



Psicólogos y psicoanalistas en hospitales



Formación, experiencia y reflexiones



Leticia Hernández Valderrama
Laura Ruth Lozano Treviño

**Psicólogos y psicoanalistas
en hospitales
Formación, experiencia y reflexiones**



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor.

En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar “pirata” o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



manual moderno®

Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda

Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.

CeMPro
Centro Mexicano de Protección y Fomento
a los Derechos de Autor
Sociedad de Gestión Colectiva

Psicólogos y psicoanalistas en hospitales Formación, experiencia y reflexiones

Leticia Hernández Valderrama

Psicoanalista

Doctorado en Antropología, Escuela Nacional
de Antropología Historia en la Línea de Etnopsiquiatría
y Etnopsicoanálisis (Mención Honorífica).

Doctorado en Teoría Psicoanalítica, Centro de
Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos,
Fundación Mexicana de Psicoanálisis (CIEP).

Maestría en Teoría Psicoanalítica, Centro de Investigaciones
y Estudios Psicoanalíticos
de la Fundación Mexicana de Psicoanálisis (CIEP).

Licenciatura en Psicología Facultad de Estudios
Superiores Iztacala de la Universidad Nacional
Autónoma de México.

Laura Ruth Lozano Treviño[†]

Psicoanalista

Mtra. en Psicología Clínica, Licenciatura en Psicología,
Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Profesora del Área de Psicología Social Aplicada,
Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala,
Universidad Autónoma de México.

Ex presidenta de la Asociación Mexicana
para la Salud de la Adolescencia.

Editor responsable:

Lic. Santiago Viveros Fuentes

Editorial El Manual Moderno



Manual Moderno[®]

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, C.P. 06100, México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda

Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Para mayor información sobre:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Distribuciones y más
- www.manualmoderno.com

Psicólogos y psicoanalistas en hospitales.

Formación, experiencia y reflexiones

D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.

ISBN: 978-607-448-241-6

ISBN: 978-607-448-246-1 Versión electrónica

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria
Editorial Mexicana, Reg. Núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta
publicación puede ser reproducida, almacenada en
sistema alguno o transmitida por otro medio
—electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera—
sin permiso por escrito de la Editorial.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Psicólogos y psicoanalistas en hospitales : formación, experiencia y
reflexiones / [editores] Leticia Hernández Valderrama, Laura Ruth
Lozano Treviño. -- México : Editorial El Manual Moderno, 2012.
xvi, 147 páginas : ilustraciones ; 23 cm.
Incluye índice

ISBN 978-607-448-241-6

ISBN 978-607-448-246-1 (versión electrónica)

1. Atención hospitalaria psiquiátrica. 2. Psicología clínica. 3.
Cuidado hospitalario psiquiátrico. 4. Servicios de salud mental. 5.
Psicoanálisis. I. Hernández Valderrama, Leticia, editor. II. Lozano
Treviño, Laura Ruth, editor.

Director editorial y producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:
**Lic. Vanessa Berenice Torres
Rodríguez**

Diseño de portada:
LCS Adriana Durán Arce

Colaboradores

Esther María Marisela Ramírez Guerrero

Maestra, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Área de Psicología Experimental.

Capítulo. 1

Enrique Bernabé Cortés Vázquez

Maestro, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Área de Psicología Experimental

Capítulo. 1

María Teresa Colovini

Doctora, Universidad Nacional del Rosario, Doctorado en Psicología. Docente e investigador de Psicología y Medicina, Universidad Nacional del Rosario. Directora de Maestría en Psicopatología y Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Rosario.

Capítulo. 2

Juan Alberto Manino

Psicoanalista. Docente. Universidad Nacional de Rosario.

Capítulo. 2

Laura Elena Ferrón Martínez

Instituto de Estudios Superiores en Neurociencias y Psicoanálisis.

Capítulo. 3

Miguel Sandoval Maza

Maestro en Teoría Psicoanalítica, Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos.

Doctor en Clínica Psicoanalítica, Centro Eleia.

Responsable de Investigación y Enseñanza en Psicología, Coordinación de Psicología,

Servicio de Salud Mental, Hospital General de México O.D. SSA.

Capítulo. 3

Alfredo Flores Vidales

Maestro en Teoría Psicoanalítica, Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos. Docente e Investigador, Maestro, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Director General de Grupo Metonimia A.C.

Capítulo. 4

Patricia García Fernández

Doctorado en Investigación Psicológica, Universidad Iberoamericana.

Maestría en Psicología Clínica, Universidad De Las Américas.

Especialización en Psicoterapia Psicoanalítica,

Capítulo. 5

María Victoria Astorga Segovia

Estudios de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica de Guadalajara

Capítulo. 7

Laura Gabriela Aguilera Cruz

Psic. Clínica, Universidad Autónoma de Querétaro. Maestría en Psicología Clínica, Universidad Autónoma de Querétaro. Ejercicio Profesional: Responsable de la Red de Padres del Programa Hindis, Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Felipe Núñez Lara” Querétaro, Qro.

Capítulo. 8

María del Carmen Rojas Hernández

Doctora en Psicología. Profesora Investigadora, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Capítulo. 10

Blanca Susana Vega Martínez

Estudiante de Doctorado en Humanidades, Universidad Autónoma de Zacatecas.

Capítulo. 10

Elisa Herrera Altamirano

Lic. en Psicología Clínica, Universidad Autónoma de Querétaro.

Coordinación del Módulo de Atención a la Violencia Contra las Mujeres, Secretaría de Salud del Estado, Querétaro.

Capítulo. 11

María Guadalupe Reyes Olvera

Doctora en Clínica Psicoanalítica, Centro Eleia, Actividades Psicológicas, A.C. Licenciada y Maestra en Psicología Clínica, Universidad Autónoma de Querétaro. Docente Investigadora de tiempo completo Universidad Autónoma de Querétaro. Secretaría Académica, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Querétaro.

Capítulo. 12

Contenido

Agradecimientos	IX
Prólogo.....	XI
Introducción	XV

Sección I Formación

Capítulo 1. Alternativa de programa de trabajo para la psicología en el hospital.....	3
<i>E.M. Marisela Ramírez Guerrero / Enrique B. Cortés Vázquez</i>	
Capítulo 2. El psicoanálisis en el hospital y en la formación de médicos	17
<i>Marité Colovini y Juan Alberto Manino</i>	

Sección II Propuestas innovadoras de atención

Capítulo 3. Lupus eritematoso sistémico: Una aproximación psicósomática desde el test de psicodiagnóstico de Rorschach	29
<i>Laura Elena Angélica Ferrón Martínez Miguel Sandoval Maza</i>	

Capítulo 4. El fantasma oncológico entre médico y paciente.....	45
	<i>Alfredo Flores Vidales</i>
Capítulo 5. Supervisión de la contratransferencia en la orientación psicológica a enfermos crónico-terminales hospitalizados.....	55
	<i>Patricia García-Fernández</i>
Capítulo 6. Entre el cuerpo, el amor y el dolor de adolescentes hospitalizadas	67
	<i>Leticia Hernández Valderrama</i>
Capítulo 7. El niño asmático y su tratamiento en grupo multifamiliar	77
	<i>María Victoria Astorga Segovia</i>
Capítulo 8. La clínica del duelo en el ámbito hospitalario	87
	<i>Laura Gabriela Aguilera Cruz</i>

Sección III Reflexiones

Capítulo 9. Del encuentro entre psicólogos y médicos en el hospital	101
	<i>Laura Ruth Lozano Treviño</i>
Capítulo 10. Consideraciones sobre las dificultades iniciales para implementar un dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario	113
	<i>María del Carmen Rojas Hernández, Blanca Susana Vega Martínez</i>
Capítulo 11. El hospital: Un lugar para la intervención psicoanalítica	123
	<i>Elisa Herrera Altamirano</i>
Capítulo 12. Psicoanálisis en el hospital: construcción y transmisión de una experiencia en clínica.....	133
	<i>Ma. Guadalupe Reyes Olvera</i>
Índice.....	143

Agradecimientos

RECORDANDO UNA VIDA Y CONOCIENDO UN LEGADO...

Valgan estas palabras de agradecimiento a la entrañable amiga y compañera Laura Ruth Lozano Treviño, lamentando profundamente ¡su ausencia!

Laura Ruth, inició el proyecto de este libro con la idea de reunir las investigaciones e intervenciones que realizábamos en diversos escenarios hospitalarios; con discursos provenientes de diferentes líneas de la psicología o del psicoanálisis. Todos teníamos interés en reflexionar sobre la relación del cuerpo, la enfermedad y el sujeto.

Pensar al de sujeto de la enfermedad, no es sencillo. Ya que seguramente todos los duelos no tramitados, y hasta los tramitados, vuelven a la memoria, cobrando caro cada recuerdo que nos deja sin palabras. Es el silencio el que nos habla del atravesamiento en el sujeto, donde se evidencia el dolor, el duelo, la depresión, la angustia de llegar a no ser, o ser ahora el objeto de la medicina y el objeto de los temores. Momentos donde el único refugio es la palabra, recuperar la palabra para acercarse a lo propio del ser y de la liberación de lo no tramitado.

Laura Ruth, psicóloga y psicoanalista, ágil de pensamiento e inquieta de corazón, fiel buscadora de la palabra y la reflexión; hizo este llamado para dar testimonio de nuestras experiencias. Ella nos invitó a formalizar en la escritura lo que en ese momento teníamos para decir. Sin embargo, durante la escritura de este texto, tuvo que vérselas con una enfermedad que consumió su cuerpo. Nunca fue de las que renuncian, luchó hasta donde más pudo, pero el cuerpo tiene límites. Hizo lo que pensó que era más correcto para acotar las dificultades del cuerpo y la enfermedad, rescató su palabra en este libro. Su palabra la encontramos en el prólogo y en el capítulo 9, como claro testimonio de su pensamiento.

Lamentablemente, antes de que este libro fuera publicado nos abandonó. Su vida como luchadora nos conduce a la esperanza de poder aportar algo al conocimiento del sujeto en sus relaciones con el cuerpo, con el síntoma y con la enfermedad. Asumiendo los desafíos, muchas veces divisivos, pero siempre necesarios para valorar el trabajo y la línea formativa. Estamos seguros en que continuaremos en esta dirección, no sólo porque Laura lo hubiera querido, sino

porque coincidimos en el hacer y en el pensar, eso nos dará permanencia en el camino, asumiendo el objetivo que nos unió.

Querida Laura hoy celebramos que nos hayas convocado y que logremos la publicación de nuestros textos, nos acompañaste la mayor parte del proceso, sólo unos pasos han faltado –la inercia que acompaña todo anhelo nos ha permitido terminar–. Es curiosa la contradicción, porque la ausencia de alguien querido siempre es triste, sin embargo, aquí estamos festejando que hemos terminado por fin el objetivo de nuestro encuentro ¡tú objetivo! Nuestro libro ha sido publicado, y celebramos teniéndote presente en mente y corazón, esto es un motivo de alegría.

El mundo tiene engaños y vericuetos, una cosa puede ser dolorosa y a la vez acompañarse de una veta que nos reencuentra con la vida. Una muerte y una vida. Esperamos que este libro deje a cada lector una reflexión sobre la intervención de psicólogos y psicoanalistas en hospitales, ya que en este mundo se oscila entre la realidad y la fantasía, la realidad que supone la enfermedad en el cuerpo, y el deseo de esperar que en un futuro haya una mejor atención a los sujetos enfermos con el fin de alcanzar mayores índices de salud.

Para todos los que hemos tenido una pérdida, sabemos que el trabajo hecho en vida no queda en el último aliento, ese no es el final. Todo aquel que se ha atrevido a dejar huellas en la historia de la cultura vive en su letra, en su aporte y en el corazón de quienes lo leen o recuerdan. Laura llegó al final de su vida, pero no al final de su obra, las huellas de su trabajo siguen, la causa permanece, la esperanza aún vive, y el sueño no morirá jamás.

Con respeto y cariño
Leticia Hernández Valderrama.

Prólogo

Esta obra reúne un conjunto de textos elaborados por psicólogos y psicoanalistas que han trabajado en hospitales de enfermedades médicas. El énfasis que se hace en relación al tipo de hospitales que operan como escenario de las intervenciones que aquí se relatan, tiene su sentido en la medida en que desde hace mucho tiempo los psicólogos clínicos han trabajado en hospitales psiquiátricos, atendiendo a la salud mental, no así en los hospitales en los que se atienden padecimientos relacionados con la salud física.

Esta apertura está fuertemente relacionada con el surgimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948) la cuál se acompañó de una redefinición de la salud, que se caracterizó como: “(...) el completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de incapacidad o enfermedad”. Esta concepción de la salud considera que sobre ella inciden múltiples determinantes, como las psicológicas y sociales, y que por tanto requiere para su análisis y atención de otros conocimientos además de los biomédicos, desplazando así el dualismo mente-cuerpo y el reduccionismo biologista, que centra la explicación de las enfermedades físicas principalmente en problemas fisiológicos causados por desequilibrios bioquímicos, razón por la cual la salud se reduce a la idea de ausencia de enfermedad y la intervención se centra principalmente en la acción de fármacos con los que se busca curar al enfermo.

El cambio experimentado por el concepto de salud y la ineficacia de los procedimientos biomédicos para responder a los nuevos patrones de morbilidad y mortalidad de la población, sobre todo de los países desarrollados, dio lugar al surgimiento del Modelo Biopsicosocial de Salud. Este modelo establece un continuo entre la salud y la enfermedad, advierte la influencia sociocultural en la representación de aquéllas y, un aspecto muy importante, reconoce la articulación de los procesos psicológicos y sociales con los biológicos.

Este conjunto de antecedentes favoreció el surgimiento de la Psicología de la Salud en el decenio de 1970¹ del siglo XX, como una rama de aplicación de

¹ La Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, ALAPSA, señala que al inicio del decenio de 1970, ya existía la Sociedad de Psicología de la Salud en Cuba. Es decir cuatro años antes de que Stone (1974) *propusiera el término “Health Psychology”*.

la psicología a las problemáticas de la salud y la enfermedad físicas.² Matarazzo (1980)³ la define como: "Conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias".

Las áreas de intervención de la psicología de la salud se han centrado en:

1. Promoción de la salud y en particular la promoción de un estilo de vida saludable;
2. Modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (prevención de las enfermedades);
3. Tratamiento de enfermedades específicas en combinación con otros especialistas de la salud;
4. Evaluación y mejora del sistema sanitario.

En dichas áreas, las tareas se han agrupado en la generación de nuevos conocimiento a través de la investigación; el diseño y desarrollo de estrategias de atención directa y apoyo, con la mirada puesta en un esquema de trabajo integral, así como en las tareas de formación en esta rama.

En los últimos años, psicólogos y psicoanalistas han entrado al ámbito hospitalario para atender a pacientes en los diferentes servicios en los que está organizado el hospital, a los familiares de los enfermos internados y a los miembros del equipo de salud, a estos últimos sobre todo con la mirada centrada en los problemas que ocasiona el estrés laboral y el impacto de ciertos padecimientos terminales.

Las aportaciones que conforman este texto, revelan los perfiles académicos de los autores así como la priorización de las preocupaciones y algunos de los debates de la disciplina en el contexto de la salud; están reunidas en tres secciones que abordan temáticas centrales respecto al trabajo en hospitales de enfermedades médicas:

La preparación de los psicólogos para trabajar en el hospital y aportes a la formación de los médicos para aproximarse a lo subjetivo de los enfermos; propuestas innovadoras de intervención psicológica en pacientes con enfermedades médicas y la reflexión sobre experiencias y cómo introducir en el ámbito hospitalario conocimientos y encuadres propios de otros espacios.

Un objetivo central del desarrollo del libro descansa en servir a sus lectores como un puente que favorezca el diálogo entre los distintos actores en ésta área. Entre los profesionales del campo de la salud, a quienes les permitirá reconocer las posibilidades del trabajo de los psicólogos y psicoanalistas con sus pacientes y ubicarlos como un colaborador necesario para una atención que permite una comprensión más integral de la problemática de salud que enfrentan. Entre estudiantes y profesores en la medida que puede ser un auxiliar en la enseñanza y en la organización de prácticas escolares. Finalmente entre los colegas que requieren actualizar y/o dar sustento teórico a sus intervenciones acompañándolos en la tarea cotidiana.

² Es importante incluir el adjetivo "físicas" para diferenciarlas de la salud y la enfermedad mental (términos que todavía se utilizan para referirse a las dificultades subjetivas de las personas) en las que tradicionalmente había intervenido otra rama de la psicología: la psicología clínica.

³ Matarazzo, J. D (1980). Behavioral health y behavioral medicine: frontiers for a new health Psychology. *American Psychologist*, 35, pp. 807-818

Los lectores pueden, de acuerdo a sus necesidades e intereses, hacer una lectura ordenada de los capítulos o bien ir directamente a aquél que más llame su atención. Su lectura resulta ágil y en un lenguaje que permite la comprensión de la problemática planteada tanto al especialista en los campos disciplinarios que abordan la temática, como a los lectores que sin ser expertos en este campo, están interesados en esta obra.

La primera sección: Formación, incluye dos capítulos. En el capítulo 1 se propone un programa para el trabajo del psicólogo en los escenarios médicos. La propuesta tiene como fin mostrar las posibilidades que tiene la psicología en este ámbito. Se aborda la forma en que se puede intervenir en los diferentes niveles del escenario médico. El capítulo 2 es la búsqueda de aquellos elementos de los que depende que se pueda construir un territorio común entre el discurso y la práctica del psicoanálisis y el de la práctica médica a pesar de las diferencias entre ambas respecto a las problemáticas que las interroga, pero que sin embargo en su vínculo pueden abordar problemáticas intrínsecas a cada una.

La segunda sección del libro está destinada a las propuestas innovadoras de atención. Está integrada por 6 capítulos. En esta sección se muestran las experiencias de trabajo e investigación en el ámbito hospitalario.

El capítulo 3 presenta una investigación con pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) (enfermedad autoinmune) del Servicio de Reumatología del Hospital General de México. La investigación confirma que el inicio de la enfermedad coincide con crisis vitales y situaciones frustrantes repetidas a lo largo de sus vidas, y que la forma de reacción de estos pacientes es negar la agresión y expresarla en el cuerpo en forma de somatización.

El capítulo 4 es el resultado de un cuidadoso trabajo basado en entrevistas y observaciones, emprendido en un hospital con el propósito de comprender las relaciones que se dan entre pacientes con cáncer y sus familiares, médicos y enfermeras, así como algunos aspectos institucionales. Se pudo hacer manifiesto que las relaciones entre ellos están atravesadas por creencias y fantasías sobre la enfermedad y la muerte, que tienen el efecto de exacerbar el padecimiento y para cuya elaboración se carece de un dispositivo que permita su simbolización. Con la finalidad de atender a esta carencia en la última parte del texto se presenta una propuesta de atención psicológica cuya finalidad es generar espacios en los que pacientes, familiares y equipo médico hablen acerca de esos temas que son excluidos en la atención médica.

El capítulo 5 trata de un análisis del contenido de las sesiones de supervisión que realiza la autora con los psicólogos que llevan a cabo orientación psicológica con pacientes terminales en un hospital. El propósito es revisar el manejo teórico-práctico del concepto de contratransferencia, que son las reacciones conscientes e inconscientes del orientador o psicólogo hacia su paciente, específicamente cuando los temas en la orientación psicológica son la enfermedad, dolor, discapacidad y muerte. Para acercar al lector a la comprensión del concepto se describen los sentimientos de los enfermos y se vinculan con las reacciones de los orientadores en formación y de su supervisora.

El capítulo 6 parte de las entrevistas realizadas a jovencitas hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia por aborto, embarazo temprano o nacimiento de un hijo, para analizar los sentimientos que presentan respecto a su cuerpo todavía en desarrollo, el dolor de lo que les aparece como una vida sin sentido y que para paliarlo se refugiaron en el amor a una pareja con la que en el momento actual tienen problemas o que las ha abandonado y los conflictos con sus familias.

El capítulo 7 muestra una propuesta de atención para niños asmáticos, presenta, de entrada, una caracterización del psiquismo, de la concepción de psicósomático y del asma como enfermedad psicósomática. Posteriormente describe una experiencia de grupo mul-

tifamiliar con niños asmáticos, deteniéndose en dos casos para ejemplificar las situaciones que se analizan en el grupo y el tipo de relaciones familiares y su influencia en el padecimiento. Al final del texto encontramos la propuesta de intervención.

El capítulo 8 describe y fundamenta la intervención que realiza el área de psicología del programa hospitalario SinDis, cuyo objetivo es brindar un espacio terapéutico e intervención psicológica oportuna para el tratamiento del impacto emocional que puede presentarse en los padres y madres a partir del diagnóstico del defecto al nacimiento de su hijo recién nacido.

La autora llama la atención respecto a la generalización que encierra la consideración por el equipo de salud del estado de duelo de los padres que sufren o bien no manifiestan ningún sufrimiento ante el diagnóstico del hijo, para meditar acerca de su pertinencia, de la importancia de ubicar con cuidado el sujeto de la demanda de intervención por el impacto de esto en la respuesta que el profesional de la psicología ofrece.

La tercera sección: Reflexión, abarca cuatro capítulos; los tres primeros examinan experiencias de intervención psicológica hospitalaria, organizadas desde la universidad, con la finalidad de meditar acerca de su pertinencia y la del marco conceptual desde el que se realizan, para señalar los aspectos del mismo que demandan ser elaborados para aterrizarlos al contexto en que son utilizados. El último capítulo aborda las miradas de médicos y psicólogos acerca del trabajo de estos últimos en el hospital.

El capítulo 9, a manera de un estudio de caso, profundiza utilizando diferentes definiciones de la palabra encuentro, acerca de lo que para psicólogos y médicos ha sido la intervención psicológica, sus efectos en los enfermos y en ambos profesionales, en el espacio compartido de un hospital por casi siete años. Esta parte, se ilustra con las voces de médicos y psicólogos. Se proponen tres antecedentes puntuales para ubicar las condiciones y características del encuentro. A manera de conclusión se plantea la situación de los psi en el campo de la salud y de los hospitales de enfermedades médicas.

El capítulo 10 reflexiona acerca de las dificultades que el dispositivo analítico encuentra en el ámbito hospitalario y cómo al hacer el análisis de las mismas se hace posible la intervención desde ese marco. Subrayan que a pesar de no ser las condiciones tradicionales, las intervenciones se sustentan en la transferencia concepto central del psicoanálisis.

El capítulo 11 realiza un examen de las diversas condiciones que la institución de salud ofrece para sostener o no, el llamado acto analítico y la intervención psicológica. La autora señala que las mismas pueden dificultar la inserción del psicólogo al ámbito sanitario, por la diferencia radical de las miradas médica y psicológica del enfermo y la enfermedad y por la organización administrativa laboral, entre otras; pero discurre que la mayor dificultad es la postura del psicólogo respecto a los referentes conceptuales de su práctica, que en ocasiones aparecen como ideales a sostener y no marcos referenciales, con la consecuencia de limitar su intervención, el contenido de la misma y los ajustes necesarios para su desarrollo en el hospital.

El capítulo 12 realiza una analogía entre un hospital para mujeres del siglo XVIII y uno actual, para ubicar la forma en que las mujeres y niñas son atendidas y a propósito de ello examina el trabajo psicológico y psicoanalítico que realizan los estudiantes de una universidad y que se realiza con mujeres hospitalizadas y en el que se revisan los avatares con la feminidad y la maternidad; los riesgos que las actuales posiciones científicas tienen para la concepción de sujeto y del sujeto mismo respecto a lo psíquico y lo corporal y el efecto de esto último para el trabajo de los psi en el contexto de la salud y en concreto en el hospital de enfermedades médicas.

Introducción

El enfermar constituye una de las experiencias vitales más difíciles por las que atraviesan las personas, ya que produce cambios en la relación consigo mismo, la familia y la sociedad. Canguilhem señala “Las enfermedades son los instrumentos de la vida mediante los cuales el viviente, tratándose del hombre, se ve obligado a confesarse mortal”.

Además, en una cultura tan medicalizada como la nuestra, enfrenta al enfermo a un saber médico que descarta la subjetividad causando mayor malestar y dolor. La internación en un hospital por una enfermedad médica agudiza lo anterior, pues el paciente sufre por la limitación de sus posibilidades vitales, por estar separado de sus familiares y amigos y por el estigma que el padecimiento conlleva.

La internación hospitalaria requiere procedimientos atingentes que, muchas veces, se acompañan de quejas y señalamientos éticos, pues la persona que ingresa a un hospital -ya sea con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación- enfrenta un cambio radical en su forma de vida habitual. Su entorno pasa a ser no sólo diferente, sino que, de acuerdo a su padecimiento, recibirá una atención especial por parte del personal profesional a cargo en la hospitalización.

Desde hace unos años en México, como en otros países, se está promoviendo la mejora en la calidad de los servicios de salud que abarca una mejor atención de los pacientes, no sólo técnica, sino humana; lo que implica un conocimiento de la psicología de la salud, de los significados de la enfermedad, de factores subjetivos que impiden o retardan las recuperaciones, la adherencia terapéutica.

Lo anterior hace que esta obra sea novedosa pues impactará el ámbito de la formación profesional y al de la prestación de servicios a la sociedad cumpliendo unas de las metas más importantes en términos de mejora de la calidad de vida de los ciudadanos. En este sentido el libro es de interés para un área de ejercicio profesional que aunque antigua, siempre estará en auge y hoy demanda el fortalecimiento en el campo del psicoanálisis y la psicología: la formación de los profesionales de la salud, médicos, enfermeras y trabajadores sociales (sobre todo, pero también otros profesionales de la salud).

Por otra parte y de manera más directa, en los diversos programas universitarios en los que se imparte la carrera de Psicología, se están incluyendo programas o prácticas en hospitales de enfermedades médicas. Por ello otra área muy importante que impacta es el de los profesionales psi que trabajan en hospitales y que buscan respuesta a las preguntas del día a día de su trabajo con pacientes hospitalizados y en la consulta externa; a profesores que requieren textos (bibliografía) para sustentar la formación profesional sobre el tema para preparar a sus alumnos para ser capaces de ocuparse de la subjetividad de los pacientes hospitalizados, las formas de integrarse al equipo médico y responder a las demandas de interconsulta.

Los diferentes capítulos que integran esta obra fueron elaborados por especialistas que han desarrollado propuestas innovadoras de atención en el ámbito hospitalario y de la formación de profesionales para desenvolverse en el mismo.

Sección I

Formación

Capítulo

1

Alternativa de programa de trabajo para la psicología en el hospital

E. M. Marisela Ramírez Guerrero / Enrique B. Cortés Vázquez

INTRODUCCIÓN

La situación de esta disciplina en México es escasa, ya que la presencia de la psicología en los hospitales está en la fase de inicio y por tanto con pocos datos que permitan establecer su verdadera condición. Sin embargo, en la actualidad no hay nada formalizado y la presencia del psicólogo en esta área no se vislumbra como necesaria o incluso útil. Sin embargo, este profesionista sigue trabajando sólo aplicando pruebas sin ninguna intervención, en espera de que el médico canalice algunos casos al área psicológica (Ramírez, Cortés, Vaquero y Arriaga, 2003). Los planes de estudio de la psicología (a nivel licenciatura y escasamente en algunos programas de posgrado) no hacen referencia a esta posible área de trabajo, lo que hace parecer que ésta no es un área de trabajo para el psicólogo.

El Sistema Nacional de Salud en México carece de recursos suficientes para resolver los problemas de salud a pesar de los esfuerzos que realiza con la política de “salud para todos” implementado en el año 2000. En este aspecto, en el país no se ha elaborado un verdadero y eficiente programa de acción como se puede ver con los diferentes problemas en el sector salud; esto debido a que no existe personal entrenado y calificado para este fin. Esto es muy importante, ya que si existiera una eficiente promoción y prevención, se reducirían en gran medida los recursos que el estado aporta al sector salud pues el ingreso a clínicas y hospitales sería menor, lo que permitiría que dichos recursos se canalizaran en aspectos como el de la investigación a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

También en los hospitales, los programas adecuados para el manejo del paciente y su estancia en el mismo optimizarían los tratamientos médicos y sus procedimientos quirúrgicos, lo que llevaría posiblemente a un menor tiempo de estancia y a una rápida recuperación, lo que implicaría una reducción considerable en gastos.

Lo anterior, es posible si se implementa personal calificado para la elaboración e implementación de programas basados en las necesidades de la población y las características del sistema. El psicólogo es el indicado para realizar determinado trabajo ya que, tiene las habilidades y conocimientos para comprender la unidad de lo biológico con lo social, dando a los factores psicológicos el lugar que les corresponde.

Partiendo de lo anterior, y de las posibilidades mostradas por la psicología, es posible plantear una propuesta que sirva para indicar la forma en que el psicólogo es el indicado para realizar dicha tarea.

1. Nivel primario: Prevención

Este nivel debe contemplarse en todo programa aplicable al sector salud, ya que con él es posible detectar las características de salud-enfermedad de una población y determinar formas de intervención. El nivel primario consiste de la implementación de acciones que ayudan a prevenir la enfermedad y los daños, ayudan a la comunidad a estimar los riesgos presentes en situaciones determinadas y a afrontarlas de manera adecuada.

En cuanto al estilo de vida, se ha encontrado que es uno de los factores a modificar en una población, ya que muchos de los problemas que afectan a la salud de los individuos se desarrollan como resultado de formas inadecuadas en su forma de vida. Esto ha sido muy difícil de transformar; las aproximaciones cognitivas y conductuales han sido empleadas para cambiar los malos hábitos y a menudo son efectivas para producir cambios iniciales, pero las conductas se revierten frecuentemente. Éste es un problema crítico que en la actualidad es uno de los focos de atención en la psicología en el hospital, uno de los argumentos se debe a que la falla ha consistido en no apoyarse en el modelo biopsicosocial y por lo tanto no considerar toda las variables circundantes que están implícitas en toda comunidad (Wright y Friedman, 1991).

Esta problemática surge porque el personal encargado de la detección de los factores de riesgo (estadísticos no psicólogos) y diseñadores de programas, no consideran las razones del porqué los individuos no pueden cambiar sus conductas. Es necesaria la presencia de psicólogos que utilicen teorías que les permitan apoyarse en modelos más adecuados al escenario médico, estos modelos deben contener: fases de cambio progresivo, de tal manera que los individuos comprendan, de lo simple a lo complejo, la necesidad de una condición de salud. Una teoría que puede ayudar a estas fases es la Teoría de la Acción Social, la cual describe los sistemas biológicos, psicológicos y sociales dentro de los cuales se desarrollan y mantienen las conductas relacionadas a la salud, estos sistemas ayudarían a comprender y por tanto incidir en un cambio de actitud positivo (Sarafino, 2007).

Es de considerar que este modelo debe contener tres pasos a seguir: Detección, evaluación e intervención, los cuales se esquematizan en la figura 1-1.



Figura 1-1. Programa de prevención con los pasos a seguir para establecer la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Detección

La detección se realiza por lo general a través de estadísticas epidemiológicas, las cuales permiten tener datos meramente descriptivos de las características generales de la población como: nivel económico, social, escolaridad, tipo de vivienda, entre otros. Esto permite establecer un análisis de los factores de riesgo, y los estilos de vida de cada nivel de la comunidad, lo cual forma una visión general del tipo de población en la que se va a intervenir y de donde se pueden derivar los problemas específicos en el establecimiento de la salud, las creencias y las habilidades cognitivo conductuales de un grupo de individuos (Rodin y Ickovics, 1990).

Evaluación

Ésta se apoya en los datos obtenidos en la detección, ya que analizando la información es posible elaborar objetivos de acción adecuados a la población seleccionada. En cuanto a la psicología en el hospital, incluyendo las características del grupo, es recomendable tener presentes los siguientes puntos (Bibace y Walsh 1979) para establecer la comprensión de la población sobre la relación que existe entre salud, conducta y elaborar objetivos adecuados de prevención.

- **Fenomenismo.** Implica la forma en que se define la enfermedad en términos de sus síntomas y cómo asocian la misma al ambiente que los rodea.
- **Contagio.** Es la fase en que los pacientes desconocen las causas que le pueden producir la enfermedad y lo atribuyen sólo a la proximidad de un objeto o de una persona.
- **Contaminación.** Son pacientes que definen la enfermedad a través de múltiples síntomas y reconocen la existencia de gérmenes que la causan. En este estado el paciente admite que su conducta puede intervenir en la producción de una enfermedad.
- **Internalización.** Ya existe un concepto de enfermedad en el cual ocurre algo dentro del cuerpo, reconocen el problema de los contaminantes y como éstos pueden contaminar a las personas a través de la boca y nariz.
- **Fisiológica.** Ya se define la enfermedad en términos de órganos específicos, detallando cómo las funciones internas se ven afectadas por diversas causas físicas.
- **Psicofisiológica.** En este punto, el paciente comprende que la enfermedad puede resultar de fuentes tanto fisiológicas como psicológicas, por ejemplo “el dolor de cabeza se produce por problemas”, esta fase se encuentra particularmente en los adolescentes.

Como objetivos generales de promoción de salud, se pueden establecer los propuestos por Maddux, Roberts, Sledden & Wrigth (1986):

- Facilitar el crecimiento y desarrollo óptimo del paciente, tanto físico como emocional y social.
- Establecer patrones conductuales de salud para la nutrición, ejercicio, estudio, recreación y vida familiar.
- Reforzar los patrones de conducta opuestos a los negativos como fumar, tomar alcohol y uso de drogas.

Intervención

Ésta implica el diseño de programas a partir de los objetivos elaborados. Los programas deben encaminarse a la enseñanza del individuo y la comunidad sobre las conductas relacionadas con la salud, qué conductas y cómo se pueden llevar a cabo tratando de persuadir a las personas para cambiar los malos hábitos, esto, por supuesto, requiere modificar sus creencias y actitudes.

El diseño de programas o técnicas de intervención, como se contempla en la psicología en el hospital, debe incluir un trabajo cuidadoso, considerando la población, problemas y consecuencias de la información que se determine en dichos programas. Se examinarán algunos de los programas más utilizados:

Una técnica utilizada es el de “señales de amenaza”, por medio del cual se motiva a la comunidad a cambiar sus hábitos por medio del miedo. Se ha demostrado que estas se-

ñales pueden ser efectivas al motivar a los individuos para adoptar actitudes más “saludables”, siempre y cuando vayan acompañadas de instrucciones específicas para la ejecución de la conducta deseada (Sutton y Hallett, 1988).

Otro estudio señala que las amenazas en exceso pueden estimular a la persona a usar procesos internos de afrontamiento para ignorar, minimizar o incluso rechazar la amenaza (Self y Rogers, 1990), encontraron que la autosuficiencia es una buena alternativa, ya que si la amenaza se acompaña de información que indique al sujeto a enfrentarla, esto produce cambios significativos en los hábitos relacionados a la salud.

Otra forma de intervenir es dando información sobre qué hacer, cuándo, dónde y cómo. La televisión, radio, periódicos, revistas, panfletos, carteles, pláticas, etc, son mecanismos utilizados con mayor frecuencia para promover la salud. Sin embargo, a pesar de la enorme cobertura que sin duda tienen, se ha encontrado que un éxito limitado en afectar la conducta (Flay, 1987). Una de las razones por las que la información no funciona es que la comunidad a menudo no entiende el mensaje, y en muchos casos, simplemente no desean cambiar el hábito (Yeaton, Smith y Rogers, 1990).

Una posible forma de intervenir puede ser el empleo de técnicas cognitivo conductuales, las cuales se ha demostrado que son más efectivas que las anteriores. Un trabajo presentado por Winett, (1995) apoya lo anterior, Winett considera que la falta de éxito se debe a que los programas se enfocan en variables intraindividuales y no se toma en cuenta los factores ambientales y sociales que están relacionados a la implementación de un programa.

Las técnicas para elaborar programas, ya mencionados, se aplican a toda la población adulta e infantil; aunque en el caso de los niños las escuelas son de vital importancia para la prevención, ya que gran cantidad de la población tiene acceso a ellas en los años que son críticos en el desarrollo de las conductas relacionadas con la salud (Parcel, Brunh y Cerreto, 1986).

Por otro lado, los programas de prevención deben diseñarse para grupos grandes con el propósito de mejorar su conocimiento y ejecución de conductas preventivas. Estos programas pueden emplear cualquiera de los métodos mencionados incluso aquellos elaborados para fines determinados.

Esta sería la parte correspondiente a la prevención dentro del programa que se propone en esta obra, el cual pretende servir como indicador de las acciones que puede llevar a cabo el psicólogo para optimizar el plan de un sistema de salud. En el siguiente punto, se presentarán las actividades que deben realizarse en el escenario médico a nivel secundario y terciario.

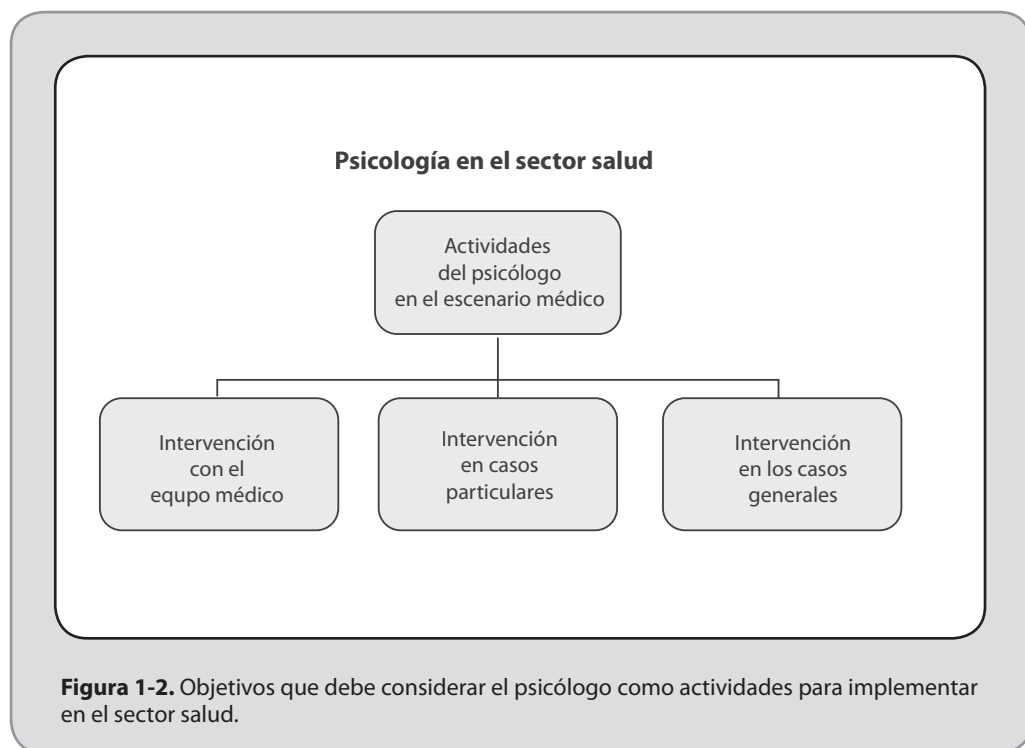
2. Nivel secundario y terciario:

Actividades del psicólogo en el escenario médico

Éste aspecto es muy importante en las funciones del psicólogo dentro del sistema de salud, ya que tiene que enfrentar la solución rápida de casos que se van presentando en clínicas y hospitales, en donde los usuarios llegan con problemas de salud. De acuerdo al

nivel secundario, se deben tomar acciones para identificar la enfermedad ya establecida, con el propósito de revertir sus efectos. En cuanto al nivel terciario, se deben llevar a cabo acciones que detengan, retarden o mejoren las condiciones relacionadas con la enfermedad. Apoyándose en las características de estos niveles; los objetivos básicos que debe perseguir este profesional en el ámbito médico son:

1. Aumentar la confianza del equipo de salud con los usuarios durante la prestación del servicio, tratando de satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes.
2. Identificar los factores biopsicosociales que ayuden a establecer programas de intervención en casos particulares, con el propósito de optimizar la recuperación de manera individual.
3. Propiciar el ajuste emocional a través de la intervención en los casos generales durante la estancia en este escenario. En la figura 1-2, se puede ver el esquema de estos objetivos a realizar, los cuales se presentarán por separado.

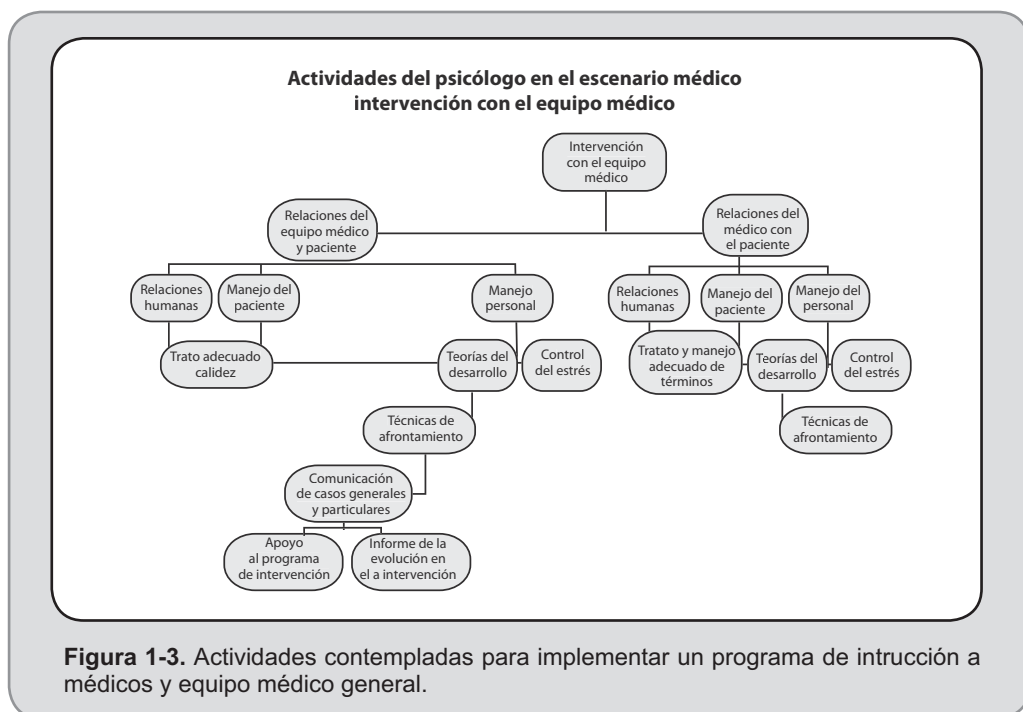


Intervención con el equipo médico: Relaciones del equipo médico y del médico con el paciente

Cualquier enfermedad interrumpe el estilo de vida de un individuo ya que al ser hospitalizado tiende a tener dependencia en otras personas, a la vez que se presentan muchos eventos que sin duda son estresantes. Estas situaciones inician desde el momento de la admisión, cuando se presentan los documentos para ingresar y se tiene que interactuar con el personal a cargo (vigilantes, secretarias, trabajadoras sociales, enfermeras y médicos). Los pacientes y familiares tienen un papel social, dependen de este equipo, el cual tiene el conocimiento, y la autoridad en esta relación. Los pacientes son extraños en este entorno, su estructura, procedimientos y terminología. Estas condiciones hacen que la persona se sienta insegura y ansiosa, particularmente en los niños en quienes se ve reflejada la ansiedad y preocupación de los padres. Sin duda, esto es consecuencia de la actitud despersonalizada de todo el equipo médico, quienes guardan cierta distancia de los pacientes, ya que ellos “tratan con la enfermedad, no con una persona pensante y preocupada” e incluso consideran que darle respuesta a todas sus preguntas puede interferir con su trabajo (McKinlay, 1975). Por otro lado, es importante considerar, en el caso de médicos y enfermeras, los altos niveles de estrés que tienen que afrontar en situaciones de emergencia o ante la presencia del dolor, de manera que en algunos casos se protegen a sí mismos emocionalmente ante la actitud de los pacientes (O'Donnell, O'Donnell, Pleck, Snarey y Rose, 1987).

