, y finalmente, sobre la teoría de la técnica de intervención psicológica que se realiza en una institución médica que atiende eventos y padecimientos físicos.

La psicología clínica posee, desde sus orígenes, el interés por el estudio del comportamiento,

tanto normal como anormal. Esto ha influido en la búsqueda de aquellos elementos que permitan establecer un diagnóstico, realizar intervenciones y/o establecer las acciones que posibiliten la prevención de los padecimientos mentales.¹

En consecuencia, se han propuesto modelos comprensivos del funcionamiento psicológico, tanto normal como anormal; se han diseñado métodos de psicodiagnóstico, con base en propuestas teóricas; y, se han generado modelos de intervención con técnicas que contribuyen a mejorar el estado emocional y comportamental de la persona que experimenta algún desajuste en su psiquismo.

En este sentido, es necesario partir de una forma de comprender el fenómeno psicológico. En primer lugar, es conveniente establecer que las respuestas psíquicas (pensamientos, afectos y conductas) ante los diferentes estímulos, situaciones o eventos (tanto reales como

^a Jefe del Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes.

Correspondencia:
Dr. Francisco Morales-Carmona
Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología,
1er piso Torre de Investigación.
Montes Urales 800, Lomas Virreyes, México, D.F., C.P. 11000.

Recibido: 11 de diciembre de 2006.

Aceptado: 9 de febrero de 2007.

imaginarios) surgen de la persona, de acuerdo con la forma en que ésta ha aprendido a funcionar en el pasado. La finalidad es la de experimentar una sensación de resolución de estos estímulos. Para ello, participan las distintas estructuras de la persona como: su carácter, temperamento, historia de vida, circunstancia vital, ideología, etcétera.

Estos estímulos conducen a una respuesta por parte del individuo, consecuente con la manera en que éste percibe la estimulación, a partir de las representaciones psicológicas que ha construido en su devenir ontológico.

En buena medida, estas representaciones y las formas de la respuesta de la persona no son reconocidas conscientemente (en relación con el origen de su construcción interna); pues se han desarrollaron con base en condiciones específicas de demandas y hechos, que se han formado a lo largo de su experiencia de vida y de las condiciones imperantes en ese momento, tanto de tipo interno, como de la situación con la realidad.

Éste es un momento importante en el proceso de integración, pues cuando existe un estímulo que rebasa la capacidad de respuesta del psiquismo individual. Surge entonces, una condición traumática, la cual aparece como un recurso protector de la psique, que sirve para aislar el evento traumático de la conciencia del sujeto. Empero, este conjunto de eventos que se han cercado, no logran integrarse con la experiencia global del individuo y, por ende, llegan a funcionar con cierta independencia de la personalidad total, hecho que se observa como un elemento ajeno que muestra una incongruencia aparente.

Es en este contexto en que algunas de las manifestaciones que se observan en la clínica se asemejan a las que provienen de una condición patológica, lo que nos hace pensar en los síntomas. No obstante, es importante entenderlos como datos clínicos, pues los síntomas se inscriben, desde el principio, en manifestaciones no sanas que orientan al terapeuta hacia el plano de una búsqueda dentro de la nosografía. Por otra parte, es un hecho que estas manifestaciones tienen en su expresión, una forma indistinguible entre conductas normales y anormales, pero que se pueden diferenciar, si se atienden sus orígenes, cualidades; y en las explicaciones que ofrece el

individuo sobre las mismas, a partir de su congruencia, coherencia y el contexto donde surgen.

En consecuencia, consideramos que existen argumentos necesarios para comenzar a trabajar en la construcción de una nosografía psicológica, que integre las bondades de una aproximación descriptiva que sea fenomenológica. Todo ello, en el afán de reducir los riesgos que actualmente se observan al aplicar los diagnósticos. Situación que sobredimensiona el problema, obturando la condición psicológica de los pacientes. Esto es a consecuencia de emplear instrumentos diseñados para detectar personas con una enfermedad mental, pero que no fueron elaborados para detectar sujetos que muestran datos clínicos que se asemejan en su manifestación a los síntomas, pero que no reúnen los elementos necesarios para integrar una situación psicopatológica.

Las razones anteriores nos ha llevado a la búsqueda de conceptos que ofrezcan una visión descriptiva, además de explicativa, los cuales se puedan incorporar a un cuerpo de conocimientos que siente las bases de una intervención en Psicología Clínica Institucional. De tal forma, que se ha trabajado en la construcción de una categoría que denominaremos como “malestar psicológico”, la cual se caracteriza como “un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, que son experimentados por la persona como incómodos y que no pueden ser agrupados en una condición sintomática, porque no se reúnen los criterios para ello.”²

Entre las observaciones realizadas se han encontrado datos clínicos que comparten las siguientes modalidades:

1. Actitud distraída.
2. Cambios en los patrones de alimentación.
3. Modificaciones de los patrones del comportamiento sexual.
4. Alteraciones en los patrones del ciclo sueño-vigilia.

Además, se ha encontrado que estos datos clínicos pueden manifestarse en cuatro modalidades y dos subtipos, que por no encontrarse referidos en la literatura, hemos



Tabla 1
Principales síntomas del malestar psicológico, según tipo

Tipo	Síntomas
<ul style="list-style-type: none"> • Eufórico Mixto I: Se debe utilizar cuando las manifestaciones se mezclan con ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud optimista, no congruente con estímulo desencadenante. • Minimización de los hechos y las consecuencias adversas. • Lenguaje con tono moderadamente elevado, curso ocasionalmente circunstancial, sin criterios de grandiosidad o megalomanía. • Pensamiento acorde al estado de ánimo. • Incremento de la actividad. • Ideación de metas y soluciones acordes al estado de ánimo, con pobreza en la solución real del conflicto.
<ul style="list-style-type: none"> • Disfórico Mixto II: Se debe utilizar cuando las manifestaciones se mezclan con ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de tristeza. • Llanto resonante y congruente. • Disminución de la capacidad para disfrutar. • Actitud pesimista, no congruente con el estímulo desencadenante. • Percepción de que el estímulo desencadenante tiene pocas probabilidades de ser resuelto de forma satisfactoria. • Autoinculpación. • Irritabilidad. • Intolerancia. • Disminución de la interacción social. • Lenguaje moderadamente bajo, con un curso lineal, con contenidos tendientes a la minusvalía y el autorreproche. • Actividad disminuida.
<ul style="list-style-type: none"> • Ansioso 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad aumentada. • Aprehensión. • Sensación de estar abrumado. • Fenómenos fisiológicos neurovegetativos (disnea, halitosis, palpitaciones, hiperhidrosis, mareo, cefalea, alteraciones gastrointestinales, etc.) • Pensamientos y conductas rígidos y repetitivos con respecto al evento desencadenante. • Temores que no constituyen un síntoma fóbico. • Estrategias psicológicas para contrarrestar la ansiedad. • Sensación de pérdida de control. • Intranquilidad. • Ideación de metas y soluciones poco objetivas.
<ul style="list-style-type: none"> • No especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría que debe ser usada, cuando no se alcanza a distinguir un patrón característico clasificable, pero que es congruente con la definición de malestar psicológico.

adoptado la clasificación para trastornos adaptativos, la cual, si bien no reúne los requisitos planteados anteriormente, es la más cercana en relación con las clasificaciones internacionales.

Las distintas categorías se presentan en la tabla 1.

Por otra parte, siendo consecuencia de diferentes situaciones con una amplia carga psicosocial, se considera necesario incorporar aquellos factores que se encuentran involucrados, tales como se muestran en la tabla 2.