Para resolver estas deficiencias, el programa propuesto en esta obra (figura 1-3) contempla la intervención del psicólogo a través de cursos dinámicos, dirigidos al equipo médico (secretarias, sección de información, trabajadoras sociales, enfermeras y personal que tenga contacto con el paciente y que no pertenezca a la parte profesional del equipo) y a los médicos, considerando el nivel de competencia de cada grupo. Los cursos deben considerar las siguientes áreas:

- **Relaciones humanas.** Tiene el propósito de sensibilizar la relación del equipo con el paciente, de manera que se logre la comprensión de las necesidades de trato e información que son requeridas para el mejor ajuste de los individuos en una situación estresante. En el caso del equipo médico se debe remarcar que la atención adecuada y clara a las preguntas del usuario pueden facilitarles su trabajo y ahorrarles tiempo en cuanto a preguntas reiteradas. En relación a los médicos, hay que enfatizar que el uso de términos médicos puede confundir a los pacientes y que lo más adecuado es tratar de explicar de manera clara y concisa las condiciones del problema y del tratamiento. En general, la idea es que el equipo médico se de cuenta de que la calidez y el trato adecuado puede producir mejores resultados para ambas partes.
- **Manejo del paciente.** Esta parte debe estar más relacionada con cursos dirigidos a médicos y enfermeras, ya que quienes están más en contacto con los enfermos durante la hospitalización. Los cursos contienen aspectos de las teorías del desarrollo, en el entendido de que a cierta edad existen características que aunque no son



determinantes, sí permiten esbozar una idea de como tratar a los niños (o incluso al paciente adulto y senil) en situaciones normales y problemáticas.

- Por otro lado, se contempla una instrucción sobre técnicas básicas de afrontamiento, que no sean explicadas con tecnicismos, sino como herramientas de ayuda.
- **Manejo personal.** Este aspecto está relacionado a las condiciones de estrés que frecuentemente se presentan en todo el equipo médico dadas las situaciones de premura que surgen en estos ambientes, y que producen un estado de tensión que puede afectar el buen desempeño de todo el personal. Algunas de las estrategias sugeridas son: intervención en crisis, procedimientos de entrenamiento en relajación, relajación muscular progresiva y entrenamiento en relajación autógena, entre otras y a criterio del psicólogo, según las necesidades requeridas.

Otro aspecto presentado en esta propuesta se relaciona con la comunicación de todo el equipo implicado en el manejo del paciente. Este punto es importante ya que el trabajo en equipo puede permitir al psicólogo el determinar los puntos que deben mejorarse en el trato, avance en el tratamiento y necesidades del enfermo también del personal relacionado a éste. El personal debe apoyar de acuerdo a su nivel de incidencia al programa de intervención, ya sea siguiendo las instrucciones o informando los cambios que el paciente va presentando. Ésta es la parte de retroalimentación para detectar si el programa está cumpliendo con los objetivos señalados para cada caso.

Intervención en casos particulares: Ajuste social y emocional al hospital

Es aquí donde el psicólogo tiene un trato directo con el paciente, cuando surge la necesidad de elaborar programas para casos particulares e intervenir en la implementación de dichos programas. El ajuste social y emocional requiere de la adaptación del enfermo a su situación de estancia en el hospital. La conducta que presentan estos individuos puede verse afectada por muchos factores adicionales a su enfermedad; sus ideas de como deben comportarse y sus reacciones a la restricción del confinamiento. En la figura 1-4, se muestra el esquema que indica la forma de organizar la actividad del psicólogo.

- **Afrontamiento a la estancia con y sin cirugía.** La conducta de los enfermos depende de la manera como afronten sus condiciones médicas y los procedimientos del tratamiento médico. Es por esto que el psicólogo debe determinar cuál es el tipo de intervención, considerando si el paciente va a tener una estancia sin cirugía, donde sólo recibirá un tratamiento médico, o si la estancia va a implicar un procedimiento

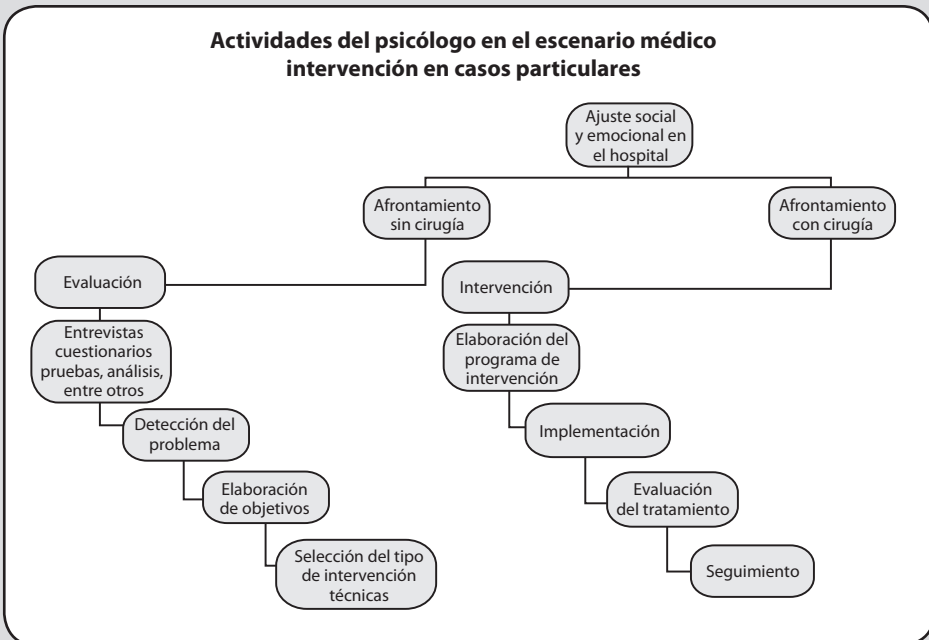


Figura 1-4. Actividades del psicólogo para la solución de problemas específicos de pacientes hospitalizados.

quirúrgico, ya que ambas situaciones son diferentes y producen distintos comportamientos dadas las diferentes expectativas que se pueden ir formando, sobre todo en el caso de una operación, la que necesariamente implica mayores riesgos. Por otro lado, el ajuste emocional es muy importante para los pacientes ya que les impone una situación de restricción donde deben estar inmovilizados y recibiendo un tratamiento que les produce ansiedad como: inyecciones, mal sabor de medicamentos, aparatos extraños, etcétera (Kulik y Carlino, 1987), situaciones estresantes que provocan gritos y protestas. Otro factor de ansiedad que se encuentra en los pacientes es la separación de la familia, el cual se muestra con llanto, miedo y rechazo a cualquier acercamiento de otras personas, siendo menos sociables y presentando conductas que entorpecen su bienestar. Los pacientes de mayor edad, con mejores habilidades cognitivas y sociales, muestran irritación y rebeldía a todo el personal y se niegan a seguir cualquier indicación (Kulik, Moore y Mahler, 1993).

Como se mencionó, el psicólogo debe especificar cuáles son los procedimientos de intervención en estos pacientes, para determinar esto es necesario elaborar una evaluación a partir de la cual se pueda diseñar una técnica adecuada de tratamiento.

- **Evaluación.** Ésta debe considerar todos los aspectos del individuo, así como su interacción con la enfermedad y el ambiente en el que se encuentra con el propósito de formular un diagnóstico inicial.

Esta evaluación puede realizarse a través de pruebas psicológicas, cuestionarios, entrevistas con los familiares, etc, sin olvidar el expediente médico donde se especifican los resultados de análisis y tipo de tratamiento médico y quirúrgico. En hospitales de segundo nivel por lo general los pacientes no permanecen mucho tiempo de tal manera que el psicólogo podría trabajar con cada paciente y familiares conforme van ingresando.

Lo anterior ayuda a la detección del problema ya que permite organizar un esquema general de las condiciones y necesidades del enfermo, determinando así, cuáles serán los objetivos a alcanzar para lograr el ajuste social y emocional de un caso particular.

Estos objetivos a su vez guiarán al psicólogo a la propuesta de una técnica de intervención específica.

Una vez que la evaluación se ha concluido, el siguiente paso consiste en la intervención.

- **Intervención.** Ésta se realiza ya integrada la información de la evaluación, y recordando y adoptando el modelo de Belar, Deardoff y Kelly (1978). La estrategia de intervención debe ser flexible sin que exista una preferencia a una u otra estrategia, y siempre considerando el tipo de caso.

Conjunto a la elaboración de la estrategia, se deben considerar los mecanismos de implementación; en términos de los recursos de la institución. Sin duda, esto pudiera parecer una limitante, sin embargo, si las condiciones no son consideradas, una intervención por más adecuada que parezca sería imposible de llevar a cabo, ésta es una razón importante por la cual el modelo de Belar puede ser adecuado en estos escenarios.

Después de la implementación de la intervención, es conveniente realizar una evaluación del tratamiento, de manera que puedan detectarse los logros o problemas surgidos durante el mismo, no sólo para el caso en particular, sino con el propósito de mejorar futuras intervenciones.

Otro aspecto importante es el seguimiento, éste es aconsejable para observar los efectos del tratamiento y detectar posibles secuelas producidas por la estancia en el hospital, se recomienda siempre y cuando sea posible llevarlo a cabo, ya que puede ser que el paciente no regrese después de ser dado de alta.

Éstas serían de manera general las propuestas de intervención para casos específicos, cabe aclarar que no es posible determinarlas más detalladamente ya que las condiciones, los casos y escenarios pueden variar. Se presentan como una guía que muestra las posibilidades de acción del psicólogo.

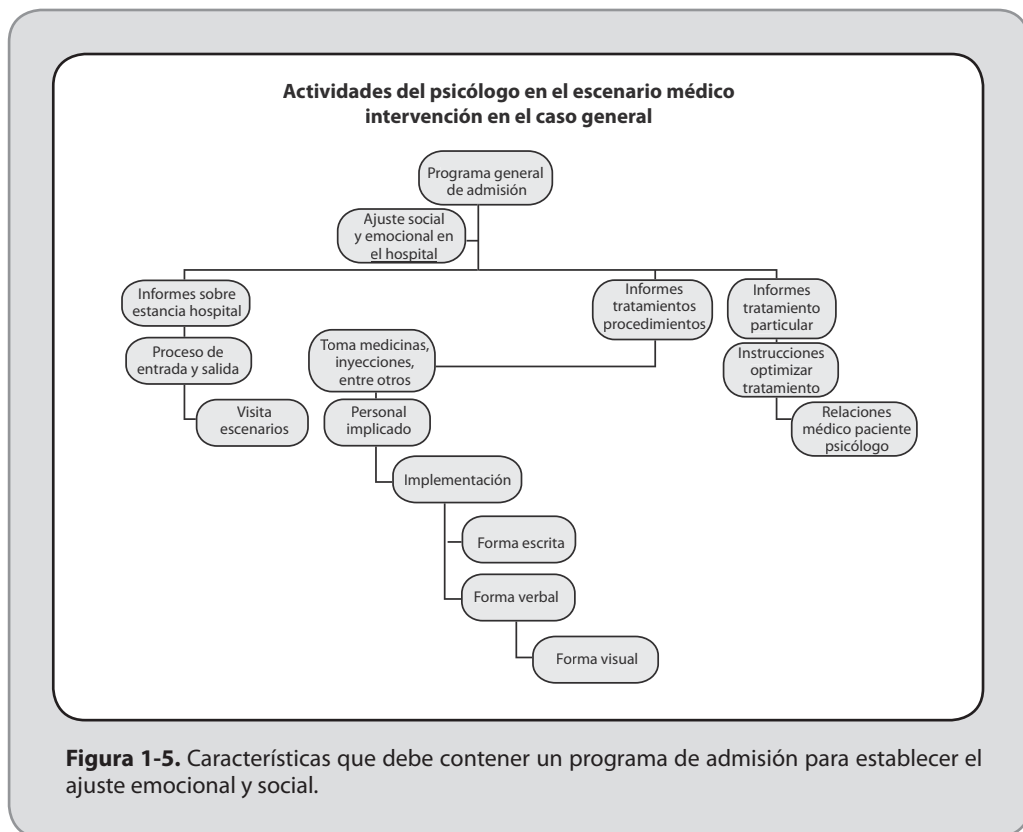
Intervención en el caso general: Ajuste social y emocional; programa general de admisión

El programa general de admisión se contempla como una ayuda a los usuarios en su recorrido inicial previo a la hospitalización, es importante porque no sólo permite una guía de información a los pacientes, lo que podría reducir las conductas de ansiedad, sino que puede servir de apoyo al trabajo del psicólogo en los casos particulares de pacientes que van a ser hospitalizados. Su propósito es otorgar a los sujetos información acerca de la situación a la que se va a enfrentar y los mecanismos que debe seguir desde su ingreso hasta su alta del hospital. Este programa general de admisión, debe contener información estructurada sobre la estancia en el hospital, procedimientos médicos generales y procedimientos del caso en particular (figura 1-5).

- **Informes sobre la estancia en el hospital.** Se tiene que informar al paciente y sus familiares sobre los mecanismos de operación administrativa de entrada y salida de la institución, a quiénes dirigirse para solicitar información sobre documentación y tratamientos médicos. Por otro lado, es conveniente realizar un recorrido guiado a los escenarios de ocupación donde se enseñen los lugares en los que estará localizado el paciente. En el caso de los pacientes esto puede reducir la ansiedad al mostrarles que hay otros pacientes ya en tratamiento que se encuentran en una situación cómoda y con personas que están al pendiente de ellos.
- **Informes sobre tratamientos y procedimientos.** Se tiene que dar información general sobre lo que implica el tratamiento y los procedimientos médicos que sigue la institución, ya que al paciente y sus familiares se les debe informar de todo lo que se puede llevar a cabo durante su internalización como toma de medicinas, inyecciones, análisis, etc (Chalmers 1993).

Asimismo, se les debe informar sobre el personal y las funciones que tiene cada uno de ellos, de manera que los familiares o el mismo paciente puedan recurrir a las instancias adecuadas cuando sea necesario.

- **Informes sobre el tratamiento en particular.** Relacionado con el punto anterior, se deben aclarar todas las condiciones que son necesarias para que el paciente y sus



familiares se involucren en el seguimiento del procedimiento médico recomendado para la enfermedad en particular, con el propósito de optimizar el tratamiento, desde el tipo de ropa que tiene que llevar, alimentos que pueden o no introducir al hospital, hasta el número de visitas y las condiciones de sanidad que éstos deben tener.

Por otro lado, se debe establecer contacto inicial con el personal del hospital (médicos y enfermeras) que se van a ocupar del paciente, para que las relaciones con éstos sean óptimas y no surjan problemas de entendimiento o empatía que pudieran obstaculizar el seguimiento del tratamiento o la estancia en el hospital.

- **Implementación.** Toda esta información se puede dar de forma escrita, verbal o visual. Por ejemplo, se pueden mostrar diapositivas, fotos o películas del escenario y de los procedimientos médico-quirúrgicos implicados. También se pueden proporcionar folletos con todos los pasos a seguir, o de manera verbal dar todas las explicaciones necesarias, respondiendo a las preguntas que surjan del paciente y sus familiares.

Este programa debe ser diseñado por el psicólogo, el cual puede intervenir en su aplicación o apoyarse en otro personal como pueden ser trabajadores sociales o incluso enfermeras.

Por último, éste es el programa propuesto como alternativa para el trabajo del psicólogo en los escenarios médicos, como se puede ver, y de acuerdo a nuestro criterio no hay aspectos que este profesionista no pueda implementar, por supuesto, se debe buscar el entrenamiento teórico y metodológico necesario, ya sea en el posgrado o especialidades, con el propósito de mostrar alta calidad en el servicio. La presentación de dicha propuesta tiene como fin demostrar las amplias posibilidades que tiene la psicología como área en este ámbito, el cual ha sido poco considerado o visto como inaccesible. Esto último es comprensible dada la situación del Sistema Nacional de Salud, en donde no se contemplan todas las actividades antes propuestas para un profesional como el psicólogo, pero como ya se ha considerado, es el momento de que se haga presente en el sector salud con programas viables que muestren su necesidad y eficiencia. Sin duda, el programa no está terminado y sólo sucederá en la medida que el trabajo en ese medio vaya dando las pautas que indiquen los requerimientos del sector salud en México.

Discusión

El programa mostrado se presenta como una alternativa debido a la carencia de un programa de trabajo en el sector salud público que esté sustentado en el trabajo del psicólogo. El psicólogo en este escenario no debe ser sólo un aplicador de pruebas o consejero, ya que tiene las habilidades necesarias y suficientes para poder incidir en diversos aspectos y apoyar tanto al paciente como al personal médico en los distintos niveles. Se considera que el programa propuesto puede ser de gran utilidad en el sector salud público ya que el enfatizar los aspectos de prevención, puede ayudar a reducir la aparición o incremento de enfermedades, de tal manera que el ingreso de pacientes sería menor y se reducirían los gastos públicos en salud, igualmente, cuando el paciente ya se encuentra hospitalizado, su estancia puede ser más satisfactoria tanto para él y su familia, así como para los profesionales que lo están tratando. Sin duda, el sector salud tiene programas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, sin embargo, las estadísticas nos señalan el incremento de enfermedades crónicas y la insuficiencia del sistema de salud para poder afrontarlas, es decir, sus programas, no están funcionando. Una razón es que son otros profesionales (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, administradores) quienes elaboran e implementan los programas de prevención y promoción, escasamente intervienen los psicólogos quienes son los profesionales que deben estar abocados a este trabajo, por supuesto de manera multidisciplinaria su estatus en este grupo de profesionales es poco valorado hasta el momento (Batista y Domínguez, 2002). Para que el psicólogo pueda ser considerado en el equipo médico, es necesario que muestre alta calidad en habilidades teórico, metodológicas y de investigación, elementos básicos para poder implementar el programa que se ha propuesto y que además son necesarios para el trabajo multidisciplinario. Este último punto es de suma importancia ya que en el escenario médico, el psicólogo debe trabajar a la par con el médico, enfermeras, secretarías, administradores, etcétera. Así, depende de sus conocimientos y habilidades para poder mantener y obtener un estatus como profesional de alto nivel, en la medida que se demuestre lo anterior será o no reconocido como parte del equipo.

BIBLIOGRAFÍA

- Batista, F., Domínguez, M. (2002). Psicología y políticas públicas: consideraciones desde una perspectiva rural y de salud. En Piña, J., Obregón, F. y Vera, J. *Psicología y Salud en Iberoamérica*. pp. 235-266.
- Belar, D.C., Deardoff, W.W., Kelly, E.K. (1978). *The practice of Clinical Health Psychology*. New York, Pergamon Press. caps. 1, 6, 7.
- Bibace, R., Walsh, M.E. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness. En: G. C. Stone, F., Cohen & N. E. Adler (eds.). *Health Psychology-A handbook*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Chalmers, B. (1993). Annotation: Care of children in hospital. *Child: Care, Health and Development*. 19, pp. 119-126.
- Flay, B.R. (1987). Mass media and smoking cessation: A critical review. *American Journal of Public Health*. 77, pp. 153-160.
- Kulik, J.A., Carlino, P. (1987). The effect of verbal commitment and treatment choice on medication compliance in a pediatric setting. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, pp. 367-376.
- Kulik, J.A., Moore, P.J., Mahler, H.Y. (1993). Stress and affiliation: Hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction. *Health Psychology*. 12, pp. 118-124.
- Maddux, J.E, Roberts, M.C., Sledden, E.A., Wright, L. (1986). Developmental issues in child health psychology. *American Psychologist*. 41, pp. 25-34.
- McKinlay, J.B. (1975). Who is really ignorant phisician or patient? *Journal of Health and Social Behavior*. 16, pp. 3-11.
- O'Donnell, L.O., O'Donnell, C.R., Pleck, J.H., Snarey, J., Rose, R.M. (1987). Psychosocial responses of hospital workers to acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Journal of Applied Social Psychology*. 17, pp. 269-285.
- Parcel, G.S., Bruhn, J.G., Cerreto, M.C. (1986). Longitudinal analysis of health and safety behaviors among school children. *Psychological Reports*. 59, pp. 265-266.
- Ramírez, E.M., Marisela, C.E., Vaquero, J., Arriaga, Y. (2003). Evaluación de requerimientos de salud integral en población mexicana. *Psicología y Ciencia Social*, 5, 2, pp. 68-75.
- Rodin, J., Ickovics, J.R. (1990). Community'health: review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist*. 45, pp. 1018-1034.
- Sarafino, E.P. (2007). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. New York, John Wiley & Sons. Cap. 15.
- Self, C.A., Rogers, R.W. (1990) Coping with threats to health: Effects of persuasive appeals on depressed, normal, and antisocial personalities. *Journal of Behavioral Medicine*. 13, pp. 343-357.
- Sutton, S., Hallett, R. (1988). Understanding the effects of fear-arousing communications: The role of cognitive factors and ththe amount of fear aroused. *Journal of Behavioral Medicine*. 11, pp. 353-360.
- Winett, R.A. (1995). A framework for health promotion and disease prevention programs. *American Psychologist*. 50, 5, pp. 341-350.
- Wright, L., Friedman, A.G. (1991). Challenge of the future: Psychologist in medical settings. En J.J. Sweet, R.H. Rozensky, S.M. Tavian (eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York, Plenum. Cap. 2.
- Yeaton, W.H., Smith, D., Rogers, K. (1990). Evaluating understanding of popular press reports of health research. *Health Education Quarterly*. 72, pp. 223-234.

Capítulo 2

El psicoanálisis en el hospital y en la formación de médicos¹

Marité Colovini y Juan Alberto Manino

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Hablar del psicoanálisis en el hospital, implica encontrarse con aquello que puede hacerse propio entre el discurso y práctica del psicoanálisis el campo de la medicina, así como con el campo institucional y de las lógicas colectivas.

Que el psicoanálisis tenga lugar en el hospital, así sea en atopía, depende de algunos factores, entre los cuales la más importante es que sus conocimientos no sean rechazados por el saber hegemónico.

Además, es importante asentar que, respecto al psicoanálisis, hay especificidad de la práctica y de las condiciones para ésta, y que no se trata de arriesgar ninguna de ellas en el intento de la articulación.

El psicoanálisis no es parte de una especialidad médica ni tampoco una “terapia” más.

De lo que se está convencido, es de que el campo médico puede beneficiarse con la aceptación del discurso del psicoanálisis, y quizás, si las condiciones de cada institución lo permiten, también de la práctica de los psicoanalistas.

Braceras (2005), plantea: “Los motivos por los que el psicoanálisis se relaciona con la medicina y los motivos por los que la medicina se relaciona con el psicoanálisis, son radicalmente distintos. La necesidad conceptual o la problemática que los interroga son propias de cada campo, pero ambos usan el vínculo con la otra práctica, para resolver, investigar, o plantear hipótesis intrínsecas a su disciplina.”

¹ Dra. Marité Colovini, Psicoanalista, Docente e Investigadora. Universidad Nacional de Rosario. Wheelwright 1571 8°. 2000. Rosario, Argentina Tel: +54-341-4244733
maritecolovini@gmail.com, Dr. Juan Alberto Manino, Psicoanalista. Docente. Universidad Nacional de Rosario. Cerrito 1125. 2000. Rosario, Argentina. Tel:+54-341-4827123 jmanino@amet.com.ar

PSICOANÁLISIS COMO PRÁCTICA DE DISCURSO

Si el inconsciente está estructurado como un lenguaje que se ordena en discurso y como el discurso no puede sostenerse en uno solo, el psicoanálisis es una práctica de discurso, no una psicología que hace del inconsciente sólo un atributo.

El psicoanálisis implica un lazo social inédito, ordenado en el discurso del analista.

El descubrimiento freudiano de lo inconsciente produjo una importante subversión respecto del lazo social entre los hablantes. El hombre, como ser que habla, se encuentra atado a lo simbólico y sufre por ello de manera irremediable.

Según Ricoeur (1999), el discurso se produce como “suceso”: algo que ocurre cuando alguien habla. Se realiza temporalmente y en el presente, porque el suceso consiste en la llegada al lenguaje de un universo a través del discurso. Siguiendo a Foucault (1970): “Los discursos deben ser tratados como prácticas discontinuas que se cruzan a veces, se juxtaponen, pero que también se ignoran o se excluyen”.

Lacan (1977) plantea al discurso como una estructura que puede usarse sin palabras. La práctica del discurso que el psicoanálisis conforma se diferencia de la utilización de un lenguaje psicoanalítico (psicología psicoanalítica) que no opera ninguna incidencia en lo real de la experiencia.

Plantear al psicoanálisis como práctica de discurso permite salir del *impasse* de la contradicción teoría-práctica y del dilema: individual o colectivo.

Por otra parte, plantear un discurso sin palabras permite deslindar el nivel del “hablar” de la pertenencia a la estructura del discurso.

El discurso como estructura responde a una legalidad en la que el sujeto se localiza. Cuenta con elementos que toman un lugar y se rigen por un movimiento determinado. Es decir, hay relaciones entre sus elementos que se designan como invariables.

Lacan diferenció cuatro estructuras del discurso y entre ellas situó al discurso más nuevo: el del analista. Cada discurso, presenta un imposible, que es propio y también de cada discurso se desprende una ética propia.

Castellanos de Marcos (2007) Plantea una propuesta similar al de esta obra. “Lacan propone al psicoanalista la famosa docta ignorancia, término de Nicolás de Cusa (siglo XV) que es definido como un saber más elevado y que consiste en conocer sus límites. La práctica clínica del médico también podría inspirarse en esta posición. (...) se trata de poner en suspenso y no dar por supuesto ningún saber acerca de lo singular del sufrimiento o del síntoma del sujeto, no tener ninguna idea preconcebida sobre lo que el sujeto dice. El experto es el paciente en lo que atañe a su subjetividad y el conocimiento del médico en relación a lo científico es solamente un eslabón de la cadena en la relación médico-paciente.”

La posibilidad de practicar una relación al saber como la docta ignorancia (saber lo que se ignora), es posible en tanto no se ubica al saber como agente del discurso.

DOS REALES

Decir que no hay relación sexual, marca una diferencia entre lo real del psicoanálisis y de la ciencia, pues este enunciado implica que no hay ninguna ley de la atracción entre los humanos.

Desde el psicoanálisis se comprueba que el inconsciente es la puesta de manifiesto de una dificultad estructural para responder a la excitación y sensaciones corporales que desbordan al sujeto desde la infancia. Freud separó la noción de pulsión del concepto de instinto, así como problematizó y teorizó las consecuencias de lo sexual en el humano. Como resultado, la sexualidad es irreducible a los datos biológicos y no es posible para el humano definirse en términos subjetivos en cuanto a su sexo o al de la pareja.

Existe una escisión entre sexo y saber que se instala bajo la forma de preguntas tanto conscientes como inconscientes, teorías sexuales infantiles que se enlazan con las fantasías y prefiguran la función del fantasma cuando se articulan con el complejo de Edipo.

Al subvertir la naturalidad de lo biológico, el encuentro del cuerpo y el lenguaje subvierte la naturalidad del objeto de satisfacción.

Es evidente que las preguntas sobre el sexo no sólo interesan a los niños. Lo que le corresponde tratar al psicoanálisis es la diferencia de sexos.

La ciencia se ocupa de lo real: encuentra un saber en lo real y opera con él.

Precisamente es por este funcionamiento de la ciencia que el psicoanálisis ha llegado como respuesta al malestar específico que aquella introduce en el mundo.

Es por ello, que Lacan insiste en que el sujeto de la ciencia y el del psicoanálisis es el mismo. La abertura entre el saber y lo real es por donde asoma el sujeto de la ciencia.

Hablar de ciencia y psicoanálisis implica situar a la medicina actual pretendiendo ser representante de la ciencia.

Freud descubre el inconsciente e inventa el psicoanálisis a partir del síntoma histérico; un fenómeno que no responde al saber universal de la anatomía, sino que se presenta como una construcción singular, articulada al uso de las palabras, materializada en el cuerpo y con un sentido sexual.

Freud constató que no había medicamentos ni operaciones “reales” para el tratamiento de estos síntomas, sino una cura que, con palabras, desarmara esa misma construcción que se había armado con ellas.

Dos reales, entonces, el real de la ciencia y el del psicoanálisis. ¿O dos modos de afrontar lo real?

Los desarrollos del psicoanálisis intentan formalizar y permitir la transmisión de un cierto saber sin la pretensión de reducir el estatuto de la verdad al registro de la exactitud.

Es por eso que preguntarse por el lugar del psicoanálisis en el campo de la medicina implica considerar más allá de lo que el saber de la medicina postula como existente.

DIMENSIONES DEL CUERPO

El cuerpo en el ser que habla adquiere más de una dimensión. Si bien la función más importante que adquiere el cuerpo en la constitución subjetiva es introducir la unidad, el uno, el cuerpo introduce también la multiplicidad, cumpliendo diferentes funciones.

Se dice que el cuerpo, en un ser hablante, es uno en tanto anudamiento de tres dimensiones, anudamiento tal que si excluimos a una de las tres, ya no se tiene más cuerpo.

Tener un cuerpo requiere haber sido amado y deseado por el discurso parental, cuidado y protegido por quienes realizan las funciones materna y paterna, lo que da lugar a ese modo del amor llamado narcisismo.

Amor a sí mismo, que desdobra al ser que habla en el que ama y el que es amado; en el sujeto que ama y el cuerpo propio, la imagen del cuerpo propio, que es así amado.

Imagen que tendrá valor por el valor otorgado por el amor, imagen que dará la ilusión de totalidad a un cuerpo construido anticipándose al funcionamiento coordinado del organismo y sirviendo de frontera con el goce.

Pero el cuerpo presenta también la dimensión carnal, palpitante, activa, del cuerpo pulsional, siendo en sí mismo el lugar del cual parten tensiones constantes que el psiquismo debe contribuir a resolver.

El cuerpo es también aquello que hace a la relación con los otros humanos.

Y también es a través de su relación al cuerpo, como el humano va a poder relacionarse con el mundo exterior, el mundo de los objetos exteriores, así como con la naturaleza. Los orificios corporales: boca, ojos, orejas, nariz, ano, son partes del cuerpo que conectan al interior y el exterior, y por tanto permiten la relación. Estas zonas, son llamadas por Freud zonas erógenas, lo que equivale a decir que son zonas privilegiadas de donde parte la capacidad de generar una excitabilidad que se constituirá en la energía llamada libido, posterior a su procesamiento psíquico. La satisfacción, sentida en el cuerpo, requiere de un “fuera del cuerpo”.

Y por último el organismo, una máquina ordenada y articulada, con un preciso funcionamiento, que se puede estudiar, radiografiar, operar, y hasta modificar según criterios estéticos.

Las tres dimensiones: imagen, fuente de la pulsión y organismo, se anudan y funcionan intrincadamente en el humano.

La importancia que reviste que el médico conozca estas dimensiones se explica a partir de que el ejercicio médico opera sobre el anudamiento de ellas. Y los efectos de su práctica se sitúan en ese mismo anudamiento, es decir, sobre la dimensión de la imagen corporal, sobre el cuerpo erógeno y sobre el organismo. Ésta es una de las nociones de la teoría psicoanalítica que constituyen el interés del psicoanálisis para el saber y la práctica médica.

DIMENSIONES DE LA CLÍNICA

Toda clínica implica una toma de posición, una perspectiva orientada desde el lugar y con los instrumentos que permiten delimitar, analizar y observar los hechos clínicos.

Un dominio extenso de la práctica hospitalaria es la de medicina general. Es en este espacio donde se sitúan tanto el médico como el paciente.

¿Se trata sólo de una alianza entre dos sujetos? Simplificar la cuestión definiendo la perspectiva del sujeto como una persona autónoma, libre de compromisos, y que podría evaluar correctamente la realidad; es una derivación de la que ni el médico ni el psicoanalista están exentos de precipitarse. Pero con ello se soslaya una dialéctica en la que la existencia del sujeto está comprometida de modo estructural con el discurso que la sostiene.

En este ámbito, abierto a la experiencia del sujeto, se inserta la práctica del psicoanalista, más aún cuando aquel implica predominantemente cuestiones que involucran la relación del sujeto al cuerpo y que se manifiestan como somatizaciones histéricas, fenómenos psicosomáticos o convicciones hipocondríacas; abiertos en un decir que precipita modos diversos de dirigirse al Otro con el otro. Se le llamará la transferencia y sus encrucijadas.

Si bien la medicina reconoce la dimensión simbólica del síntoma, al médico se le torna imperativo reducir el síntoma, tratar de eliminar toda ambigüedad en busca de la mayor

objetividad, pasando al silencio de los signos. Sin embargo, es en el transcurrir del diálogo en el que el síntoma toma otro sentido, y remite a una verdad que se diferencia de la que busca su certeza en la correspondiente objetividad de las maniobras semiológicas.

Si el síntoma es “lo que el paciente dice”, es sosteniendo el estatuto de la palabra, que se ponen de manifiesto, simbólica y de manera imaginaria, los modos en los que se estructuran las relaciones del sujeto con ese Otro orden de la verdad. Estructura del discurso, como se mencionó, pero se insiste en la diferencia que el psicoanálisis demarca tanto de la biología como de la psicología.

En este dominio, el médico que ejerce la medicina general está dividido, entre la búsqueda de objetividad y el llamado a sostener una presencia en la que se figuran los traumas que habitan al sujeto, articulados al discurso del Otro.

Es pues en la relación del sujeto al cuerpo como Otro, al cuerpo como localización del discurso del Otro y en relación a otro sujeto -en la doble condición de semejante y prójimo- que se constituye la dimensión analítica del síntoma y esto implica la puesta en marcha de la relación transferencial. De lo imaginario de la relación entre dos a un tercero simbólico se inscribe una historia significativa.

El cuerpo histérico, psicosomático o hipocondríaco indica que un proceso de trabajo subjetivo está en juego.

En el cuerpo histérico, conjugado en los avatares de una historia olvidada por reprimida, se expresan vertientes sacrificiales que reducen el simbólico a enajenaciones imaginarias. Cada parte del cuerpo podrá, entonces, equivaler al maltrato del falo, castración imaginaria por falla de la metáfora que rechaza el reconocimiento del otro sexo.

Integridad puesta en cuestión por la vía del complejo de castración donde el deseo se anuda en las demandas de amor. Frases reprimidas con las que se articula el enigma del sexo, del otro sexo tanto para el hombre como para la mujer; el otro sexo que no es fálico; hacer un agujero en el Otro. Escritura simbólica del cuerpo con su función polisémica.

El síntoma es un proceso de escritura que, en cuanto formación del inconsciente, no es una significación particular. Está determinado por su relación con una estructura significativa en la que el deseo en su esencia es deseo sexual. La solución debe buscarse no en la imaginación sino, por el contrario, por el lado del Otro con lo que se designa la estructura de lo simbólico.

Es reconocido por todos los que se acercan a considerar el fenómeno psicosomático, que el “llamado” al que se encuentra solicitado el médico, sea o no psicoanalista, es otro que ante la presencia del sufrimiento del cuerpo neurótico. La verdad y la voz se hacen oír de otra manera: son los sonidos del silencio. Al extremo en el que el retorno súbito de un recuerdo, todavía hace daño. De esta manera, relata Juan José Saer la experiencia de uno de los personajes de su novela “Glosa”: “El recuerdo es como una fotografía o una imagen sombría estampada en el interior de su cabeza y las emociones y los sentimientos de humillación o de cólera forman unos agujeros de bordes negros y resquebrajados como si la imagen estuviese siendo atravesada en muchos puntos de su superficie por la brasa de un cigarrillo”. “Echado en la cama oscura comprendía, por primera vez en su vida, a su propia costa, que, cuando es lo bastante intenso, como el sufrimiento físico, la moral también se vuelve a partir de un punto determinado innombrable y sin contenido, casi abstracto, y que lo que en cierto momento se podría llamar pena, culpa, humillación, se convierte, múltiple y casi sin fondo, en hormigueo, estampida, turbulencia, punzadas, explosiones”.

Ambigüedad de cuerpo y alma que se localiza en lo orgánico, funcionando mecánicamente, como el resultado de la imposición de “evitar a toda costa que nadie se diese

cuenta”, ni siquiera el sujeto mismo. El personaje en cuestión lo había conseguido “esa quemadura, que durante semanas había transformado su interior en una llaga viva, y que, hasta que fue cicatrizando, había sido el reverso de su exterior limpio, tranquilo, bien proporcionado, que profería frases sonrientes y exactas, esa especie de quemadura que [...] parecía haberse producido por generación espontánea, había pasado desapercibida”.

Es el cuerpo con orificios del goce en espera de la invención-interpretación del inconsciente para poder conformarse como síntoma. Parece el sustrato de un duelo infinito. Holofraseo signifiante que impide pensar que el sujeto reciba su propio mensaje olvidado en forma invertida. Hay, de parte del inconsciente, una lectura realizada con los significantes corporales, significantes en un real y por eso mismo, a los que falta la remisión a otro signifiante que constituya la vertiente metafórica, semántica, del símbolo. Permanece entonces la función de confinamiento que tiene el símbolo y que es el reverso de la función metafórica. Cara del símbolo confinado a su relación con el Bios. Cuestiones de traducción, cuestiones de la poética del discurso. El fenómeno psicosomático toma lugar en el discurso como una formación forclusiva del sujeto.

El hipocondríaco, por otra parte, busca la respuesta a su pregunta en las manifestaciones de su órgano. Es el silencio del Otro el que está en juego. Su deseo está confinado a buscar el sostén de sus preguntas en la fórmula aún no conocida de sus dolencias. No hay lenguaje que pueda decirle sobre la verdad que se encierra en la convicción de su dolencia. Si no espera respuesta es porque la desconfianza e incredulidad sobre la presencia del Otro se resuelve no pudiendo sacar su pregunta de la esfera “bio - lógica” del cuerpo.

Los complejos “síntomáticos”, los malestares del hipocondríaco, semejan pequeños relicarios de los que no sólo no es posible desprenderse sino que parecen servir de soporte para la tarea diaria de existir. Como en los otros procesos, el recurso imaginario, comporta el sesgo de “buenos amigos” con los que se hace más leve el dolor de existir.

Sexo y existencia, entonces, son las dos cuestiones del sujeto. Insoslayables a la hora de atender el decir de quienes recurren a la consulta cargando con sus sufrimientos. Quizás son las formas de mantener su existencia aún hasta el borde de la muerte.

Muerte y existencia no son opuestos, como lo son muerte y vida. Así como se asiste a situaciones en las que alguien puede estar muerto de su existencia en la vida, también se encuentra en el límite, la vida que el muerto se lleva cuando el dolor de existir no encuentra asidero.

Un bello sueño freudiano puede yudar a reflexionar sobre esto. Se trata de un joven que atravesando el duelo de la muerte del padre sueña que tiene un encuentro con su padre, que estaba muerto pero...” él no lo sabía”. Freud interpreta el sueño mencionando que lo que el padre no sabía era que el hijo había deseado su muerte. Cuestión que nos conduce a situar el deseo en relación a la culpa. Pero ¿acaso no es ésta una de las figuras extremas que nos protegen de lo más duro en la vida que es el dolor de existir? ¿Los rituales fúnebres no están hechos para protegernos de la muerte? ¿Acaso el hijo con su deseo de muerte no salvaba su existencia de ser arrastrado por el ausente, identificado al mismo?

PSICOANÁLISIS Y MEDICINA

En la conferencia *Psicoanálisis y Medicina* Lacan utiliza una noción que organiza todo el texto: la demanda del enfermo.

Lacan subraya que ésta no es equivalente a una demanda de curación. Su demanda no es equivalente a los agentes terapéuticos que el saber de la ciencia entiende que corresponden en función del diagnóstico médico. Y además, esa demanda no se hace sobre un cuerpo caracterizado por la extensión, sino sobre un cuerpo que es algo hecho para gozar.

Por un lado, tenemos que cuando alguien pide algo no es igual a aquello que desea. Hay deseo en todo decir y hay deseo como resto de toda demanda.

Así se revela la cuestión que Lacan llamará “falla epistemo-somática”.

Hay falla epistemo-somática, porque cuando se pretende aprehender al cuerpo nada más que en su aspecto “orgánico”, es decir en su dimensión extensa, se rechaza su dimensión de sustancia de gozo.

Por ello, el goce es aquello que retorna en lo real de la dimensión que el saber científico forcluye del cuerpo. De ese retorno se ocupa el psicoanálisis.

En “La ciencia y la verdad”, Lacan escribe: “Decir que el sujeto sobre el que operamos en psicoanálisis no puede ser si no el sujeto de la ciencia puede parecer paradoja. (.....) De nuestra posición de sujeto somos siempre responsables”

Por tanto, tenemos que, en el texto psicoanálisis y medicina, a través del operador conceptual que es la demanda del enfermo, Lacan nos invita a reflexionar acerca del deseo y el goce.

Dos cuestiones muy importantes al momento de considerar la función del psicoanálisis en el hospital.

Según Lacan, la práctica de la medicina ha tenido siempre un “acompañamiento doctrinario” que es el que determina la “función del médico”, pero la “fase científica” de la medicina cerrará definitivamente la puerta a la asociación con el saber divino. Esta operación resulta de los cambios que sobre la práctica médica instituye la ciencia moderna.

Dentro de estos cambios, merecen destacarse los que conciernen al tratamiento del cuerpo. En primer término, se trata del modo en que la ciencia reduce las funciones del organismo a montajes equivalentes a organizaciones que responden al estatuto científico. La ciencia construye un “acosmismo”, sometiendo al cuerpo a condiciones que no son las clásicas del cosmos, es decir: condiciones antinaturales. El cuerpo es ahora pasible de un cúmulo de intervenciones y acciones que desplazan de modo substancial el lugar de lo imposible, disolviendo dos límites “naturales” de la vida: la muerte y el nacimiento.

Concordantemente, la “demanda del enfermo” al médico, también muta. Ahora bien, éstas mutaciones introducidas en la práctica médica por el desarrollo científico, han provocado también que el médico, otrora en un lugar de saber y por ello de autoridad, ha pasado a ser en la actualidad simplemente un técnico: “científico fisiologista”, convocado como distribuidor de los agentes terapéuticos que produce el mundo científico. Por ello, la demanda del enfermo al médico también ha cambiado, pasando de una demanda de alivio del sufrimiento a una exigencia respecto al derecho del hombre a la salud.

“Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica”.

Se encuentra una importante función respecto a lo que el psicoanálisis puede aportar a la práctica médica: permitirle analizar el modo en que responde a la demanda del enfermo y de ese modo reconducir al médico a su posición: la médica.

SUBJETIVIDAD EN EL TERRITORIO DE LA MEDICINA

El trabajo en equipo, la reflexión sobre la práctica, la producción colectiva, pueden ser modos de considerar a la subjetividad de médicos y pacientes como una problemática que tiene lugar y peso. Se cree que promover estos modos de trabajo podría ser una de las funciones de psicoanalistas en los hospitales.

Hace unos años, los autores recibieron un pedido desde el Servicio de Neonatología del hospital donde trabajaban, respecto a una crisis institucional, motivada por las diferentes perspectivas con un bebé que estaba internado en la sala asistido con respiración mecánica y cuyo pronóstico era muy grave. Algunos miembros del personal de enfermería se habían encariñado con el bebé, otros acusaban a los padres de abandonar a su hijo, algunos neonatólogos sostenían la necesidad de utilizar la incubadora y el respirador en otros pacientes con posibilidades de vivir. La respuesta desde el Servicio de Salud Mental fue realizar pláticas con el equipo de la sala donde se plantearon las diferentes posiciones, se pudo esclarecer el modo en que cada profesional estaba implicado en el caso, y se llegó a una decisión consensuada. Este trabajo abrió la posibilidad de continuar con encuentros cada 15 días a partir de que los miembros del equipo de la sala reconocieron los efectos de abrir un espacio para reflexionar sobre su práctica y el modo de interactuar entre ellos. Este tipo de respuesta delimita un espacio que hace “comunidad”. Si se piensa que la comunidad se establece respecto a algo común, ese algo pudo recortarse en función de la práctica que compartían y distanciarse de los prejuicios, ideales y exigencias que se imaginaban que los regían.

Es importante diferenciar este modo de respuesta de lo que sería un grupo terapéutico. Si bien puede que hubo un tratamiento del malestar, éste se derivó de hacerle lugar a los diferentes modos de enunciarlo, de instalar condiciones para soportar el síntoma del otro y de posibilitar que cada uno se encontrara con lo propio, única manera de reconocer lo común. Se trató de trabajar sosteniendo la tensión que implica el “común” de la tarea colectiva y el singular de cada uno de los integrantes del equipo. Al incluir lo singular en lo grupal, se abre una brecha en las consistencias ideológicas, en los liderazgos carismáticos y los ideales pueden volverse cuestionables.

Los profesionales de salud mental no aportaron ninguna respuesta “salvadora”, sino que aportaron su “saber hacer” para dejar al equipo de la sala “a las puertas de la acción”, como diría Lacan.

PSICOANÁLISIS, EL PSICOANALISTA Y EL MÉDICO

El amplio desarrollo de la salud pública implica tanto una democratización de los esfuerzos de la ciencia, como la tendencia a la adaptación del humano a los presupuestos de la misma.

Y como consecuencia de los cambios operados en la medicina, se asiste a una transformación de las demandas que por la boca del enfermo exigen la realización del saber científico. Se pone de relieve que el síntoma puede ser revelador de un desacuerdo del sujeto a las exigencias del funcionamiento del aparato de las ciencias.

El médico y el psicoanalista se encuentran relacionados con estas condiciones que, por otra parte, no son específicas del ámbito hospitalario. Por un lado, los imperativos que se vinculan a dar respuesta de exactitud y cuantificación del cuerpo enfermo, y por otro, tomar en cuenta que el sujeto que les demanda una cura expresa a través de sus síntomas es otra relación más compleja. El riesgo de ambos es el precipitarse en hacer sutura epistemo-somática o epistemo-psíquica. Con este último término, se traducen las demandas al campo psi en el intento de normalizar, objetivizar al sujeto; transformar el campo psi en una psico-técnica.

Se entiende que toda significación se refiere a un real en juego, en este caso a lo real de las realizaciones técnicas de la ciencia. Un terreno común entre la práctica médica y la psicoanalítica y aún las diferencias específicas se juegan en torno a la significación actual de la demanda.

Es así que el ámbito hospitalario no sólo indica el espacio topográfico de la coexistencia de diversas prácticas, cada una delimitada por su objeto específico, sino que bien puede pensarse como un espacio topológico definido a partir de esta nueva significación de la demanda, que puede arrastrar al médico y al psicólogo a ser un mero distribuidor del saber sobre el funcionamiento del aparato corporal o mental.

Este espacio topológico implica el prestar atención a las fallas de las realizaciones epistémicas en el campo de la salud; y tomar en cuenta el valor de goce que encierra el cuerpo. Es en esta frontera de falla epistémica donde se sitúa el psicoanálisis.

Entre la exactitud explicativa de las ciencias biológicas y la comprensión interpretativa del sujeto se divide aquel que interviene en el diálogo terapéutico. El tratamiento de la demanda del enfermo es lo que nombra y pone de relieve este campo común. Sin embargo, no se trata del campo definido como una suma de aplicaciones técnicas. No se trata tampoco del campo de la realización técnica de un saber si no de la emergencia de la verdad como dimensión ética del sujeto.

Este espacio común, puede permitir pensar que haya experiencias en las que participa el psicoanálisis que son previas a la demanda de un psicoanálisis; y que es necesario respetar. Experiencias que se soportan en el psicoanálisis sin que lleguen a convertirse en un análisis. Es este el campo común de médicos y psicoanalistas en la medida en que sostengan el estatuto del síntoma.

Muchas veces, el problema que causa la demanda se soluciona sin que el enfermo articule una demanda de análisis. En este terreno psicoanalistas, médicos, enfermeros y psicólogos pueden comprometerse en ciertas fases de la demanda sin que esta se desvíe a la demanda específica de un análisis. Se trata del sostenimiento de la división del sujeto entre los imperativos de goce del saber establecido y las emergencias de la puesta en cuestión de ese saber que, como dimensión inconsciente se traduce en síntomas. Es el síntoma el que revela tanto las fallas epistemo-somática como las epistemo-psíquicas.

Es así como el quehacer del psicoanalista dentro del hospital no puede ser considerado sólo desde la perspectiva de una cura psicoanalítica.

En una cura analítica se trata de fenómenos que se dan en una experiencia de palabra y, en cuanto a lo que acontece, es una ruptura en la continuidad del discurso, ponen de manifiesto que se trata, no sólo de un fenómeno de lenguaje también del modo en el que el cuerpo es afectado.

A propósito, Lacan dirá que el “hombre piensa con ayuda de las palabras” y que “es en el encuentro entre esas palabras y su cuerpo donde algo se esboza [...] de innato”.

Si “allí se ubica el sentido”, es porque el acto de palabra, en su decir, funda en nombre de la realidad actual la verdad de la revelación del pasado. Condición necesaria para la interpretación del analista.

El psicoanálisis es testigo de la resistencia del sujeto a reducirse como el sujeto objetivado de las ciencias. Restaura las condiciones para que en el enunciado de un síntoma, la verdad que se dice y que resta excluida de la verdad científico-técnica, pueda ser enunciada, que pueda recuperar el estatuto de verdad de la voz que atraviesa la escritura del texto inconsciente.

Si las condiciones de un psicoanálisis implican que pueda establecerse una verdadera demanda de análisis, ésta tiene como consecuencia un proceso de realizaciones del trabajo del analizante y del acto del psicoanalista.

Es necesario tener presente que en el encuentro del enfermo con el médico se establecen otro tipo de demandas que las mencionadas; demandas que están vinculadas con lo que podría tomar la forma de una demanda de análisis que llevara a efectuar una neurosis de transferencia; pero que de hecho no lo son. Pero ello no quiere decir que sea específicamente la demanda que puede encontrarse en un tratamiento psicoanalítico.

La práctica como psicoanalistas, entonces, puede responder a otras lógicas, en espera de que se establezca una demanda de análisis. El encuentro con un psicoanalista no es del orden del ser sino del hacer y por tanto una demanda de análisis se hace y debe haber un analista que responda. Ocasión de la derivación de parte del médico y de la invitación a un análisis de parte del psicoanalista. Médico y psicoanalista deben estar dispuestos a ceder: el médico a hacer un psicoanálisis y el psicoanalista a imponer un psicoanálisis.

Por tanto, el cuestionamiento que se manifiesta con el síntoma podría producir un giro a la exigencia tecno-científica de reducirlo sólo al valor de índice para objetivar el padecer.

BIBLIOGRAFÍA

- Braceras, D. (2008). *Psicoanálisis y medicina: Pensar la interdisciplina*. www.cancerteam.com.ar. Consultado el 28 de enero de 2008.
- Castellanos de Marcos, S. (2007). *La “docta ignorancia” en la práctica clínica del médico*. <http://psicoanalisisymedicina.blogspot.com>. Consultado el 17 de enero de 2008.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. <http://caosmosis.acracia.net/?p=517> Consultado el 17 de enero de 2008.
- Freud, S. *Obras completas*. Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Lacan, J. (1981). *La ciencia y la verdad*. Escritos 2, México: Siglo XXI.
- _____, (1981). *La subversión del sujeto*. Escritos 2. México: Siglo XXI.
- _____, (1985). *Psicoanálisis y medicina. Intervenciones y textos*, Buenos Aires: Manantial.
- _____, (1988). *Seminario VII. La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- _____, (2006). *Seminario X. La angustia*, Buenos Aires: Paidós.
- _____, (1977). *Seminario X. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Barcelona: Siex Barral.
- _____, (1976-77). *Seminario XVI. De un Otro al otro*. (inédito).
- _____, (1992). *Seminario XVII. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- _____, (1987). *Seminario XX. Aún*. Buenos Aires: Paidós.
- Ricoeur, P. (1999). *Teoría de la Interpretación. Discurso y excedente de sentido*. México: Siglo XXI.
- Winnicott, D.W. (1989). *“Exploraciones psicoanalíticas I”*, Buenos Aires: Paidós.

Sección II

Propuestas innovadoras
de atención

Capítulo 3

Lupus eritematoso sistémico: Una aproximación psicosomática desde el test de psicodiagnóstico de Rorschach*

*Laura Elena Angélica Ferrón Martínez***

*Miguel Sandoval Maza****

Dedicado a la memoria de Cynthia Pérez Rul (1983-2010)

INTRODUCCIÓN

En 1851, el médico francés Pierre Cazenave introdujo el término lupus eritematoso (Blau y Schultz, 1984) para definir una enfermedad no contagiosa caracterizada por su coloración roja y diferenciarla de otras con síntomas dermatológicos similares. Posteriormente, el médico vienés Moritz Kaposi observó que otros síntomas como la fiebre, artritis y otros fenómenos sistémicos podían ser parte de la nosología del lupus.

Sin embargo, fue hasta los inicios del siglo XX que el médico canadiense Sir William Osler de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore publicó una serie de escritos que concluían, aún de manera incierta, que el lupus eritematoso era una enfermedad sistémica que afectaba varias partes del cuerpo, no sólo la piel, sino también el sistema musculoesquelético y los órganos internos, e incluso que podía presentarse sin manifestaciones cutáneas. En las décadas siguientes, se

* Trabajo presentado en el V Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud de la APICSA (Costa Rica, 2006) con la colaboración de las psicólogas: Nancy Lombardini, Cynthia Pérez Rul†, Mariana Ponce y Renata Vazquez.

** Docente e Investigadora. Instituto de Estudios Superiores en Neurociencias, Psicoanálisis y Salud Mental.

*** Servicio de Salud Mental, Hospital General de México O. D.

logró hacer una distinción entre un sinnúmero de afecciones relacionadas y denominadas “lupus eritematoso agudo diseminado” diferenciándolas del “lupus eritematoso discoide”, el cual presenta únicamente síntomas cutáneos en forma de discos. El “lupus eritematoso agudo diseminado” fue posteriormente llamado “lupus eritematoso sistémico” (LES). La variedad de manifestaciones lúpicas es uno de los rasgos más controversiales del lupus, ya que en los últimos 50 o 55 años, se han encontrado artículos de todas las especialidades médicas que describen síntomas de lupus.

En 1940, el lupus fue clasificado, al igual que la artritis reumatoide y otras enfermedades crónicas, como “enfermedades de la colágena” haciendo alusión a la inflamación del tejido de las articulaciones. Debido a las afecciones musculoesqueléticas y a que la enfermedad se presentaba en adultos, fue catalogada dentro de la especialidad de la medicina interna y la reumatología.

Con los avances tecnológicos recientes, otra especialidad de la medicina ha tomado interés por el lupus tratando de encontrar su etiología. Se trata de la inmunología. Una de las respuestas inmunológicas es la inflamación, comúnmente generada por el sistema inmunológico en reacción a un agente externo de infección. En el lupus, la inflamación aparece sin una correlación de infección.

No existe aún una explicación de por qué el sistema inmunológico ataca al propio organismo. Se ha demostrado que ciertos anticuerpos se encuentran activos en los brotes lúpicos; sin embargo, su actividad parece ir en una dirección equivocada. En el lupus, a diferencia de otras enfermedades del tejido conjuntivo o inflamatorias, el organismo parece dirigir su sistema defensivo (nada despreciable) contra sus propios órganos y tejidos, atacando de manera agresiva y en ocasiones destruyendo su propio cuerpo.

En la actualidad, las enfermedades del tejido conectivo son conocidas como enfermedades autoinmunes, haciendo referencia a sus manifestaciones de autoataque a nivel celular. La artritis reumatoide entra también en esta categoría, pero es el lupus el prototipo de la enfermedad autoinmune en la que el organismo se ataca a sí mismo.

El LES ataca predominantemente a mujeres entre los 20 y 50 años con pocos casos reportados en varones, niños y personas mayores. La prevalencia de la enfermedad en la población general es de 2 o 3 casos por cada 100 000. La calidad de vida de los pacientes se ve severamente afectada y se calcula que 75% sobrevive alrededor de 5 años a la enfermedad. (Mannik, M., Gilliland, B., 1983).

En cuanto a los aspectos psicológicos de las enfermedades autoinmunes, algunos autores (Dernburg, 1990; Miranda, 1998) plantean que las pacientes con LES presentan déficits cognitivos y baja concentración, así como dificultades para retener la atención, disfunción cognitiva y deterioro en las funciones de memoria, atención, concentración, abstracción verbal, construcción visual y velocidad psicomotriz. En cuanto a la personalidad de pacientes lúpicas, se han encontrado rasgos de tipo limítrofe, síntomas distímicos y depresión psicótica (Wekking, 1991), así como características de autodepreciación, hiperconformismo y excesiva bondad (Dupond, 1990). Utilizando el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) se han encontrado rasgos predominantes de hipocondriasis, depresión e histeria (triada neurótica) (Liang, 1984).

En cuanto a estudios comparativos en México, entre pacientes con LES y mujeres normales utilizando el MMPI y la Escala de Autoconcepto de Tennessee se han encontrado diferencias significativas entre las dos muestras. Los puntajes del MMPI indican que las pacientes con LES presentan defensas y preocupaciones somáticas, dependencias, depresión severa, demandas infantiles de afecto, dificultad para el control de impulsos y poca tolerancia a la frustración (Lara, 1987).

En otro estudio realizado también en México y utilizando el MMPI, se observó que la vulnerabilidad emocional y cognitiva de las pacientes depende del comienzo de la en-

fermedad, de las características individuales previas y el medio ambiente, en especial la familia. En el mismo estudio se encontró que las pacientes presentan síntomas afectivos multifuncionales, personalidad limítrofe, distorsiones de la imagen corporal y alteraciones sociales y cognitivas. Los resultados de la aplicación del MMPI arrojan un perfil que indica personalidad depresiva con rasgos esquizoides y síntomas somáticos (Michaca y Molina, 1998).

Los aspectos del manejo emocional y específicamente del enojo la frustración y desesperación que genera el lupus no se explican con los estudios que se reportan en la literatura. En investigaciones preliminares (Ferrón, 2000), se ha encontrado que el inicio de la enfermedad coincide con situaciones existenciales críticas como la propia adolescencia (40%), enfermedad de la madre (40%), embarazo (20%) y adolescencia de los hijos (20%); que ante situaciones frustrantes los pacientes se bloquean sintiéndose impotentes e indefensos, racionalizando sobre sus reacciones emotivas ante la frustración. Se les dificulta expresar su agresión de forma extrapunitiva, ya que esto les genera sentimientos de culpa; y por último que los pacientes han vivido situaciones de frustración de manera consistente a lo largo de su vida, principalmente en la relación con la madre (90%) y pareja (60%). Las situaciones frustrantes predominantes son la vivencia de abandono (60%) y de conflicto (60%).

En la literatura se encuentran datos sobre fenómenos de tipo depresivo, rasgos esquizoides y personalidad limítrofe en pacientes con Lupus (Wekking, 1991; Lara, 1987; Michaca y Molina, 1998). Sin embargo, las pruebas utilizadas en la mayoría de los estudios con estos resultados no ofrecen datos sobre la estructura dinámica de la personalidad de los pacientes. Por esta razón se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue explorar, si existe, un perfil de personalidad como tal en las personas con lupus y de ser así, cómo funciona, cuáles son los mecanismos de defensa predominantes que llevan al paciente a fenómenos somáticos de autoagresión. Por otra parte se analizó la relación entre los estados emocionales, particularmente frustrantes y los episodios de LES desde una perspectiva psicodinámica.

A partir de las observaciones clínicas en el trabajo con pacientes lúpicas, se observó que los pacientes con LES presentan un perfil de personalidad psicosomática (Ricón, L., 1991). Si se toma como base la literatura psicoanalítica (Chiozza, L., 1998), se puede creer que dado que no se ha demostrado una etiología genética o infecciosa en el LES, se suponen fundamentos psicosomáticos y se plantea un abordaje desde el psicoanálisis y la psiconeuroinmunoendocrinología.

Los estudios que se han desarrollado en poblaciones lúpicas tanto en México como en otros países muestran rasgos depresivos en quienes la padecen. Sin embargo, los hallazgos en los estudios psiconeuroinmunoendocrinológicos (Márquez, 2004) plantean que los estados depresivos tienden a disminuir la actividad del sistema inmunológico, lo cual es contradictorio con las características del LES. Por otra parte, en un estudio anterior se encontró que los pacientes con LES muestran respuestas impunitivas¹ ante la frustración, lo que lleva a plantear la existencia de mecanismos ejercidos por el Yo que permiten al sujeto negar los episodios frustrantes, generando una descarga pulsional somática (Ferrón, 2000).

¹ Rozenzweig plantea que la respuesta innata frente a la frustración es la descarga de la pulsión agresiva. Esta descarga presenta tres vías posibles: extrapunitiva (donde la agresión es exteriorizada), intrapunitiva (donde la agresión es dirigida contra el Yo a manera de culpa y autorreproche) e impunitiva (donde la agresión es negada y frecuentemente expresada en el cuerpo a manera de somatización). (Berrum H. M. Traducción y adaptación para México de la prueba de Rosenzweig. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM, 1966.)

En el mismo estudio se encontró que hay una relación entre los estados emocionales derivados de la frustración y los episodios de LES. Dado que los eventos frustrantes desencadenan reacciones a nivel fisiológico, cognitivo y emocional, se cree que es fundamental demostrar la existencia de estas circunstancias como detonantes psicológicos de la enfermedad.

Tanto el psicoanálisis como la psiconeuroinmunoendocrinología tienen un peso específico en la frustración como generadora de estrés y conflicto interno.

MÉTODO

Participantes

Se desarrolló un diseño de investigación no experimental, con pacientes del Servicio de Reumatología del Hospital General de México O.G. diagnosticados con LES. Se realizó un muestreo no probabilístico de sujetos tipo.

Instrumentos

- Carta consentimiento del paciente.
- Historia clínica.
- Test de Psicodiagnóstico de H. Rorschach.²

Resultados

La muestra estudiada se compone de 7 sujetos, 1 hombre y 6 mujeres, cuyas edades varían entre los 19 y 45 años (tabla 3-1).

Circunstancias psicosociales en el inicio de la enfermedad

Para este apartado, se consideraron las circunstancias en la vida del paciente durante la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, no del diagnóstico. En todos los casos, el paciente atravesaba por una etapa de estrés psicológico y frustración significativo en su vida a la par que comienzan las primeras manifestaciones sintomáticas del LES (tabla 3-2).

Presentación y discusión de casos

A partir de la interpretación de los resultados del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach, se puede observar que todos los pacientes son personas con dificultades en los procesos

² Para mayor información sobre el Test de psicodiagnóstico de Rorschach consulte: Rorschach, H., (1994) *Psicodiagnóstico*, Editorial El Manual Moderno, México.

Tabla 3-1. Descripción de la muestra

Paciente	Edad	Sexo	Estado civil	Servicio	Lugar de origen	Lugar de residencia	Escolaridad	Ocupación	Tiempo de evolución	Año de nacimiento
JALS	19	M	S	Consulta externa	D.F	D.F	Carrera técnica trunca	Desempleado	3 años	2003
MGM	21	F	S	Consulta externa	Estado de México	Estado de México	Licenciatura en curso	Estudiante Bailarina	5 años	2001
ARS	23	F	S	Consulta externa	Estado de México	Estado de México	Secundaria terminada	Hogar	1 año	2005
RMMH	37	F	S	Hospitalización	D.F	D.F	Carreta técnica	Hogar	5 años	2001
OPAN	37	F	S	Hospitalización	D.F	Estado de México	Carrera técnica	Policía	4 años	2002
VGH	44	F	C	Hospitalización	D.F	D.F	Bachillerato terminado	Hogar	5 años	2001
GFS	45	F	D	Hospitalización	D.F	D.F	Primaria terminada	Comerciante	5 meses	2006

de socialización por lo que tienden al aislamiento. Sus relaciones son fundamentalmente endogámicas con características de frialdad y distancia afectiva.

Muestran un nivel adecuado de adaptación al medio. Sin embargo, esto es sólo en apariencia, ya que comentan situaciones y eventos frustrantes que no reconocen como tales, ya que los niegan o evitan. Resalta la manera como en los relatos de los pacientes el afecto no se relaciona con los eventos que han vivido.

Algunos pacientes mostraron actitudes de desconfianza ante la gente y hostilidad. En ocasiones éstos parecen presentar ideas paranoides. También en algunos se encontraron datos de sintomatología psicótica, sin embargo, estos síntomas se manifiestan aparentemente coherentes y sin registro de fallas en el juicio de realidad.

Otro dato importante es que los pacientes no reconocen su enfermedad y parecen no darle importancia ni interesarse en conocer más sobre su estado médico. Todos fueron referidos por los servicios de reumatología y psiquiatría del Hospital General de Méxi-

Tabla 3-2. Circunstancias al inicio de la enfermedad

Paciente	Edad de inicio	Síntomas iniciales	Circunstancias psicosociales
JALS	14	• Eritema malar	• Adolescencia
MGM	14	• Artritis	• Adolescencia • Cambio de escuela • Ambiente hostil
ARS	22	• Alteración renal	• Convento • Embarazo psicológico
RMMH	31	• Artritis • Alteraciones endócrinas	• Nacimiento de un hijo • Desempleo • Separación de la pareja
OPAN	33	• Artritis • Alteración hematológica	• Separación de la pareja • Muerte de la madre • Muerte del padre
VGH	38	• Artritis • Alteración renal	• Aborto
GFS	36	• Alteración renal	• Muerte de un amigo • 15 años de la hija

co O.G. A todos se les ofreció apoyo terapéutico y la única que inició un proceso fue OPAN.

Resultados del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach

Se llevó a cabo la calificación formal según Klopfer y la interpretación psicodinámica según Portuondo. Se trabajaron los datos de manera individual y posteriormente se realizó un análisis de grupo para observar las similitudes y diferencias entre los casos a partir de las variables numéricas de Klopfer y las categorías de respuesta por lámina de Portuondo.

En las siguientes tablas se muestran las codificaciones de los índices de Klopfer, los psicodramas de cada paciente y la temática de contenido por lámina para la interpretación de Portuondo.

Índices de valoración intelectual de Klopfer

La tabla 3-3 muestra los datos obtenidos. En general el rendimiento intelectual de los pacientes es término medio bajo. Presentan pensamiento concreto con pocas capacidades de abstracción, productividad promedio y ejecución variable. Su procesamiento de la información tiende a ser lento. De los pacientes 6 de 7 mostraron ser poco realistas en cuanto a sus expectativas, con poco reconocimiento de sus capacidades por lo que se plantean metas que no pueden cumplir.

Tabla 3-3. Índices de valoración intelectual de Klopfer

Paciente	NF prome- dio	W%	D%	d%	S%	R	NF míni- mo	NF máxi- mo	T prome- dio	W : M
JALS	1	26.67	60	6.66	0	15	0	2	38.3	4 : 1
MGM	1.5	38.09	57.14	4.7	0	21	0.5	3.5	15.2	8 : 5
ASR	1.42	46.15	46.15	0	0	13	1	2.5	12.5	6 : 0
RMMH	1.25	30.77	61.54	0	0	13	0.5	2	12.1	4 : 1
OPAN	1.06	10.53	84.21	0	0	19	-1	2	9	2 : 3
VGH	1.45	27.27	68.18	0	4.54	22	0.5	2.5	5.6	6 : 2
GFS	0.68	14.29	85.71	0	0	35	-1	1.5	7.1	5 : 3
Promedio										
Grupo	1.19	27.7	66.13	1.62	0.64	20	0.07	2.3	14.3	5 : 2

Índices de valoración del área afectiva de Klopfer

Las tablas 3-4, 3-5 y 3-6 se muestran los datos obtenidos. En la tabla 3-4 se vaciaron las cuantificaciones de los determinantes y porcentajes de forma. Las codificaciones mostradas pertenecen a la calificación del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach. En la tabla 3-5 se vaciaron los datos de las relaciones básicas de Klopfer y en la tabla 3-6 las relaciones suplementarias. Todos los pacientes presentan un juicio de realidad relativamente adecuado con apego a la misma.

Tabla 3-4. Índices de valoración del área afectiva de Klopfer

Paciente	F+%	F-	Determinantes								
			M	FM	m	k	K	F	c	C'	C
JALS	80	2	1	7	4	0	1	3	1	0	1
MGM	90.47	2	7	6.5	3	0	1	10	4	0	2.5
ASR	84.62	0	0	6.5	1.5	0	0.5	5	1	2	2.5
RMMH	84.62	0	1	5	1	1.5	1	3	0	0	0
OPAN	73.68	2	3	2	4.5	3.5	0.5	5	0	2	2.5
VGH	95.45	0	2	8.5	8.5	1	3.5	3.5	0.5	1.5	0
GFS	80	7	3	0	0	0.5	0	29	1	1.5	3
Promedio											
Grupo	84.12	2	2.5	5	3	1	1	8.4	1	1	2

Tabla 3-5. Índices de valoración del área afectiva de Klopfer. Relaciones básicas

Paciente	R	F%	A%	H%	VIII+ IX+X%	FK+F+ FcR	(H+A) : (Hd+Ad)	M : Sum C	(FM+m) : (Fc+c+C')
JALS	15	20	60	6.6	20	33	10:0	1:0	8:1
MGM	21	19	42.9	28.6	33	29	12:3	6:0	9:2
ASR	13	30.8	61.5	0	38	31	7:1	0:0.5	8:0
RMMH	13	23.1	69.2	7.69	23	31	8:2	1:0	6:0
OPAN	19	26.3	26.3	21.2	26	26	9:0	2:1	4:0
VGH	22	13.6	50	22.7	36	18	15:1	2:0	14:0
GFS	35	77.1	51.4	8.57	40	80	21:0	3:1	0:1
Promedio Grupo	20	30	51.6	13.6	31	35	12:1	2:0.5	7:0.5

Por otra parte, los pacientes de la muestra presentan un perfil constreñido por la represión con dificultad en la expresión de los afectos con un tipo vivencial predominantemente intratensivo. Rorschach utiliza este término para referirse a las características de una persona que depende más de su mundo interno para la satisfacción de sus necesidades y su propia estimulación, que puede ser creador e innovador pero con pocas capacidades de expresión (Rorschach, 1921). Este hallazgo contradice algunas observaciones de otros autores (Maladesky, A., López, M., López, Z., 2005) con respecto al uso de mecanismos de defensa distintos de la represión. A su vez, sustenta otros estudios (Lara, 1987) sobre pacientes con LES, donde se le reporta con rasgos esquizoides. Sin embargo, esta observación también permite hacer un planteamiento que contradice algunos de estos estudios. La mayoría de las investigaciones sobre la personalidad psicósomática (desde el psicoanálisis) y estudios sobre la personalidad en pacientes con LES (desde la psicología, utilizando escalas de medición) coinciden en planteamientos que reflejan rasgos limítrofes.

Tanto las personalidades narcisistas, como el concepto de personalidad borderline (límitrofe), y la presencia de rasgos esquizoides y esquizotípicos de personalidad aluden a

Tabla 3-6. Índices de valoración del área afectiva de Klopfer. Relaciones Suplementarias

Paciente	M : FM	c : C'	Acrom : Crom
JALS	1:7	1:0	1:1
MGM	7:6.5	4:0	4:2.5
ASR	0:6.5	1:2	3:2.5
RMMH	1:5	0:0	0:0
OPAN	3:2	0:2	2:2.5
VGH	2:8.5	0.5:1.5	2:0
GFS	3:0	1:1.5	2.5:3
Promedio Grupo	2:5	1:1	2:2

estructuras no neuróticas. Sin embargo, el estudio de estos siete pacientes en los cuales consistentemente aparece la represión como mecanismo fundamental para la constricción de los afectos, es más cercana a una comprensión neurótica de estos mismos.

Índices de valoración del área social de Klopfer

Se obtienen de las tablas 3-4, 3-5 y 3-6. Al predominar un tipo vivencial intratensivo, los pacientes tienden a la introversión y al aislamiento. Se encuentran datos de dificultad en la expresión de afectos con eventos impulsivos aislados. La mayoría de los pacientes evitan el contacto social o bien socializan de manera superficial. Algunos presentan rasgos de desconfianza hacia la gente y resistencia ante los vínculos por temor al rechazo.

Interpretación psicodinámica según Portuondo

En las tablas 3-7 y 3-8 se muestran las respuestas por sujeto a cada lámina del Rorschach. Predominan las reacciones fóbicas y de evitación frente a la realidad frustrante. Es decir que presentan temor ante el medio ambiente, ya que lo viven como amenaza. Se relacionan de manera infantil y superficial. Todos los pacientes presentaron negación de sus impulsos sexuales y agresivos, así como dificultades en la identificación psicosexual sin que se encontrara un patrón específico en este último aspecto. Esto se refleja en problemas de identidad. Llama la atención la alta frecuencia de respuestas de tipo moralista y superyoicas con respecto a la sexualidad.

La figura paterna de estos pacientes es predominantemente agresiva, ausente o lejana. Reflejan una carencia afectiva con respecto al padre. En cuanto a la figura materna, se observan relaciones ambiguas con la madre. Se trata de madres poco afectivas, vividas como omnipotentes que no han permitido una adecuada simbiosis ni separación. Reportan carencias afectivas en el vínculo con la madre.

En cuanto al autoconcepto, no se encontraron similitudes importantes o significativas. Sin embargo, predominan en todos los protocolos respuestas orales, agresivo-pasivas, fantasías de devoración y aniquilación. De igual forma, predomina la pulsión de muerte seguida de la agresiva sobre la pulsión libidinal.

Las capacidades de sublimación e *insight* en general se encuentran bloqueadas por lo que el pronóstico de estos pacientes tiende a ser desfavorable. No hay un reconocimiento de los conflictos internos y por tanto no hay consciencia de enfermedad. Predominan las reacciones hostiles y mecanismos paranoides que sostienen el aparato defensivo.

DISCUSIÓN

Dado las características de heterogeneidad de la muestra, la única variable compartida entre ellos es el diagnóstico de LES. A pesar de ser una muestra no representativa, los datos encontrados en el análisis casuístico y los resultados del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach ofrecen información importante sobre rasgos predominantes en esta muestra.

Como se puede observar en la tabla 3-9, todos los pacientes han tenido experiencias frustrantes en su vida. Lo interesante es que los sujetos no parecen reportar la importancia de estos eventos o haberlos vivido como frustrantes.

**Tabla 3-7. Categorías de respuesta por lámina según Portuondo.
Láminas I a la V**

Paciente	I	II	III	IV	V
JALS	<ul style="list-style-type: none"> • Mariposa • Araña • Persona alegre, pensativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Mariposa cae al vacío • Piso abierto 	<ul style="list-style-type: none"> • Animal raro • Hombre lobo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dragón con alas feas y ganas de llorar 	<ul style="list-style-type: none"> • Murciélago
MGM	<ul style="list-style-type: none"> • Abejorro 	<ul style="list-style-type: none"> • Mosca • Ratones • Hámster 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres tocando tambores 	<ul style="list-style-type: none"> • Botas • Manos • Elefantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos, • Mariposa
ASR	<ul style="list-style-type: none"> • Murciélago serio sin moverse 	<ul style="list-style-type: none"> • Perritos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mariposa volando • Calavera • Pajaritos muertos • Pescados en agua 	<ul style="list-style-type: none"> • No sé 	<ul style="list-style-type: none"> • Murciélago
RMMH	<ul style="list-style-type: none"> • Murciélago viendo hacia adelante • Mariposa 	<ul style="list-style-type: none"> • Ositos juntando manitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres platicando de fútbol 	<ul style="list-style-type: none"> • Animal deforme y enojado 	<ul style="list-style-type: none"> • Murciélago
OPAN	<ul style="list-style-type: none"> • Ángel triste • Manchas • Nubes oscuras 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas • Mariposa pisada 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres con una pierna • Mariposa • Cara 	<ul style="list-style-type: none"> • Monstruo malo • Árbol lejano 	<ul style="list-style-type: none"> • Mariposa atrapada
VGH	<ul style="list-style-type: none"> • Gato furioso • Ave furiosa • Ojos, mirada 	<ul style="list-style-type: none"> • Pingüinos bailando como elefantes • Jirafas/elefantes besándose 	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja desnudos tocando tambores • Corazones 	<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos sin persona • Campana • Mechones sin danzantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Diablo / murciélago
GFS	<ul style="list-style-type: none"> • Mascara • Palomas • Murciélago • Corazones 	<ul style="list-style-type: none"> • Payasitos • Elefantes • Perritos 	<ul style="list-style-type: none"> • Bailarinas • Moño • Rata • Delfín • Pescados • Patitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Robot 	<ul style="list-style-type: none"> • Mariposa

**Tabla 3-8. Categorías de respuesta por lámina según Portuondo.
Láminas VI a la X**

Paciente	VI	VII	VIII	IX	X
JALS	• Pescadito preo- cupado, lo quieren comer, huyendo	• Elefantes sentados	• Hienas	• No sé	• Flores • Animales destruyendo
MGM	• Guitarra • Columna vertebral	• Mujeres aborígenes viéndose	• Ratones	• Matriz • Hipopótamos	• Arañas • Persona • Insectos hacia el centro
ASR	• Murciélago	• Nubes	• Lagartijas recargadas en pino	• Flor	• Arañas • Alacrán • Mariposa
RMMH	• No sé	• Rompecabezas	• Castores	• Pintura	• Cangrejos • Caballos de mar
OPAN	• Piel de tigre (se la quitan)	• Caras peleando	• Gatos • Mariposa	• Manchas de colores	• Flores • Pajaritos atrapados
VGH	• Torre iglesia	• Estampa de niños cupido	• Osos subiendo	• Señoras medievales	• Animales furiosos atacando • Animales asustados y escondién- dose
GFS	• Iglesia	• Pescados • Conchas mar	• Pericos • Mariposa • Iglesia	• Planisferio • Murciélago • Bailarinas • Espada china	• Torre • Cangrejos • Flores • Pescados • Cara de japonecita

Se confirman los datos informados en la investigación preliminar (Ferrón, 2000), el inicio de la enfermedad coincide con crisis de vida (Eventos vitales) (tabla 3-10) y se encontraron situaciones frustrantes consistentemente a lo largo de la vida del paciente, donde éstos reaccionan de forma impunitiva (tabla 3-9).

Debido a que estos eventos provocan reacciones de estrés fisiológico, se cree que al no ser expresados en lo cognitivo y con su correlato emocional, las vivencias son expresadas en el cuerpo en una sintomatología psicosomática. Ante la presencia de eventos frustrantes (vitales) que no son registrados de manera simbólica (a nivel de la cognición) ni emo-

Tabla 3-9. Situaciones frustrantes

Situaciones reportadas	Comparación	
	2000 (N=10)	2006 (N=7)
Frustración afectiva		
Abuso y/o maltrato	30%	14%
Vivencia de abandono o pérdida	60%	57%
Vivencia de rechazo	40%	42%
Relaciones conflictivas	60%	42%
Frustración económica		
Frustración académica	50%	42%
Frustración laboral	80%	42%

cionalmente, se traducen a nivel fisiológico en una afectación del SI. Según la literatura, el estrés se relaciona con una activación del SI.

Las características encontradas en los Índices de Valoración Intelectual de Klopfer coinciden con hallazgos de otros autores (Dernburg, 1990; Miranda, 1998) en cuanto a un bajo rendimiento en pacientes con LES y la presencia de rasgos depresivos. Las dos pacientes que no comparten estas características coinciden también en tener la escolaridad más alta, tener una vida laboral activa y presentar una mejor disposición en el trabajo clínico. Son también las dos personas con mejor pronóstico.

Los Índices de Valoración del Área Afectiva de Klopfer muestran que los pacientes del estudio presentan un Yo aparentemente fuerte debido a una coraza defensiva que Kohut (1970) se denomina como falso self. Detrás del falso self, existe un Yo debilitado. Kohut plantea la presencia de este tipo de estructuras en personalidades narcisistas. Estas personalidades son generadas por fallas primarias en la identificación materna, donde algo falla en la imagen especular que el infante recibe de ella. Las personalidades narcisistas presentan necesidades tempranas no satisfechas y no reconocidas, ya que el Yo se encuentra escindido.

Tabla 3-10. Eventos vitales

Eventos vitales reportados	2000 (N=10)	2006 (N=7)
Adolescencia	40%	28%
Enfermedad de la madre	40%	0%
Embarazo	20%	42%
Adolescencia de los hijos	20%	14%
Separaciones afectivas	0%	28%
Muerte cercana	0%	42%

En la literatura psicoanalítica sobre trastornos psicosomáticos se encuentran referencias de hallazgos similares a lo que plantea Kohut en pacientes psicosomáticos. Este estudio muestra relación con las características compartidas que encuentra Maladesky (2005), entre las personalidades limítrofes y psicosomáticas como:

1. Experiencias de fusión primaria que borran la distinción sujeto-objeto y confusión en los límites del Yo. Esto se encuentra en los resultados de los pacientes que componen la muestra. Asimismo, la confusión entre lo externo (objeto) y lo interno (sujeto) es análoga a la confusión que se observa en la enfermedad autoinmune, donde el SI no reconoce los tejidos propios de los ajenos.
2. Diferentes niveles de desorganización del aparato psíquico. En algunos pacientes de la muestra, se han presentado episodios psicóticos, enmarcados en contextos espirituales o esotéricos por lo que ni los pacientes, ni las personas a su alrededor los reconocen como tales.
3. Necesidad estructurante del objeto. Esta necesidad se observa en las características demandantes de los enfermos.
4. Estructuras en las que no está en juego la represión sino la escisión y su correlato, la denegación. En los pacientes de la muestra se encuentra que sí predomina la represión como mecanismo de defensa, ligado a otros mecanismos maduros como se explica a continuación.

En general los enfermos recurren a mecanismos de racionalización, evitación y negación. El control de los impulsos es predominantemente infantil aunque con capacidad de lograr un control maduro. Es decir, que son personas inestables en sus reacciones ya que en ocasiones son infantiles, demandantes, impulsivas y con poca tolerancia a la frustración, pero se muestran con una aparente adaptación. Ricón (1991), denomina personalidades psicosomáticas a las que presentan las siguientes características:

1. Rasgos de personalidad infantil. Tomado de Liberman como características en las que los sujetos reaccionan con el cuerpo frente a los conflictos sin pensarlo. En los datos presentados sobre el registro de eventos vitales en los pacientes de la muestra, se corrobora este punto. Por otra parte, en los resultados del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach también se encuentran rasgos infantiles como la demanda exagerada, inestabilidad en las reacciones y los intereses infantiles.
2. Pacientes con dificultades para registrar estados de tensión-relajación, placer-displacer, bienestar-malestar, cansancio-descanso. Este tipo de registros requieren un reconocimiento del cuerpo, este punto falla en los pacientes de la muestra; un dato que permite corroborar dicha situación es la ausencia de respuestas anatómicas y/o corporales en los protocolos de Rorschach.
3. Rasgos maníacos en personas "adictas al trabajo". Ésta es una noción análoga a la personalidad tipo A y es un rasgo que no presentan los sujetos de la muestra estudiada.
4. Rasgos de una personalidad sobreadaptada. Refiere a personalidades con "exceso de cordura", que desde la infancia se han mostrado como "niños/personas muy tiernos", que postergan constantemente su necesidad de placer y la emergencia de sus afectos y necesidades. Su cuerpo expresa señales que su mente no puede decir. En el paciente psicosomático, lo que impresiona como "más normal", que se denomina sobre adaptación a la realidad externa, es para algunos autores, la parte psicosomática de la personalidad la que muestra las tendencias autodestructivas muy graves.

Estas tendencias son equiparables a las suicidas que presentan otros pacientes. Todo esto se encuentra en los datos del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach.

5. Presencia consistente de ansiedad difusa y tensión interna. Es no reconocer los conflictos internos. Lo cual remite a la tesis de una personalidad sobre adaptada en la que el cuerpo expresa estas tensiones como manifestaciones de la pulsión de muerte.

Chiozza (1998) plantea como significado inconsciente de las enfermedades por autoinmunidad, que “la descarga correspondiente al ataque autoinmunitario es la deformación patosomática de la clave de inervación de un afecto que, si se hubiera descargado como tal, hubiera correspondido al sentimiento consciente de que un contacto, o convivencia es tan intolerable como inevitable”.

Desde una perspectiva no psicoanalítica, sino psiconeuroinmunoendocrinológica, se ha encontrado que la ansiedad provoca una activación del sistema inmunológico. Márquez (2004) indica que “un hecho traumático externo puede quedar grabado en tres tipos de memoria: la sensorial, que es corta; la límbico-temporal, que es larga; o la inmunoendócrina, que es eterna ... Las reacciones vivenciales o adaptativas a situaciones del medio pueden dejar trazas de alteración bioquímica o metabólica que se independizan de la causa y persisten de por vida”. Estas observaciones corroboran las aproximaciones psicoanalíticas expuestas con anterioridad y explican los mecanismos neurofisiológicos y bioquímicos de las nociones del “cuerpo que habla”.

Psicodinámicamente se puede explicar esta incapacidad en el registro tanto cognitivo como emocional de las situaciones frustrantes a partir del concepto de falso self y el uso de mecanismos de defensa como la evitación, negación y racionalización.

Los hallazgos que arrojan los Índices de valoración del área social de Klopfer coinciden con lo que otros autores (Michaca y Molina, 1998) han encontrado como rasgos esquizoides en los pacientes con LES. Lo que se plantea es que más que un rasgo de personalidad, se trata de conductas de aislamiento social como evitación de circunstancias ante las cuales su personalidad no puede reaccionar de manera adaptativa.

La teoría psicoanalítica fundamenta el desarrollo de la personalidad a partir del complejo de Edipo y las relaciones con los padres. Dado que los pacientes presentan figuras parentales ambiguas, se presenta una falla en el reconocimiento tanto de los vínculos con los padres como del lugar del sujeto en la triada. Esto se relaciona con una dificultad para distinguir lo propio de lo ajeno que es análogo a la manera como reacciona su sistema inmunológico. Una identidad bien establecida se acompaña de la capacidad de reconocerse en la peculiaridad de su propia forma. En el caso de las enfermedades por autoinmunidad “lo ajeno es algo familiar que ha sido reprimido”, con esta frase Chiozza (1998) cita al texto freudiano de “Lo Ominoso”, en el cual se remite a la pulsión de muerte que se presenta sin posibilidad de simbolización con sensaciones de extrañeza.

Nuevamente se encuentra un correlato fisiológico a estas afirmaciones psicoanalíticas, ya que Márquez (2004) indica que “el sistema inmune logra evitar la pérdida de la identidad biológica frente a los eventos amenazantes”. Esto lo logra a través de intrincados mecanismos bioquímicos ya que “la inmunidad es quien informa mediante los diferentes mecanismos efectores sobre los fenómenos antigénicos (aquellos no reconocidos como propios) ya sean de carácter interno o externo.”

Se concluye con sustento en referencias desde la teoría psicoanalítica (Chiozza, 1998) y estudios sobre la psiconeuroinmunoendocrinología (Márquez, 2004), que la acción del sistema inmunológico en una enfermedad autoinmune como el lupus

se relaciona con aspectos de la identidad y personalidad de éstos pacientes. Por una parte, con el uso de mecanismos de represión de los afectos y emociones, y negación/evitación de eventos estresantes. La combinación de estos factores provoca que los pacientes no registren los eventos vitales a niveles cognitivos o emocionales, por lo que la respuesta se expresa en el cuerpo a manera de síntomas somáticos. Con esta tesis, se plantea que el LES puede ser entendido como una enfermedad psicosomática.