Esta categoría nos ofrece una expectativa del curso de la sintomatología, de la que se puede expresar que debido a que se trata de cambios reactivos en donde el sujeto busca la adaptación emocional al evento, resulta en general de buen pronóstico. Sin embargo, la presencia de condiciones, como las que se anotan adelante, pueden provocar un estancamiento en el paciente, lo que favorece la aparición de estados crónicos que eventualmente pueden provocar que los síntomas se transformen en entidades psicopatológicas. Los siguientes son algunos de los factores mencionados:

1. Red social de apoyo pobre.
2. Carácter rígido.
3. Estresores que se mantienen o se incrementan en su intensidad.
4. Momento de la vida (crisis maduracionales).
5. Factores estructurales.

Si se entienden de esta forma, y además se trabaja en una institución para la atención de padecimientos físicos, la teoría de la técnica que estamos sugiriendo se ve francamente modificada.

Tal como se han venido presentando los argumentos, se puede a estas alturas intuir que la propuesta planteada se trata de un enfoque psicodinámico, pero éste sólo lo empleamos en la comprensión, pues no existen las condiciones para poder aplicar la técnica psicoanalítica.³ En este sentido, se propone el concepto de intervención psicoterapéutica psicodinámica institucional. A continuación, se describen los componentes generales de una intervención psicológica breve con tales características.

Antes, es necesario señalar que los pacientes acuden por encontrarse médicamente enfermos,

Tabla 2
Factores psicosociales asociados al malestar psicológico

Secundarios a:

- Crisis maduracional
- Disfunción familiar
- Disfunción marital
- Disfunción paterno filial
- Disfunción sexual
- Disfunción social y/o laboral
- Esterilidad
- Evento reproductivo
- Evolución de alto riesgo
- Infertilidad
- No especificado
- Padecimiento médico
- Pérdida perinatal
- Riesgo fetal
- Riesgo neonatal
- Violencia doméstica

o bien, porque experimentan un proceso que debe de ser médicamente atendido, el cual, si bien repercute en el estado emocional del paciente, resulta prioritario acudir para la atención del padecimiento médico. Por su parte, la institución tiene por objetivo dar respuesta efectiva a la demanda médica diaria.

En tales condiciones no parecería que la Psicología tuviese un espacio institucional propio, pero la experiencia de mucho tiempo y de muchos profesionales desmiente tal afirmación. ¿Cómo se ha llegado al punto de equilibrio en donde a la Psicología se le reconoce un lugar en estos ámbitos?

El camino ha sido largo y lleno de obstáculos, siendo los primeros los creados por los propios psicólogos. Desde luego no con tal propósito, sino como consecuencia de la exploración de nuevos territorios, lo que ha implicado hacer ajustes a los modelos de comprensión iniciales.

En principio, se ha llegado a actuar como si los Departamentos de Psicología se ubicaran como parte de los servicios sustantivos de una institución hospitalaria, por lo cual, se ha planteado en su quehacer como una prioridad, proponiendo en



consecuencia objetivos propios de la disciplina. Tal propuesta, sin embargo, es un desatino por varias razones, entre otras, las siguientes:

1. Se pierde de vista el objetivo fundamental de la institución, es decir, su razón de existencia.
2. Se desperdicia la posibilidad de un trabajo interdisciplinario, lo que ofrece más y mejores posibilidades de desarrollo y solución, particularmente para el paciente.
3. Las manifestaciones emocionales se encuentran descontextualizadas, al no ubicarlas dentro de una circunstancia global.

Posteriormente, y quizá a causa de que la Psicología sea una profesión no médica, pero con objetivos dedicados al cuidado de la salud, la integración no ha resultado natural, sino que ha sido necesario generar puentes conceptuales y operativos que establezcan ligas claras entre las acciones de intervención a desarrollar. Ello también ha sido motivo de distanciamiento con otros profesionales de la propia Psicología, pues las actividades que se adoptan no corresponden a la propuesta original de la disciplina y sus teorías, en consecuencia, es una práctica que frecuentemente es acusada de superficial. En otras palabras, los psicólogos se llegan a encontrar en un territorio desolado y poco entendido, es decir, “en tierra de nadie”.