Por otra parte, se cree que los pacientes con LES presentan una personalidad de tipo histérico con rasgos esquizoides y paranoides, con tendencia a manifestar síntomas de tipo depresivo. Se coincide con otros autores de índole psicoanalítica (Maladesky, 2005; Ricón, 1991) en el desarrollo de un falso self generado a partir de un sistema defensivo que, de manera análoga al sistema inmunológico, provoca la descarga autodestructiva (pulsión de muerte) sobre el cuerpo del paciente.

Basado en el presente estudio y la experiencia clínica con pacientes lúpicos, se considera que el apoyo psicológico psicoanalíticamente orientado en las enfermedades autoinmunes es de gran utilidad para el paciente. Se sugiere que dicho tratamiento aborde los siguientes ejes:

1. Simbolización de la sintomatología somática.
2. Trabajo sobre el duelo por las pérdidas asociadas a las crisis vitales que generalmente se asocian con el inicio de la enfermedad (adolescencia, maternidad, menopausia, separaciones y muertes cercanas entre otras).
3. Debilitamiento progresivo de las defensas generadas por el falso self.
4. Resignificación y descarga de los afectos con énfasis en el trabajo sobre la canalización y expresión de la agresión de manera expunitiva en contextos terapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Blau, S.P., Schultz, D. (1984). *Lupus The Body Against Itself*. 2°ed. New York Doubleday & Co.
- Berrum H.M. (1996). Traducción y adaptación a México de la prueba de Rosenzweig. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- Chiozza, L. (1998). *La Transformación del Afecto en Enfermedad*. Buenos Aires Alianza
- Dernburg, S.D., Carbotte, R.M., Denburg, J.A. (1994). Cognition and Mood in systemic lupus erithematosus. *Annals of the New York Academy of Sciences* 823, pp. 44-59.
- Dobkin, P.L., Fortin, P.R., Joseph, L., Esdaile, J.M., Danoff, D.S., Clarke, A.E. (1998). Psychosocial contributors to mental and physical health in patients with lupus erythematosus. *Arthritis Care & Research*, 11 (1), pp. 23-31.
- Dupond, J.L., Humbert, P., Taillard, C., Wazieres, B., Vuitton, D. (1990). Relationship between autoimmune diseases and personality traits in women. *Presse Med* 19(44), pp. 2019-2022.
- Fernández, M. (2003). Psicodiagnóstico de Rorschach. *Sus aplicaciones prácticas y presentación de casos*. México Editorial el Manual Moderno.
- Ferrón, L.E. (2000). Estados Emocionales en Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. *Revista Mexicana de Reumatología* 15 (1), pp. 1-10.
- Kohut, H. (1971). Análisis del Self. *El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires Amorrortu.

- Lara, B. (1987). *Estudio comparativo de las características psicológicas entre un grupo de pacientes femeninas con lupus eritematoso sistémico y un grupo de mujeres normales*. Tesis licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Liang, M.H., Rogers, M., Larson, M., Earon, H.M., Murawski, B.J., Taylor, J.E., Swafford, J., Schur, P.H. (1984). *The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis*. *Arthritis Rheum* 1984 Jan; 27(1):13-19.
- Maeshima E, Yamada Y, Mune M, Yukawa, S. (1996). *Subjective happiness and psychological condition in SLE Ryumachi*. 36(6), pp. 830-836.
- Maladesky, A., López, M., López, Z. (2005). *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Editorial.
- Mannik, M. Gilliland, B. (1983). Systemic Lupus Erythematosus. En: Petersdorf, R., Adams, R., Braunwald, E., Isselbacher, K., Martin, J., Wilson, J. ed. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 10º ed. Japón: McGrawHill.
- Márquez, A. *et al.* (2004) *Psiconeuroinmunoendocrinología II. Nuevos dilemas para viejos paradigmas. Viejos dilemas para neoparadigmas*. Buenos Aires: Polemos.
- Michaca, G., Molina, D. (1998). Perfil de personalidad en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia. Reunión anual y congreso conmemorativo del LX aniversario de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría A.C. Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Miranda, V. (1998) Comparación de la función cognitiva entre pacientes con lupus eritematoso generalizado, pacientes con artritis reumatoide y personas sanas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Ricón, L., Di Segni, S., Tenconi, J.C. (1991) *Problemas del Campo de la Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Tayer, W.G., Nicassio, P.M., Radojevic, V., Krall, T. (1996). Pain and helplessness as correlates of depression in systemic lupus erythematosus. *British Journal of Health Psychology*. 1, pp. 253-262.
- Wekking, E.M., Nossent, J.C., Van Dan, A.P., Swak, A.J. (1991). Cognitive and emotional disturbances in systemic lupus erythematosus. *Psychotherapy and Psychosomatics* 55, pp. 124-131.

Capítulo 4

El fantasma oncológico entre médico y paciente

Alfredo Flores Vidales¹

INTRODUCCIÓN

Este capítulo propone dar cuenta de la experiencia que fue el ingreso formal a una institución hospitalaria oncológica, por parte de un equipo de psicólogos y psicoanalistas que bajo procedimientos de entrevistas psicoanalíticas y observaciones etnográficas, aplicadas a pacientes y sus familiares, médicos y enfermeras, codificaron y analizaron los discursos. A partir de lo anterior, se pudieron hacer visibles las relaciones fantasmáticas que se producen entre pacientes, familiares, médicos e institución, exacerbando la enfermedad como consecuencia de la falta de un dispositivo simbolizante de los estigmas y de las angustias que ésta genera.

En el segundo y tercer apartado del capítulo se muestran los discursos de sufrimiento de pacientes y familiares, así como los de médicos en su lucha por sostener la vida; pero al mismo tiempo, de su defensa por la cercanía de destrucción y muerte con los enfermos en su práctica profesional. En el cuarto apartado, a través de la entrevista realizada a un médico, se reflexiona acerca del quehacer en la institución y el compromiso con la subjetividad de los enfermos; por último, en el quinto apartado se hace una propuesta para abordar la problemática que genera la angustia, incertidumbre y desconocimiento de los fantasmas de la feroz enfermedad del cáncer que circula en los nosocomios de esta índole.

¹ Mtro. en Teoría Psicoanalítica. Carrera de Psicología, FES Iztacala, UNAM.

MEDICINA Y PSICOANÁLISIS

Con el surgimiento de la ciencia, el mundo de lo subjetivo muere, el sujeto es excluido y el organismo es privilegiado, este dualismo se hace cada vez más riguroso y se desarrolla en paralelo a las transformaciones tecnológicas.

La medicina está inscrita dentro de este discurso positivo en donde la lógica, la razón y su saber en el discurso científico coloca al médico en un lugar omnipotente y de macro-poder, su misión es la de salvaguardar a la raza humana de las enfermedades letales. Por un lado, los avances biomédicos han permitido el “progreso” en cuanto a combatir ciertas enfermedades orgánicas; sin embargo, “con el avance en la especialización y tecnología de la medicina, el hombre es visto fragmentariamente como un conjunto de órganos separados sobre los que hay que intervenir aplacando el síntoma (Fernández y Pimtel, 1996, p. 56)”.

El médico despersonaliza la enfermedad para así poder actuar mejor sobre ella, el hombre deja su cuerpo en manos del médico. El individuo se transforma en un ser puramente biológico portador de microorganismos, disfunciones orgánicas y malformaciones. “Las enfermedades son consideradas como efectos visibles, de reconocimiento y cuyo mecanismo de producción se desconoce, materia prima que debe ser tratada con recursos físicos y químicos sobre un cuerpo biológico (Braunstein, 1980, p. 30)”.

Debido a la falta de una mirada subjetiva en las estructuras hospitalarias para el trato de la enfermedad, se propuso en el marco de un proyecto de investigación universitario, atisbar desde lo simbólico —y facilitado con el pensamiento psicoanalítico— el fenómeno de la enfermedad en relación con los discursos. En este sentido, para el equipo, el acercamiento a las instituciones hospitalarias ya había sido una experiencia vívida, y aunque no bajo la articulación y organización de un proyecto que condujera y diera dirección a un equipo de profesionales, se había tenido ya esa proximidad con el deterioro, destrucción, fragmentación y muerte del cuerpo humano. Pero el reto era mayor, pues se debía ingresar a un hospital oncológico con un punto de vista distinto al orgánico, al biológico y al médico, que como se observó después, permitía la protección de la angustia que produce la incertidumbre de los tratos del cuerpo en sus fragmentaciones y de la fragilidad de la vida.

El cuerpo no es un cuerpo de la naturaleza, o mejor dicho, un cuerpo natural, sino uno que se construye a cada momento, en donde se inscriben elementos de significación dependiendo de la historia y de las vicisitudes del sujeto; por tanto no es un cuerpo acabado como lo propondrían los fisiólogos y anatomistas ya que las experiencias pasadas y presentes, las fantasías y el deseo, lo trastocan. Es un cuerpo desnaturalizado, por tanto es el efecto de una construcción imaginaria del deseo (Lacan [1953-1954], 2004).

EL CUERPO SIMBÓLICO ECLIPSADO EN EL HOSPITAL

Hubo un momento en el que el hospital era un lugar donde la mutilación del cuerpo era una práctica cotidiana, pues toda la parafernalia y el personal médico trabajaban para quitar, retirar, separar de la parte del cuerpo más vital el órgano o miembro que ahora, desde el diagnóstico médico, era maligno, peligroso, amenazante, nocivo; úteros, mamas, próstatas, piernas o el colon, eran estadísticamente órganos y miembros en su mayoría

mutilados o extirpados, para convertirse después en una carrera de destrucción, pues la amenaza metastásica sugería casi siempre mutilaciones.

Ciertamente esto parece algo insufrible; sin embargo, no sólo eran pérdidas de órganos, miembros, o sólo las vicisitudes del tratamiento que se requiere para el restablecimiento de la salud sino que había algo más, y no sólo en los pacientes, también en el personal técnico: médicos y enfermeras. Una dimensión de la que no se hablaba, que parecía eclipsada y de la que no quería saberse, quedaba excluida del discurso médico e institucional; aunque los pacientes insistían en hablar de ello, eran callados con los diagnósticos, prognosis, tratamientos, etc., y esa dimensión era la simbólica, pues el cuerpo no sólo es una serie de aparatos y sistemas con funcionamiento biológico, sino que también y fundamentalmente, en lo humano, el cuerpo es simbólico (Lacan [1954-1955], 1986).

Una paciente decía en la entrevista:

No entiendo por qué el médico me regaña cuando me deprimó, él dice que no tengo razón, pues la matriz ya no me servía para nada, sólo era un cultivo de enfermedades, que ya tengo tres hijos y que he cumplido con mi función de madre, no tengo por qué estar triste si ya había decidido no tener más hijos; pero él no entiende que ahora me siento vaciada, que ya no me siento mujer, cómo voy a tener intimidad con mi marido, y no sé por qué pero ya no me siento mujer.

El médico por supuesto tenía razón si estaba viendo un organismo natural y reproductor que ya no necesitaba su actividad, que de acuerdo al proceso natural de vida ya se había cumplido, y ese órgano después de haber realizado su función ya no tiene mayor valor. Los órganos están cargados de significaciones más allá de sus funciones naturales y prácticas; se observa cómo la mujer tenía, en la matriz, depositadas significaciones ligadas a su maternidad y a valores religiosos como ser creadora, valores sociales que le daban la autoridad de ser madre, guía en la vida de sus hijos; asimismo, ese órgano que era representado con el significado de matriz, también tenía el sentido de ser mujer, mujer para el hombre, y le da su sentido de ser a él y a ella, siendo el lugar de la satisfacción y placer, donde la sexualidad, que es su encuentro y desencuentro, confirma su ser y el del otro.

Por manifestaciones como éstas, el equipo realizó una serie de entrevistas y observaciones etnográficas para tener un conocimiento más cercano a la organización y la lógica del hospital; pero aún más, era importante saber de la discursividad que se cruzaba entre los residentes del hospital, como médicos y enfermeras, así como de los demás usuarios, pacientes, etc.; porque sin duda, los discursos son los que conforman las estructuras simbólicas e imaginarias, la dirección y el quehacer de una institución (Enriquez; en Kaës y cols., 1989).

De tal manera que es importante dar cuenta de ello a través del análisis discursivo de los médicos de la institución; esto permitía asomarse a la lógica bajo la cual se relacionaban con la enfermedad; para entonces el equipo que llevaba a cabo la intervención institucional en el hospital oncológico estaba preocupado por un manifiesto desencuentro entre el discurso médico más aparente, que justificaba la cirugía de mutilación y sus tratamientos como necesarios para mejorar la "calidad de vida" y los decires de los enfermos y familiares, que tenían desesperanza y angustia por sus formas de vida y relaciones, lo cual llevó a pensar entonces que lo que ahí faltaba era el reconocimiento institucional de esa dimensión simbólica.

“El ingreso de un paciente en el hospital es trágico, las cosas ya no pueden volver a ser como antes” –decía la esposa de un paciente que había sido colostomizado. La vida del paciente y también la de algunos miembros de la familia giraba alrededor de las indicaciones y determinaciones, no sólo de los médicos, sino también del sistema administrativo del hospital. Los estudios y tratamientos consumían gran porcentaje de la vida de estos sujetos que anteriormente se distribuía en lo laboral, lo familiar y el entretenimiento.

Los pacientes del hospital y sus familiares viven situaciones muy adversas, sin tener la posibilidad de simbolizar la catástrofe del cáncer que también se extiende a la familia y, en muchos casos, esta última también se incluye en la angustiada carrera que intenta ganarle a ese terrible fantasma² perseguidor de muerte. El discurso médico intenta reblandecer lo ominoso de esta frenética destrucción y con mucha frecuencia se utiliza la frase: “darles calidad de vida”, para apaciguar la angustia de pacientes y familiares ante las prácticas oncológicas. Al respecto, la esposa de Un enfermo colostomizado mencionó: “el cirujano oncólogo decía que había que darle ‘calidad de vida’, me di cuenta que hay más sufrimiento y que fue mucho más difícil para todos, principalmente para él... tuve que aprender a cuidarlo y asearlo, pero en ese aprendizaje fueron cosas muy desagradables que vivimos... Y lo que se me dijo que era calidad de vida, yo sentía que no era así... a mí me parece que sólo era alargarle la vida, pero ¿en qué condiciones?... no le alargan la vida, le alargan el sufrimiento”. El entrevistador interroga nuevamente: ¿y para usted señora?

“No, no era calidad de vida tampoco... fue un proceso muy largo... y aunque sabía que iba a culminar en la muerte, de todas maneras la lucha se vuelve muy desesperante contra eso que no sabemos qué es, decimos que es el cáncer pero hay algo más”.

Los familiares de los pacientes reconocen que la enfermedad no se encuentra estrictamente en el cuerpo del paciente, sino que se extiende de manera irremediable a la vida general del sujeto, es como un fantasma que los envuelve a todos, como una significación amenazando de modo permanente con muerte y destrucción, se tendría entonces que preguntar si sólo a los enfermos y familiares de éstos, o también los médicos son tocados por el fantasma.

EL DISCURSO MÉDICO

El problema del cuerpo, cuando habla por otro discurso que eclipsa y obtura el lenguaje del sujeto, está donde el discurso científico se superpone, porque ahí lo que hay son órganos sistemas, fisiología y anatomías. “Discurso científico construido por entero como una defensa del médico para evitarle tropezar con el dolor, encontrando sólo una lesión, para evitarle hallar el deseo, al percibir únicamente un ascenso de hormonas o una contracción muscular, para evitarle encontrar su muerte al fijar su causa: el edema, el cáncer, el virus” (Le Du, 1992, p. 40).

Así, los términos médicos son todo un sistema que sirve para no tocar el dolor de lo humano, lo subjetivo, es sólo del dolor físico, el orgánico, del cual sí acusa de recibido.

² El fantasma es un concepto que acuña Lacan, derivado de las propuestas de Freud como fantasía, y que éste último reconoce como: “el reino intermedio comprendido entre la vida según el principio de placer y la vida según el principio de realidad”, pero que a partir de la enseñanza de Lacan en el Seminario VI **El deseo y su interpretación** y el Seminario XIV **La lógica del Fantasma**, el concepto se precisa y permite la comprensión de su infiltración en la vida psíquica, y particularmente, en la psicopatía del sujeto.

Pero, ¿por qué esta área de lo subjetivo queda tan excluida del discurso médico?, si ellos también son sujetos de historias significantes, pero entretajidos entre la lógica institucional, pareciera que logran poner a distancia los gritos de dolor subjetivo de familiares y pacientes, para no ser tocados por esto. ¿De verdad se logra o también en el interior de las instituciones hay un sufrimiento del que no se habla?

En una entrevista la Dra. T, comenta:

Sí, los pacientes necesitan ser escuchados, pero nosotros no tenemos tiempo... me tengo que concretar a mi papel aquí en la institución, estoy obligada a recibir cierta cantidad "x" de pacientes que a duras penas puedo darles 15 minutos a cada quien... y como no tenemos tiempo, y yo no les voy a dar mi teléfono porque invaden mi privacidad, necesitamos descansar... Esto del médico es una de las partes más descuidadas, nosotros también requerimos un apoyo y cómo canalizarlo.

En la entrevista el Dr. R responde:

Lo que yo podría decirles es lo que ya les dije y se encuentra en el expediente, he dado las indicaciones del tratamiento y la prognosis de vida... Nosotros por mucho que queramos dar atención, a nosotros nos exigen números, esto no es posible.

Por su parte, el Dr. B dice:

...El hospital es como un campo de batalla donde siempre estamos en la trinchera, no tenemos tiempo ni siquiera de fumar un cigarrillo, mucho menos se tiene un espacio para hablar de nuestros problemas, de nuestras angustias. Imagínese que nos interesáramos por los problemas de los pacientes, su familia, su estado actual, porque las mutilaciones también llegan hasta su familia, y si nos involucramos, nos quebraríamos... No perciben las instituciones las necesidades que tienen los médicos, somos los médicos, sujetos desconocidos para la institución, obreros de la carne.

Sin duda el que el médico no aperture, que no abra el campo simbólico, el de la subjetividad de los pacientes, es un mecanismo de defensa contra la angustia que genera el estar tan cerca de eso, lo ominoso y siniestro del quehacer oncológico. Por eso el Dr. B dice "si nos involucramos, nos quebraríamos", sienten una gran amenaza de ser invadidos, posiblemente de identificarse con la problemática que no sólo tiene que ver con el cuerpo sino con la extensión a la familia. Es como un fantasma que persigue, que genera el temor de que los toque más allá de lo emocionalmente familiar. Pero amén de los fantasmas perseguidores que viven los médicos, las condiciones administrativas imposibilitan los espacios para abrir también la Dimensión subjetiva de éstos, ya que puede observarse que no se desconoce totalmente esta situación, sino que médicos e institución crean las condiciones para escudarse. Entonces, la burocracia institucional también sirve para salvaguardarse de cualquier relación subjetiva.

Más allá del reconocimiento de lo que pasa con los pacientes y sus relaciones familiares, también en una esfera que generalmente ellos no abren, a través de la entrevista llegaron a manifestar lo que les sucede en el ámbito subjetivo de su quehacer práctico y organizado por la estructura institucional, eso que no se dice ni ahí, ni entre ellos: la angustia de su quehacer, pero sin tener posibilidades de tratarlo, pues la institución, dicen: no lo contempla en su trabajo.

Así, al parecer los establecimientos hospitalarios desconocen también la subjetividad de sus instituyentes.³ Se observa como concluye el Dr. B: “somos los médicos, sujetos desconocidos para la institución, obreros de la carne”.

■ El discurso de médico a paciente

La Dra. A, médico oncólogo y cirujana del mismo hospital, había sufrido ya una mastectomía; comenta en la entrevista realizada:

Quando desperté después de la operación sentí mucho dolor, y el médico que me había operado, que había sido mi compañero de trabajo, me dijo: “para qué te quejas tanto, no te quejes tanto”. Sin embargo, de todas maneras me inyectó para eliminar el dolor.

Habría que preguntarse por qué este médico pone distancia ante el dolor de alguien tan cercano (su colega). Es posible que tenga que ver con sentirse demasiado identificado.

... cuando estuve internada la segunda vez por tener las defensas bajas y se me acercaba un oncólogo, se me salían las lágrimas; pero el médico me decía “deja de llorar, nunca te había visto llorar”.

El oncólogo no podía aceptar que alguien de su cofradía se quebrara de esa manera y menos manifestar el temor que se genera por la significación de cáncer-muerte. ¿A caso se defiende de la proximidad amenazante del cáncer? Siendo una colega, podría ser un poco algo de él mismo.

Sin embargo, un mes anterior al diagnóstico de cáncer que ella recibió, reclamaba el llanto de los familiares al recibir el diagnóstico de cáncer en alguno de sus miembros, pues decía que a lo que se deberían dedicar era a resolver los problemas prácticos que implicaba la inminente muerte del paciente. A partir de esto, el entrevistador le pregunta si esa frialdad y manera de hablar del dolor y la muerte era una práctica generalizada de los médicos relacionados con terribles enfermedades, a lo que ella responde:

La vida y muerte son procesos naturales, después de la vida sigue la muerte, no es lo mismo maltratar que protegerse, hay que procurar que el dolor de otra persona no te duela como al paciente... Si tú estás inmiscuido con tus sentimientos es más difícil tomar decisiones, pues estás metido en el problema, además te lo llevas a tu casa y afectas a la familia... No te puedes quedar con el dolor de tu paciente.

Es evidente que no sólo las estructuras institucionales son mecanismos que ponen distancia con esta esfera subjetiva del sufrimiento (el dolor, la confrontación de la desubjetivación de la persona) sino que hay una serie de mecanismos de defensa de los propios médicos para poner distancia a lo que está más allá que no sea el órgano. Entonces, se defienden de que el dolor subjetivo pueda entretenerse con sus vidas de afecto, de tal manera que lo que ponen a distancia es la identificación que pudiera generarse con los sujetos que sufren. Esto da la impresión de que estos pacientes no son exactamente, congéneres,

³ Lo instituido acepta lo instituyente cuando puede integrarlo, es decir, tornar lo equivalente a las formas ya existentes (Lourau, 1977, p. 15). En este caso se subraya que la subjetividad de los miembros de una institución “instituyentes”, que son tanto el personal técnico como los usuarios, no es reconocida en lo instituido, pues las reglas, normas y política institucional no lo incluye. (Véase Flores, 1999, p. 66; y Lourau, 1988.)

pues es necesario eclipsar un área que ni la institución ni los médicos están dispuestos a abordar en su dimensión coadyuvante con la enfermedad, pues como se vio, no es que no reconozcan su existencia, sino que como médicos, no quieren saber. Ella dice:

En muchas ocasiones, la vida emocional es participativa en el agravamiento de la enfermedad, pues sí sabemos que muchas veces la metástasis se puede desencadenar por situaciones de angustia aunque no en ese momento ni inmediatamente... pero para eso están los psicólogos y psiquiatras, pero éstos no están preparados para los pacientes oncológicos, pues aunque vayan a verlos, las emociones de todas maneras se pasan al cuerpo en una manifestación de cáncer.

Es por eso que se dice que el médico sabe, pero que no quiere saber de esa área simbólica que es participante con la enfermedad. Parece decir, eso no me toca a mí, le debe tocar a otro; sin embargo, ella misma plantea la dificultad que existe de que otro se pueda hacer cargo. Hizo referencia a un caso donde envió al paciente con un psiquiatra, tras considerar que su situación emocional era terrible. El psiquiatra llama a la Dr. A, y le pregunta: “¿y qué quieres que yo haga con él?”, ella se ríe y dice:

¿Cómo me pregunta que qué quiero yo que haga?, entonces no pueden resolverlo, y entonces ellos vuelven a mí como enfermos orgánicos...Ellos siempre les preguntan sobre la muerte, que dan por hecho que el cáncer tiene como desenlace, y en ese sentido, no sale de ese círculo, pues él siente que ya se va a morir.

Se puede notar como ella queda excluida del círculo, ya que en éste, de lo que se habla es de una sentencia ineludible a cumplir, pero el regreso con ella tiene que ver sólo con lo orgánico: biopsias, quimio y radioterapias. “Rodeado por esa admirable red de códigos múltiples y complementarios, el cuerpo no tiene nada más que expresar, y ya se sabe lo que ocurre con el discurso del paciente en los hospitales. El discurso que se pronuncia sobre él sumerge su propio discurso, se dice lo que se dice para no decir lo que no se dice” (Le Du, 1992, p. 40). Sin duda, ese eclipsamiento va a neutralizar necesariamente un cuerpo simbólico del que no se quiere decir.

MÉDICO MIRANDO A LA SUBJETIVIDAD

Es importante revisar el problema de la subjetividad, y presentar una entrevista realizada con el Dr. F, quien fuera director de un Hospital General del ISSSTE. El propósito que se tenía al entrevistar al doctor, era poner por escrito sus ideas acerca de lo que ocurría en el servicio médico y que él había estado viviendo durante varios años.

Entrevistador: ¿Me podría platicar el evento, la anécdota que tuvo con Don Felipe?

Dr. F: Sí, cursaba el segundo año de la especialidad, se había internado un paciente y tenía sondas por todos lados, suero de un lado y sangre del otro. En alguna ocasión que pasé visita, un domingo, en la mañana le pregunté: Don Felipe ¿cómo está?, y lo que me impactó fue su respuesta: “pues aquí soportando lo que sus compañeros me hacen: me han quitado el cigarro, que es algo importante en mi vida, y ya no puedo comer lo que me gusta, me quitan la vida para alargarme la existencia”. Fue algo que me causó emoción, por lo que lo traigo muy grabado.

Entrevistador: Veo que es algo elocuente en la relación médico-paciente y precisamente es importante el punto de vista que tiene con respecto a esta desubjetivación,

dirían los psicoanalistas, de estos pacientes que son intervenidos y vistos como órganos, ¿cómo ve a este sujeto al que se le salva un órgano aunque las otras áreas, la vida psíquica, social, familiar, sexual parece que quedan verdaderamente destruidas?

Dr. F: Bueno, como médico igual aprendí en esa premisa, primero a conservar la función y al último cuidar la estética. Cuando lo oía decía, sí, es cierto, debo salvarle la vida, como quede el cuerpo o lo que le falte, sin pensar si es esa la vida que quiere el paciente. He oído a través del tiempo que a veces es mejor salvar la salud física con un medicamento, y pues la salud mental no está dentro de las prioridades.

Entrevistador: Las propias estructuras institucionales tienden a poner barreras para impedir un acercamiento al sujeto y una obligación a concebir así al cuerpo, ¿no es entonces la propia institución la que lleva a los médicos a convertirse en esto?

Dr. F: Es la institución, es el programa. Se ha confundido desde mi punto de vista, en la institución, el hecho de que hacer más, es hacer mejor las cosas. Creo que el hacer más es algo así como un riesgo.

Entrevistador: Tratar al sujeto en especialidades como se propone en la medicina, es tratarlo como piezas de un automóvil. Eso se contrapone con el ejemplo que puso anteriormente de la salud de los indígenas (antes el doctor había dicho que la medicina indígena está incorporada en su contexto geográfico a la relación laboral y familiar, porque la enfermedad y la salud se incluye en una mirada cosmogónica).

Dr. F: Sí, de hecho fue esencial a veces el entendimiento de ese tipo de salud biológica. En ocasiones hay posibilidad de que el médico se integre a la familia, en donde él es parte de la comunidad, haciendo posible que no sólo vea el problema del dolor de estómago sino lo que come, la relación que hay entre ellos, las condiciones. Actualmente los médicos fragmentan más la relación con el cuerpo, es decir, se especializan en el dedo chiquito del pie, donde la especialización parece como máscara, pero habla de que el cuerpo cada vez es más fragmentado y no reconocen al sujeto como un todo.

Entrevistador: Había comentado anteriormente, que se opuso al trámite hospitalario de considerar a los pacientes como un número, y que la relación que tenía con los enfermos era por su nombre, lo que demuestra una oposición a la desubjetivación.

Dr. F: Sí, considero que la especialización ha venido, por una parte, a convertir al médico aparentemente en poseedor de un saber, y ese saber que le da poder, que le pone en una posición distinta al individuo que está atendiendo, ha venido a fragmentar esa atención. Y esto creo que tiene su origen en la forma de cómo nos enseñan la medicina, en la manera de dividir el conocimiento del cuerpo en materias y no vincularlas.

Entrevistador: ¿Qué relación encuentra a esto con el diagnóstico? Porque parece que este especialista diagnostica algo, separa algo del cuerpo y efectivamente hace que el sujeto asuma una especificidad de su dolencia.

Dr. F: Sí, claro, porque parecería más socialmente aceptado que me digan: sabe que, es que tiene lesionada la arteria derecha del lado izquierdo del cerebro. Porque es más especializado, más profundo, es algo que tiene que ver con algo que no soy yo.

Entrevistador: Por eso quizá se engancha el diagnóstico, como no soy el que decide, no tengo que ver con la responsabilidad de mi vida, con mis afectos, mis emociones, con eso de ser yo, es algo ajeno a mí, es más fácil entonces reconocerse como paciente.

Dr. F: Así es, sin entrarle a mí mismo. No nos damos cuenta de cómo la palabra del médico puede desvirtuar hacia la salud o hacia la enfermedad del individuo, con esa posición en que nos hemos y nos han colocado, y ¡nos la hemos creído que sabemos!, que somos poderosos, que tenemos el conocimiento, pues no vemos hacia

dónde va en un momento determinado esa misma flexibilidad de cómo decimos las cosas qué decimos, en qué momento las decimos, a quién se las decimos. Yo veo que los médicos, hemos tenido una mala visión de ese poder, para nosotros no importa mucho decir: “tiene cáncer ¡total!”

Entrevistador: ¿Pero qué significa para cada quién ese cáncer? En lo personal incluso llegaba a suponer, a partir de leer y también la experiencia con los pacientes oncológicos, que a veces el propio diagnóstico “cáncer” hace que el sujeto se invada más de él. Entonces, la pregunta que tendríamos que hacer es ¿qué le significa el cáncer a esa persona en particular?

Dr. F: Sí, es cierto. Creo que a veces a partir del diagnóstico es cuando se establece la verdadera enfermedad. Antes a lo mejor existía algo, pero el sujeto no se sentía enfermo. Creo que tenemos que volver hacia el individuo que siente, que goza, que disfruta, que tiene miedo, que tiene deseos.

Entrevistador: Una cosa de la que se defienden mucho los médicos es involucrarse con el otro, con el sujeto; involucrarse en esa vida emocional, en la posibilidad de entender lo que ocurre con el sujeto. ¿Cómo hacerlo si las condiciones institucionales parece que son las que limitan o evitan?

Dr. F: Es una realidad ésta limitante de poder decidir qué tengo que hacer con “x” paciente, pues se tiene que atender “x” número de ellos. Pienso que hemos descuidado a los pacientes con esta institucionalidad, al decir “no tengo tiempo para poderlo hacer”. Por otra parte, pienso que también el involucramiento “forzado” o no de los propios pacientes en su entorno “emocional”, ayudará u obligará a que las instituciones -y en ello incluyo a los que trabajamos en ellas- se enfoquen también en ese entorno emocional; tal vez así como se considera indispensable realizar una biopsia, se haga indispensable la intervención, como dicen algunos, del profesionalista psi.

Es evidente que los comentarios del Dr. F, así como el análisis de las entrevistas con los oncólogos, abren un panorama bastante optimista para pensar que es posible incluir la dimensión del cuerpo simbólico en los conocimientos de los médicos, y en el reconocimiento de sus propias defensas que evitan la implicación subjetiva. Se cree en primera instancia, en el cuerpo del personal médico para introducir esta dimensión, porque como decía el Dr. F, desde ese lugar de poder-saber generalmente se influye sobre lo que pasa y pasará en el enfermo, pero, si además de lo orgánico, eso que pasa y pasará puede ser visto por el médico desde la subjetividad, el espacio vacío que es ocupado por el fantasma, tal parece que puede ser simbolizado para dar un alivio a ese dolor que no solamente es físico. La pregunta seguirá siendo ¿por qué esta área de lo subjetivo queda tan excluida del discurso médico?, si ellos también son sujetos de historias significantes y que entretajidos en la lógica institucional pareciera que logran poner a distancia los gritos de dolor subjetivo de familiares y pacientes para no ser tocados por esto; sin embargo, por las evidencias de lo expuesto anteriormente, se piensa que esto no se logra de verdad. Entonces en las entrañas institucionales también hay un sufrimiento del que no se habla.

Por ello, se considera que las concepciones freudianas y lacanianas hacen posible dar un significado al síntoma que va más allá de lo orgánico, síntoma que podía simbolizar una problemática no sólo biológica sino psíquica. Es así que “la revolución psicoanalítica permitirá establecer los principios económicos, psicodinámicos y genéticos que gobiernan y organizan la unidad psicogenética del individuo (Eddy, 1998, p. 6)”.

En este sentido, muy a pesar del ideal y del objetivo científico, el humano no cede ante su discurso, más aún, médicos y profesionales de la salud caen en la cuenta de que el

humano no puede ser tratado como una máquina, que existen procesos psicológicos que entorpecen su labor y que es necesario reconocer y ver al hombre más allá de lo biológico. Así, para poder comprender la enfermedad, se requiere pensarla como efecto de causas multideterminantes que incluyen la historia de vida, el significado que el sujeto tiene del órgano, los conflictos psíquicos y la influencia de una palabra de saber que obtura el propio deseo.

El análisis de los discursos que se pueden capturar a través de las entrevistas y observaciones, ha llevado a proponer un lugar de reflexión para tres esferas: pacientes, familia y médicos; la apertura de espacios de reflexión en el orden de lo simbólico responde a la demanda silenciosa de un sufrimiento que no es silencioso sino bastante ruidoso, y que por falta de un dispositivo auditivo, se abre un espacio vacío entre el paciente, la familia y el médico con el discurso hospitalario (Lacan [1969-1970], 1996).

La simbolización entonces, permitiría detener la carrera de la significación de cáncer y muerte que se instala en el cuerpo, así como de las relaciones peligrosas con la enfermedad, porque hablar de las angustias, amenazas y frustración hospitalaria, permite dismantelar la fuerza exacerbada del fantasma insidioso que lleva precisamente al cumplimiento del diagnóstico, que no sólo es un diagnóstico hospitalario, sino también social (estigmatizaciones populares con respecto al cáncer); ahora el reto es abrir las estructuras administrativas que permitan un lugar para reflexionar —fundamentalmente en el caso de los médicos, como se dijo antes— sobre sus angustias como sujetos, provocadas por estar tan ligados con la destrucción y la muerte.

Por último, la propuesta radica en la creación de talleres con un enfoque psicoanalítico, dirigidos hacia los médicos con el fin de ofrecer una mirada diferente de la salud y la enfermedad a través de la “descientificación” del cuerpo humano.

BIBLIOGRAFÍA

- Braunstein, N. A. (1980). *Psiquiatría, Teoría del sujeto, psicoanálisis* (hacia Lacan). México: Siglo XXI.
- Eddy, L. (1998). *La Influencia del narcisismo en la enfermedad somática*. Tesis para obtener el grado de licenciatura. México: UNAM.
- Enríquez, E. (1989). El trabajo de la muerte en las instituciones. En: Kaës, R. y cols., *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, L., Pintel, M. (1996). El sujeto de la salud mental. México: UAM.
- Flores, A. (1999). El sujeto frente a la institución. En: Jacobo y Villa, *Sujeto, educación especial e integración*. México: UNAM.
- Gerber, D. (1999). El sujeto y el fantasma. En: Jacobo, Flores e Yrizar, *El sujeto y su Odisea*. México: UNAM.
- Lacan, J. ([004]. *Seminario I: Los escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. (1986). *Seminario II: El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica (1954-1955)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1996). *Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis (1969-1970)*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Du, J. (1992). *El cuerpo hablado*. Buenos Aires: Paidós.
- Lourau, R. (1988). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lourau, R. (1977). *Análisis institucional y socioanálisis*. México: Nueva Imagen.
- Nasio, J. (2007). *El placer de leer a Lacan: El fantasma*. Barcelona: Gedisa.

Capítulo 5

Supervisión de la contratransferencia en la orientación psicológica a enfermos crónico-terminales hospitalizados

*Patricia García-Fernández**

INTRODUCCIÓN

Aunque los pacientes hospitalizados cursan con dificultades psicológicas derivadas o no de su enfermedad, la participación del psicólogo en hospitales aún es limitada. Como estas dificultades limitan su recuperación física, la intervención psicológica es indispensable (APA, 1998). La Universidad Iberoamericana y el Hospital General Regional No. 1 del IMSS atienden esta necesidad a través de un proyecto donde alumnos de la Maestría en Orientación Psicológica brindan apoyo emocional a enfermos crónico-terminales hospitalizados.

Este capítulo analiza el contenido de las sesiones de supervisión para revisar el manejo teórico-práctico de la contratransferencia que surge en los psicólogos cuando los temas en la orientación son enfermedad, dolor, discapacidad y muerte. El objetivo es describir los sentimientos de los enfermos y la contratransferencia de los orientadores en formación y de su supervisora.

* Psicoterapeuta, Doctora en psicología, Profesora AA, Tutora y Supervisora de prácticas profesionales en la Maestría de Orientación Psicológica, Universidad Iberoamericana Ciudad de México. correo: patgarfer@gmail.com

SUPERVISIÓN Y CONTRATRANSFERENCIA

La orientación psicológica es un proceso de ayuda profesional en donde el orientador y el cliente trabajan en la resolución de problemas para reducir la tensión y tomar consciencia de los mecanismos que le impiden crecer como persona. Es una psicoterapia de insight reeducativo que no busca reestructurar la personalidad (López, 1998).

La supervisión es un espacio de análisis crítico del ejercicio psicoterapéutico tanto para la formación de terapeutas, como para la solución de dificultades técnicas de terapeutas experimentados. Proporciona estrategias de aprendizaje para que el supervisado mejore su efectividad con los clientes. Como proceso triádico, el supervisor atiende tanto al supervisado como a su paciente en dos contextos, incluyendo la personalidad y afectos de los tres protagonistas (figura 5-1) (López, 1998).

La supervisión provoca ansiedad y resistencia. Es común percibir al supervisor como un juez que critica el trabajo del supervisado (Hewison, 2001), y también es percibirlo como un ser omnipotente que siempre realiza intervenciones certeras. Para evitar que el supervisado busque una identidad profesional inalcanzable y persecutoria, deben corregirse dichas percepciones explicando sus hipótesis y aclarando que intervenir es más sencillo cuando no se está frente al paciente. Además, el supervisor debe reconocer sus errores y dudas en el manejo del caso para que el supervisado también lo aprenda (Marcano, 1998).

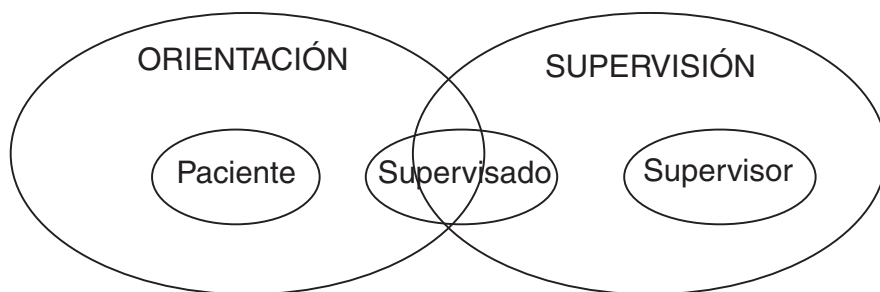


Figura 5-1. Proceso triádico en la supervisión.

Freud (1940) define la contratransferencia como las respuestas del terapeuta hacia su paciente basadas en su inconsciente, ansiedades y conflictos. Tomar consciencia de ella permite comprender el mundo interno del paciente y de las emociones que provoca en otros (Brems, 2000; Agass, 2002). Pero si no se reconoce, las reacciones hacia el paciente resultan amenazantes y se intelectualizan o impiden mantener una distancia emocional óptima para reconocer el conflicto. Si sucede, es importante señalarlo para que el supervisado las revise en su psicoterapia (Marcano, 2007).

Supervisar la contratransferencia provoca controversias entre especialistas. Algunos lo consideran un asunto a trabajar en la terapia personal y no en la supervisión (Marcano, 2007); otros (Southern, 2007; Agass, 2002; Slonim, 2000; Sumerel, 1994; Lakovics, 1983) opinan que la supervisión es el espacio ideal para enseñarla y ocuparla en beneficio del paciente.

Además hay que enseñar a registrar la contraidentificación proyectiva (Grinberg, 1981) pues cuando no hace consciente la identificación proyectiva del paciente, el terapeuta actúa pasivamente el rol y las emociones que el paciente pide y deja de funcionar temporalmente. Durante la supervisión, cambia de ser quien relata lo acontecido, a ser quien actúa la identificación con su paciente. El supervisor debe señalarlo para recuperar su rol y distinguir si lo puede resolver en supervisión o si requiere atenderlo en su terapia (Marcano, 2007).

También hay que reconocer la contrarresistencia (Racker, 1986), es decir la evasión de ciertos temas, el bloqueo o silencio del terapeuta al aliarse a las resistencias del paciente por temor a herirlo. Dichas resistencias corresponden a las del paciente o bien se originan en conflictos no resueltos del terapeuta.

Sumerel (1994) describe una situación que llama "proceso paralelo". Cuando éste se origina en la transferencia, el supervisado recrea problemas y afectos de la relación terapéutica con su paciente dentro de la supervisión; cuando se origina en la contratransferencia, el supervisor responde al supervisado de la misma forma en que el supervisado responde a su paciente. Es decir, en la relación supervisor-supervisado se repite el mismo patrón que en la relación supervisado-paciente. Hacerlo de manera consciente mejora el manejo terapéutico.

Durante la supervisión la transmisión de valores es inevitable; supervisor, supervisado y paciente revelan actitudes y valores que es necesario hacer consciente y conducirse con ética (López, 1998).

ORIENTACIÓN A ENFERMOS CRÓNICO-TERMINALES

Por ser la hospitalización una experiencia estresante, los pacientes son propensos al riesgo emocional y llegan a presentar sentimientos de impotencia e incapacidad para manejar la situación. Algunos pueden tener percepciones distorsionadas o amnesia (Slaikeu, 1988).

Quien sufre una enfermedad crónico-degenerativa-terminal confronta con una amenaza a su cuerpo, pérdida de funciones, dolor crónico, y la muerte. Surgen conflictos psicológicos, sentimientos de desamparo, depresión, ansiedad, miedo, agitación, dependencia, vulnerabilidad e inseguridad (Slaikeu, 1988; Sanz, 1992; APA, 1998), que desafían su

habilidad para adaptarse y provocan una crisis caracterizada por desorganización y bloqueo en sus estrategias previas de afrontamiento. La resolución de dicho estado depende de sus recursos personales y sociales, su percepción cognitiva de la crisis y de la gravedad del evento (Slaikau, 1988).

“En la sala de un hospital la técnica psicoanalítica es impracticable” (Goldberg, 2007)¹; se requieren modificaciones a la técnica así como herramientas de terapia sistémica, terapia breve, intervención en crisis y counseling (Rolland, 2000; Manis y Bodenhorn, 2006; Sanz-Ortiz, 1992; Slaikau, 1988; Bellak, 1986). El objetivo es desarrollar estrategias de afrontamiento, dar pronto apoyo, reducir la mortalidad (en caso de ideación suicida, de falta de atención externa o autocuidado) y reforzar sus propios recursos (Slaikau, 1988).

Como la primera sesión es con frecuencia la única oportunidad de dar apoyo emocional a un paciente, pues médicamente se busca estabilizarlo para darlo de alta del hospital (Slaikau, 1988; Bellak y Siegel, 1986), el terapeuta debe promover la expresión afectiva, la integración cognitiva del suceso y enfrentar uno a uno los problemas para hacerlos manejables y para retomar el control a pesar de la fatiga, el dolor y la desorganización (Caplan en Slaikau, 1988). También debe explorar el significado subjetivo de la enfermedad para trabajar los cambios en su autoimagen (Bellak y Siegel, 1986) y debe evaluar sus recursos materiales, personales y sociales para manejar la crisis (Slaikau, 1988).

La enfermedad crónico-terminal genera ansiedad, negación, cólera, tristeza, culpa, agotamiento, desesperanza y duelo a los familiares del paciente (Rolland, 2000; Slaikau, 1988) por lo que el apoyo emocional debe extenderse también a ellos (Goldberg, 2007) intentando que vivan entre incertidumbre, que desarrollen estrategias de afrontamiento, que elaboren el duelo por la salud perdida, y que distingan la angustia frente a la discapacidad, el sufrimiento y la muerte (Rolland, 2000).

Es necesario normalizar los pensamientos, sentimientos y conductas del paciente o la familia, así como brindar información sobre el diagnóstico, el curso de la enfermedad, los tratamientos y el desenlace. En ocasiones funciona compartir con el paciente cierta información personal del terapeuta siempre y cuando se esté seguro que será en beneficio del paciente, se tenga claro qué objetivo se persigue y qué efecto provocará. Al respecto Rolland, quien perdió a su esposa debido al cáncer, reporta la utilidad de haberlo compartido: “Descubrí que valoraban el hecho de yo ‘hubiera pasado por ello’ y que probablemente pudiera empatizar más directamente con su situación... Yo era consciente de que mantenía el control sobre lo que decidía revelar” (Rolland, 2000, p. 362).²

En la fase terminal, se debe maximizar la calidad del cuidado para brindar alivio en lugar de prolongar la vida. La compañía debe ser cálida, empática y no invasiva, reduciendo el miedo a la muerte, sufrimiento y dependencia y ayudando a cerrar asuntos pendientes, a compartir lo mejor posible el tiempo que quede y a equilibrar el dilema entre mantener la esperanza y dejar de luchar para dar paso a la muerte (Rolland, 2000).

¹ Goldberg, J. (2007). Trabajo y Psicoanálisis. Reportaje a Jorge Goldberg por Sebastián Plut. Espacios Temáticos. <http://psiconet.com/foros/trabajo/goldberg.htm>

² Rolland, J. (2000). Familias, Enfermedad y Discapacidad. Barcelona: Gedisa. pp.362.

Al morir el paciente, el terapeuta ayuda a la familia a aceptar el dolor, a analizar la relación con el fallecido y a expresar la pena y culpa (Slaikeu, 1988).

La experiencia regresiva de la enfermedad -sentirse confundido y necesitado de apoyo y contención- incrementa las demandas de transferencia que provocan respuestas contratransferenciales diversas: una identificación con la fragilidad infantil del paciente que evoca fantasías omnipotentes de rescate; un estado de pasividad, bloqueo o parálisis; una reactivación de conflictos no resueltos del terapeuta similares a los del paciente; una reacción hostil como defensa ante dichas demandas (Slonim, 2000).

Al trabajar con enfermos terminales el terapeuta se confronta con su propia muerte y descubre paralelos entre lo que le sucede a él y a sus pacientes (Manis y Bodenhorn, 2006). El trabajo de sostén, duelo y despedida “tiene un componente tóxico muy alto... y un efecto muy conmocionante.” (Goldberg, 2007, p. 1).³

Los efectos tóxicos varían desde sentirse aturdido, dejar de escuchar y comprender, hasta sentir un agotamiento físico o experimentar odio hacia el paciente, su familia y la vida misma. Ello revela el contacto con sentimientos íntimos o duelos inconclusos. Ocasionalmente, las proyecciones del paciente desbordan más que la subjetividad del terapeuta (Goldberg, 2007).

Con frecuencia las demandas emocionales del trabajo con enfermos crónico-terminales interfieren con la vida personal y familiar del terapeuta, al tener presente la propia fragilidad y muerte. Negar la idea de “a mí también me puede pasar” causa insensibilidad o un involucramiento excesivo que dañan (Rolland, 2000).

Familiares y amigos del terapeuta tienden a evitar las conversaciones con relación a su trabajo, de modo que termina guardando la información para sí sin posibilidad de realizar catarsis. A menudo la culpa lo invade al sentir que atiende a otros y descuida a sus seres queridos cuando enferman (Rolland, 2000).

Para evitar el daño, se sugiere evaluar las propias fortalezas y debilidades para este tipo de trabajo, definir su significado personal sobre la vida, la enfermedad, el dolor y la muerte. Además debe analizar su historia personal y familiar relacionada con dichos temas y reconocer qué tanta ansiedad le despiertan pues se necesita un nivel bajo para lograr mayor empatía y menor trauma laboral (Manis y Bodenhorn, 2006; Rolland, 2000).

Para evitar un “Burnout” (Benavides *et al.*, 2002) se recomienda que relate a otros colegas sus sensaciones para identificar si se trata de una contraidentificación proyectiva y poder deslindarse de ella; que transcriba la sesión para discriminar los propios afectos de las proyecciones del paciente (contraidentificación proyectiva); que sin autocompasión contacte su dolor íntimo para contactar el de sus pacientes; que cuente con supervisión y psicoterapia para sostenerse emocionalmente (Goldberg, 2007; Rolland, 2000).

Hay un límite para todos acerca de la cantidad de dolor que se puede tolerar (Agass, 2002); cuando éste no se reconoce el riesgo de desgaste es mayor por lo que se sugiere realizar este tipo de trabajo sólo durante un tiempo limitado que cada terapeuta debe definir personalmente y que debe detectar antes de exponer su salud mental (Goldberg, 2007).

³ Goldberg, J. (2007). *Op. cit.*

Si lo anterior se maneja satisfactoriamente, el trabajo con enfermos crónico-terminales resulta una oportunidad para valorar intensamente la salud y vida (Manis y Bodenhorn, 2006; Rolland, 2000).

■ Metodología

Los datos se recolectaron semanalmente de las supervisiones en las aulas universitarias por la supervisora, autora de este capítulo.

La muestra estuvo formada por 8 alumnos de la Maestría en Orientación Psicológica que realizaron prácticas profesionales en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS y que aceptaron participar voluntariamente en este estudio cualitativo. Sus edades oscilan los 25 a 30 años de edad; 2 son varones y 6 mujeres.

Los orientadores en formación acudieron al hospital de enero a mayo y de agosto a diciembre de 2007, cubriendo 8 horas semanales distribuidas 1 o 2 veces por semana según su disponibilidad. Atendieron a 369 pacientes hospitalizados en urgencias, medicina interna y nefrología con edades entre los 17 y 97 años; 50% eran varones y 50% mujeres. Con excepción de algunos cuyo diagnóstico aún estaba en estudio, la mayoría tenía una enfermedad crónica degenerativa, a veces en fase terminal.

Al inicio los médicos solicitaban interconsulta psicológica para los pacientes que a su juicio lo requerían; posteriormente los psicólogos abordaron también a quienes estaban despiertos y dispuestos y a quienes lo solicitaron.

El tiempo de la orientación fue variable, pero no menor a 30 minutos; se atendían entre 4 y 15 pacientes por visita. La intervención se realizaba directamente en sus camas. En medicina interna y nefrología cada cuarto cuenta con 6 camas, mientras que en urgencias hay hasta 4 pacientes por cortina, dificultando dialogar con discreción. En muchas ocasiones se brindó apoyo a los familiares, en presencia del enfermo, o en los pasillos del hospital.

■ Análisis cualitativo

Sentimientos de los pacientes

La mayoría de los pacientes manifestaron ansiedad y depresión, así como falta de energía física, coincidiendo con lo demostrado por otros estudios sobre la relación entre el estado emocional y el estado físico en periodos de enfermedad y hospitalización (Rolland, 2000; APA, 1998; Sanz, 1992; Sliakou, 1988).

A muchos les preocupaba ser una carga para su familia y que el dolor o su estado se agravara. Cerca de la mitad de los pacientes aceptaba con resignación su enfermedad diciendo “pues qué se le va a hacer”; otros la veían como un castigo divino: “ya Dios me castigó”; “algo malo he de haber hecho”; “por haber sido mujeriego”. Otros se culpaban: “tuve muchos excesos”; “ya sabía lo de mi diabetes y no me cuidé”.

Pacientes con mal apego al tratamiento negaban su enfermedad (“no sé por qué me tienen aquí”; “yo sólo tengo un poco alta el azúcar”), o carecían de información sobre su

padecimiento, pero mejoraban su adherencia terapéutica al comprender el porqué de los procedimientos médicos.

Otros enfermos manifestaron enojo y frustración: “ya estoy cansada, son puros estudios y ni saben qué tengo”; “no es justo, mi vecino le pega a su mujer, en cambio yo jamás le he levantado la mano”.

Aun cuando la mayoría mostraba tristeza por su condición, muchos revelaron deseos de superarla: “estoy echándole ganas”, “le estoy haciendo caso a los doctores para ya irme a mi casa”. También hubo quienes enfrentaban su enfermedad positivamente expresando: “es parte de la vida”, “es una oportunidad”, “es para salir adelante”.

Se observó que las etapas del duelo de Kubler-Ross (2006) no suceden de manera lineal pues pasan de una fase a otra aun dentro de una misma sesión. También se notó ambivalencia ante la enfermedad: los pacientes se debaten entre mantener la esperanza o dejar que el curso de la enfermedad siga su camino, y entre apegarse al tratamiento o no cooperar aprovechando las ganancias secundarias.

En nuestra cultura mestiza el tema de la muerte genera ambivalencia: se le festeja y teme. Muchos pacientes la esperan con resignación (“Dios decide”; “es un paso más”; “llegará el descanso y no tendré dolor”), pero quienes aún tienen conflictos pendientes reportan ansiedad (“tengo miedo, no me quiero dormir, tal vez no despierto”; “no me puedo morir, tengo muchos años que no me hablo con mi papá”; “no quiero dejar a mis hijos ¿quién los va a atender?”)

Muchos enfermos mostraron gratitud a los psicólogos al sentirse mejor por el apoyo recibido.

La contratransferencia de los supervisados

Se describirá longitudinalmente la contratransferencia de los orientadores considerando tres momentos: el inicio, la parte media y el cierre de las visitas al hospital. Cuando el grupo supo que la práctica sería con enfermos hospitalizados surgió una gran angustia y reportaron rechazo a los hospitales: “odio ir, me dan miedo”; “me choca a qué huelen”.

Durante la primera fase, sus mecanismos de defensa se mostraban sólidos. Racionalizaban sus relatos como protección frente al dolor, tristeza y ansiedad: “creí que iba a estar peor, pero no me tocaron pacientes muy graves”; “todo bien, los doctores son amables, me explican todo”. Otros supervisados evadían el contacto con los enfermos: “todos mis pacientes estaban dormidos”; “hoy no quisieron hablar”.

En supervisión, planteaban dudas técnicas sobre cómo manejar situaciones logísticas del hospital. Hablaban superficialmente sobre la ansiedad ante la enfermedad y la muerte de los pacientes. Una supervisada comentó: “yo no voy a hablar acerca de que van a morir, me parece muy cruel lastimarlos”, reflejando la proyección de su propia angustia frente al duelo o una contrarresistencia en donde coincidieron sus resistencias con las del paciente (Racker, 1986).

La somatización fue uno de los mecanismos más utilizados: “ni siquiera habló de algo impactante y me sentí mareada, con el estómago revuelto”; “los residentes me vieron tan mal que me midieron la glucosa, pensé que me quedaba en la cama de junto”.

En supervisión se les mostró que el cuerpo actuaba lo que sus sentimientos no se atrevían a reconocer y como poco a poco fueron aceptándolos y expresándolos las somatizaciones disminuyeron.

También surgieron identificaciones con el dolor y la ansiedad de los enfermos: “escogí a un muchacho que no se veía enfermo pensando que no sería tan fuerte el primer golpe, pero cuando me dijo que tenía SIDA y cómo toda su vida había cambiado, me sentí pésimo porque acababa de hacerme la prueba ELISA y no pude dejar de pensar en él hasta que me dieron el resultado negativo”.

Reportaron que la experiencia en urgencias fue la más fuerte tanto por el ritmo acelerado, como por el hacinamiento de camas y personal médico, por el ruido de los equipos y máquinas de escribir, el olor de los pacientes, sus fluidos y medicamentos; el impacto de ver pacientes graves sentados en sillas debido a la falta de camas.

Mostraron reacciones fóbicas ante el contacto con el paciente: “me pidió que le acomodara la sábana y me dio mucho asco pues estaba todo sucio”; “tenía ronchas en su piel y pensé que podrían ser contagiosas”. Con frecuencia manifestaron ansiedad ante la posibilidad de que sus familiares o ellos mismos pudieran enfermarse: “el paciente me recordó a mi papá y me agobié”; “el doctor me explicó que le puede dar insuficiencia renal a cualquiera o sea, todos estamos expuestos”. Lo anterior refleja un desplazamiento hacia el cuerpo del daño emocional que provoca el trabajo con estos pacientes.

En cada sesión se trabajó el intenso impacto del hospital y los enfermos. Se señaló la identificación y empatía indispensables para trabajar terapéuticamente, distinguiéndolas de las contraidentificaciones proyectivas que interfieren negativamente; se explicó que las proyecciones de los pacientes provocan que ellos sientan y actúen lo que los pacientes necesitan.

Durante la etapa intermedia se presentó el típico aislamiento de quienes trabajan con enfermos crónicos (Rolland, 2000) debido a la dificultad para compartir con otros su experiencia laboral: “ya harté a mi familia y amigos, me prohibieron que hablara más del hospital”.

Dos orientadores siguieron manejando la experiencia de manera racional con un congelamiento emocional (Marcano, 2007): “todo va bien, no me está costando tanto trabajo”. Sin embargo, en el resto crecieron las resistencias generadas por la pérdida de control (Bradley y Gula, 1994): olvidaban tareas, reportaban no tener tiempo para las lecturas; relataban agotamiento quejándose de que eran demasiadas horas las que asistían al hospital. Se trataba de la tristeza cansada más física que psíquica, mencionada por Goldberg (2007).

Ahora contaban con más herramientas técnicas pero estaban desbordados por el trabajo emocional. Era innegable que lo proyectado por sus pacientes los rebasaba, por lo que las sesiones de supervisión eran catárticas de su enojo, tristeza y angustia, pues con los pacientes expuestos al deterioro y la muerte, el trabajo de sostén y duelo resulta muy duro y tóxico (Goldberg, 2007). Un orientador comentó: “no quisiera estar en el lugar del paciente y que una mier... de persona como yo pretenda ayudarme; no estoy ayudando, no puedo ni conmigo, estoy en... Burnout”. Cuando se le explicó su identificación con, y actuación del deterioro y desesperanza proyectados (contraidentificación proyectiva), lo analizó en su terapia y pudo volver a orientarlos positivamente.

Entre lágrimas otros compartieron: “mi abuelo está enfermo y no he podido visitarlo, me siento muy mal de atender a otros viejitos”; “ayer operaron a mi mamá de la vesícula,

no he salido de los hospitales”; “me van a operar una protuberancia y no saben si es cáncer”. Los conflictos personales no resueltos impiden mantener una distancia emocional óptima; la tarea de supervisión consistió en señalarlo para que lo trabajaran en sus psicoterapias.

La experiencia más fuerte en la supervisión tuvo que ver con una orientadora embarazada, con amenaza de aborto y apenas a un año de haber concluido su quimioterapia por cáncer de mama. Gracias a su terapia y a su apego a la religión pudo apoyar a enfermos en condiciones similares a las que ella estuvo con un abordaje empático y terapéutico. Sin embargo, después de orientar a una paciente con hijos pequeños y cáncer terminal, se derrumbó al descubrir que no había superado su miedo al cáncer y la muerte. Abatida pidió no regresar al hospital. El grupo reaccionó con llanto, enojo y desconcierto. Una supervisada expresó: “¡es muy sádico preguntarle a los pacientes sobre su dolor, además hay que leer sobre muerte y enfermedad, y no conforme con eso venir aquí y seguir hablando de lo mismo y sufrir por nuestros compañeros!”. Varios miembros del grupo se aliaron. Se favoreció la catarsis grupal del enojo, se contuvo la angustia y me presté como depositaria de afectos e impulsos destructivos.

A partir de ello se comenzó la reconstrucción resaltando logros personales y profesionales. Los supervisados menos afectados rescataron lo valioso de la experiencia y promovieron la tarea reparadora en el resto del grupo. Esto marcó el inicio de la fase de cierre a la que entraron con resignación.

En dicha fase se percibió cansancio y depresión. Se les guió a visualizar la “luz al final del túnel” y comenzó la cuenta regresiva del número de visitas que faltaban. Vivieron un duelo ante la separación del hospital y sus pacientes, logrando la última etapa de aceptación (Kübler-Ross, 2006). Reconocieron su dolor y el desarrollo adquirido gracias a él: “creo que les ayudamos mucho y ellos más a nosotros”; “hasta voy a extrañarlos”.

Un tema recurrente fue la fragilidad ante la salud y la vida, pero la contratransferencia fue modificándose con el tiempo desde la sensación de vulnerabilidad, fracaso y caos al inicio (“hoy son ellos y mañana a nosotros nos carga la fre...”), pasando por cierta resignación en la etapa intermedia (“ahora sí que nadie se salva”), hasta sentirse muy satisfechos al final de la experiencia (“he aprendido a cuidarme y valoro estar sana”; “ahora disfruto las pequeñeces de la vida”). Ello no se debió sólo a la supervisión, sino también a la experiencia vivida, a la integración yoica de los eventos difíciles y a sus terapias personales.

¿Qué pasa con el supervisor?

Cabe puntualizar que en este estudio el análisis de los sentimientos frente a la enfermedad y muerte atañe a 369 pacientes, que el contenido de la contratransferencia pertenece a 8 orientadores, pero que el manejo supervisivo por exponerse corresponde a la experiencia de sólo una supervisora. Aún así, es relevante exponerlo por ser la primera ocasión en que se comparte la contratransferencia de un supervisor.

La enfermedad y muerte de otros provocan tristeza y ansiedad pues se cae en cuenta que todos morimos y en algún momento podemos enfermar. La forma de enfrentarlo depende de la propia personalidad y de las experiencias de vida al respecto. En la supervisión, como proceso triádico (López, 1998), los sentimientos y conflictos de los pacientes

y la contratransferencia del orientador permean hasta el supervisor. Ello dificulta la supervisión, pues frecuentemente el contenido de las sesiones que relata el supervisado es tan intenso e impactante que se olvida a quién hay que atender: al paciente, al supervisado o al supervisor mismo.

De manera paralela la autora también asistía al hospital como terapeuta lo que le ayudó a distinguir sus dos roles. La experiencia hospitalaria era conmovedora, pero en la universidad era importante para la autora recordar que no era terapeuta del paciente sino supervisora de su aprendiz y debía guiarlo para que comprendiera y empatizara con su paciente, pero que mantuviera la distancia óptima para diferenciar su sí mismo de aquel.

Las expectativas e idealización hacia la autora eran altas. Demandaban gran contención emocional y técnicas infalibles, esperando que no hubiera errores.

Con este tipo de pacientes la técnica psicoanalítica difícilmente puede aplicarse (Goldberg, 2007). Primero, el encuadre tiene que modificarse: el psicólogo visita al enfermo, no al revés y tal vez lo haga una sola vez; las interrupciones del equipo médico son la regla, no la excepción; el diálogo íntimo es casi imposible. Segundo, en una o en pocas sesiones es difícil desarrollar una neurosis de transferencia regresiva y su resolución a través de interpretaciones, condición indispensable del psicoanálisis (Kernberg, 1989). Tercero, la neutralidad, otro rasgo esencial, es difícil de lograr: el psicólogo forma parte del equipo de salud (Goldberg, 2008). Cuarto, no se puede mantener al margen de la orientación a la familia. Por último, la interpretación es una herramienta más; también se utilizan técnicas basadas en la solución de conflictos, en desarrollo de estrategias de afrontamiento y en psicoeducación.

La autora compartió las estrategias técnicas que le han ayudado y las que no (Marcano, 1998). Reconoció con honestidad que la contratransferencia con los pacientes también era intensa y fue flexible, promoviendo mayor tolerancia consigo al autoevaluarse.

Resultaba complicado cuando la contratransferencia de la autora no coincidía con la del supervisado, por ejemplo, fue frustrante la sonrisa congelada de una psicóloga e incómoda la pasividad de otra de ellas. Fue necesario reconocer que los estilos terapéuticos eran distintos, y se trabajó en supervisión.

También hubo contrarresistencias cuando se quejaban del exceso de trabajo y cansancio pues el sentir era el mismo. Esto fue un desplazamiento en donde ambas partes depositaban en las tareas académicas el efecto tóxico sentido como una tristeza física cansada que en realidad era agotamiento emocional.

En ciertas sesiones grupales la ansiedad aumentaba pues la contención de varios se complica cuando los sentimientos se aliaban. En el caso de la orientadora que tuvo cáncer fue difícil reconocer la contraidentificación proyectiva: los supervisados proyectaron su enojo en la supervisora y le transmitieron su miedo; el grupo cayó en un "proceso paralelo" (Sumerel, 1994) el cual llevó a la supervisora a responder de igual forma a como ellos respondían a sus pacientes.

El supervisor no está exento del dolor personal que afecta su trabajo, especialmente cuando coincide con temas de las sesiones (como la enfermedad y deceso de su abuela). Ya que el lenguaje no verbal refleja demasiado, la autora compartió brevemente con el grupo dicha información intentando ser congruente y diferenciando sus afectos (Rolland, 2000). El resultado fue positivo y ayudó a que ellos reconocieran su propio dolor.

Emocionalmente a la autora le sirvió tomar notas sobre las supervisiones, leer textos y ver películas afines, compartirlo con colegas, apoyarse en su familia, contar con un espacio terapéutico y escribir este capítulo. Gracias a ello, esta experiencia le ayudó a crecer como persona y a valorar profundamente la salud y la vida.

CONCLUSIONES

Se consideró necesario analizar la contratransferencia de los supervisados por los intensos sentimientos que surgen al confrontar la propia muerte, pero se cuidaron los límites para no convertir la supervisión en psicoterapia.

Se abordaron las resistencias del supervisado comprendiendo que son inevitables; se distinguió si se debían a razones académicas, a la relación con el supervisor, a conflictos personales o al trabajo con este tipo de pacientes.

Se encontró que cuando los supervisados contactan sus sentimientos, reconocen el "proceso paralelo" y descubren sus resistencias, la calidad de su trabajo mejora.

Aunque es imposible conquistar totalmente la contratransferencia, la clave está en usarla a favor de la terapia y la supervisión, donde se debe enseñar no sólo la técnica, sino también la humildad para reconocer las limitaciones, los sentimientos y conflictos del paciente, del orientador y del supervisor.

BIBLIOGRAFÍA

- Agass, D.(2001). Countertransference, supervision and the reflection process. *Journal of Social Work Practice*, 16, 2, pp. 125-33.
- American Psychological Association. Practicing Psychology in Hospitals and Other Health Facilities. Washington, D.C: APA.1998.
- Bellak, L., S, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Benavides, A., Moreno, B., Garrosa, E., y González, J. (2002). La evaluación específica del Síndrome de Burnout en psicólogos. *Clínica y Salud*, 13, 3,257-83. http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/ibp_clinicasalud.pdf
- Bradley, L., Gula, I. (1994). Supervisee resistance. *Greensboro: Education Resources Information Center*. ERIC Digest, No.ED372344. www.eric.ed.gov
- Brems, C. (2001). *Basic Skills in Psychotherapy and Counseling*. Belmont, Ca: Brooks/Cole.
- Freud, S. (1940). *Compendio del Psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Goldberg, J. (2007). *Trabajo y Psicoanálisis*. Reportaje a Jorge Goldberg por Sebastián Plut. Espacios Temáticos <http://psiconet.com/foros/trabajo/goldberg.htm>
- Grinberg, L. (1975). *La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Hewison, D. (2001). Some reflections on empathy and reciprocity in the use of countertransference between supervisor and supervisee. *Journal of Analytical Psychology*, 46, 1, pp. 219-21.
- Kernberg, O. (2000). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64, 2,p. 336-52.
- Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: De Bolsillo.

- Lakovics, M. (1983). Classification of Countertransference for utilization in supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 2, pp. 245-57.
- López, M. (1998). *La supervisión en la psicoterapia: Modelos y experiencias*. Puebla: Universidad Iberoamericana Golfo Centro.
- Manis, A., Bodenhorn, N. (2006). Preparation for Counseling Adults with Terminal Illness: Personal and Professional Parallels. *Counseling and Values* 50, 3, pp. 197-207.
- Marcano, S. (2007). *Pensando en el Proceso de Supervisión Didáctica a través de las múltiples relaciones del Supervisor* http://www.spdecaracas.com.ve/download/cdt_306.doc
- Racker, H. (1986). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Rolland, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Sanz, J. (1992). La Comunicación en Medicina Paliativa. *Medicina Clínica*, 98,4, pp. 16-8.
- Slaikue, K. (1998). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Slonim, R. (2000). The use of psychodynamic life narrative in crisis supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 1, pp. 67-74.
- Southern, S. (2007). Countertransference and Intersubjectivity: Golden Opportunities in Clinical Supervision. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14, 4, pp. 279-302.
- Sumerel, M. (1994). Parallel process in supervision. *Greensboro: Education Resources Information Center*. ERIC Digest, No.ED372347. www.eric.ed.gov

Capítulo 6

Entre el cuerpo, el amor y el dolor de adolescentes hospitalizadas

Leticia Hernández Valderrama¹

“Lo que suple la relación sexual es precisamente el amor”.

INTRODUCCIÓN

El mundo actual, moderno y/o posmoderno, está repleto de signos de destrucción, violencia y desamparo. No hay ideales que lo sostengan hacia la vida, hay un retorno a caminos de oscurantismo que toman el rostro terrible del fascismo y el lamentable escudo de lo religioso. Los sujetos se encuentran en un estado de vacío y soledad, las relaciones humanas se dificultan, y más aún las de pareja y la familia.

Hay quienes no encuentran un lugar en la vida o no están a gusto con quién conviven y buscan apartarse. En esta búsqueda caen en situaciones de conflicto y desamparo, creándose historias de dolor e infortunio. En este caso se hablará de mujeres jóvenes que enfrentaban situaciones de embarazo a o del nacimiento de su hijo que las obligaba a ser madre con pensamientos aún inmaduros de lo que es la “función madre”. De esta preocupación y de este encuentro con su discurso será el tema de este capítulo.²

La población estudiada fue básicamente “adolescentes hospitalizadas” en el servicio de ginecobstetricia de un Hospital General del Estado de México. Fueron mujeres adolescentes entre 12 y 17 años, provenientes del Estado de

¹ Dra. En Teoría psicoanalítica y en Antropología, Profesor Asociado “C” T.C. en el Área de Psicología Social Aplicada Carrera de Psicología, FES Iztacala, UNAM.
Correo electrónico: lhvalderrama@prodigy.net.mx

² En el presente trabajo la autora sólo aborda la adolescencia en relación al cuerpo, el amor y el dolor. El tema de la maternidad, el hijo, la función madre y la familia se trabajará más adelante.

México, Querétaro y Guanajuato, que acababan de dar a luz un hijo o que habían tenido un aborto y por ello, se encontraban hospitalizadas. Presentaban sentimientos de tristeza, problemas o pérdida de pareja y conflictos con sus familias.

HOSPITAL COMO ESCENARIO

Se sabe bien que en los hospitales, el médico y el enfermo están implicados en cierta proximidad. Existe un vínculo, que del lado del médico se presenta por medio de una mirada que acecha, apoya y penetra en el cuerpo doliente del enfermo.

La clínica practicada en los hospitales es quizá el primer intento, desde el Renacimiento, de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada. La clínica no es una dióptrica del cuerpo; reside en una mirada a la cual no escapa. Foucault (2001, p. 130) menciona: “En efecto, esta visibilidad supone a la mirada y al objeto vinculados por naturaleza y por origen. En un círculo que no es menester tratar de romper, la mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad penetrable a la percepción. La alteración del campo es por derecho propio modificación en la mirada y por la mirada”. Así la formación del método clínico se vincula a la emergencia de la mirada del médico en el campo de los signos y los síntomas. Él los lee y diagnóstica.

Pero algo escapa a esa mirada médica, no es ya la paradójica luz que borra los síntomas a medida que descubre un malestar orgánico, existen padecimientos donde los síntomas cumplen la función de ocultar, tratando de evitar el reconocimiento de una subjetividad implicada y un deseo inaceptable.

Al estudiar la casuística de entradas y salidas de pacientes hospitalizados se observa una diversidad en sus problemáticas que no son consideradas en su singularidad. Su ingreso se determina en función de su sintomatología. Es un cuerpo con una urgencia orgánica el que ingresa, no un sujeto. Es el sujeto del inconsciente que difícilmente se describe en el terreno de la eficacia médica e incluso psicoterapéutica. Es ahí donde se apela al psicoanálisis para poder pensar al sujeto en la actualidad en su relación con el cuerpo y con el amor, y de esta manera tratar de entender de qué manera goza-sufre.

El escenario hospitalario coloca al paciente en una soledad poblada, lo mantiene alejado de su familia, amigos, de su contexto, se encuentra en medio de gente desconocida que no lo ve como sujeto, sino como objeto de la enfermedad. Por lo que encontrar lo específico de la práctica hospitalaria no es sencillo. Para conocer parte de su historia se hicieron acompañamientos hospitalarios en diferentes momentos y con ayuda de la entrevista a profundidad. Esta intervención tuvo sentido en hacer una lectura más allá de lo orgánico, en reflexionar sobre lo que acompaña y determina cada situación. Un acontecimiento en su vida que sin duda está acompañado de su historia y problemática.

Es necesario mencionar las limitaciones del psicoanálisis en una institución hospitalaria; ya que no se puede perder de vista que en estas condiciones es un tratamiento de lo imposible. La experiencia de lo real, permite distinguirlo de las psicoterapias y con ello, poder pensar y reflexionar sobre la vida del sujeto, en su modo de vivir, de sufrir y de gozar.

EL LUGAR DEL CUERPO

Unas de las primeras preguntas a las adolescentes fueron: ¿cuál es el lugar que ocupa su cuerpo?, ¿cómo viven ellas como sujetos?, y ¿qué valor o importancia tiene su cuerpo para ellas mismas?

Sus respuestas llevaron a pensar en la dimensión cultural de su grupo de pertenencia, así como en las determinaciones provenientes de éstos en la constitución subjetiva del cuerpo. Hubo que basarse en sus testimonios, llenos de mitos, así como de diversos aspectos de las religiones populares e incluso algunas basadas en el chamanismo, ya que eran mujeres provenientes de comunidades periféricas del estado de Querétaro y Guanajuato.

Para la mayoría de las chicas, el cuerpo tiene un lugar olvidado. Una de ellas dijo textualmente: *“nunca he pensado en el cuerpo, sólo cuando me duele algo o me he golpeado o me han pegado...”*.

Su cuerpo ha sido sujeto de frecuentes maltratos, sin que ese hecho resulte siquiera destacable o significativo para algunas de ellas. Culturalmente en ciertos estratos y medios socioeconómicos bajos, el cuerpo no tiene un lugar digno y menos para el cuidado y respeto. Se constituye tan sólo en un espacio para el trabajo, la maternidad y los padecimientos físicos.

Para el psicoanálisis los signos e inscripciones corporales sirven como brújula orientadora en el nivel relacional. Piera Aulagnier (1986), señala que estos signos permiten ordenar el tiempo de la infancia. El sufrimiento del niño siempre apela al poder parental, a los adultos que podrían frenar o disminuir ese dolor. Pero también a poder existir para el otro, ya que la reacción del adulto ante el dolor infantil suele no dejarlo indiferente porque lo retrotrae por mecanismos identificatorios, al momento de su indefensión, al recuerdo de su propia fragilidad, a su necesidad de recibir ayuda. Por ello el dolor infantil, más que cualquier otro sentimiento, induce habitualmente en un adulto la actitud protectora, la atención de su cuerpo que puede pasar de un cuerpo sensorial a ser un cuerpo significativo, un cuerpo que habla en el dolor, un cuerpo que sirve para el llamado al otro. Se tiene entonces un punto para reflexionar, es el cuerpo del dolor, manejado a nivel intersubjetivo frente al otro. Estos cuerpos dolientes ante la función reproductiva que mostraban un vientre crecido y una serie de golpes por haberse embarazado. Golpes de los padres y golpes de la pareja o simplemente por el trabajo físico que llegó a provocar amenazas de aborto o el aborto en sí; fueron cuerpos que no recibieron protección sino maltrato.

Se sabe que una mujer embarazada culturalmente se ubica como un cuerpo para ser cuidado y protegido por el proceso de su evidente maternidad. Sin embargo en estos casos cabe preguntar: ¿qué representaba para los padres ese vientre crecido? ¿Por qué los golpes en ese estado? ¿Qué evidenciaban de la función paterna y materna?

Todas las chicas señalaron: “esperar protección de sus parejas, deseo de hacer una familia con su novio, salirse de su casa por el lugar que tenían y los abusos que padecían”. También señalaron: “tratar de buscar que sus madres las comprendieran a pesar de todo...”. Otras: “deseaban que algún día su papá las quisiera y las perdonara”. Algunas: “tan sólo olvidarse de la vida que habían tenido en su familia de origen”. Había una serie de demandas, entre ellas: que su madre fuera más tierna y sensible a la problemática que vivían, que tanto su padre como su madre pudieran ubicarse en su función paterna. Al preguntarles ¿por qué del embarazo? Señalaron que el hijo no entraba dentro de los planes, que no eran hijos esperados o deseados. Deseaban que sus novios les respondieran, pero ellos no

decían nada o habían desaparecido. Ellas habían accedido a tener relaciones sexuales tras escuchar declaraciones de amor y promesas de qué nada pasaría y si “algo” sucedía, no las abandonarían. Sin embargo, ahora se sentían solas, engañadas, con mucho dolor y sin saber qué hacer.

La problemática de estas chicas es muy amplia, por el momento sólo se abordarán como ejes de discusión los siguientes puntos: el cuerpo, el amor y el dolor.

EL CUERPO ¿LUGAR DE CULPA Y PLACER?

El nivel educativo de las adolescentes de este estudio, no fue amplio, en promedio tenían sólo la primaria terminada y algunas estudiaban la secundaria. Su cuerpo solía ser objeto de frecuentes castigos “educativos y de conducta”. La madre era quién frecuentemente se conectaba más con el cuerpo de la hija, más por el golpe que por la caricia -parece ser que trataba como la trataron-. Por lo que muchas de las frustraciones vividas son descargadas así, por desplazamientos permanentes, sobre los hijos que, olvidándose de que son sus hijos, con un presente y un futuro por hacer, son en cierta forma un espejo de sus propios fracasos. Cuerpos que tuvieron que asumir una culpa anterior: “las culpas de sus padres”. Culpas por no asumir la responsabilidad del deseo y transmitir sin más el peso de una cultura.

Sin embargo, el cuerpo en su carácter simbólico-cultural se construye a partir de los modelos identificatorios imaginarios provenientes de la familia, la religión, los mitos y, derivado de ellos, de la tradición que se transmite de generación en generación. Al mismo tiempo que se construye el cuerpo imaginario y el simbólico, se genera un curioso circuito. No cabe duda que el cuerpo es causa de necesidades y sufrimientos (y que sobre éstos se construyen mitos), pero ese dolor y necesidades se hacen más presentes en los estratos sociales en los cuales se carece de lo indispensable para satisfacerlo. Esto representa un sufrimiento que trae serios desequilibrios psíquicos –un profundo dolor psíquico- para los cuales la religión, mitos y tradición aportan formas de resignación para aceptarlo y elaborarlo. Elevando el dolor a un valor de redención, sacralizando el sufrimiento, la situación se torna en otra “realidad” tolerable, e incluso deseable, a través de la que se abre la esperanza de alcanzar la vida eterna (Jaidar y Perrés, 1999, p. 16). Por esto, es preciso concluir que ese “cuerpo doliente” brinda también, en otro nivel, un gran placer psíquico, que permite pagar por las culpas y pecados cometidos.

El cuerpo de la mujer, es un cuerpo que se ha manejado para la publicidad y como objeto de deseo. No obstante, cuando una mujer es activa sexualmente, es fuertemente criticada y juzgada por la sociedad.

La mayoría de las adolescentes pensaban que su cuerpo estaba preparado para trabajos duros, el dolor y la maternidad; desconociendo o negando su dimensión deseante. Fue muy frecuente escucharlas como víctimas, ya que encontraban así una forma de poder, por medio de la culpa al relatar los muchos dolores o padecimientos que tenían. A menudo, y por efecto de sus relatos, convertían al padecimiento o dolor en una manera de encontrar cierto goce inconsciente, un pagar por la culpa. Ese sufrimiento sería el único que parece estar permitido socialmente.

El cuerpo, es un lugar y espacio simbólico e imaginario donde se cristaliza la cultura y la práctica social de un pueblo. Los mitos, leyendas y religión, tienden a normar y dar mo-

delos de identificación tanto para el varón como para la mujer en una complementariedad social que en la vida urbana y en la modernidad no siempre son fáciles de identificar. Por ello, se debe puntualizar la dimensión deseante del cuerpo, que viene del Otro, porque es el Otro desde donde se desea, porque como dice Lacan, “el deseo, siempre es deseo de Otro”, que determinará el horizonte de placer y goce trazado en la historia singular de cada sujeto.

SÍNTOMAS DE AMOR Y EL LITORAL DEL CUERPO

■ ¿El amor posible o un síntoma? Síntomas de amor en el cuerpo

Estudiar la arquitectura del amor ha permitido conocer uno de los sentimientos que pone límite a las palabras por su dimensión de real, donde el discurso no alcanza a cubrir el sentir del sujeto. Porque al amar se genera un espacio inapalabable, que escapa a la posibilidad del sujeto de decirlo todo. De manera popular se dice que se ama con el corazón, pero el amante no sólo siente latir su corazón, sino que hay una serie de sensaciones corporales que acompañan al sujeto cuando ve a su amado, y sufre cuando no lo ve o no lo tiene. En el amar, se genera un espacio de dolor, que usa al cuerpo como vía de discurso, y que se expresa de acuerdo con la singularidad de cada sujeto, matizando su sentimiento a través de ese espacio de articulación en el que se conjugan el orden simbólico de la cultura y la dimensión imaginaria del campo narcisista y el plano de la satisfacción pulsional. Permiten pensar al cuerpo y sus síntomas cuando se trata del infortunio de amor.

Debe recordarse que desde el psicoanálisis, ningún síntoma neurótico tiene un sentido universal, puesto que es el producto de la historia de cada sujeto del que se trata. En este estudio, a pesar de las aparentes semejanzas, las chicas tenían diferentes historias y porqués de haber tenido un hijo o un aborto, y la relación misma con el amor, es decir: sus síntomas son singulares. A pesar de ello, -y con todo el riesgo que implica hablar haciendo generalizaciones-, comparten ciertos rasgos culturales, ya que en estos casos se observa que desde la dimensión imaginaria del campo narcisista, eligieron a una pareja que prometía dar lo que no estuvo dispuesta a sostener en el terreno de lo simbólico y que algunas de ellas repitieron la historia de sus padres (tener hijos no deseados). Como si la historia misma se actualizara, metaforizando un dolor ya experimentado haciendo síntomas.

En este sentido, Lacan sigue a Freud al afirmar que los síntomas neuróticos son formaciones del inconsciente, y que siempre constituyen una transacción entre deseos conflictivos.

Lacan (1974-1975) ubica al síntoma como puro goce que no puede ser interpretado y que sólo puede definirse como el modo en que cada sujeto goza del inconsciente, en la medida en que el inconsciente lo determina.

De modo que el síntoma, antes concebido como un mensaje que es posible descifrar con referencia al inconsciente “estructurado como un lenguaje”, pasa a ser considerado huella de una particular modalidad de goce del sujeto y designa una formulación significativa que está más allá del análisis, un núcleo de goce inmune a la eficacia de lo simbólico.

No se sabe hasta qué punto, el estar embarazada, será algo que les permitirá vivir al proporcionar una organización singular de su goce. Quizá si se hubiera tenido a estas

chicas en análisis se podría saber más del porqué de sus síntomas. No obstante, se puede formular una primera hipótesis: El embarazo o aborto, son una confrontación con eso real de su cuerpo, en relación a la reproducción, que no se simbolizó, que no se apalabró para encontrar su lugar en lo simbólico. Es decir, tras su demanda de amor, hay algo más allá que tiene que ver con la pulsión, con la pulsión de muerte que menciona Freud y que tiene que ver con el goce.

Se habla de infortunios de amor que han hecho síntomas en el cuerpo, no sólo en padecimientos orgánicos donde la mirada médica tiene parcialmente la respuesta; sino también del sujeto amante que le duele el alma cuando no es amado en la forma en que desea, “le duele, se duele”, una tristeza lo habita, lo des-ánima, deja de crear, para sumergirse en una desolación.

Por ello, ¿Por qué el amor como un síntoma? ¿Por qué el amor y el dolor atraviesan el cuerpo del amante? El cuerpo un lugar para el amor y un padecer (para-ser) el síntoma. ¿Un síntoma, una enfermedad?

Partimos de hacer una escucha del lenguaje de la pasión, se acercó a pacientes que no hablaban o que sólo lloraban, y que en su rostro se reflejaba una tristeza profunda. Eran cuerpos casi inmóviles, con dolor y mucho sueño. Era como mantenerse en el dolor, en el goce, en un no hablar, o hablar poco. Pero hablando con su cuerpo a través de los síntomas. Así, el amor se confunde con el dolor: dolor físico, dolor del alma, ¿dolor o tristeza en sí?

Las chicas de nuestro estudio dicen: “sólo sé amar”, “todo lo hice por amor”; “sólo con mi novio sentí que vivía”. “Si él no está, no quiero vivir, siento que sólo vivo por él”. Son adolescentes que quizá por su juventud viven de una manera más arrebatada, más impulsiva, que confunden el amor con el deseo, con el placer, sintiendo un enamoramiento que las abrasa y que parecería que su existencia empieza y acaba con un amor idealizado. Sus síntomas, su tristeza, su desolación, daban cuenta de una: “Desesperación ante una vida sin amor, como si hubieran sido desposeídas de las grandezas del amor, y se hallaran también desposeídas de sí mismas”.³

En las sociedades modernas, el amor se ha impuesto como un polo constitutivo de la identidad femenina. Asimilada a una criatura caótica e irracional, se considera que la mujer se halla predispuesta por naturaleza a las pasiones del corazón.

En las adolescentes, son predominantes los vínculos de identificación ligados al amor, mientras que los chicos, apelan más frecuentemente a vínculos de identificación hostil. Al respecto se menciona una cita de Freud (1908), en la que marca estas diferencias en cuanto a las fantasías en ambos sexos: mientras en la mujer predominan las fantasías eróticas, en el hombre, las ambiciosas. Las adolescentes suelen enamorarse del amor, sobreinvisten este estado a través de diversas manifestaciones y lo expresan sin inhibiciones, sin reflexiones profundas sobre la consecuencia de sus actos. Constituye como una forma de unión a su grupo-masa.

La educación de las adolescentes entrevistadas concuerda con la educación tradicional, donde éstas giran en torno a los hombres. Gustarles, serles de utilidad, propiciar que las amen y honren. Su misión se basa en una representación de la feminidad cuya esencia consiste en entregarse, en existir para el otro, en dedicar su vida a la felicidad del hombre.

³ Nota del autor.

■ ¿Y el amor?

Al definir a la mujer en función del amor, se ha contribuido a reproducir su representación social dependiente por naturaleza e incapaz de acceder a la plena soberanía de sí mismas.

Jacques Alain Miller (2002), en su *“Quinta carta a la opinión ilustrada”* señala que el amor que se manifiesta a través del placer que acompaña los pensamientos referidos a una persona, y agrega: “El pensamiento orientado por el objeto de amor está bordeado en mayor o menor medida por la falta, que es otro signo del amor. Esa falta puede imaginarse como la causa del amor e incluso como un llamado a la realización de un amor que será entonces re-unión”.

No obstante, si miramos con más detenimiento, ¿no se advierte que la falta es una consecuencia del amor, y que éste la hace presente?