No obstante, este mismo estado de cosas ha permitido que quienes han llegado a laborar en estas condiciones, exploren nuevas formas de abordar las dificultades y los fenómenos, reconciliando diversos objetivos: los de la población que demanda atención, los de la institución y los de la disciplina psicológica.

En la primera parte de esta introducción, se han explicado algunas adecuaciones a la teoría y al diagnóstico, toca ahora el turno a la intervención, campo pantanoso, no sólo en las instituciones, sino en la profesión misma, ya que existen cientos de propuestas sobre el tema, pero que se reducen a dos vertientes con suficientes argumentos respaldados por pruebas objetivas: las terapias cognitivo-conductuales y las intervenciones interpersonales de corte psicodinámico.

La experiencia institucional nos conduce a tomar por el segundo de los caminos planteados,

en diferentes modalidades (individual, pareja, familia y grupo), donde el uso dependerá de los aspectos que se hayan evaluado en el paciente y la pertinencia de cada caso en particular.

Aunado a esto, tenemos experiencia de las terapias breves de emergencia y de apoyo, así como de las estrategias de contención. En consecuencia, describiremos adelante estos aspectos técnicos adaptados a las condiciones institucionales y las demandas de la población que atendemos.

Comenzaremos por establecer los objetivos que fundamentalmente son reiterados bajo estas condiciones.

La población que se atiende ingresa por una demanda de atención médica, o bien, para el seguimiento y atención de un evento biológico. En este contexto, la solicitud de demanda que el paciente expresa, es la de encontrar como respuesta de los profesionales de la salud, una respuesta que mitigue o resuelva su padecimiento, o bien, de alcanzar el resultado idóneo en el evento que cursan.

Por su parte, la institución busca satisfacer estas demandas mediante las técnicas y estrategias de la especialidad sustantiva, con la meta de guardar un equilibrio entre los costos y el beneficio que se obtiene; amén de perseguir nuevas posibilidades que expliquen y resuelvan en forma eficiente estas demandas. Pero para que esto ocurra, es imprescindible la articulación interdisciplinaria que aporte, desde cada una de las perspectivas, los elementos que se necesitan para una actuación integral que subsuma las estrategias, y proporcione el mejor resultado posible, dados los conocimientos actuales. A su vez, es necesario que el paciente se adhiera a la terapéutica, ya que no basta que existan los mejores recursos, pues en el caso de no haber una acción de parte del paciente para que surta el efecto buscado, la intervención no resultará exitosa.

Es en este contexto es en el que el psicólogo interviene, pues la comprensión del comportamiento permite anticipar y promover conductas que se acerquen a las condiciones que se requieren para la aplicación de acciones eficaces y eficientes, con el mínimo de recursos y el máximo de beneficios.

Primeramente, tendremos que discutir respecto a que vamos a entender por terapia breve: existen diferentes propuestas, que en su mayoría no corresponden al quehacer que intentamos explicar. Es posible que sea consecuencia de que los objetivos de quienes han descrito estas técnicas, se basen en consideraciones respecto a la salud mental, pero en este caso llamamos la atención sobre los objetivos antes expuestos, en tanto que eso nos coloca en la posición de requerir otras estrategias que se enfoquen hacia las demandas y objetivos de la población y la institución, de tal forma que esta aproximación breve (no sólo respecto a lo obvio del tiempo, sino a estrategias que sean facilitadoras de comportamientos a corto plazo), se establece con un diagnóstico nosológico, descriptivo y fenomenológico; así como con uno psicodinámico, que ofrezca en la primera aproximación con el paciente las líneas generales de trabajo, desarrollando un mapeo de la estructura psíquica del paciente que permita incidir en aquellas áreas que movilicen los recursos que son necesarios para la activación de comportamientos útiles para el cumplimiento de los objetivos iniciales. Todo esto a partir de los conocimientos teóricos y la información con la que cuenta el terapeuta, y por supuesto, un elemento fundamental es la experiencia con la que cuenta, tal como lo propone Binder.⁴