No se ama al otro porque haga falta; hace falta porque se le ama. Si al salir a su encuentro se procura apaciguar esa falta, el idilio que se perfila con esta apariencia amenaza hacer desaparecer el amor, pues en esa perspectiva éste se convierte en la respuesta (errónea) a la falta. Por el contrario, si no se olvida que el amor da existencia a ésta o más exactamente, la revela, se puede deducir que el encuentro es el de la encarnación de esa falta.

¿Y de que falta se está hablando? De lo que abunda en el encuentro amoroso: canto de amor y regocijo sexual indican, más allá de sus exultaciones, que las palabras —dichas o aún cantadas— y el sexo —tocado o aún gozado— nunca satisfacen al ser. El arrebató poético y los temblores de la carne que signan el estado amoroso también muestran, en su misma profusión, su imposibilidad de circunscribir el amor: para realizarlo, faltan tanto las palabras como el cuerpo, sin embargo de esa falta mana su vida, de una falta imposible de colmar porque es constitutiva del sujeto y su deseo. Y en tanto su imposibilidad mueve al sujeto a seguir deseando y construyendo nuevos encuentros amorosos.

El amor se sitúa del lado de la muerte si se coagula en un flechazo, una revelación, una complementariedad o un hábito; si es el nombre de lo que apacigua, una ciudadela o un refugio. El amor que se adapta a lo imaginario ya no puede pretender más que la belleza de una naturaleza muerta. Así son los amores de quienes han perdido la huella del deseo, cuando sobreviven al extravío de éste.

El amor situado del lado de la vida es el que no se traiciona al colmar la falta que lo hace vibrar.

Si amo y reconozco que ese amor se debe a que su objeto pone de manifiesto mi falta, el amor puede vivir, con la condición de aceptar lo que la falta pone en juego. Así son los amores que proceden del deseo y lo real.

Éstos implican otro punto de vista sobre la falta, que desestima la dimensión imaginaria del amor (complementariedad, fusión, encuentro ideal, etc.), la falta propia de un amor vivo participa de la palabra y de lo real. La palabra que siempre falta en él es la palabra del amado o la amada. Es una falta que tiene una dinámica metonímica, siempre abierta, y no una dinámica metafórica en la cual “lo que ocupa el lugar de amado o amada” intenta en vano colmar la falta. Es la perspectiva de la “significación de un amor sin límite” puesta de relieve por Lacan en 1964, al final de “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”.

Cabe entonces preguntar: ¿El amor es posible o sólo es un síntoma vivido en el cuerpo?

Si el amor apunta efectivamente a suplir la falta, el sujeto tiende a ubicar esa falta en su cuerpo, espera unirse al cuerpo del amado, en una relación sexual. Y dice: “Hicimos el amor o hice el amor”, cuando en realidad sólo tuvo sexo. Él cree hacer el amor, pero el amor no se hace en la cama. En el amor, la relación que establece no es “sexual”, y esto, se debe a dos razones. La primera es que la relación amorosa no anuda la relación de un sujeto a un cuerpo, sino la de un sujeto a otro sujeto; la segunda es que el amor es fundamentalmente a-sexuado: “Cuando se ama, no se trata de sexo” afirma Lacan en *Encore* (“Aún”) (1972, p. 20). Y más adelante agrega en el mismo seminario, que esto debe ser entendido de la manera más amplia, en el sentido de que el amor tiene, en esencia el proyecto de “hacer fracasar al sexo”. El amor en suma, dice no a la sexualidad tal como es determinada por el sentido sexual, es secundario con respecto al mensaje del cual es portador haciendo texto y escritura en los cuerpos de los amantes.

LENGUAJE Y AMOR: EL DISCURSO AMOROSO

¿Cómo saber sobre el sujeto, sus síntomas y su dolor? Sólo la palabra, la palabra que es asesinado de la cosa, que puede tejer sobre el silencio, que puede dar cuenta sobre la tragedia de cada uno de nosotros en su singularidad.

Las entrevistas a profundidad realizadas a las jóvenes, permitió conocer sobre su vida y su historia. Proporcionarles un espacio que permitiera rescatarlas como sujetos y dejar de ser sólo un número en la cama del hospital, con un expediente que todos leen y nadie dice nada sobre cada una de ellas y su *pade-cer* (para-ser) en el mundo; donde sólo se habla de los síntomas que hacen lenguaje a través de su cuerpo y su semblante, que remite a un sinfín de metáforas, de creencias y engaños.

Hablar de amor, de amores o de mal de amores... remite aún más allá, a un lenguaje imposible, inadecuado, alusivo cuando quisiéramos que fuera directo, el lenguaje amoroso es un vuelo de metáforas: es literatura, es tragedia. Es escritura, Lacan señaló: La palabra es la muerte de la cosa. Pero en su materialidad más radical, es escritura. Escribir es poner un texto ante la muerte. Es utilizar la materialidad de la muerte para hacerla hablar. Escribir es anudar de otro modo el goce. El amante hace escritura con su amor, el amante hace de su goce desahogado de la pulsión de muerte un goce que pueda incluirse en el espectro del sentido. Quien escribe al hablar hace texto gozoso de su cuerpo sufriente. La tinta del escritor es la sangre de su historia: Comunión fallida de un cuerpo textual y una sangre que marca. El cuerpo como tiempo complejo se vierte en su escrito. El escrito es el cuerpo ocupado por el goce, no el de la carne pura, sino el que se precipita en la velocidad sin tiempo del sentido.

Hacer hablar la historia de cada adolescente es hacer hablar a la muerte que desgarrar su vida. Para que a través de la palabra algo se cree, porque repetir es fácil, crear no. Sólo los desesperados crean; los desesperados por vivir. Los adaptados, los conformados, éstos repiten; ahí no hay riesgo. Escribir, analizar, diseñar nuevas formas de vida, son actos sublimes que se debe generar ante la muerte, haciendo una creación de vida a través de la palabra.

Pues ¿qué es el psicoanálisis, sino una búsqueda infinita de renacimientos a través de la experiencia de amor que recomienza para ser desplazada, renovada y si no exteriorizada, al menos recogida e instalada en el corazón de la vida ulterior del analizado como condición propicia para su renovación perpetua, para su no-muerte?

El discurso de la experiencia amorosa que se nos presenta como en espiral, lleno de sexualidad e ideales entremezclados, donde frecuentemente se defallece en la palabra al dar cuenta de la propia vulnerabilidad, encubierta frecuentemente con máscaras ante el desamparo.

Al hablar, en medio de su discurso, una chica mencionó: “Tengo miedo de hablar de mis sentimientos y darme cuenta de que me equivoqué, de que me usaron, eso me dolería mucho, yo espero que él me quiera, la neta, que me busque, que regrese conmigo y cumpla con lo que prometió”. Los sujetos no hablan con todo mundo de sus sentimientos, de sus vivencias amorosas: Un miedo a quemarse –suele decirse-, miedo a ser enjuiciados, criticados, a darse cuenta de su equívoco y tener que asumir la responsabilidad de sus actos. Sólo la palabra da cuenta del tormento que vive cada sujeto y donde ella misma puede rescatarlo haciendo algo nuevo, una creación que cambie el sentido de su vida a través de asumir su responsabilidad en su infortunio.

CONCLUSIONES

La estancia hospitalaria no siempre soluciona el dolor del cuerpo cuando el dolor de existir o el infortunio se apoderan de la visión que se tiene de la vida. Dado que el síntoma en estos casos es uno de los modos que tiene un sujeto de efectuar una demanda o petición. Suele suceder que el sujeto se acostumbra a vivir con un síntoma e incluso éste se convierte en el sentido de su vida como si le diera identidad. Se ha visto en estas adolescentes que lo que provoca su síntoma no es un agente patógeno exterior, sino algo que proviene de ellas mismas, algo que les ha ocurrido desde su infancia que quedo reprimido y como consecuencia desconocido. Y lo que muestran con sus síntomas es justamente eso que supuestamente no saben y que en lugar de expresarse con palabras lo muestran con sus síntomas como una metáfora que ha hecho escritura en sus cuerpos.

En este sentido se han señalado dos visiones sobre el síntoma:

- a) Su cara, signo como aquello que se “hace ver”. Es lo que se expone mudo a la mirada médica. Hace signo, llama a una respuesta, pero no interroga.
- b) Su cara significativa, aquella que aparece cuando se le pide al sujeto que hable, que explique qué le pasa, “que haga discurso”. Y al hablar ya no sólo muestra su síntoma sino que habla de él. Devela para sí mismo el sentido de ese síntoma.

■ Para terminar es necesario agregar

La relación amorosa y enamoramiento en los momentos donde la pulsión de muerte aparece para aniquilar todo deseo de vida, el sujeto encuentra en la creación o las paradojas del goce una cierta salida. Es por ello, que el amor también puede vincularse con los senderos del mal. A la vinculación erótica entre el placer infinito y los vericuetos del mal se le puede llamar creación. ¿Pero puede relacionarse la creación con la entrada a una relación amorosa basada en un imaginario: un enamoramiento que lleva a las paradojas del goce?

El acto creador, en tanto produce una innovación, introduce un desorden. Crear es desordenar y también desobedecer. ¿A quién? A Dios, a la cultura, a los padres, a la infancia perdida. Donde no sólo es crear un hijo, sino crear-se como mujer y como madre, en

una nueva condición que les permitiría ver y verse de otra manera. Es decir, pasar de lo real a lo simbólico, en la posibilidad de asumir un significante que lo remita a otro significante: ser madre remite a tener un hijo S1-S2.

¿Es acto creador o repetición? ¿De qué manera este acto las salva o destruye? Parece justamente que el saber consciente sobre la vida amorosa es incompleto, lagunoso o falseado en particular facilidad. En estas dilucidaciones, desde luego no se conoce el porqué de la repetición. Sin embargo, a partir de la escucha estamos obligados a pensar en cómo esa historia del amor se organiza alrededor de un vacío. Cada construcción intenta hacer algo que se le parezca cada vez más a sí. En una creación se encierra su propia perspectiva de ser, que se estrangula a sí misma con sus propios nudos. Porque toda creación, toda obra imita al objeto que representa. Pero al hacer la imitación del objeto, en realidad se hace otra cosa. De este modo sólo fingen imitar. La creación desde esta perspectiva, la del dolor y desgarramiento del sujeto y del tiempo, no es un acto comercial, es vida. La vida es un acto que desordena la muerte. Este desorden gestado por la creación que viene de la transmutación de la muerte tiene un carácter subversivo, caótico. En este sentido, la sublimación de la pulsión de muerte, siempre fracasa: la obra y el acto creador subvierten los órdenes y por eso no son socialmente aceptados.

Desde el psicoanálisis, con Freud y Lacan, se sabe, que no hay literalmente nada que permita el saber del amor, y que todo lo que pretenda colmar ese vacío no es más que engaño. En otros términos, el amor es primero una palabra, un significante que produce toda suerte de efectos de significado en un registro que se extiende, de la estupidez al horror. Donde nada es menos seguro que el amor, pero que en aras de él se construyen infinitos caminos de engaño. Para terminar se cita una frase de Sor Juana quien escribe tratando de bordear la investidura del amor, definiéndolo a su manera como un “Cauteloso engaño del Sentido”.

BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (1986). “Nacimiento de un cuerpo. Origen de una historia”, en Luis Hornstein *et al.* 1991. *Cuerpo, Historia, interpretación*, Paidós, Buenos Aires. p. 131.
- Foucault, M. (2001). “El nacimiento de la clínica”. *Una arqueología de la mirada médica*, Ed. Siglo XXI, México, pp. 130-176.
- Freud, S. (1914). “*Obras completas*”, T. XIV, Buenos Aires, Argentina, ED Amorrortu, pp 79-88.
- Jáidar, I., y P, J., (1999). “Mitología, sincretismo y cuerpo del dolor”. En: Carrizosa Hernández Silvia, “*Cuerpo: Significaciones e Imaginarios, Área de Subjetividad y Procesos Sociales*,” México, D.F. UAM Xochimilco, pp. 11-24.
- Lacan, J., (1988). *Seminario 7*, “La ética del psicoanálisis”, Buenos Aires, Argentina, ED. Paidós.
- Lacan, J., (1990). *Seminario XI*, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, Buenos Aires, Argentina, Paidós.
- Lacan, J., (1972-1973). *El Seminario XX*, “*Aún*”, Buenos Aires, Argentina, ED. Paidós. 1989.
- Miller, J.A. (2002). “*À la mémoire de Freud. Cinquième lettre, en La Tendresse des terroristes et autres lettres à l'opinion éclairée*”, París, Atelier de psychanalyse appliquée, 11 de octubre de 2001. (Trad- castellano: Cartas a la opinión ilustrada, Buenos Aires, Paidós.

El niño asmático y su tratamiento en grupo multifamiliar

María Victoria Astorga Segovia¹

INTRODUCCIÓN

Con base e la experiencia de un grupo de psicoterapia con niños asmáticos y sus familias, realizada en un hospital de especialidades, se pretende elaborar una propuesta que sea aplicable a otros centros hospitalarios.

Este capítulo trata de cómo se da la constitución del psiquismo mental en un individuo y cómo, cuando existe un desarrollo fallido, puede ser un condicionante de la enfermedad psicosomática; se describirán algunos puntos sobre el asma bronquial, se hará una reseña de la experiencia de trabajo realizada en un hospital y por último se dará a conocer la propuesta con la posibilidad de que esta experiencia se realice en otros hospitales.

EL PSIQUISMO

Lacan (1981): afirma que el hombre es un ser nacido prematuramente, lo que determina una absoluta dependencia inicial de la madre; considera que para lograr un desarrollo psíquico adecuado es fundamental su inserción a un orden simbólico, sociocultural y lingüístico; lográndolo a través de la relación estrecha que inicia con la madre y el bebé, y después con el padre, que inicialmente se mantiene como un apoyo para que la madre pueda realizar esa función materna, se va introduciendo de manera gradual reclamando su lugar al lado de la madre y también como portador de la ley.

¹ astorgavicky@yahoo.com.mx

Lacan (2005), considera que inicialmente el niño quiere ser el “falo” de la madre, es decir quiere ser una parte de ella y complacerla. En un segundo tiempo, el padre se interpone entre la madre y el niño; priva al niño de su identificación con el deseo de la madre. Impone su ley, “la ley del padre”. En el tercer tiempo del Edipo, el niño se somete, acepta la ley. El padre entra como portador de la ley. Castra simbólicamente al hijo, al aceptar que la madre no le pertenece, pero que después él puede tener otra mujer, identificándose con el padre y la posibilidad de tener un falo, no ser el falo de la madre. Con la prohibición del incesto, penetra en el mundo del lenguaje, de la cultura y se integra a la sociedad. “Si no hay corte, se es con el otro y por tanto hay fusión, indiscriminación” (Casas de Pereda, 2003, p. 271). Si este proceso fracasa, si la madre no reconoce al padre como autor de la ley, el niño tampoco puede reconocerlo, la castración simbólica no se realiza, la madre sigue unida con su hijo en mutua dependencia.

Esta dependencia se va a manifestar en el paciente psicossomático ya que la mayor parte de los autores coinciden en que las enfermedades psicossomáticas se originan en las etapas primitivas.

El sustantivo psicossomático es de reciente aparición (1946) de acuerdo a un psiquiatra alemán (Heinroth). Un siglo más tarde se le retomaría para designar factores psíquicos en el determinismo de las afecciones orgánicas.

En la actualidad la psicossomática se ocupa de los pacientes adultos, adolescentes, niños, así como de los lactantes que presentan afecciones somáticas. “La práctica psicossomática en el adulto remite en parte, a las dificultades de diverso orden que experimentaron los sujetos en su infancia y sobre todo, en su primera infancia” (Marty, 1995, p. 19).

Si tomamos en cuenta la organización psico-afectiva individual, se consideran diversos factores tanto internos como externos en el origen de las enfermedades psicossomáticas, ambos factores pueden entrelazarse; en el primer grupo se encuentra los aspectos hereditarios, en el segundo grupo están los diversos agentes patógenos infecciosos y tóxicos que pueden romper la homeostasis en un determinado momento y ser objeto de una enfermedad grave estando bajo la presión de algún evento traumático o bajo presiones excesivas, siendo estas enfermedades más nocivas en tanto que han tenido lugar en épocas más precoces, se han presentado en forma repetida o han sido de manera prolongada.

Mc Dougall (1995) afirma que los sujetos reaccionan al desamparo psicológico mediante manifestaciones psicossomáticas, pero enfatiza que todos los individuos tienen la tendencia a somatizar cuando las circunstancias sean internas o externas sobrepasan las formas de resistencia habituales. Fischbein (2006) coincide con Mc Dougall (1995) en que las enfermedades psicossomáticas se van a presentar en situaciones de desamparo; pero él puntualiza que van a constituir un retorno del sujeto donde queda fuera el lenguaje y la capacidad de contener situaciones arrasadoras que constituyen lo traumático, sin tener la capacidad de nombrar y tener acceso a un registro simbólico a través de las palabras por lo tanto los sucesos somáticos serían respuestas regresivas en las cuales se utilizan formas arcaicas de descargar la tensión. Para Green (2001) los trastornos psicossomáticos tienen lugar como descarga defensiva en el cuerpo cuando es difícil elaborar para el sujeto la realidad psíquica, creando con esto una división entre la mente y el cuerpo para evitar la desintegración Yóica. McDougall (1995), considera que al inicio de la relación, la madre como parte de la preocupación materna primaria se encuentra fusionada con el lactante y comparte la misma ilusión de ser una parte de la unidad madre-hijo y que posteriormente tendría que resignarse a abandonar esta fusión, de lo contrario expone al hijo

a problemas de tipo alérgico y a serios trastornos del sueño así como del comportamiento alimentario. En estos casos, el niño experimentará la dificultad de vivenciarse como una identidad separada. La madre hace contacto con sus sensaciones y percepciones, tanto las que provienen de su cuerpo como las que percibe del exterior, es así como va ayudándolo a establecer las cualidades de sí mismo y las de fuera; actuando como un catalizador de lo que pasa con el bebé y en las separaciones graduales le va mostrando que no son uno (es decir se le va desilusionando de manera paulatina) pero si no es capaz de entender, como alternativa los deseos de fusión y de individuación de su hijo, impide que el niño se adueñe psíquicamente de su cuerpo, emociones y capacidad de pensar o de relacionar pensamientos y sentimientos, creando las condiciones que pueden llevarle a la psicosis o a la psicopatosis.

Szpilka (1973), se refiere al síntoma psicopatológico como una alteración de la estructura corporal real o anatómica, es decir, el cuerpo expresa de manera primitiva aquello que no se puede nombrar con palabras. En estos padecimientos existe un daño a nivel celular, los órganos dañados son los órganos internos (corazón, estómago, intestinos, páncreas, pulmones, etc.) su origen, así como los mecanismos de defensa utilizados son más arcaicos que los que se presentan en las neurosis.

El asma, como una de las enfermedades psicopatológicas, es definida por Békei (1984, p. 253) como “una dolencia broncopulmonar que se caracteriza por paroxismos recurrentes de disnea de tipo expiratorio, a los que se agregan ronquidos y sibilancias difusas. Se debe a un espasmo de la musculatura lisa de los bronquiolitos que se acompaña de secreción mucosa y de edema bronquial”.

El asma es una enfermedad muy frecuente, “en EUA, por ejemplo, una estadística de 1974 realizada por Govern determinó que 11.4% de niños menores de 17 años con enfermedades crónicas eran asmáticos” (Mc Govern, 1974; cit. Békei, 1984, p. 253).

Para algunos autores, alergia es equivalente a organicidad. Pero tampoco la naturaleza de la alergia es totalmente clara y su origen exclusivamente orgánico no está probado. En los últimos años se reavivó el interés por los aspectos psíquicos y los orgánicos (la consideración de estos últimos llevó a la elaboración de la teoría alérgico-inmunológica). Aunque no se descarta la interacción de los diferentes elementos en el origen de los padecimientos alérgicos, el papel determinante de lo físico donde se incluye la predisposición constitucional y lo hereditario, lo psíquico, lo familiar y social.

Por lo tanto “el asma sería una enfermedad plurideterminada” (Békei, 1984, p. 254).

French y Alexander (1968) consideran que la respiración constituye la primera función fisiológica postnatal que realiza el recién nacido independientemente de la madre; la respiración es el primer paso hacia la independencia biológica del niño con respecto a la madre. En el paciente asmático esta función está inhibida por el espasmo de los bronquios. Se observa que estos pacientes aún como adultos, se mantienen luchando con la dificultad emocional de separarse de la madre, no biológicamente, sino en un sentido emocional. El ataque de asma expresaría una protesta contra el apartamiento de la madre y a la vez el buscar la independencia. Esto conlleva aspectos regresivos de la relación materno infantil. Esta protesta manifiesta cierto déficit de adaptación del organismo a nuevas condiciones de vida. La base de la contención de la respiración, parece ser una especie de reclamo contra el ambiente, algo así como estar en huelga “si yo no obtengo la protección que deseo no respiraré”. El factor emocional en el ataque de asma expresa justamente la tendencia opuesta. El paciente suprime una función respiratoria, el grito (o llanto) mediante el que

expresaría su actitud de búsqueda de protección de la madre, el ataque agudo de asma es la sustitución de un grito reprimido, como reacción ante un temor agudo a la pérdida del amor de la madre. Békei (1984), coincide en parte con French y Alexander (1968), en que la situación conflictual que lleva a la producción del asma es un tipo específico de carencia afectiva, una fuerte necesidad de protección, de contacto y de caricias aunado con la tendencia a independizarse y con un rechazo materno de esta tendencia. Junto con la necesidad de cariño también está presente un fuerte resentimiento por no recibir lo deseado, siendo el cuerpo el que expresa esta contrariedad, siendo una de las características presentes en los asmáticos crónicos el no poder expresar agresión. Por lo tanto la crisis asmática podría deberse a la inhibición de la descarga agresiva, emocional y fisiológica la cual es condicionada por una relación ambivalente hacia las personas de las que el niño depende.

En el Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) "Valentín Gómez Farías", hace 20 años se formó el primer grupo de psicoterapia de niños con asma y sus familias como parte de un programa de la clínica de asma de dicho hospital; este grupo incluía pediatras, médicos residentes, alergólogos, trabajadoras sociales y psicoterapeutas, todos trabajadores adscritos de esta institución; ya que se había observado que era una enfermedad difícil de tratar y que los pacientes y sus familiares mostraban diversos trastornos emocionales que muchas veces interferían con el tratamiento médico, además que la sintomatología no cedía con la medicina, los internamientos eran cada vez más recurrentes y el manejo familiar difícil, por lo que se pensó en incluir la asistencia psicoanalítica así como información a los padres de familia sobre los aspectos psicológicos del asma.

En ese tiempo, uno de los pediatras que atendía médicamente al grupo de niños con asma bronquial pidió a través de una psicoterapeuta la colaboración del Grupo Psicoanalítico de Guadalajara A. C., para participar en este proyecto como un servicio a la comunidad, el programa estaría bajo la supervisión de la Dra. Norah Gramajo (fundadora del Grupo Psicoanalítico mencionado). Después de conocer la problemática, se estableció un primer contacto con el equipo médico y se elaboró un plan de trabajo conjunto en el que se aclaró que se iría ajustando de acuerdo a las necesidades.

Inicialmente se hicieron entrevistas preliminares a cada una de las familias para determinar cuáles eran factibles de ser analizadas en grupo y cuáles requerían un tratamiento individual. Se seleccionaron las familias cuyos padres no presentaran patologías graves (psicóticos, perversos o psicopáticos) para terapia multifamiliar; y los padres que no se incluyeron en el grupo fueron tratados junto con el niño por una psicoterapeuta en psicoterapia individual.

Al finalizar las entrevistas surgió la necesidad de organizar dos grupos; uno para los padres y el cuerpo médico con carácter informativo; y el segundo, de tipo terapéutico, que incluía a los niños afectados por el asma, sus padres y otras personas que vivieran con el niño. En el grupo informativo se procedió a explicar tanto al equipo médico como a los padres de familia acerca de la comprensión del asma bronquial como enfermedad psicosomática. Siendo el hijo el portavoz de aquello que sus padres no pudieron enfrentar y rechazan. El niño a través de su enfermedad trata de comunicar algo con su cuerpo, el sufrimiento vivido por él y su familia, estos trastornos se van a presentar en niños con una falla en la relación afectiva con la madre en las primeras etapas de su vida lo cual dejará una huella en la imagen inconsciente del cuerpo del niño como es el caso del asmático,

en el cual no sólo existe una alteración en el aparato respiratorio, sino también a través de éste, el sufrimiento humano que experimenta el niño y su familia.

Algunos de los temas que se abordaron fueron

- La enfermedad de los niños es el síntoma de los padres.
- ¿En qué consisten las enfermedades psicosomáticas?
- El lenguaje a través del sufrimiento corporal.
- Las características de las familias de pacientes psicosomáticos.
- Las fallas en la relación materno-infantil en las primeras etapas de la infancia y sus repercusiones.
- El grupo informativo se llevó a cabo en reuniones de 2 h cada mes, donde se exponía un tema y se dejaba tiempo para preguntas y respuestas.
- Se inició con 12 familias y quedó considerado el calendario de actividades a cuatro meses con reuniones de 90 minutos cada semana (Tabla 7-1).

En el trabajo con grupos la regla está orientada hacia la escucha y el trabajo de interpretación psicoanalítica. En esta situación de grupo de acuerdo a Anzieu, Béjarano y cols. (1978) el tipo de escucha que se intenta oír es el contenido latente, a través del discurso manifiesto de los miembros del grupo así como en el material y los fenómenos a él ligados. La interpretación es posible siempre y cuando la regla haya sido enunciada por el interpretante, pero lo que define a la situación como psicoanalítica es el hecho mismo de la interpretación. Los participantes bajo la situación grupal van a actualizar sus conflictos ya vividos en etapas tempranas y con las personas más cercanas y significativas para

Tabla 7-1. Se muestra la asistencia a la psicoterapia multifamiliar.

Familia	Edad (años)	Sexo	Edad de diagnóstico	Veces que asistió	Motivos de deserción
Gómez	2.	F	3 meses	16	Concluyó
Martínez	3.	M	6 meses	16	Concluyó
Rodríguez	4.	M	8 meses	16	Concluyó
Barrios	4.	M	2 meses	12	Supresión de síntomas
Alfaro	3.	F	6 meses	10	No avisó
Castillo	5.	M	2 años	9	Supresión de síntomas
Cárdenas	2.	F	1 año	9	Supresión de síntomas
Madero	6	M	2 años	8	Supresión de síntomas
Rivera	6	M	6 meses	7	No avisó
Molina	3	M	3 años	7	No avisó
Pardo	5.	F	8 meses	4	Cambió ciudad de residencia

ellos (en general los padres) y ahora reactivadas en la situación transferencial con los psicoterapeutas —como figuras de autoridad— y los compañeros —como representantes de los hermanos— (fenómeno denominado transferencia). En este contexto los sujetos tienden a realizar, actuar o callar en lugar de verbalizar, en el aquí y ahora lo que tienen que decir(se), en este caso es la responsabilidad del psicoterapeuta el estimular el surgimiento de la comunicación inconsciente se haga posible gracias al esclarecimiento en la relación de lenguaje, de las conexiones y lagunas significativas del discurso.

El analista que interpreta es quien hace recordar, el que hace pensar a tal persona en tal cosa, en este caso es el que suscita la reminiscencia que desencadena el surgimiento individual de los pensamientos y la circulación de las asociaciones libres colectivas. Es el que se reconoce como el responsable del trabajo de grupo, enuncia las reglas desde el comienzo, presenta a los otros colaboradores e integrantes. Comunica advertencias, informa, aclara e instruye. El estar como psicoterapeuta grupal implica disponerse a escuchar, a comprender y explicar; es el fundador, un ordenador de la ley, el soporte neutro y acogedor de las cargas de los miembros del grupo y finalmente un interprete de las angustias y fantasías que se generan en el grupo.

Por otro lado la participación del grupo implica en primer lugar una demanda de renacer a partir del deseo del que monitorea, en segundo lugar está el deseo del grupo por cada uno de sus miembros y esperar la interpretación, anhelándola y temiéndola a la vez, provocándola e interfiriéndola.

Las otras psicoterapeutas participantes funcionan como colaboradoras en la tarea y en ellas también se van a diluir las cargas transferenciales de los miembros del grupo, siendo también representantes de la autoridad; una de ellas, la que actúa como observadora es la persona encargada de ser un soporte para la encargada del grupo, ya que ella puede participar ante una situación que pase desapercibida por la líder del grupo, o que quede fuera de su campo visual o perceptivo y que considere relevante para ser mencionado.

La persona encargada de tomar notas será quien se centre en las anotaciones pertinentes para ser recordadas con posterioridad de situaciones importantes en el contexto terapéutico y que por ser una persona “silenciosa” y que sólo escribe en muchos momentos permite que se depositen en ella las cargas persecutorias grupales que al ser verbalizadas permiten su comprensión.

Como para cualquier tarea grupal es necesario establecer un encuadre que incluya las reglas, horarios y días de trabajo, duración de las sesiones, la neutralidad acogedora del analista y la garantía de la discreción, así como la solicitud de ésta para con los otros integrantes del grupo.

Ya en la época de los sesenta García (2000), empezó a trabajar con grupos multifamiliares. La idea era juntar familias de pacientes internados con patologías mentales graves, con el fin de orientarlos acerca de lo que eran las enfermedades psiquiátricas, posteriormente empezó a trabajar haciendo psicoterapia grupal, por lo que esta modalidad surgió en el contexto de un hospital psiquiátrico con la finalidad de tratar a más pacientes y sus familiares en el menor tiempo posible.

García (2000), considera que las reuniones multifamiliares generan un clima psicológico en el que se facilita la convivencia y la posibilidad de pensar, la resolución de conflictos y el aprendizaje recíproco. En este sentido, este contexto presenta una potencialidad inimaginable con respecto a su utilización con otros fines, más allá del tratamiento del paciente mental grave. El conflicto es inherente a lo humano y los individuos tienen la

capacidad potencial de resolverlos pero en muchas circunstancias éstos se presentan con dilemas y no se llega a ver claramente por qué aparecen como insolubles y cómo encontrar la solución.

En el grupo de niños con asma, los pediatras atendían a niños de 0 a 12 años. Para el grupo de psicoterapia se incluyeron niños de 2 a 6 años, considerando que son los que tienen un psiquismo en construcción, además que era el grupo mayoritario y los niños de más edad se enviaron a psicoterapia individual.

Desde la primera sesión se preparó una caja la cual incluía hojas blancas, crayolas, lápices, lápices de colores, resistol, cinta adhesiva, plastilina, carritos, muñecos, platitos, juegos de té, indios, vaqueros y algunos animalitos de granja. Esto con la finalidad de que los niños pudieran mostrar de este modo la situación que estaban viviendo, sus deseos y conflictos. Los padres, los niños y los psicoterapeutas se sientan alrededor en un salón amplio, en medio se coloca la caja (con los juguetes y varios artículos). Las personas hablan libremente lo que se les ocurre y las psicoterapeutas participan cuando lo consideran conveniente, a los niños que no tienen aún el lenguaje suficiente para hacerse entender se les facilitan herramientas (el contenido de la caja) para expresarse, y dan a entender lo que les pasa con lo que dicen o hacen. Por lo general hay una sincronía entre lo que dicen los padres y lo que los niños van diciendo. En el grupo se observó que cuando alguna persona decía algo hacía eco en otros más y los niños respondían a lo que decían los adultos con algún sonido, algún gesto o haciendo algo (para aceptar o rechazar, afirmar o negar lo escuchado) lo cual era de mucha ayuda para entender la conflictiva planteada, todo esto era considerado para el momento de hacer una intervención o interpretación global.

Las psicoterapeutas participantes tenían diferentes roles: Una interpretaba, dos aportaban observaciones, mientras otra hacía la minuta.

De un total de 12 familias, 7 estuvieron acudiendo con cierta regularidad, pero sólo finalizaron tres.

Evolución en el grupo. Al inicio, fue de expectativa, desconfianza, ansiedad y la temática planteada por los integrantes del grupo se refería a la relación de los niños con los integrantes del grupo familiar consistiendo en situaciones de intrusión, atrapamiento, abandono y desamparo; los niños permanecían sentados en el regazo de la madre o recargados en ellas, posteriormente se iban soltando hasta que pudieron utilizar la caja de juguetes e interactuar con los otros niños. Esto se dio aproximadamente en el primer mes de trabajo. Posteriormente, desde el punto de vista de la relación, fueron aproximándose y confiando más en el equipo de trabajo. A nivel grupal y personal fueron evolucionando, lo simbiótico fue desapareciendo y entraron en una situación de individuación; se observó que mientras los padres hablaban de su conflictiva, los niños dibujaban, pegaban, recortaban, usaban juguetes y objetos, interactuaban entre sí.

Para ilustrar este trabajo se describirán dos casos clínicos que formaban parte del grupo de psicoterapia del niño con su familia, para ejemplificar, por un lado la problemática familiar de la cual el infante es el portavoz de lo que sucede con los padres y por otro, mostrar cómo en la medida en que los papás fueron haciendo cambios influyó en la mejoría de los síntomas en el niño. Los casos que se eligieron son los más representativos porque son de los que concluyeron el tratamiento y que a continuación se comentan.

Primer caso: Alicia, una niña de 2 1/2 años, hija única, empezó con las crisis de asma bronquial a los 3 meses de nacida, desde su nacimiento durmió en el

mismo cuarto que sus padres, posteriormente se intentó separarla del cuarto, pero “como lloraba por las noches” los padres se la llevaban a la cama matrimonial durmiendo en medio de los dos. El padre de Alicia con frecuencia salía con sus amigos por las noches, en ocasiones no regresaba a dormir. Las crisis de Alicia coincidían con las salidas nocturnas del padre, quejándose la madre de que no salía mucho con ellas y que las crisis que presentaba Alicia tenía que enfrentarlas sola. Posteriormente la madre pudo verbalizar sus necesidades y exigir un lugar ante la pareja y el padre empezó a tomar un rol más activo, a asumir más su papel como padre al convivir más con su familia y escuchar y satisfacer más las necesidades de la madre y la hija.

Segundo caso: Damián de 3 años de edad, el primer hijo de una familia de dos. Los padres se habían casado muy jóvenes (20 y 23 años), el padre de Damián por motivos de trabajo viajaba con frecuencia y a la madre le costaba mucho trabajo hacerse cargo de ella y de sus hijos por lo cual se apoyaba mucho en la persona que le ayudaba en los quehaceres domésticos, siendo ésta la que llevaba el control; ella corregía a los niños y en ocasiones a la mamá de Damián le llamaba la atención cuando consideraba que no hacía las cosas adecuadamente.

Al inicio se había pedido que asistieran a terapia de grupo el niño enfermo y las personas que vivieran con él, en el caso de Alicia asistían su papá y su mamá, mientras que en el de Damián asistían con él la mamá, la hermanita de dos años, la señora encargada de las labores domésticas; y el padre, asistía sólo cuando coincidían las reuniones con su estancia en la ciudad.

Posteriormente el padre de Damián fue cambiando se volvió más paternal y mejor esposo, asumió más su rol paterno, la empleada no toleró que se le sacara de su reinado y dejó de asistir a las sesiones. La mamá cada vez fue ejerciendo más su función como esposa y madre.

Con estos dos ejemplos se puede observar la influencia de la problemática familiar y su repercusión en la problemática de estos niños. Minuchin citado por Békei, (1984) describe el contexto familiar que propicia el síndrome asmático. Menciona que son familias que poseen como característica principal la dependencia entre sus miembros. En los padres se manifiesta la necesidad de depender en la relación con el pediatra. Se adhieren estrictamente a sus medicaciones limitadoras, las que perturban el desenvolvimiento de la familia y la intimidad de la pareja lo cual les crea malestar. Pero, por cuidar al niño, el resentimiento familiar no se expresa y sólo se manifiesta en conductas mal adaptadas, autoagresivas. También se interfieren las relaciones interpersonales del niño identificado, quien compensa sus limitaciones usando el poder que le otorga su síntoma para manejar al grupo familiar manteniéndolo pendiente de él. Los integrantes del grupo responden con hostilidad, frustración y angustia, lo cual se reprime y se manifiesta en actuaciones disruptivas.

El esfuerzo fue alentador y satisfactorio ya que conforme fue pasando el tiempo los niños mejoraron notablemente, fueron disminuyendo sus crisis asmáticas, cada vez más espaciadas, de presentarse cada 8 días por ejemplo se presentaban cada 15 días o cada mes y las hospitalizaciones fueron por menos tiempo; de lapsos de una semana o 3 días en ocasiones disminuyó a un día.

Al concluir el trabajo hospitalario el equipo médico del servicio hospitalario comentó acerca de la posibilidad de utilizar este método para otro tipo de enfermedades hospitalarias.

Para las terapeutas participantes fue una muy buena experiencia en cuanto a vivencias, conocimientos y satisfacción por los logros obtenidos con los pacientes atendidos y sobre todo por ser una situación novedosa para todas.

Propuesta para la formación de nuevos grupos

De acuerdo a esta experiencia es conveniente que este tipo de actividades se pudiera proponer para ser implementada en otros hospitales ya que representa la posibilidad de tratar a más personas, y al tratar a la familia hay más posibilidades de evitar la involución de la enfermedad, puesto que la mayor parte de las enfermedades en los niños tiene que ver con el tipo de relación que establecen con los padres. Para la formación de estos grupos se sugiere se hagan algunas modificaciones que a continuación se describen:

El grupo puede estar conformado de 8 a 10 niños con sus familias, contando con una psicoterapeuta que coordine la sesión, otra que actúe como observadora y una tercera que pueda llevar la minuta. El tiempo de tratamiento sería propuesto a 6 meses con una sesión de 90 minutos cada semana.

¿Por qué el grupo multifamiliar? De acuerdo a García (2000, p. 29 y 30), “el grupo multifamiliar aporta una solución más grande e integradora porque permite la lectura del inconsciente que se utiliza en las conversaciones entre los participantes y dramatizan espontáneamente su conflicto. Finalmente frente a la patología mental, el contexto multifamiliar permite la contención y elaboración de la locura más que cualquier otro contexto, ya sea el grupo de pacientes, el nuclear familiar o la psicoterapia individual. Las experiencias en grupos multifamiliares se complementan con cualquier otra forma de terapia”.

Conjuntamente al grupo multifamiliar se sugiere realizar un grupo operativo con el personal multidisciplinario que atiende a los niños con asma, como son: los pediatras, médicos generales, residentes, trabajadoras sociales y enfermeras, teniendo como objetivo el proporcionarles un lugar de contención, donde puedan hablar acerca de lo que van viviendo y sintiendo en contacto con el niño enfermo; que se vayan sensibilizando acerca de la influencia de lo emocional en las crisis asmáticas y que se pueda contar con su apoyo para la realización de la tarea. Se trata de constituir lo que Chevnik (1996), denomina “sostén elaborativo de la enfermedad”; ya que una de las características del paciente psicossomático es la escisión de la personalidad que consiste en hacer una separación entre lo mental y lo corporal, y de esta manera elude el contacto con la parte afectiva y cuando esto se produce, el paciente tiende a explotar en disociaciones del entorno, es decir, aquello que hace de manera individual también lo va a hacer hacia el mundo externo y se va a manifestar en la relación con el equipo médico y en el manejo que hace de la información, a uno le puede decir una cosa y a otra persona le puede decir otra o el omitir lo antes dicho, lo cual se procura evitar al integrarlos de esta manera, haciendo un trabajo conjunto y estar coparticipando en el tratamiento, eludiendo rivalidades y hablando todos el mismo lenguaje. Por esto se propone hacer un grupo operativo el cual de acuerdo a Bleger (1985): es “un conjunto de personas con un objetivo común al que intentan abordar operando como

equipo”; los integrantes del grupo no sólo aprenden a pensar, a admitir que otros piensen de distinto modo, sino también el favorecer que formulen hipótesis como una tarea de equipo. Este grupo estaría a cargo de las mismas psicoterapeutas, teniendo las mismas funciones que en el grupo multifamiliar.

Se concluye con una cita de Chevnik (1996) “el psicoanálisis ayuda, no sólo a forjar el instrumento técnico dirigido al paciente y a los médicos, sino deberá contribuir al análisis de la relación de los terapeutas con la institución hospitalaria –con toda la complejidad de vínculos que plantea entre sí”.

BIBLIOGRAFÍA

- Anzieu, D., Béjarano, A., Kaës, R. y Pontalis, J. (1978). *El trabajo psicoanalítico en los grupos*. México: Siglo XXI.
- Békei, M. (1984). *Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleger, J. (1985). *Temas de Psicología*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Chevnik, M. (1996). La interconsulta médico psicológica. *Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible*. En: Békei, M., Chevnik, M., Pankow, G., y otros. *Lecturas de lo Psicósomático*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fischbein, J.E. (2006). El inicio de la historia. Lo originario y lo arcaico en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, LXIII, 2.
- French, T. y Alexander, F. (1968). *Psicología y Asma bronquial*. Buenos Aires: Paidós.
- García, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar*. Buenos Aires: Paidós.
- Green, A. (2001). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Lacan, J. (1981). *Escritos I*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2005). *Seminario 5. Las Formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Marty, P. (1995). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McDougall, J. (1995). *Teatros del cuerpo*. París: Julián Yebenes.
- Szpilka, J. (1973). *Bases para una psicopatología psicoanalítica*. Buenos Aires: Kargerman.

Capítulo 8

La clínica del duelo en el ámbito hospitalario

Laura Gabriela Aguilera Cruz*

*El deseo es intolerable pero protege al sujeto
contra la tendencia humana de buscar el límite,
el punto de ruptura, la satisfacción absoluta, el goce del Otro*
Juan David Nasio

El concepto del Duelo, *aflicción o trabajo de Duelo* es uno de los temas que ha llamado la atención de diversas instituciones y autoridades de salud mental, entre otras cosas porque es considerado como un elemento que responde a las diferentes problemáticas con las cuales se enfrenta el sujeto que sufre. La descripción hecha por Freud en el síntoma de melancolía, que después Lacan puntualiza con el concepto del *objeto causa del deseo*, nos permite ofrecer una perspectiva clínica de la falta, y su efecto en el padre y la madre que conciben a un hijo con defectos al nacimiento, o cuando existe algún padecimiento que afecta la integridad de los hijos, como una enfermedad terminal o alguna discapacidad. La problemática del uso de dicho concepto, se plantea de acuerdo a los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo podríamos identificar si una persona requiere de una intervención psicológica en una institución hospitalaria? ¿A qué se le llama estar en duelo? Si se está en duelo, ¿se está enfermo? ¿De qué manera se maneja una situación de pérdida en una institución hospitalaria? ¿Cuál es la función del psicólogo ante estas circunstancias, dentro del ámbito hospitalario? El tema que nos ocupa, *El objeto como causa del deseo en la clínica del duelo*, refiere a que el concepto del objeto a, puede llegar a funcionar como elemento de la intervención psicológica en la práctica clínica.

¹ Psic. Clínica egresada de la UAQ Maestría en Psicología Clínica UAQ Ejercicio Profesional: Responsable de la Red de Padres del programa SinDis del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer "Felipe Núñez Lara" Querétaro, Qro. Psicóloga Clínica en Depto. SinDis (Servicios Integrales para la Prevención de Discapacidades).

La solicitud de atención psicológica en la institución hospitalaria se genera habitualmente ante la percepción de sufrimiento en los padres del recién nacido o del niño enfermo. Tal solicitud es argumentada con el empleo del concepto del duelo en el sentido patológico. Es decir, si se percibe sufrimiento en el papá o la mamá ante la información de un diagnóstico, se cree que, quien sufre, experimenta una situación enfermiza. Lo mismo pasa cuando no se experimenta alguna emoción en las mismas circunstancias. La problemática del uso del concepto de duelo estuvo orientada por los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo podríamos identificar si una persona requiere de una intervención psicológica en una institución hospitalaria? ¿A qué se le llama estar en duelo? Si se está en duelo, ¿se es alguien que se encuentra enfermo? ¿De qué manera se maneja una situación de pérdida en una institución hospitalaria? ¿Cuál es la función del psicólogo en una situación de pérdida en el ámbito hospitalario?