Este mapeo del psiquismo se basa en una comprensión psicodinámica que contempla al carácter como un atributo persistente, que actúa a manera de algoritmo conductual, y por ende, es factible su predicción respecto a las situaciones que el sujeto enfrenta y la manera en que soluciona los problemas.²

Como breve recordatorio, es necesario señalar que la irrupción de un evento que resulte emocionalmente importante para el paciente, promueve la aparición de respuestas de ansiedad y/o tristeza, como consecuencia se ponen en operación, aquellos mecanismos que le ofrecen seguridad y tranquilidad relativa al paciente, por ser los recursos que habitualmente emplea frente a las emociones que le causan displacer. En la medida en que estos recursos sean insuficientes o precarios en su efectividad, se comenzarán a emplear todos aquellos mecanismos que en la historia del individuo se fueron adquiriendo y lo

que observamos es que entre más intensa sea la experiencia y menos recursos útiles se empleen, se tenderá a buscar herramientas cada vez menos estructuradas y, por ende, menos efectivas. A tal proceso se le denominará como regresión.

La técnica breve esencialmente se vale de esta manera de entender, para establecer estrategias que contenga la ansiedad y los afectos que resulten en displacer, buscando acciones que modifiquen su equilibrio, y así favorecer la adaptación a la situación actual, de acuerdo a las posibilidades y características específicas del paciente. De tal forma, que si se conocen los aspectos dinámicos fundamentales del sujeto, reconocemos entonces ese algoritmo de funcionamiento y, en consecuencia, ante el fenómeno emocional provocado por la situación emergente que nace de la crisis maduracional por la que cursa. Todos estos componentes de la movilización psíquica nos permiten llevar a cabo maniobras técnicas y estrategias que conduzcan al paciente a recuperar en buena medida su nivel de funcionamiento y, con ello, la posibilidad de encontrar salidas pertinentes a su situación.

Es obvio que se parte de la premisa que los contenidos manifiestos, son sólo algunos de los aspectos a considerar, pues existen otros elementos latentes que nos permiten tener un marco conceptual a los comportamientos del sujeto, que hacen posible tratar aquellos aspectos del carácter que son persistentes y permiten anticipar el desarrollo de la situación del paciente.

En este contexto, es imperiosa la necesidad de conservar las premisas fundamentales de abstinencia y de atención flotante por parte del terapeuta, pues fácilmente pueden degradarse los límites tenues que se establecen en esta modalidad y pueden llegar a confundirse la terapia, con un “trabajo de charla”.

Los señalamientos se dirigen hacia una ampliación comprensiva de los aspectos conscientes, eventualmente tocando relaciones con su historia y contenidos latentes. Se hace entonces imprescindible hacer uso de estrategias que reorganicen la experiencia del paciente, con lo cual se modifique el estado emocional y, por ende, los datos clínicos tomen una estructura distinta, que mejore globalmente las respuestas emocionales y las conductas se organicen. De tal



forma que el comportamiento tenga una intencionalidad cuyo propósito contribuya a la mejor adherencia terapéutica y al empleo de estrategias que den como resultado, una mayor estructura psíquica.

El trabajo individual y de pareja resulta ser un buen recurso en aquellos pacientes, que por su condición, se tiene que actuar en forma puntual en la problemática específica que presentan y, por lo tanto, es necesario actuar en forma inmediata. Este puede ser el caso de las disfunciones sexuales que requieren de terapia sexual, la violencia intrafamiliar, los procesos de enfrentamiento de un diagnóstico de salud, la toma de una decisión trascendente, una pérdida importante, etcétera.

Técnicamente, la terapia funciona de forma semejante a lo expuesto con antelación, aunque lo intensivo del trabajo pudiera requerir de sesiones adicionales. En cuanto se logra restaurar el equilibrio que se había alterado, puede ser momento para ofrecer otras alternativas de manejo, que constituyan formas de mayor movilización de los elementos que se pretende trastocar en un trabajo institucional como éste: tal es el caso del modelo familiar y de la estrategia de grupo.

La técnica grupal es el método que probablemente tenga mejores resultados, acordes a la propuesta que se esta realizando. No es sólo por la mayor cobertura que tiene y la reducción de costos, lo cual, aunque es importante, no es lo prioritario en la elección. Existen razones de carácter técnico que la colocan en una posición privilegiada, ya que logran focalizar los objetivos de demandas y necesidades de la institución, situación por demás importante, ya que favorece no perder las metas del trabajo psicoterapéutico.

La psicoterapia de grupo ha tenido un amplio desarrollo, en la cual han surgido diferentes aspectos técnicos que han dado lugar a propuestas metodológicas distintas. En nuestro trabajo cotidiano hemos construido una modalidad que se ajusta al trabajo institucional, ya que las características de nuestro quehacer son peculiares en los sentidos que hemos mencionado más arriba y en los tiempos con que se cuenta para la intervención.

En la mayoría de las propuestas, observamos que hay dos tendencias generales respecto a la forma de comprender al grupo: una que ofrece una mejor comprensión de cada miembro del grupo; y la otra, que permite observar el funcionamiento conjunto del grupo, quedando en segundo plano cada elemento que lo integra.

En nuestro trabajo hemos optado por el grupo; en principio debido a que el grupo es una entidad que permanece aún con el cambio de elementos. En nuestro trabajo los grupos son homogéneos, abiertos con una entrada a ellos de manera continua, con una selección respecto a sus objetivos en la institución. La permanencia de los pacientes fluctúa entre cinco y 25 sesiones lo cual obedece al proceso que cursan. En este sentido es importante entonces hacer un seguimiento del grupo y el paciente en segundo plano.

Por otro parte, la técnica grupal es una estrategia que no busca trabajar con la transferencia del paciente y, por supuesto, tampoco con la coordinación. Aunque en cierto sentido promueve la cohesión grupal fomenta aspectos homogéneos en los pacientes y sirve como recurso contenedor para la realización de señalamientos, que permitirán incidir en el