EL PROGRAMA SINDIS: CARACTERIZACIÓN

Las observaciones planteadas en esta tesis sobre la intervención psicológica en la institución hospitalaria, fueron recopiladas por la autora en su labor como psicóloga clínica en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Felipe Núñez Lara” de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, desde el mes de septiembre de 2006 y hasta el día de hoy.

La oportunidad de ejercer como psicóloga clínica en el hospital, surgió ante la necesidad de la intervención psicológica en el programa multidisciplinario llamado SinDis² (Servicios Integrales para la Prevención y Atención de Discapacidades). En dicho programa, se atiende a recién nacidos e infantes que cursaron o cursan factores de riesgo de daño neurológico como asfixia, prematuridad, malformaciones congénitas, síndromes congénitos o enfermedades degenerativas.

El programa SinDis pertenece a los Servicios de la Red de Salud, la cual está planteada de acuerdo al Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta (MAPSA). La atención médica se dirige a usuarios que acuden a Centros de Salud y unidades móviles de la Secretaría de Salud. Desde el primer contacto, se capta a la embarazada para otorgarle la vigilancia de un embarazo saludable, se califica el riesgo obstétrico y se refiere en forma oportuna a los niveles correspondientes de atención especializada, como los hospitales que pertenecen a la Secretaría de Salud de la República Mexicana y que ofrecen el servicio de médicos especialistas.

El programa SinDis aborda los embarazos, los partos y los recién nacidos con mediano y alto riesgo. Entre los diagnósticos que recibe el SinDis se encuentran las malformaciones congénitas del sistema circulatorio, los defectos osteomioarticulares, el síndrome de rubéola congénita, los trastornos del metabolismo, los defectos del tubo neural, la enfermedad hemorrágica del recién nacido, cardiopatías congénitas, los defectos de labio y paladar hendido, los padecimientos oculares, el Síndrome de Down y el seguimiento al recién nacido prematuro, entre otros.

² Perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

Entre las actividades generales que realiza el SinDis, está la de efectuar la confirmación del diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento, el manejo de secuelas y la prevención de complicaciones posteriores. El equipo multidisciplinario del SinDis se encuentra constituido por médicos especialistas, nutriólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, puericultistas y psicólogos. La información del diagnóstico, la proporciona el médico directamente a los padres del recién nacido sin presencia del psicólogo, por lo que el psicólogo es solicitado posteriormente.

El objetivo general del área de psicología del SinDis es brindar el espacio terapéutico y la intervención psicológica oportuna para el tratamiento de la reacción de duelo que lleguen a experimentar los padres a partir del diagnóstico del defecto al nacimiento por medio de las actividades que realizan las psicólogas del servicio denominado “Red de Padres”.

La función del psicólogo es orientada a la atención psicológica de padres o tutores, con el fin de asistirlos ante el impacto emocional de las posibles afecciones que pueda presentar el neonato. Impacto emocional que en lo general implica el sentido de una pérdida, una catástrofe sobre las expectativas de un hijo que nació con problemas.

El servicio del psicólogo se solicita cuando los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales o los padres solicitan su intervención.

La autora considera importante compartir la función que se desempeña ante la solicitud de la intervención psicológica. La propuesta respecto a la función del psicólogo corresponde a la elaboración del diagnóstico del sufriente, la importancia de considerar la singularidad de su contexto personal, familiar y social de acuerdo a las circunstancias determinantes de su sufrimiento como síntoma. Precisar cómo surge la necesidad de la intervención del psicólogo y lo que se le demanda desde la Institución de Salud. Dicha propuesta se elaboró en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Querétaro desde que comenzó a funcionar la Red de Padres. El diagnóstico que se elaboró se estableció mediante el abordaje personalizado de los psicólogos a los padres de familia, tratando de cuestionar las necesidades y expectativas de los mismos ante los servicios de salud así como las diversas concepciones que manifestaban sobre la atención psicológica.

LA SOLICITUD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA ANTE EL DUELO

La solicitud de atención psicológica por parte de quienes pertenecen a la institución hospitalaria, se genera habitualmente ante la percepción de sufrimiento en los padres del recién nacido diagnosticado con algún defecto al nacimiento o del niño que padece ciertos riesgos de presentar alguna discapacidad. Tal solicitud es argumentada con el empleo del concepto del duelo en el sentido patológico, es decir, si se percibe sufrimiento en el papá o mamá ante la información de un diagnóstico, se cree que quien sufre (o no muestra ninguna emoción) experimenta una situación enfermiza. Sin embargo, es importante señalar el equívoco por el que se emplea de esta manera al concepto de duelo por ser uno de los principales factores que contribuyen a la adecuada función del psicólogo.

De acuerdo con las necesidades que se presentan en la institución ante un diagnóstico de defectos al nacimiento, existe una reacción de sufrimiento que corresponde a una situación de pérdida, pero que definitivamente no debería plantearse como patológica ante la primera apariencia.

El duelo de acuerdo al psicoanálisis planteado por Sigmund Freud es: “La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”³

Y señala puntualmente la diferencia entre el duelo y la manifestación de melancolía, a la que le atribuye un estado patológico: “A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza)”. Cosa muy digna de notarse, además, es que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, no se considera un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento.⁴

Lo que llama la atención a Freud, es la característica que únicamente manifiesta la melancolía: “Una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico [ichgefühl]”.⁵ Lo cual tiene como implicación la elección de objeto que realizó el sujeto y a su vez, el resultante generado ante la pérdida como una regresión al narcisismo originario:

“Tiene que haber existido, por un lado, una fuerte fijación en el objeto de amor y por el otro, y en contradicción a ello, una escasa resistencia de la investidura de objeto. Según Otto Rank, esta contradicción parece exigir que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista, de tal suerte que la investidura de objeto pueda regresar al narcisismo si tropieza con dificultades. La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor, lo cual trae por resultado que el vínculo de amor no deba resignarse a pesar del conflicto con la persona amada.”⁶

Quien se encuentra en el proceso de duelo reacciona frente a la pérdida sin perder su Yo, sufre, pero no como un estado patológico. Lo que contribuye al proceso de duelo es la existencia del examen de realidad en el que muestra que el objeto amado se ha perdido. El resultado es lo que comúnmente se le atribuye como la condición necesaria para superar la pérdida. Sin embargo, si la reacción del sujeto frente a la pérdida permanece como melancolía constante se debe a que la identificación que se tiene con el objeto perdido se dirige hacia el Yo, logrando por consiguiente que haya un sentimiento de pérdida del sí mismo, el sujeto que sufre es ahora como el objeto perdido, mostrando así síntomas de melancolía:

“El resultado no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece requerir ciertas condiciones. La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el Yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del Yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el Yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado.”⁷

³ Freud, S. (1976). La Aflicción y la melancolía (1924). *Obras Completas*. Argentina: Amorrortu. pág. 241.

⁴ Ídem pág. 241.

⁵ Ídem pág. 243.

⁶ Ídem pág. 247.

En la melancolía la pérdida del objeto genera en el sujeto la pérdida de sí mismo. Es decir, se produce una regresión que va de la elección de objeto al narcisismo originario.⁸ Lo cual explicaría la falta del sí mismo ante la regresión al narcisismo como fase anterior a la constitución del Yo.

Si se retoma el concepto de narcisismo es precisamente para argumentar cómo es que para la constitución del sujeto es indispensable el paso que se hace del narcisismo a la elección de objeto. Freud señala como indispensable las primeras relaciones de amor por las que el niño experimenta, pues a partir de éstas el niño posee como referencia sus primeros objetos de amor, las cuales constituyen el ideal del Yo.⁹ Dicha situación surge en el momento en que el niño dirige el amor que se tiene a sí mismo hacia el objeto de amor que desea por medio de la identificación y como resultado de la pérdida del objeto de amor del niño. Las identificaciones que realiza el niño (las cuales constituyen al Ideal del yo) se encuentran con base en los modelos que ofrecen las relaciones con estos primeros objetos de amor, mientras que las identificaciones son las formas en que puede recuperar a los objetos de amor perdidos.

“En el caso de la identificación, el objeto ha sido perdido [...] o abandonado [...]. Entonces vuelve a erigirse en el Yo, Éste se transforma parcialmente y de acuerdo con el modelo del objeto perdido (Vorbild). Esto sucede respecto al padre: el padre es erigido como modelo. La madre, por su lado, es investida como objeto (Objektbesetzung) al modo del enamoramiento (Verliebtheit). Es decir, el objeto es conservado y, como tal, sobreinvestido por parte del Yo y a sus expensas. Se establece así una especie de vasallaje por parte del Yo hacia el objeto. El Yo pierde parte del amor que se tiene a sí mismo para cederlo al objeto y ponerse a su servicio [...].¹⁰

EL TRABAJO DE LA RED DE PADRES

Al considerar la diferencia entre melancolía y trabajo de duelo la posición del psicólogo será fundamental para determinar el tipo de intervención que ejercerá en el sujeto que sufre de acuerdo a los objetivos del programa de la institución de salud y de las necesidades identificadas en los usuarios de la misma. Por ejemplo, si un individuo que ha concebido un hijo con discapacidad realiza la pretensión de fungir el rol paterno¹¹ lleva implícito el deseo de alcanzar su fin propuesto mediante la atención oportuna de los tratamientos que requiera su hijo, como por ejemplo efectuar la tarea de contribuir a la supervisión

⁷ Ídem pág. 246.

⁸ FREUD, S. (1976). *Introducción al narcisismo* (1915); Obras completas Vol. XIV. Argentina: Amorrortu. pág. 87.

⁹ Ídem pág. 87.

¹⁰ FREUD, S. (1976). La Identificación. En: *Psicología de las masas y análisis del yo*; (1917). Obras Completas. Vol XVIII. . Buenos Aires: Amorrortu. Pág. 99.

¹¹ El rol paterno se entiende como la función que asume el tutor del infante, padre o madre ante los requerimientos que la institución de salud necesita para el tratamiento médico, por ejemplo cuando se le informa sobre el diagnóstico y se le pide su consentimiento para aplicar cierto medicamento o cuando se le indican las sugerencias de acudir con los médicos especialistas de la institución hospitalaria para continuar con el seguimiento multidisciplinario. Quien realiza la función del cuidado integral del infante se dice que entonces asume el rol de su paternidad.

continúa del hijo por parte de los especialistas en la consulta externa, así como la función de auxiliar al hijo en las necesidades que éste tenga. De llevar así el acto de ser padre se sitúa por tanto, al sufriente como padre (sujeto) que responde a lo que constituye su Yo: ser un padre. A este sujeto se le atribuye, que se encuentra en duelo, puesto que no ha perdido el sí mismo de su situación frente a la pérdida, aun cuando el hijo que tiene no es el que esperaba. Mientras que aquel individuo que ante las mismas circunstancias pierde la condición que suponía ejercer como padre, por consiguiente, no funge como tal, y en este caso son aquellos que abandonan al recién nacido en el hospital o lo abandonan de todo tratamiento terapéutico y de rehabilitación adjudicando que las circunstancias son tan agobiantes que su proyecto de paternidad o maternidad se posterga ante el surgimiento de síntomas de sufrimiento y melancolía que imposibilitan continuar ya sea como padre o como lo que solían ser: personas con ideales, motivaciones, planes, etc. El sentido de la pérdida corresponde a las expectativas planteadas con el niño sano que se anhelaba, pero también sobre pérdida “de lo que eran” frente a las personas que los rodean: padre, madre, esposo, esposa, profesionista, ama de casa, hija, hijo, hermano, compañero, etcétera. En sí, se detecta la pérdida del Yo como estructura del sujeto, pues se destacan signos característicos de la melancolía como el aislamiento, inhibiciones de toda productividad, auto-reproches, autodenigraciones, sentimiento melancólico aparentemente sin razón alguna, pérdida del interés ante cualquier aspecto que anteriormente significara placer y particularmente se escucha decir sobre la sensación de ser “alguien distinto”, que en ciertos casos genera la angustia por la imposibilidad de conocer las causas tanto de la angustia como de su “transformación”.

La intervención psicológica de la Red de Padres está orientada hacia los padres de familia ya que se considera que son lo que constituyen el primer apoyo estructural de los infantes, tanto en la formación humana como en su formación biológica y social. Si los padres están involucrados en la atención integral del infante con la asistencia constante a la supervisión médica especializada en la consulta externa, el seguimiento de los tratamientos médicos y terapias de rehabilitación, dan cuenta de la participación activa en la mejora de vida de su hijo. Por el contrario, si los padres de familia no acuden a los servicios de consulta externa como lo indica el seguimiento médico especializado, con seguridad el niño se encontrará en riesgo de padecer discapacidad.

La discapacidad es la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad para desarrollar una o varias actividades que realiza todo ser humano con el fin de satisfacer sus necesidades básicas¹²; si se sabe que dicha ausencia o restricción puede llegar a limitar al individuo parcial o totalmente, el SinDis se orienta con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida a los infantes para que puedan plantearse alternativas oportunas de rehabilitación y terapéuticas en las que se ofrezca la disminución de la discapacidad. Por ejemplo, si un infante que ha presentado al nacimiento el defecto de labio y paladar hendido y se atiende oportunamente con las cirugías correspondientes, el tratamiento de ortodoncia, la intervención psicológica y la terapia de lenguaje se infiere que seguramente el infante disminuirá la discapacidad respecto a la dicción e integración en el ámbito social (escuela, trabajo, en todas sus relaciones interpersonales).

¹² Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA 2000, Prevención y control de defectos al nacimiento; 31 de Octubre de 2001; Diario Oficial de la Federación; México, D.F.

Mediante un diagnóstico general de los usuarios que acceden al servicio de la Red de Padres -elaborado por quienes integran el equipo de psicólogas de la Red identificó una problemática en el funcionamiento de quienes participan de manera multidisciplinaria en el programa SinDis y por consiguiente, de la institución de salud: La exclusión de los padres en el seguimiento médico oportuno de los infantes.

Se sabe que si existe un tratamiento oportuno para quienes presentan ciertos defectos al nacimiento se podría contribuir a que éstos sean sólo una deficiencia y no una discapacidad total del individuo. Esto siempre y cuando se cuente con la participación activa de los padres de los infantes.

En dicho seguimiento se incluye no sólo al personal de salud (la institución de salud) involucrado en la detección del defecto al nacimiento, sino a los padres que fungen como los principales promotores de lo que pudiera representar una discapacidad para el niño o una oportunidad para intervenir adecuadamente.

La exclusión de los padres es una de las problemáticas con las que se enfrentaba el programa SinDis ante la ausencia de los niños a los tratamientos planteados a partir de la detección del defecto al nacimiento o factores de riesgo.

En el servicio de la Red de Padres se considera que si existe información e inclusión de los padres de familia no sólo con el abordaje personalizado de los padres sino en la continua comunicación de quienes participan en el sector salud, se logrará que el proyecto de salud se estructure con la participación de las familias, comunidades, municipios, etc.

La promoción, sensibilización y prevención efectiva de los defectos al nacimiento presenta como principal obstáculo la falta de información, pero sobre todo la equivocada afirmación de que la prevención sólo proviene del personal de salud, y, que por tanto, la información sólo se le atribuye al personal capacitado dando como consecuencia la ausencia de responsabilidad que favorezca la toma de decisiones preventivas, la producción colectiva de acciones en beneficio de la salud y finalmente la sensibilización ante el cuidado de la salud.

Las acciones de mejora que se presentaron en el reporte anual de la Red de Padres 2007, se orientaron a disminuir el riesgo de que los infantes incrementen su discapacidad al no detectar a tiempo signos de alarma que pongan en peligro su salud y su integración en lo social. Por medio de las actividades que ofreció la Red de Padres del SinDis en 2007, se identificó la afluencia de usuarios en las distintas clínicas que pertenecen al SinDis a partir de los registros que los médicos y enfermeras han realizado. Dichas actividades consisten hasta el momento, en el abordaje personalizado a los padres, pláticas informativas sobre temas de orden preventivo y de sensibilización, talleres de sensibilización sobre la discapacidad, psicoterapia individual y de pareja y distribución de folletos informativos.

Se elaboraron trípticos informativos con el fin de que tanto el personal como la comunidad conocieran las funciones que el SinDis ofrece ante los defectos al nacimiento. Para ello era necesario distribuir folletos en los que se señalaba una descripción concisa de los diagnósticos que maneja el SinDis, por ejemplo, labio y/o paladar hendido, luxación de cadera congénita, trastornos del metabolismo, defectos osteomioarticulares, defectos del tubo neural, enfermedad hemorrágica del recién nacido y padecimientos oculares.

El abordaje del psicólogo consiste actualmente en diversas actividades encaminadas a la atención personalizada, las cuales se enuncian de la siguiente manera:

- 1) Durante la hospitalización se lleva a cabo una primer entrevista con el padre o madre, la cual consiste en la presentación del psicólogo y del programa SinDis.
- 2) Se realiza un rastreo de los factores de riesgo para asesorar sobre medidas preventivas sobre defectos al nacimiento y su posible seguimiento del equipo multidisciplinario del SinDis.
- 3) Se realiza la labor de acompañamiento terapéutico a los padres de familia de los pacientes durante la hospitalización de éste.
- 4) Para fomentar la asistencia a las pláticas de Red de Padres se recurre al apoyo de trabajo social, quien da una pequeña invitación impresa en la que se señala el horario, lugar y día. Esta invitación se proporciona un día antes, a la hora de ingresar a la visita mientras realizan su registro de ingreso al cunero.

Al abordar a los padres de manera individual no se lograba cubrir a todos de los padres de los pacientes de cuneros y de las terapias (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [UCIN], Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales [UCIREN] y Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica [UTIP]) por lo que se planteó que además del abordaje personalizado se les convocara en un espacio donde todos tuvieran acceso a la misma información respecto a la prevención, tratamiento, y seguimiento de sus hijos. Tratando de que el contenido de las pláticas cubriera las expectativas de sensibilización, información, orientación y asesoría que permitiera el cuestionamiento y compromiso de lo que corresponde el rol paterno.

Entre los resultados observados a partir de las actividades de la Red de Padres se obtuvo la participación activa de los padres, puesto que generan preguntas a los médicos sobre las dudas, pronósticos y las alternativas que pudieran obtener para sus hijos. Ante su inquietud y el acto de fungir su rol paterno disminuye en gran medida la angustia y el frecuente estado melancólico. Y al disminuir éstos los padres posibilitan el continuar con el tratamiento de sus hijos.

Las pláticas de Red de Padres se orientan a que el padre y madre reconozcan el sentido de pertenencia que poseen frente a un grupo que comparte la particularidad de la hospitalización de uno o varios de sus hijos. Este sentido de pertenencia al grupo permite la posibilidad de identificar emociones comunes, actitudes e incluso proyectos de vida que manifiesten la necesidad de atenderse de manera especializada ante la intervención del psicólogo. La Red de Padres se constituye así como una red grupal en la que cada integrante legitima su rol paterno o lo construye a partir de las necesidades que su hijo pudiera presentar ante un diagnóstico de defecto al nacimiento.

El aspecto emocional es considerado en la Red de Padres como parte integral del individuo y de su actuación como padre o madre; si existe desorientación y ausencia en el seguimiento multidisciplinario que el SinDis plantea se ofrece el servicio de psicoterapia y de las actividades de Red de Padres para delimitar la problemática del padre o madre. La delimitación de la problemática se encontraría en función de la falta de información sobre el pronóstico del infante o de la cuestión emocional del padre o madre ante la información del diagnóstico. Ambas posibilidades se determinarían en las entrevistas que realizaría el psicólogo a los padres de familia que acuden al servicio de psicoterapia de la Red de Padres.

Otro de los resultados de las dinámicas de la Red de Padres es que después de un abordaje personalizado, de las pláticas y del conocimiento de la función del psicólogo, los padres de familia acuden al servicio de psicología y en consecuencia obtienen más argumentos personales e informativos para el adecuado seguimiento de su hijo. Estos resultados se identifican en el incremento de la consulta externa de las especialidades que ofrece el SinDis.

Como conclusiones la función del psicólogo en el equipo multidisciplinario constituye un elemento básico en la intervención multidisciplinaria del SinDis al aportar el espacio terapéutico y la difusión del servicio psicológico entre los padres y madres responsables de los cuidados del recién nacido. Con el reconocimiento del psicólogo en el hospital se facilitan diversos procesos de intervención tanto para el médico, enfermera, trabajadora social y padres de familia. Al tomar en cuenta la condición integral del humano como ser biopsicosocial se identifica la necesidad de atender el aspecto emocional y social de los usuarios.

Asimismo, al identificar el aspecto emocional se contribuye al funcionamiento adecuado de los integrantes de una familia que constituyen una sociedad. Y viceversa, si se detectan factores sociales dentro de la institución hospitalaria que afectan el funcionamiento integral de una o varias personas será de vital importancia examinarlos para contribuir al adecuado funcionamiento tanto de la institución como de sus objetivos para la sociedad que utiliza esos servicios. A partir de incluir a los padres tomando en cuenta sus inquietudes, dudas, preguntas y participación formaron parte del equipo de salud que pretende prevenir, tratar y atender la salud integral de la familia. La promoción y prevención se vuelve una cuestión que se comparte entre el servidor de la salud y los usuarios activos para una producción colectiva de la salud. Los conocimientos y responsabilidades compartidas entre la institución hospitalaria y los usuarios (padres de familia) sirven para cuestionar, generar y organizar acciones preventivas.

De esta manera se comprueba que así como cada persona está constituida de manera integral (biopsicosocialmente) de igual manera quienes constituyen la institución de servicios de salud funcionan de manera integral al incluir a los usuarios como el principal motivo del servicio y adquisición de conocimientos.

CONCLUSIONES

El servicio de psicología del SinDis funciona igual al espacio terapéutico en el que la palabra del sufriente se despliega para atestiguar al sujeto o a la falta de sí. La intervención psicológica se orienta a dar paso a la palabra del sufriente mediante la figura del psicólogo que porta el lugar del Otro, considerando que el Otro permite la función simbólica de ser el soporte para el sujeto, el discurso del sufriente surge como testimonio que sostiene la causa de su estado de sujeto.

Cuando se hace mención del "Otro" es en referencia a lo que en la obra psicoanalítica de Lacan se señala como el que facilita la introducción del infante en el registro de lo simbólico ante su vinculación y atribución de ser un semejante. El Otro subjetiviza al considerar la presencia del sujeto; y el sujeto es determinado por el Otro a partir del significante que este último le aporta. Mediante el proyecto planteado de la Red de Padres

es posible localizar el lugar del Otro como institución y al sujeto como el usuario de la institución. En el que la organización de la institución y la participación del usuario se realiza de manera horizontal al considerar que los resultados y beneficios sean a partir de la participación conjunta. El Otro (la institución de servicios de salud) aporta un soporte con las funciones y servicios que ofrece siempre y cuando le da el lugar al sujeto como parte indispensable de sus objetivos y resultados, mientras que el sujeto se atribuye como usuario al hacerse partícipe en los servicios que solicita. Para el psicólogo el identificar su función dentro de una institución cualquiera le posibilita determinar su posición y ejercicio como representante de los objetivos planteados de la misma. Y al delimitar su campo de acción se construye y proyecta la importancia de su quehacer y participación en la institución.

Como Jacques Lacan comenta: se trata de subrayar la importancia de la intervención de un Otro en la constitución del sujeto y sus implicaciones a partir de su introducción como sujeto en el orden simbólico mediante el significante: “El significante, les dije en otro momento decisivo, se distingue del signo en el hecho de que el signo es lo que representa algo para alguien, mientras que el significante es lo que representa a un sujeto para un ser significante.”¹³

Mientras haya un significante del Otro, habrá movimiento del deseo de cura y por tanto de una causa que sostiene o argumenta su síntoma de sufrimiento; es decir, el objeto que causa el sufrimiento como síntoma (objeto a). Pero para que ésto suceda, será necesaria la intervención de un “Otro” que pueda accionar la identificación del sujeto con el objeto perdido permitiéndole un examen de realidad, “Quiere decir, indisolublemente, que el sujeto, allí donde nace, se dirige a lo que se llama brevemente la forma más radical de la racionalidad del Otro. Este comportamiento no tiene, en efecto, ningún otro alcance posible, sino el de integrarse en el lugar del Otro, en una cadena de significantes que tienen o no el mismo origen, pero que constituyen el único término de referencia posible para la huella convertida en significante.”¹⁴

La condición por la que podría constituirse un sujeto es a partir de la falta que le indica el Otro a partir de que funciona como quien le aportará la cura: efecto que provocará la causa de su sufrimiento (objeto a) a partir del despliegue de su palabra, con lo que es sujeto u objeto.

“Si a se llama a en nuestro discurso, no es sólo por esta función de identidad algebraica de la letra que se predicó un día, sino, para decirlo humorísticamente, porque es lo que ya no se tiene. Por eso este a que en el amor ya no se tiene, se le puede reencontrar por vía regresiva en la identificación en forma de identificación con el ser. Por lo que Freud califica exactamente con el término regresión el paso del amor a la identificación. Pero, en esta regresión, a permanece como lo que es, instrumento. Es con lo que se es que se puede tener o no, por así decir.”¹⁵

¹³ Lacan, J (2004). Seminario X La angustia (1962-1963). Sesión del 12 de Diciembre de 1962. Argentina: Paidós, pág. 74.

¹⁴ Ídem pág. 75-76.

¹⁵ Lacan, J. (2004). Seminario X La angustia (1962-1963); Sesión del 23 de Enero de 1963; Paidós, pág. 131.

El psicólogo será aquél que pueda fungir como el Otro que proporciona el lugar en el que la escucha y la intervención terapéutica le atribuye al síntoma un sentido que es posible retomar como signifiante que genere la cura tanto en el cuerpo como en lo que respecta a la angustia como síntoma. El lugar del psicólogo implica la posibilidad para el sufriente de colocarse como un sujeto, ya sea como padre o responsable de lo que para él representa ser un sujeto que determina la dirección de lo que aspira ante las circunstancias a las que se enfrenta.

Las necesidades y expectativas para los psicólogos que funcionan como un Otro son los elementos determinantes del lugar que habrán de ocupar como el principal agente de la intervención.

La elaboración de un diagnóstico general y la localización de las expectativas del sufriente es en cierta manera lo más importante, ya que de ello depende el tipo de intervención que el psicólogo realizará. Si en el ámbito médico la enfermedad es entendida por la evidencia de los síntomas físico-químicos, donde el cuerpo del sujeto es atendido para suprimirlos y volverlo al estado antagónico de la enfermedad; para el médico el síntoma es a lo que generalmente se reduce el sujeto. Mientras para el psicólogo el sujeto no puede ni debe reducirse al síntoma que presenta, lo que le interesa es también lo que lo constituye como sujeto enfermo y lo que para él implica su estado.

Retomando el sentido de la pérdida para el sujeto enfermo y para quienes se ven afectados por la misma, es necesario identificar cuál es la solicitud del paciente ante la asistencia que proporciona el psicólogo.

Por último, es importante señalar que la intervención psicológica no puede asemejarse en nada a lo que realiza la psicofarmacología o la medicina, ya que no se trata sólo de suprimir al síntoma psíquico, sino de abordarlo para orientarlo a su origen y causa que le permita al sujeto enfrentar la adversidad a partir de su palabra.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1976). *Duelo y Melancolía* (1917). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976). *Introducción al Narcisismo* (1915). *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1976). *La Identificación*. En: *Psicología de las masas y análisis del yo*; (1917). *Obras Completas*. Vol XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (2004). *Seminario X La Angustia* (1962-1963). Argentina: Paidós.
- Nasio, J. D. (1992). *Cinco lecciones sobre la Teoría de Jacques Lacan*. España: Gedisa.
- Nasio, J. D. (2004). *Los gritos del cuerpo, psicósomática*. Argentina: Paidós.
- Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA 2000 Prevención y Control de Defectos al Nacimiento; 31 de Octubre de 2001; Diario Oficial de la Federación; México, D.F
- Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Argentina: Paidós.
- _____, (2005). *El paciente, el terapeuta y el Estado*. Argentina: Siglo XXI.
- Tamayo, L. (2004). *El discipulado en la formación del psicoanalista; un aporte del psicoanálisis a la pedagogía*. México: Editorial Sello de Agua.
- SINDIS Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Servicios Integrales para la Prevención y Atención a la Discapacidad, Versión Preliminar en: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/publin1/index/assoc/HASHb7a1.dir/doc.pdf>

Sección III

Reflexiones

Capítulo 9

Del encuentro entre psicólogos y médicos en el hospital

Laura Ruth Lozano Treviño¹

INTRODUCCIÓN

Este capítulo se propone analizar el encuentro entre dos profesionales que en la actualidad coinciden en el campo de la salud. Uno con un largo historial y el otro recién formado.

El lugar donde se lleva a cabo el desarrollo es el hospital. Hasta hoy, la salud en general y los hospitales en particular, son lugares donde se ejerce la medicina; sin embargo los cambios en los patrones de morbilidad han llevado a cuestionamientos sobre el Modelo Biomédico de Salud que se practica en éstos y sobre los profesionales que debiera incluir. Es en estas condiciones que los psi son convocados y buscan intervenir.

Es posible decir que la “psi” abarca a todos aquellos que desde la psicología o el psicoanálisis realizan su ejercicio profesional en un hospital, ya que sus orientaciones teóricas y en consecuencia las formas de intervención, son diferentes. Sin embargo se tomará, pues por un lado fuera del gremio, en general, no son reconocidas y por otro, las mencionadas diferencias serán objeto de otro trabajo.

De acuerdo al diccionario² la palabra encuentro se define como: “Acto de coincidir o cruzarse en un punto”, “acto de encontrarse”. Como se verá médicos y psi (psicólogos, psicoanalistas, psicoterapeutas) coinciden y cruzan en un hospital; en ocasiones coinciden al atender a los enfermos, pero muchas veces existe contradicción en su hacer, pues a sus prácticas les subyace el dualismo

¹ Maestra en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), UNAM.

² Alonso, M (1981). Diccionario del español moderno. Sexta edición. España: Aguilar, p. 415.

cartesiano mente-cuerpo, una de cuyas interpretaciones dio lugar al Modelo Biomédico de Salud en el cual el médico interviene sobre el cuerpo enfermo y deja de lado el sufrimiento del paciente en cuanto a experiencia subjetiva de la enfermedad.

Para ubicar brevemente el espacio del encuentro se recurre a Porter (2004, p. 209), quien plantea que el hospital moderno es a la medicina lo que la catedral a la religión; agrega que “es el corazón de la empresa, el lugar en el que se practica la medicina al nivel más avanzado, especializado, innovador, complejo y ¡costoso!”, situación que no fue siempre así pues “los hospitales premodernos eran muy distintos de los de hoy” la llegada de los médicos a los hospitales fue paulatina. Los hospitales se abrieron a los estudiantes de medicina y los casos de algunos pacientes fueron utilizados como material docente; los nuevos enfoques basados en “la exploración física, la anatomía patológica y la estadística” contribuyeron a que el hospital dejara de ser un lugar de beneficencia, atendido por monjas, para convertirse en el motor de la medicina moderna.

Los hospitales absorbieron la mayor parte de los recursos sanitarios de los países y se convirtieron en el baluarte del poder de la élite médica pues “para entonces la profesión había conseguido tener el control absoluto sobre esas instituciones y la confianza en su liderazgo se vio reforzada por una ideología que proclamaba que los avances en las ciencias biomédicas eran símbolo de progreso” (Porter, 2004, p. 28).

DEL ENCUENTRO EN SU ACEPCIÓN “ACTO DE ENCONTRARSE”

El encuentro específico del que se tratará es el que se ha realizado entre los médicos de un hospital público de la Secretaría de Salud de México y estudiantes de psicología.

Desde el 2001, grupos de estudiantes de 7o. y 8o. semestres de la carrera de Psicología de la FESI, UNAM, han realizado prácticas de servicio social en un hospital de segundo nivel del Distrito Federal. Desde entonces cada año, varios estudiantes se inscriben en diferentes servicios hospitalarios en los que buscan integrarse al equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, estudiantes de medicina), para atender lo psicológico/subjetivo, introducir cierta “escucha” que tal vez modifique la que usualmente se usa de los pacientes hospitalizados, los familiares y, poco a poco, la de los miembros del equipo de salud. Es decir, se asiste con la disposición de responder a cualquier demanda que se pueda recibir de los diferentes equipos médicos o de enfermería del hospital.

Después de algunos años de haber iniciado la actividad, ésta continúa a pesar de algunas dificultades inherentes a la vida institucional y tal parece que podrá progresar durante un tiempo más. Al finalizar el periodo de asistencia³ se plantea la pregunta: “¿Cuándo llegarán los nuevos psicólogos?”. Y cuando llegan los que participarán en el nuevo ciclo: “Qué bueno que ya llegaron, nos hacen falta”.

¿En qué les faltan los psicólogos? ¿Cómo ven la intervención del otro profesional y cómo ven la propia respecto a su impacto con el enfermo? ¿Qué ha pasado con unos y otros?

³ Los psicólogos asisten dos veces por semana durante las mañanas (aproximadamente 4 h. cada día) de acuerdo al calendario oficial de la UNAM.

Para poder aproximarse a las respuestas de estas preguntas, se realizaron entrevistas con médicos (jefes o coordinadores de servicio) en las que se abordaron varios temas: el primero referido al acto médico, en referencia a su trabajo y los pacientes, y acerca de lo que piensan de las actividades que realizan los psicólogos en el hospital. Este último punto es el que se analizará a lo largo del capítulo.

Para dar cuenta de lo que ha sido la experiencia para los psicólogos se analizaron los informes y/o autoevaluaciones del trabajo en el hospital que entregan al final del año escolar; en particular lo referente a la localización o no de un lugar en el hospital y a su relación con los médicos y enfermeras.

Se introducirán algunos fragmentos del discurso hablado y escrito de los dos profesionales referidos a algún aspecto para dar cuenta del encuentro o desencuentro entre ellos y su posible explicación.

1. El lugar del encuentro

La mayoría de los médicos se preparan para trabajar en los hospitales. Desde el inicio de su formación comienzan a asistir al hospital. Seguramente algunos abandonan la carrera de medicina en ese momento, pero en lo general parte del atractivo de ser médico es estar ahí, de manera que cuando ingresan rápidamente ubican su lugar y tareas; son aceptados como parte del gremio y comparten éstos el estatus de su profesión.

Los psicólogos, en su mayoría, no se visualizan trabajando en un hospital cuando inician la carrera de psicología; los programas de formación incluyen un curso de psicología de la salud y dentro de éste se aproximan a la psicología hospitalaria; por ello para los estudiantes a los que se hace referencia en este trabajo, la actividad en el hospital resulta en un principio pesada y turbadora. ¿Qué esperan de ellos los otros profesionales? ¿Qué esperan los enfermos y sus familiares? Son las primeras preguntas que escuchan. Lo que se les demanda, en un principio aparece indefinido y al unirlo con las fantasías que habían hecho de su hacer, les parece exagerado. Esperan que su lugar en este ámbito les sea señalado por los otros profesionales de la salud, pues carecen del referente de otro psi que se los indique.⁴

“... el hecho de estar en un hospital no es fácil y te deja una gran experiencia tanto profesional como personal. Aprendes a cuidar y valorar tu salud y a ser más sensible ante los problemas de las personas. Además conoces la dinámica de un hospital y esto te da pauta a saber cómo debes relacionarte con el personal y qué actividades puedes realizar como psicólogo.”

En ocasiones, debido a la falta de experiencia, se les va el tiempo en ir y venir cuyo sentido no atinan a explicar; o bien, son criticados por lo acertado de la intervención que se les propone o bien el reclamo de más teoría. Ante la supervisión grupal que se les ofrece,

⁴ En el hospital no hay psicólogos adscritos (de planta).

inician las rivalidades entre ellos mismos, que obstaculizan el objetivo de la misma. La mayoría de los psicólogos no han hecho ni una psicoterapia ni un trabajo personal de psicoanálisis. En esas condiciones acceder ya no a analizar, sino a cuestionar lo que les está pasando debido a su asistencia o intervención en el hospital resulta una labor lenta y que no todos logran; en ocasiones se posibilita por situaciones (algo que se escucha de un paciente, la muerte de algún enfermo), que les provocan una producción sintomática muy obvia. Uzorskis (2002, p. 261), señala que el profesional psi “pocas veces reconoce la propia impotencia o la simple dificultad. Y es sabido que a veces la estrategia de los profesionales que trabajan en instituciones apunta a lo imposible como una forma segura de no llegar a nada.”

“Sinceramente al ingresar al hospital no tenía claro cuál era el papel del psicólogo en un hospital y eso me causaba algo de miedo, porque no sabía que tenía que hacer; pero poco a poco de acuerdo a las necesidades que noté en mi servicio fue como fui encontrando mi lugar...”

“... me encontré con casos que nunca esperé ver; muy difíciles e impactantes para mí, unos hasta en contra de mis creencias y aún así aprendí a que no me afectarían como persona y entendí que como psicóloga me iba a enfrentar a muchos casos así, pero después de esta experiencia me siento más segura.”

La relación con las enfermeras y trabajadoras sociales les resulta generalmente más estrecha, más de iguales; además, de que las enfermeras son las que favorecen en mayor medida su integración a los diferentes servicios hospitalarios, presentándolos con los médicos adscritos, residentes e internos y quienes con mayor frecuencia, por su contacto continuo con los pacientes, les solicitan atención para alguno en particular.

“Buena, en Medicina Interna me costo más trabajo que en Geriátrica relacionarme con el personal, pero yo creo que por fin logramos mantener una relación buena en los dos servicios tanto con médicos como con enfermeras”.

“...lleve una muy buena relación con las enfermeras y con los camilleros, era muy cordial y trataba de apoyarme en ellos para conocer los estados de los pacientes y los tipos de enfermedad... son muy amables, accesibles y alegres. Con los médicos fue buena, pero no muy cercana, en realidad los veíamos poco y en general siempre estaban ocupados, incluso llegué a hacer amistad con algunos, pero como los rotaban tenía que comenzar de nuevo, y con quien siempre que nos topábamos me saludaba con una sonrisa y muy amablemente, fueron...”

2. Los médicos parecen coincidir con los psicólogos

Los médicos coinciden con los psicólogos en que estos últimos escuchan a los pacientes y familiares y esto tiene un impacto en la relación de los enfermos con ellos:

“la mayoría de los pacientes se queja de que no se hable con ellos... la terquead, falta de atención... hubo mayor relación con nosotros”

Este aspecto les resulta muy importante pues a partir de la creación de la fiscalía médica y la promoción de los derechos de los pacientes, viven en amenaza constante de ser de-

mandados judicialmente por los pacientes; centran el objeto de la mencionada demanda en que se les acusa de no hablar con los pacientes. Por otra parte contribuiría a ubicar el problema de “escuchar a los pacientes, de hablar con ellos” si conocieran que en la demanda se desliza el deseo, pero que éstos tienen una estructura de falla que hace que lo que se demanda no sea siempre lo que se desea (Lacan, 1966) y que este deseo insiste en ser escuchado: un dolor que no encuentra explicación pues los órganos están sanos, alguna respuesta inexplicable a la “conocida eficacia” del medicamento, falta de adherencia a los tratamientos, demandas injustificadas de estudios e incrementos cuantitativos de los medicamentos, etc. Además, les parece algo inasible en la relación del paciente con ellos, que en ocasiones los incomoda, sin entender porqué y que no tienen manera de nombrar pues desconocen el concepto psicoanalítico de transferencia, que les permitiría orientar su intervención.

El impacto de la intervención del psicólogo en la condición del paciente se reconoce sólo como facilitador de la intervención médica:

“...realmente son extremadamente útiles, ayudan a liberar la presión para que no explote; gente que llega agresiva los psicólogos se acercan, hablan con los pacientes o con los padres; dejan de ser papás conflictivos, ayudan... se nota cómo los problemas no van a mayores, en la recuperación se nota el impacto.”

“Los psicólogos tratan de platicar con el paciente y los familiares, tienen más tacto, lo toman como confesor; con la información que le da el psicólogo al médico busca otra manera de abordar al paciente...”

“...entender, ser escuchados, ellos reemplazan, entablaban diálogo, abrió brecha... la mayoría de los pacientes se quejan de que no se habla con ellos...”

“han engrasado la vía donde va la máquina del tratamiento; abordaje personal, particularizado, el paciente llega muy confortado”

“estoy seguro que (el trabajo del psicólogo) es importante porque el paciente requiere ser escuchado...”

Cuando se les preguntó si habían solicitado la intervención de algún psicólogo para un enfermo comentaron:

“Cuando se solicita interconsulta, en ocasiones se piensa que el solicitante quiere deshacerse del paciente”.

“... yo paso mi visita, soy cuadrado, yo lo veo bien por lo que yo pregunto: cómo durmió, pregunto lo que a mi me interesa... no si estuvo llorando, si su hijo... el psicólogo podría observar de manera diferente al paciente y me podría decir si pasa algo...”

Algunos reconocen que no pueden solicitar la intervención del psicólogo porque no observan al paciente, ven la parte del cuerpo que están atendiendo; entonces cómo saber si el paciente requiere otra atención. Por ello, algunos sugieren que el psicólogo pase visita con ellos para que sea él quien mire a la los ojos al paciente, haga las “otras” preguntas: significado de la enfermedad, angustias, problemas familiares, laborales, económicos, etc.

Para los estudiantes de psicología el porqué del efecto de su “charla”, “entrevista” y “plática” con el paciente se les escapa. La pregunta “¿qué le digo o le voy a decir al paciente?”, los detiene los primeros días de su asistencia al hospital, en la entrada de cada

habitación, hasta que un día, frente a la cama de un paciente, “padecen el no entender, evitando la prisa de la supuesta comprensión”⁵ y entonces algo pasa con el paciente, su discurso cambia o bien dice darse cuenta de algo que no había visto o pensado. Entonces, las afirmaciones sobre su quehacer que les suenan sin sentido lo encuentran: “Tu herramienta es la escucha y trabajamos con la palabra, sobre todo la del paciente, déjalo hablar, lo que importa no es lo que tú le digas sino lo que él te diga”.

3. Lo que pide el médico al psicólogo

“... cuando los psicólogos platican con los pacientes se quejan menos... me resolvían la bronca”.

“En cualquier actividad los resultados son más creíbles si están escritos; no me entendieron por qué les quiero pedir cosas médicas a los psicólogos... les pedía que cuantificaran sus acciones (es decir establecer un diagnóstico y mejor si se acompaña de un tratamiento), me platicaban en forma cualitativa sus acciones, ellas no están educadas así”.

“... ayudar (al paciente) a ir tolerando el tratamiento”.

El médico le solicita al psicólogo que sea él quien hable con el paciente, quien reciba las palabras que hablan de los sentimientos, de las ansiedades, de las dificultades. Además dadas las necesidades de categorización de los diagnósticos y de estandarización de los tratamientos médicos (recuérdese aquello de la medicina basada en la evidencia; que algunas corrientes psicológicas pretenden emular), se les piden datos, diagnósticos, tratamientos; la manera singular con la que cada sujeto puede portar la enfermedad no les interesa.

Los psicólogos no saben cómo responder a estas demandas, su acercamiento a una forma determinada de hacer ciencia los coloca en un lugar de falla, de carencia. No convencidos de su hacer, del acto que realizan, se sienten mal por no establecer un diagnóstico después de la entrevista con un paciente y por no determinar el tratamiento a seguir; ante ello mejor se alejan o se quejan diciendo “que el médico no sabe nada de psicología”.