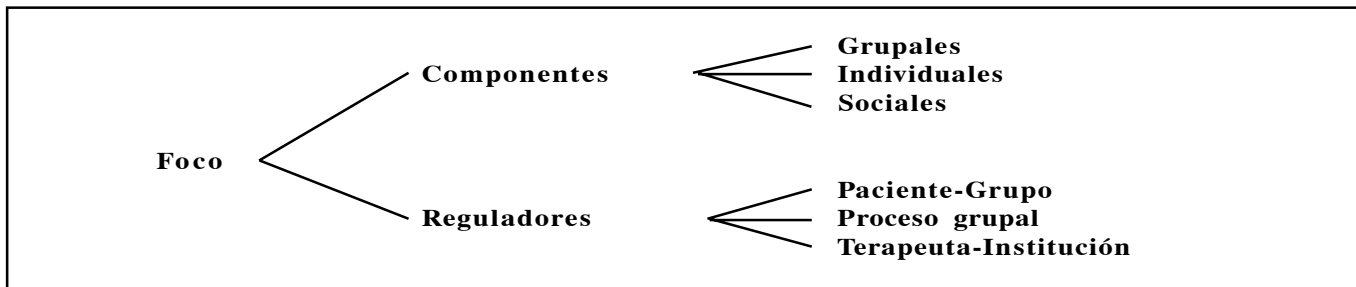


Figura 1
Focos de interés de la terapia de grupo

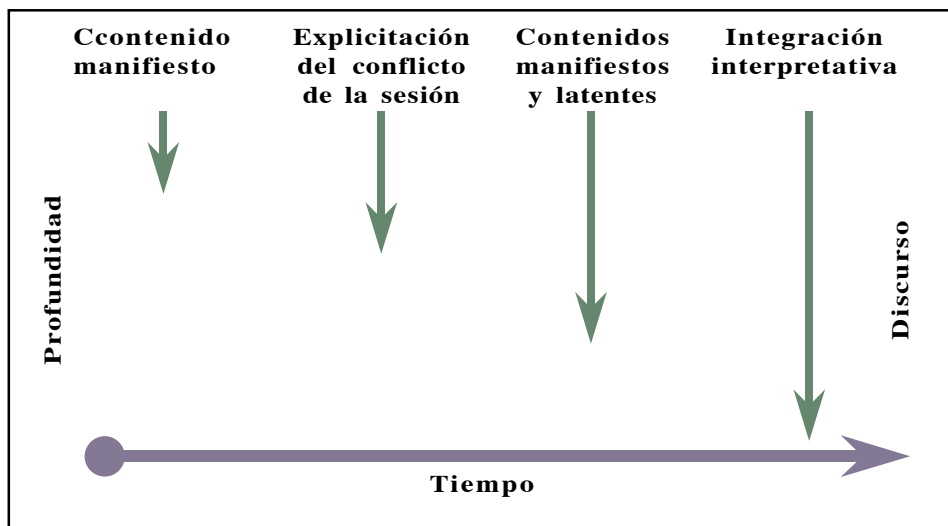


Figura 2
Contenidos de
la terapia de grupo

tratamiento de las dificultades emocionales que se encuentren en ellos.

El proceso de psicoterapia breve en una institución se lleva a cabo mediante el establecimiento de un foco de interés, que en general, es el motivo por el que la paciente acude para ser atendida; pero que se rectifica a medida que se tiene una mayor comprensión de la experiencia emocional por la que está cursando y se reconocen los elementos de su condición psíquica que entorpecen la resolución exitosa del evento y mantienen su estado emocional en equilibrio.

El foco de interés (Figura 1) pone de manifiesto la existencia de tres elementos componentes y tres reguladores. Los componentes son:

1. **Grupales.** Éstos dependen del motivo de ingreso de la paciente y de los mecanismos que, en general (ante una circunstancia como la que se está experimentando) se ponen en funcionamiento y están íntimamente relacionados con los fenómenos de carácter cultural e ideológico.
2. **Individuales.** En este rubro se observan las características particulares de cada uno de

los pacientes y los algoritmos peculiares de su comportamiento, que matizarán las respuestas que tienen frente a un evento determinado.

3. **Sociales.** Son todos los aspectos que la cultura y la comunidad brindan como elemento conceptual y que en ocasiones dificultan la mejor adaptación por parte del paciente a su evento.

Por otro lado, los elementos reguladores facilitan la observación de comportamientos adaptativos que agilizan el proceso.

Los señalamientos en general se dirigen a la situación actual, pero tratan de apuntar hacia los modelos repetitivos y poco funcionales de respuesta. También es importante mencionar que se enfatiza la situación grupal y, sólo en caso necesario, se resalta la parte individual de la paciente, ya que existe la intención clara de incidir en aquellos comportamientos que bloquean la adherencia terapéutica, o la entorpecen, al preservar estados emocionales que desorganizan a la paciente, siendo lo que en nuestra experiencia dificulta una atención integral de calidad (Figura 2).

ABSTRACT

This paper argues the necessity to recover the diagnostic vision of the emotional phenomenon which is product of an event, situation or physical illness. Of the present time the diagnostics categories do not seem to be completely useful in the understanding of the patient experiences, besides in occasions to become an important obstacle to indicate a specific therapy that relieve the manifestations and also allow to fulfill the patient's objectives as much as the institution in order to solve the health condition for which they are being intervened.

For this reason the concept of psychological uneasiness is introduced and a methodological psychological intervention is made, revising its reaches and limitations in the field of the institutional work, focusing on the attention of the reproductive health.

KEY WORDS: *Psychological uneasiness, intervention, diagnosis, human reproduction.*

REFERENCIAS

1. Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos: Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del psicólogo 2003; 85: 1-12.
2. Morales-Carmona, Díaz, Espíndola, Henales, Meza y cols. 2005.
3. Morales-Carmona F, Díaz FE. Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatol Reproduc Hum* 2000; 14: 176-82.
4. Key competencies in brief dynamic psychotherapy: clinical practice beyond the manual. 1st Ed. USA: The Guilford Press; 2004.