4. Lo subjetivo/psicológico del paciente.

La singularidad del caso, la hace a un lado el médico porque no sabe cómo contener al paciente ni qué hacer con su angustia. Por otra parte tampoco sabe qué hacer con la propia:

“Hay pacientes muy manipuladores, no nos los podemos quitar de encima para nada, caemos en hacer lo que nos piden, aunque nos demos cuenta que no es necesario: recetas, interconsultas, resonancia magnética, y lo pide uno y con ello se van malgastando los recursos”,

“el paciente pediátrico me transpone a mis hijos, se pierde objetividad”.

⁵ Uzorskis, B (2002). La clínica de la subjetividad en territorio médico. Argentina: Letra Viva Editorial. p. 262.

En la actualidad muchos médicos se ven en la “obligación” de solicitar estudios y pruebas de laboratorio ante la posibilidad de demandas por errores diagnósticos. Detrás de esto, está probablemente una parte implícita de no saber qué hacer con la transferencia que el paciente les deposita, y que era sostenida en la relación médico-paciente anterior a la incorporación intensiva de la tecnología.

Los psicólogos (muchos de ellos) tampoco trabajan la transferencia y además, con frecuencia, en la atención de los pacientes se ven confrontados con una historia propia que desconocen; en algunos casos sus propias reacciones les resultan incomprensibles (un brote de angustia ante la muerte de un paciente en el hospital, dolor de cabeza al finalizar una entrevista), la práctica de la supervisión ofrecida, el espacio de un grupo de reflexión, poco a poco son rescatados y utilizados; el escuchar y poner palabras, también es para ellos... esto es un descubrimiento pues como se dijo muchos psicólogos no se han “tomado una cucharada de su propia medicina”.

“Creo que lo más difícil es la experiencia de que un paciente a quien estás viendo y que no te lo esperas, muera, no sólo por la tristeza que la muerte de un ser humano puede provocar, sino por la responsabilidad que sentí en ese momento, y por la impotencia de no poder haber hecho más, y la incertidumbre de saber si de haber hecho más, las cosas habrían sido diferentes, creo que eso fue lo más difícil, aceptar que no somos omnipotentes, ni perfectos, y que a veces podemos cometer equívocos o que a pesar de nuestros intentos por hacer lo mejor posible, no siempre salen las cosas como uno quiere”.

“...era un espacio de reflexión personal (la supervisión grupal e individual), que he llegado a aprender que es importante para el psicólogo conocerse bien y saber cuáles son sus puntos fuertes y débiles.”

5. ¿Qué relación han tenido los médicos y los psicólogos?

Hasta el momento los médicos ven la labor del psicólogo secundaria y paralela a la que ellos realizan y les reclaman un reconocimiento y de alguna manera subordinación, fundados de manera explícita en que son ellos los responsables del enfermo, pero en lo implícito de su discurso, en el hospital son ellos los que mandan:

“se requiere tacto al decir... vienen (los psicólogos) como si fueran responsables de los pacientes, cierto tono altanero, vienen a reclamar... eso rompe el trabajo”.

“cuando se les dice (a los pacientes) tratamiento psicológico... hay gente que su vida es un conflicto, necesitan, no como tratamiento, hablar y que les ayuden a entender, a ir tolerando el tratamiento... También hay de psicólogo a psicólogo, consejos muy específicos como decir: ‘si ustedes no están bien, nunca se va a dar el embarazo’ no es tan así, no es tan determinante. Esos comentarios salen, un poquito de la realidad... no saben, son comentarios que meten ruido a lo que uno está haciendo”.

“Los psicólogos tienen que llegar e integrarse a nosotros (los médicos), no nosotros a los psicólogos”.

“se dieron a notar más porque se contactaron más con nosotros...”.

Para algunos ha habido impacto del trabajo de los psicólogos en los médicos:

“... para eso se necesita apertura tener ganas de abrir la mente... primero estar

presentes y segundo que participen en las sesiones clínicas haciendo comentarios, eso empezaría a sensibilizar”.

“En la curricula llevamos psicología, pero al inicio de la carrera; eso no trasciende cuando se ven los casos clínicos, cuando se tienen los pacientes... en el temario aparecen las enfermedades psicosomáticas no lo damos porque no me creo capaz de dar esa parte”.

Para los psicólogos la relación con los médicos se comienza a construir a partir de que encuentran su lugar en el hospital; eso generalmente se da cuando empiezan de manera sistemática a entrevistar a los pacientes y a comentar el resultado de las mismas con los médicos:

“buena, con los médicos con quienes he podido entablar en algún momento una conversación con respecto algún caso, he podido hacerles sugerencias con respecto a mejoras en la estancia de las pacientes.”

“Con el personal médico no tuve mucha relación, aunque se les invitó a las sesiones que realizamos, no mostraron mucho interés. Sin embargo, en la sesión en la que sí hubo participación de médicos y médicas, expresaron la importancia de nuestro papel dentro del hospital. Con el demás personal, enfermería, camilleros e intendencia, la relación fue empática, amable, de interés y de respeto”..

Los psi con sus intervenciones de diferente cuño parecen construir un puente entre el enfermo y el médico, pues reciben la palabra que el médico rechaza produciendo un efecto apaciguador o de contención de la angustia del enfermo, que lo prepara para la intervención médica. Cuando el psi logra comunicarse con el médico le transmite la otra parte de la demanda del enfermo, aquella que en su encuentro quedó en el aire, pero que insiste en cada oportunidad. En contadas ocasiones el equipo de salud habla con el psicólogo del impacto de su labor:

“He de mencionar que ha habido apertura por algunos de ellos, manifestando sentirse rebasados por las demandas de algunos casos, y cómo éstas, les produce estrés y agotamiento que van acumulando”.

TRES ANTECEDENTES PUNTUALES

Se describen los que contribuyen a explicar las condiciones y características del encuentro, en su acepción “acto de coincidir o cruzarse en un punto”, entre médicos y psicólogos en el contexto hospitalario:

1. Lo planteado por Freud respecto a quiénes debían ejercer el psicoanálisis; debían ser los médicos como señalaban las leyes austriacas o bien podían ser legos.⁶ En ¿Pueden los legos ejercer el análisis? (1926), defiende que no

⁶ Freud señala ¿pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial, que “legos” es igual a “no médicos”. En: Freud, S (1926) ¿pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial. Tomo XX, Obras completas. Argentina: Amorrortu: p. 171.

sean sólo médicos los que ejerzan el psicoanálisis, pues temía que éste fuera “fagocitado por la medicina y termine por hallar su depósito definitivo en el manual de psiquiatría”,⁷ ya que aunque reconoce que “la psiquiatría debería ocuparse de las perturbaciones de las funciones anímicas, pero se sabe de qué modo y con qué propósitos lo hace. Busca las condiciones corporales de las perturbaciones anímicas, y las trata como cualquier otro ocasionamiento patológico”.⁸ Cosa totalmente contraria a lo que Freud estaba planteando con la “joven ciencia”, como la llamaba, en la que se proponía no despreciar la palabra pues “el análisis es un procedimiento *sui generis*, algo nuevo y peculiar, que sólo puede ser conceptualizado con ayuda de nuevas intelecciones –o supuestos–”.⁹ Freud estaba articulando una nueva concepción para explicar los padecimientos de muchas personas, una forma de intervención e investigación. Mismas que implicaban: desechar el medicamento para responder a la demanda de los enfermos y en su lugar privilegiar la palabra; señalar la existencia de un cuerpo que es más que fisiología; reconocer la transferencia que se produce en la relación entre el enfermo y el médico y además darle un lugar al saber del paciente. Los legos ejercerían el psicoanálisis, pero por las características de éste y el avance en el camino tecnológico seguido por la medicina, se levantaría un muro entre los psi y los médicos que dejaría el territorio de la salud, sobre todo la salud física, del lado médico, olvidando que en las enfermedades médicas, aún las más orgánicas, lo subjetivo del enfermo debe ser atendido.

2. El acercamiento de la medicina a la ciencia moderna ha tenido aciertos innegables; la disminución de la tasa de mortalidad infantil por enfermedades infectocontagiosas y el aumento en la esperanza de vida de las personas son dos de los aciertos más importantes. En relación con esto y su cuestionamiento, es importante citar lo que Iglesias (1996, p. 4) señala:

“Los avances científico-técnicos en los diversos ámbitos de trabajo médico se han dado de manera acelerada y con un ritmo difícil de seguir. La mayor parte de estos cambios se hallan en relación con el avance técnico necesario para el ejercicio profesional en el que se aprecia cada día una mayor eficiencia, la que va acompañada de una disminución del sufrimiento y del dolor humano. Sin embargo, quizá éste no sea el mejor camino. El médico debería reparar en los objetivos de su actividad, pues posiblemente un sufrimiento relativo permita la sobrevivencia.”

En el camino científico de la medicina, la relación entre el médico y el paciente, central en la práctica médica, se fue convirtiendo en una relación de carácter casi puramente instrumental, con un intermediario omnipresente que es el medicamento y en la que el organismo enfermo, es un objeto pasivo sometido a múltiples manipulaciones externas. Subyace a lo anterior la

⁷ Freud, S (1926). *Ibíd*em p. 232.

⁸ Freud, S (1926) *Ibíd*em, p. 216.

⁹ Freud, S (1926) *Ibíd*em, p. 177.

concepción del cuerpo como inerte y la medicina como una práctica activa. Esta concepción que es la que sobresale en la actualidad ha dejado de lado otra en la que existe consciencia del poder limitado de la medicina, en la que se concibe al cuerpo vivo y dinámico, con capacidad de conservar su estructura y regular sus funciones y en la que, si el organismo posee poderes de defensa, ello obligaría a la prudencia, colocando a la medicina y a sus practicantes, por un tiempo, en espectadores (Canguilhem, 2004). Al omitirse ésta concepción y dejar de lado la parte doctrinaria que hacía de la medicina un arte, para avanzar en la introducción de la tecnología desarrollada por la industria farmacéutica, la cual proporciona los medios (medicamentos y aparatos diversos) y con ello las preguntas adecuadas, no para el sujeto enfermo, sino para los aparatos y medicamentos, la mirada del médico se ha postrado en un cuerpo hecho de tejidos, órganos, músculos, huesos, y ha reducido al enfermo, organismo viviente y sujeto, a la condición de puro cuerpo orgánico, sin zonas erógenas, sin historia relacional, sin deseo (Lacan, 1966).

Algunos desde dentro de la medicina cuestionaron el camino por el que se avanzaba. Iglesias (1996), leyendo a Don Gregorio Marañón, señala que este médico entrañable y sabio en su libro: *La medicina y nuestro tiempo* (1959), “crítica el cientificismo, la tendencia a la prescripción de lo reciente que se confunde con el medicamento de patente, las fantasías de la medicina de ser generadora del alargamiento de la vida media del hombre actual. En fin, el avance científico de la medicina abre el camino para adoptar una actitud dogmática ante los conocimientos y prácticas de antaño que en última circunstancia pueden haber caído en desuso, pero no en descrédito”. Agrega además que Marañón al hablar del porvenir de la medicina, señalaba que algunos hallarán nuevos caminos, pero que para los demás el deber es el de hacer “una medicina sin supersticiones científicas; una medicina, en fin, clara, cordial y modesta; o, antidogmática”.¹⁰

3. Los cambios en la concepción de la salud y de la ineficacia de los procedimientos médicos para responder al nuevo patrón de morbilidad, sobre todo de los países desarrollados, y de la cada vez más evidente desigualdad del acceso a los servicios sanitarios condujo a un cambio en el Modelo Biomédico de Salud a uno Biopsicosocial. Cambio que se ha operado más en el discurso de las organizaciones de la salud que en la práctica del médico¹¹; pero que sin embargo sirvió de impulso al desarrollo de áreas de la psicología como son la psicología de la salud, la psicología social de la salud, por mencionar algunas. Así el psicoanálisis se avanzó en la creación de una “clínica de la subjetividad en territorio médico”¹² sobre todo en el ámbito hospitalario.

¹⁰ Iglesias al citar al Dr. Marañón plantea, como ya se vislumbraba desde mediados del siglo XX, lo que podría pasar con la medicina y lo que él sugiere como el deber de los médicos en: Iglesias, L (1996). *Antropología médica. Una visión del hombre enfermo y la medicina*. México: Tiempo y obra, p. 9.

¹¹ La formación profesional de los médicos en las escuelas de medicina sigue priorizando el Modelo Biomédico de Salud; el biopsicosocial se aborda en algún curso introductorio y para justificar la asignatura, aislada y puntual, de psicología médica (cfr. Los programas de las carreras de medicina de las diferentes universidades).

¹² Esta forma de nombrar, sobretudo la intervención de los psicoanalistas en los hospitales, se toma del título de libro de Benjamín Uzorskis.

CONCLUSIONES

A pesar de lo dicho anteriormente sobre el cambio básicamente discursivo al Modelo Biopsicosocial de Salud, es preciso reconocer que este movimiento abrió la puerta a la intervención de los psi (psicólogos, psicoanalistas, psicoterapeutas) más allá del diagnóstico posibilitado por la aplicación de técnicas psicométricas y que en la mayoría de las ocasiones era solicitado por el psiquiatra. Además, de que se ha reconocido cada vez más, que gran parte de los problemas de salud de las sociedades actuales se relaciona con estilos de vida, características de personalidad, etc. Al mismo tiempo, la importancia que se ha concedido al bienestar y calidad de vida de las personas que muchas veces se ve deteriorada por las consecuencias psicológicas y subjetivas de la enfermedad.

Para el psicoanálisis también el cambio en el modelo de salud tuvo su impacto; pues a pesar del corte que Freud efectúa con la medicina por las diferencias que encuentra entre ésta y el análisis, éste ha encontrado un espacio en el “territorio médico”, pues como señala Pujó (1998): “los cotidianos impases de la clínica médica, la imposibilidad de efectivizar la completa desubjetivación que alienta en ella el progreso de la ciencia, sitúan un espacio que, como analistas, nos solicita a intervenir”; situación que se presenta sobre todo en las sociedades en las que el psicoanálisis ha permeado la cultura.

Sin embargo, el lugar del psi en el “territorio médico” no termina de concretarse, ni para aquéllos ni aún para ciertas psicologías y psicoterapias, que se apoyan en el discurso científico, y que están teniendo reconocimiento entre los médicos.

En México, todavía, la presencia de los psi en el ámbito sanitario en general y en el hospitalario en particular es mínima; la mayoría de los hospitales no cuentan con servicio de psicología. En los que sí existe el servicio, los psicólogos realizan diversas actividades haciéndose cargo de lo expulsado por la práctica médica, que sólo escucha del enfermo “cuide esta crisis, enfermedad, cuerpo doliente” y no la parte implícita de la demanda: “he aquí nuestro drama, nuestro miedo, culpa, goce”. Los médicos que perciben esto son los que se acercan discretamente, los que aceptan o reconocen la necesidad de la intervención del psi.

Hasta hoy, y tal vez por mucho tiempo más, las instituciones de salud y hospitales, son territorio médico. Las personas que se sienten enfermas, aunque sea de cuestiones que califican como “nerviosas” o que las hacen sufrir sin encontrarle una causa, visitan al médico de quién esperan bienestar. Cuando la enfermedad requiere hospitalización no cabe duda de que quien debe atenderlo es el médico. Es un efecto claro de la medicalización de la salud que atraviesa la cultura en México y de la que es difícil escapar. Siendo así, el psi ingresa en el hospital para asistir pacientes que consideran que su padecimiento se debe, exclusivamente, a un órgano enfermo y que han realizado su demanda de atención/curación al médico y que por ello son primero, pacientes del médico.

La situación cultural del psi, asociada para muchas personas con la enfermedad mental o la locura, contribuye a la dificultad que acompaña la inserción del psi en el campo de la salud; lo cual se anuda con el hecho de que a pesar de ocupar un lugar de saber para el paciente, la sanción del médico no es suficiente para producir la decisión de buscar la atención del psi. Cuando el médico llega a reconocer que hay “algo” que él no podrá atender en su consulta y sugiere la intervención del psi, el enfermo mismo puede negarse a solicitarla.

Asimismo, es preciso reconocer que dado que hasta casi mediados de los años setenta del siglo pasado, el papel del psi en el campo de la salud se centraba, la mayoría de las veces, en la evaluación psicométrica de los pacientes con enfermedades mentales, su formación para trabajar en el campo de las enfermedades médicas y en el ámbito hospitalario, requiere ser enriquecida.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, M. (1981). *Diccionario del español moderno*. Sexta edición. España: Aguilar.
- Freud, S. (1926). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? *Diálogos con un juez imparcial*. Tomo XX, Obras Completas. Argentina: Amorrortu.
- Iglesias, L. (1996). *Antropología médica (Una visión del hombre enfermo y la medicina)*. México: Tiempo y Obra.
- Lacan, J. (1966). Intervención en la Mesa redonda sobre: el lugar del psicoanálisis en la medicina. Publicada en español en México por la *Revista Artefacto* núm. 7, año 2000.
- León, J.M. y Medina, S. (2002). Psicología social de la salud. *Fundamentos teóricos y metodológicos*. España: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.
- Porter, R. (2004). Breve historia de la medicina. *De la Antigüedad hasta nuestros días*. México: Taurus.
- Pujó, M. (1998). Psicoanálisis y medicina. *Psicoanálisis y el hospital*, año 7, #14, 6.
- Uzorskis, B. (2002). *La clínica de la subjetividad en territorio médico*. Argentina: Letra Viva Editorial.

Capítulo 10

Consideraciones sobre las dificultades iniciales para implementar un dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario

*María del Carmen Rojas Hernández¹,
Blanca Susana Vega Martínez²*

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene el propósito de mostrar el contexto de origen de algunas de las dificultades en el que se inicia una intervención psicoanalítica —y que de alguna manera son inherentes a este proceso— con un paciente hospitalizado, aclarando que estas dificultades no son propiamente obstáculos a vencer, sino instancias a analizar detenidamente como un ejercicio necesario e imprescindible antes de iniciar un tratamiento en estas condiciones.

Para orientar este análisis dichas dificultades se conceptualizan en dos grandes vertientes: la primera se entenderá como la estrictamente clínica, en la que se reflexionarán, analizarán y propondrán sesgos de lo que compete a la práctica clínica propiamente dicha, aquí cabe el análisis de las particularidades del dispositivo psicoanalítico, la problemática metodológica, así como la fundamentación epistemológica implicadas; en la segunda vertiente se analizará la trama contextual o histórica de la propia práctica, en ésta se reflexionará sobre el contexto social en el que se desarrolla dicha práctica, el devenir de las discipli-

¹ Doctora en Psicología y Educación. Profesora investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). Docente en Licenciatura y Posgrado. Carretera Central km 424.5. CP 78390. Teléfono (444) 8-16-35-23. E-mail carmen_59@yahoo.com

² Estudiante de Doctorado en Humanidades. Universidad Autónoma de Zacatecas. E-mail: susana-vega8@hotmail.com

nas en cuestión, las posibilidades y conveniencias de la interdisciplina, los intereses institucionales, los planteamientos académicos sobre los cuales los profesionales en formación detentan sus prácticas, etc.

A partir de lo anterior, la dilucidación de las dificultades que subyacen al inicio de una intervención clínica debe ser hecha a profundidad para que puedan ser puestas en perspectiva y a partir de un entendimiento amplio de estas dificultades —que anteceden y están presentes en el momento en que se requiere iniciar un primer contacto con el paciente hospitalizado— mejorar notablemente las posibilidades de intervenir en condiciones que redunden en beneficio del paciente.

La disertación sobre este tema surgió a partir de una práctica clínica realizada en un hospital en la sala de oncología, de la cual se derivó una tesis de maestría cuyas conclusiones mostraron ciertas posibilidades del dispositivo psicoanalítico en ese contexto, así como el análisis de las dificultades que en el mismo se presentan y que obstaculizan a menudo la atención psicológica que los pacientes requieren.

No se analizarán los detalles de dicha experiencia hospitalaria, y para desarrollar el tema propuesto se realizarán algunas puntualizaciones sobre los antecedentes históricos del trabajo de psicólogos y psicoanalistas en hospitales, es decir, se iniciará por precisar aspectos históricos de la vertiente de análisis a la que se llamará vertiente contextual o histórica para identificar el origen de algunas dificultades para iniciar un tratamiento o intervención psicoanalítica con pacientes hospitalizados. Estos aspectos históricos permitirán comprender con más amplitud ciertas circunstancias que se le presentan al psicólogo y al psicoanalista en el medio hospitalario para desarrollar su práctica. Es importante dejar en claro que por dificultades para iniciar una intervención de carácter psicoanalítico con pacientes hospitalizados no sólo se está aludiendo a las especificaciones y limitaciones propias del dispositivo psicoanalítico como práctica clínica, sino también al desarrollo o decurso histórico de una práctica y atención por demás necesaria, justificada y pertinente para el paciente en un hospital.

Para precisar la práctica clínica en el medio hospitalario, —planteada desde el psicoanálisis—, se debe entender como aquélla que puede propiciar en el paciente hospitalizado condiciones para conservar, o restablecer, el lazo social que se sostiene en el discurso³ y que le puede propiciar elementos para que los procesos relacionados con su enfermedad y hospitalización sean subjetivados.

Es imprescindible tomar en consideración que los pacientes que se encuentran internados en un hospital lo están debido a una enfermedad o lesión que afecta directamente lo real de su cuerpo, y que eso implica una dimensión subjetiva que toca de distintas formas las relaciones de él consigo mismo y con los otros, a un nivel consciente e inconsciente, es así que el hospital es para el paciente un lugar en el que los lazos sociales necesariamente se conmueven durante su estancia hospitalaria, tanto por la limitación real de las condiciones en las que una persona se relaciona con los demás, como por la pérdida de las particularidades de la relación con el propio cuerpo e imagen.

Para desarrollar este tema, especialmente en lo relacionado con las dificultades presentes en el inicio de una intervención psicológica y posteriormente en el proceso de im-

³ Tomado de la acepción de discurso que hace Lacan en el Seminario XVII: “el discurso es una estructura necesaria que excede a la palabra, subsiste sin palabras en formas fundamentales que no pueden mantenerse sin el lenguaje. Mediante el instrumento del lenguaje se instaura cierto número de relaciones estables, en las que puede ciertamente inscribirse algo más amplio, algo que va mucho más lejos que las enunciacines efectivas”. tomado de: <http://www.facmed.unam.mx/fm/cuerpofm.html>

plementar un dispositivo de intervención basado en el psicoanálisis, es importante aludir a las cuestiones históricas que, a manera de antecedentes, pueden contribuir a entender las dificultades que eventualmente han caracterizado al desempeño de los psicólogos en formación en los hospitales, y en su momento también al de los profesionales, por lo que antes de abordar el tema clínico es necesario realizar una reseña de carácter histórico de la forma en que ha iniciado esta participación.

VERTIENTE HISTÓRICA PARA CONTEXTUALIZAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS Y PSICOANALISTAS EN LOS HOSPITALES

En México, la identidad del psicólogo en los hospitales está ligada a la evolución de la propia profesión. En contraste con la profesión médica, el psicólogo es un personaje relativamente reciente y su incursión en el medio hospitalario no está exenta de las inconsistencias que la misma disciplina ha transitado como efecto de su devenir como tal. Para precisar lo anterior se aludirán algunos datos obtenidos del archivo de la facultad de medicina de la UNAM, en el que se documenta que dicha facultad tiene sus orígenes en el siglo XVI y que otorgó el primer grado de doctor en medicina en el año de 1553.

El surgimiento de la psicología como profesión tiene sus antecedentes en la historia moderna de la enseñanza de la medicina en México, de acuerdo al mencionado archivo de dicha facultad⁴, está relacionado con la incorporación de nuevas áreas de conocimiento y con la aparición de las primeras especialidades, por ejemplo, en 1888 se abren cursos en materias como *enfermedades mentales* y en 1910 se inaugura el Manicomio General, con lo cual la formación de los médicos incluye campos clínicos diferentes a los que tradicionalmente se habían planteado y ajenos aún a la presencia de personas identificadas a una profesión diferente a la del propio médico. De acuerdo a la misma fuente, en 1936 en la carrera de medicina se instituye el servicio social y se incluyen en el plan curricular algunas materias relacionadas con aspectos psicológicos y sociales; en 1960 se formaliza la figura de lo que se reconoce como el año de internado médico de pregrado, es decir, el ciclo académico teórico-práctico que se realiza mediante una estancia en un hospital, como parte de los planes de estudio de la licenciatura en medicina y que es requisito previo al servicio social y al examen profesional, por lo que se consolida el hospital como el campo privilegiado para la enseñanza de la medicina y en el cual, en consecuencia, el médico es la figura central.

Por otro lado, se mencionan algunos eventos importantes relacionados con la historia de la psicología en México como profesión, por ejemplo, la conformación de un primer plan de estudios en el nivel de licenciatura en los años 1958-1960 en la Universidad Autónoma de México (Colotta y Gallegos, 1978). Según estos autores, el reconocimiento de la psicología como profesión ocurre en el año de 1973, es decir, que el trabajo de los

⁴ Mónica Fudín, dice a propósito de las posibilidades de la intervención psicoanalítica en las urgencias hospitalarias que todo lazo social que pueda establecerse implica de alguna manera el poder utilizar esas diferencias (las diferencias propias del equipo multidisciplinar que participa en los hospitales) para establecerlas como un recurso más, como esbozos de transferencias donde y con quienes se puedan, de entretejer una red de contención para hacer frente al vacío.

profesionales de la psicología no tiene en México ni 40 años reconocido, en contraste con la profesión médica en el sentido moderno, que tiene una tradición de cuatro siglos.

A partir de 1970, en México, la identidad del psicólogo en México se fortaleció al parejo del desarrollo de la investigación básica y aplicada en el campo de la psicología, así como de la proliferación de centros de educación superior y de institutos de investigación en México (Galindo y Vorweg, 1985), desde entonces a la fecha el número de escuelas y facultades que imparten la licenciatura, así como el número de estudiantes que la cursan aumenta constantemente, por lo cual diversos escenarios, por ejemplo el hospital, se han planteado como espacios necesarios para la formación de los alumnos.

La ANUIES (2003) reporta que de una matrícula de 2 995 alumnos que existía en el decenio de 1970, se incrementó a 39 982 en 1990 y en 2003 aumentó a 65 331. En estas condiciones la incursión del psicólogo en formación en los hospitales no tiene una identidad definida, ni están plenamente identificados los mecanismos de su inserción en dichas instituciones. Bajo estas circunstancias el propio psicólogo en formación porta una cierta imprecisión sobre su quehacer, asimismo el personal médico y de enfermería no tienen claridad sobre lo que pueden esperar o lo que pueden demandar de la intervención del psicólogo.

Las dificultades para plantear e iniciar un tratamiento basado en un dispositivo psicoanalítico con enfermos hospitalizados

Respecto a las mencionadas imprecisiones sobre su quehacer que a menudo acompaña al psicólogo o al psicoanalista en su práctica en los hospitales, influyen muchos factores, y no todos corresponden a lo relacionado propiamente con el dispositivo psicoanalítico. De lo dicho anteriormente, los antecedentes históricos de la participación de psicólogos y psicoanalistas en el medio hospitalario explican algunos aspectos que faltan por determinarse por los propios profesionales que no pertenecen al área médica, una identidad profesional que trabaje en dos sentidos básicamente, en primer término que el propio profesional tenga claridad sobre su quehacer, defina y diferencie su práctica de la de los médicos, esto para que, en consecuencia, los demás profesionales puedan también tener claridad sobre lo que pueden esperar de ellos y sobre la importancia y pertinencia de su intervención para mejorar las condiciones generales del paciente hospitalizado.

Estas dificultades que corresponden a la identidad disciplinaria y a la formación metodológica, así como al campo epistemológico deben ser atendidos de manera considerable en la formación académica de dichos profesionales y en la medida en que se solidifiquen se reflejará en el desempeño de estos profesionistas en los hospitales y por tanto su participación e intervención serán demandados ante necesidades específicas, por el propio personal médico y paramédico —abriendo las posibilidades de un campo interdisciplinario que no ha sido aprovechado en beneficio de los pacientes— así como por los enfermos hospitalizados y sus familiares.

Retomando las dificultades, ya no de otro orden sino las que tienen que ver con los elementos de su práctica clínica, específicamente en el caso del enfoque psicoanalítico, la más evidente tiene que ver con que su metodología y operatividad no corresponden, por definición, no por carencia, a un modelo objetivo o positivo, como el propio de otras disciplinas que participan en la atención hospitalaria de un paciente, como es el caso de los médicos o del personal de enfermería e inclusive el de psicólogos cuya práctica se fundamenta en modelos positivos pertinentes para el estudio del comportamiento como en el caso de la propuesta del enfoque cognitivo-conductual, o la de la neuropsicología.

Las posibilidades de un dispositivo psicoanalítico en pacientes hospitalizados se pueden crear en tanto se asuma que las intervenciones planteadas desde dicho dispositivo estén orientadas en impactar al paciente en un plano simbólico, es decir en su subjetividad, a partir de que otro le escucha y le habla con el propósito de que mediante el lenguaje se sostenga su conformación psíquica, el sentido de su vida y su relación con los otros, a pesar de los procesos de enfermedad y dolor que ocurren en su cuerpo, por tanto, la palabra queda como el elemento privilegiado de este dispositivo.

La intervención terapéutica dirigida a producir efectos en la subjetividad de los pacientes, —es decir, en el plano simbólico propio del lenguaje y por tanto distinto a la intervención directa en lo real del organismo del paciente—, tiene dificultades fundamentales porque se concibe y produce en un sentido diametralmente opuesto al de las tecnologías médicas que se usan en los hospitales, justamente porque se ocupa de atender aquello que la ciencia deshecha como objeto de estudio y atención, es decir, el sufrimiento, los deseos, las pasiones, los temores, los recuerdos, en suma, la historia del paciente en su singularidad. Esto no sería posible mediante tecnologías o instrumentos que intermedien, sólo se requieren el lenguaje y la escucha en una relación transferencial.

Por lo anterior, los instrumentos utilizados —como tests o los recursos lúdicos en el caso de los niños—, son sólo apoyos colaterales al tema central del dispositivo, la palabra, el lenguaje como elemento del discurso que mantiene al sujeto en sociedad —es decir, textualmente enlazado— con los demás; por eso, hablar con el paciente, representa en este tipo de intervención, mucho más que una actividad que pudiese anteceder a otros procedimientos, como suele ser la entrevista preliminar en otro tipo de enfoques, y se constituye en el espacio en el cual se cultiva el propósito central, preservar en el paciente, aun bajo esas circunstancias de enfermedad e internamiento, la condición de sujeto, que en tanto hablante, se mantenga articulado, constituido psicológicamente, y en consecuencia, capaz de retomar —en esos espacios en los que habla y no es para el que lo escucha un organismo enfermo— sus deseos, recuerdos, inquietudes o temores sobre lo que le acontece.

En un sentido ortodoxo se suele pensar que para desarrollar este trabajo, se requiere de un encuadre particular, que con frecuencia puede ser interpretado como el espacio limitado del consultorio psicológico, bajo estas circunstancias podría concluirse que un paciente que está hospitalizado por una afección corporal y que por tanto no puede acudir a un consultorio psicológico, quedaría al margen de cualquier intervención psicológica y particularmente de una de carácter psicoanalítico, es decir, que un dispositivo psicoanalítico no tendría posibilidades de ser implementado para atender enfermos hospitalizados.

No compartimos esa posición, partiendo de que el dispositivo psicoanalítico tiene que ver con aquello del lenguaje que preserva o intenta restablecer las condiciones de posibilidad del lazo social⁵ del paciente y no de que esto dependa de lo que tradicionalmente se ha reconocido como un encuadre, sino de lograr reconstituir lo que la enfermedad, el dolor y el miedo a la muerte han abatido, esto es, el sentido de la propia vida y el lazo con los otros. En suma lo que se pretende es “entretejer una red de contención para hacer frente al vacío” (Fudín, 1997).

En estas circunstancias, esta forma de intervenir se inscribe bajo el argumento de que el sujeto no debe ser atendido sólo en su organismo, sino que necesita ser atendido también en esa dimensión que trasciende a su organismo y que afecta a su cuerpo como receptáculo de los efectos de su subjetividad, es decir, de sus sufrimientos, pasiones, an-

⁵ Real en la connotación que Lacan le da respecto a los tres registros en su teoría: Real, simbólico e imaginario.

gustias, temores, todas las manifestaciones que, aunque inicien en el cuerpo se desatan en el lenguaje y en ese mismo campo pueden encontrar los límites que le permitan restaurar el orden necesario para el bienestar del sujeto.

En nuestra experiencia en el trabajo hospitalario, al inicio el discurso del paciente versa en relación a la enfermedad que lo aqueja, sin embargo pronto toma otros matices y se torna hacia otros temas, ya no sólo el su dolencia sino que ésta se entremezcla y se articula con su historia, su cuerpo ocupa en su subjetividad un lugar diferente al que tenía registrado.

Desde esta perspectiva, el trabajo del psicoanalista en el hospital tiene lugar, y se desarrolla cuando a partir de éste, el paciente trata de darle un significado distinto para efectuar un proceso de desciframiento de su sentir, de su enfermedad y de su posición ante los acontecimientos que la enfermedad ha precipitado y así el dispositivo psicoanalítico, o sea, los recursos de los que un psicoanalista puede disponer adquieren condiciones de posibilidad.

Es entonces que a partir de que se establece contacto con el paciente, se pueden propiciar condiciones para recurrir a lo que se nombra como dispositivo psicoanalítico en la clínica hospitalaria, por eso se analizan, atienden y contextualizan las dificultades que subyacen al inicio de una intervención, pues este proceso puede ser el que marque en un sentido o en otro la dirección de una cura.

Es necesario puntualizar que por dispositivo psicoanalítico debe entenderse aquello de lo que el psicoanalista dispone para tratar de llevar al plano de lo simbólico lo que la enfermedad ha colocado como real⁶, como aquello intangible que no se logra atrapar con las palabras pero que con ellas, es posible ponerle un límite, es decir, que el tratamiento, o la intervención, es un proceso que busca simbolizar, o sea llevar al registro del lenguaje lo que duele —sea el cuerpo del paciente o sea la reactualización de lo doloroso de su historia— se trata de introducir al registro simbólico lo que fue excluido por estar inscrito como un sufrimiento en el cuerpo, es decir, de que esa simbolización permita al paciente subjetivar lo que le está ocurriendo, para que no se sienta codificado y poseído por la afección que le aqueja.

Aquello de lo cual dispone el analista para atender pacientes hospitalizados para propiciar esa subjetivación, tiene que ver con la palabra, pero también con la relación transferencial, implica en rigor, la misma ética que todo tratamiento psicoanalítico, es decir, la ética del deseo, entendida ésta como la que se ostenta a partir del reconocimiento de los límites que configuran los respectivos lugares de analista y analizante, entre los cuales hay una tercera instancia reconocida como ley, que prohíbe la satisfacción de las demandas y las necesidades, justamente para inscribirse en la dimensión simbólica que es inherente al deseo.

De lo anterior se infiere que una gran dificultad para iniciar una intervención psicoanalítica tiene que ver justamente con la relación transferencial, o dicho de otro modo con la falta de transferencia en tanto que ésta no pueda instalarse puesto que el paciente hospitalizado que debe ser atendido, en general, no ha pedido atención por parte del psicoanalista, si la transferencia es en un primer momento la designación —por parte del paciente hacia el analista— de un sitio de supuesto saber, esto será la dificultad más

⁶ Se considera acompañamiento terapéutico al proceso que implica la presencia del acompañante que se constituye en terapéutica al intervenir mediante la palabra y los actos, en diferentes situaciones en las que el paciente requiera sostén y contención.

importante en tanto que a falta de demanda no habrá tampoco, de inicio, lugar para el analista por parte del paciente, y resulta indispensable para que el dispositivo de que se sirve el psicoanalista para intervenir sea puesto en marcha –dispositivo que incluye las voces, palabras, silencios, gritos, las miradas, la presencia real del analista– y sostenido en la transferencia, es decir, en la instancia que funda y sostiene la relación terapéutica.

En nuestra experiencia encontramos que el acompañamiento terapéutico es uno de los recursos que en los hospitales puede ser usado ante esa dificultad específica del primer acercamiento hacia el paciente ante la ausencia de demanda y en consecuencia de relación transferencial, y que puede contribuir notablemente a resolver algunas de las dificultades iniciales que de no ser resueltas difícilmente permitirían un avance en la intervención.

Es importante establecer que el acompañamiento terapéutico no puede definirse por sí mismo como una relación analítica, de hecho es considerado como un tipo de abordaje que se puede utilizar en situaciones de crisis subjetiva, entendido según Barrionuevo (2007) como:

“momento en el que un decir no se articula, momento de corte, donde el sujeto no puede articular pedido, hay silencio respecto al malestar subjetivo, imposibilidad de poner palabras, entonces se hace necesario calcular desde dónde se produce esta ruptura y facilitar los caminos para hacer hablar la urgencia: ponerla en palabras.”

Es importante resaltar la utilidad del acompañamiento terapéutico para ese primer acercamiento al paciente tomando en consideración que no está en condiciones de establecer una demanda, ni tampoco de hablar sobre lo que le acontece y sobre los temores que está padeciendo simultáneamente a su enfermedad. El acompañamiento terapéutico es una posibilidad de abordaje y sostén al paciente con una severa afectación física o psíquica ya que mediante él se pueden generar palabras o actos que un paciente en ese trance no puede producir por sí mismo, por no estar en condiciones de sostener un lazo social o discurso dirigido a otro, de igual manera mediante este recurso un acompañante terapéutico se puede constituir en interlocutor y receptor de afectos. El acompañante terapéutico es justamente el que permite junto con el paciente que se reconstruya un vínculo con lo social, funcionando como un dispositivo que ayudará al paciente a reconciliarse con sus vínculos que en un momento le han parecido adversos. La apuesta en la clínica hospitalaria es que el paciente hospitalizado pueda entrelazar redes sociales que lo sostengan en lo simbólico y le den un lugar diferente frente a su enfermedad. Es buscar la posibilidad de que el sujeto en esas circunstancias ponga algún límite o freno que le permita bordear esos momentos de dolor.

Mediante este recurso inicial está la posibilidad de crear vías para soportar el sufrimiento con límites, para construir algo sobre un campo inmerso de dolor, para llegar a la posibilidad de conducir al mundo simbólico, por tanto, este recurso puede ser una vertiente para propiciar una intervención propiamente analítica con posterioridad, en pacientes en los que en primera instancia difícilmente se podría producir una situación transferencial.

CONCLUSIONES

Un tema fundamental en la práctica hospitalaria de psicólogos y particularmente de psicoanalistas son las dificultades para iniciar un tratamiento o intervención ya que estas dificultades son de diversa índole; se han agrupado en dos grandes vertientes, una que

abarca las circunstancias propiamente clínicas y otra contextual o histórica cuyos detalles y particularidades parece que deben ser cuidadosamente analizados y tomados en cuenta para iniciar en las mejores condiciones una intervención psicoanalítica.

El dispositivo psicoanalítico puede ser utilizado en el medio hospitalario a pesar de las dificultades clínicas y contextuales que puedan prevalecer, estas condiciones tienen que ver con la puesta en marcha en un contexto transferencial de dicho dispositivo, que al inicio, con frecuencia no existe como tal sino que estos primeros contactos pueden realizarse en una modalidad de acompañamiento terapéutico y que conforme el paciente —apoyado en este acompañamiento— está en condiciones de hablar y de establecer una demanda, se posibilita el echar a andar una intervención de corte psicoanalítico.

Es fundamental dejar claro que este dispositivo no implica procedimientos sistematizados ni predeterminados, que tampoco se determina *a priori*, sino que, en un sentido contrario, se trata de dar lugar a la convocación de la palabra del paciente en lo específico de su singularidad, es decir, se convoca a la subjetivación, en el plano del discurso y en la estructura del deseo, mediante los recursos del dispositivo que el propio psicoanálisis propone en cualquiera otra de sus aplicaciones clínicas.

Se propone hablar de un dispositivo psicoanalítico en el hospital como aquello que sirva al psicoanalista para trabajar con el paciente hospitalizado con el propósito de conservar o restituir su lazo social y su condición de sujeto de deseo. Por último las condiciones de posibilidad de dicho dispositivo no deben ser necesariamente creadas por el hospital, pues su funcionamiento se rige por otros discursos, estas condiciones tendrían que ser planteadas desde muchas instancias de orden institucional y social, pero también, y de manera ineludible, por quienes eligen realizar esta actividad profesional en el contexto hospitalario, mostrando la necesidad y pertinencia de atender a los pacientes en lo que queda excluido del campo de la medicina, mediante una práctica rigurosa.

Por tanto quien se interese en este campo de atención a la subjetividad de los pacientes hospitalizados, requiere conocer y entender el contexto hospitalario, los antecedentes de la actividad médica y las dificultades que deben superarse para iniciar los primeros contactos y consecutivamente las intervenciones, así como las complicaciones lógicas de planteamientos que difieren radicalmente del carácter científico y de la tecnología de punta que es inherente a la práctica de la medicina contemporánea y que no deben desalojar ni sustituir las prácticas clínicas que atienden en el plano meramente subjetivo a los pacientes hospitalizados.

BIBLIOGRAFIA

- Allouch, J. (1998). 213 ocurrencias de Lacan. *École Lacanienne de Psychanalyse*. México, D.F.: EPEL.
- ANUIES, (2003), Anuario estadístico 2003. *Licenciatura en universidades e institutos tecnológicos*. Consultado el día 29 de diciembre del 2007, en: http://www.anui.es.mx/servicios/e_educacion/docs/luit_peleiec03.pdf
- Assoun, Paul-Laurent. (2004). *La mirada y la voz*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Barriónuevo, R. (2007). *La especificidad del abordaje en el acompañamiento terapéutico*. Consultado el 15 de julio del 2008, en: <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11480>
- Colotta, V.A., Gallegos, X. (1978). "La psicología en México", en: R. Ardill (Ed.), *La profesión del psicólogo*. México: Ed. Trillas.

- Cosimi, A. (2003). "El discurso médico y los límites del psicoanálisis", en: *Analiticon*. Consultado el día 29 de diciembre del 2007 en: http://analiticon.bloginom.com/entry.php?u=analiticon&e_id=2261
- Deleuze, G. (1990). *¿Qué es un dispositivo?*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Dylan, E. (1997) *Diccionario introductorio al psicoanálisis lacaniano*. Argentina: Paidós.
- Foucault, M. (1975/1979). Vigilar y castigar. *El nacimiento de la prisión*. México: Editorial Trillas.
- Foucault, M. (1994). *O nascimento da clinica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. ([1888-1893]/1992). Algunas consideraciones para el estudio comparativo de las parálisis motoras orgánicas e histéricas. *Volumen 1. Obras completas*. Argentina: Amorrortu.
- Fudin, M. (1997). El Tiempo de la Urgencia. Ruptura del Lazo Social y Emergencia de una Ética. Emergencias. *Revista de las ciencias del hombre*". Número 9. Disponible en línea y tomado de ese medio en diciembre del 2007, http://www.drwebsa.com.ar/emergencias/nro_09/em09_06.htm
- Galindo, E. y Vorweg, M. (1985). Psicología en México. Ciencia y Desarrollo. No. 63, pp. 29-46. También en: *Psychologie in Mexiko*. Forum Kritische Psychologie. (Berlín, R. F. A.) (1984), No. 13, 102-124.
- Gómez, Ana M. (1999). *La voz, ese instrumento...*. Buenos Aires: Gedisa.
- Lacan (2003) Escritos 1. *El estadio del espejo como formador de la función del yo [ie] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Loss J.L., Rojas H. María del Carmen (2007). "Algunas puntualizaciones acerca de la ciencia y el cuerpo". *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. Vol. X, Marzo 2007, No. 1, 6-14.
- Lotufo de Wanstein, Alicia. "Psicoanálisis en un servicio de oncología". Consultado el día 30 de diciembre del 2007 en: http://www.psychoway.com/espanol/html/onco_pub.asp#up
- Nasio, J.D. (1998). *El libro del dolor y del amor*. España: Gedisa.
- Rojas H. María del Carmen (2002). Tesis de Maestría titulada: "Amor de transferencia y Eros Platónico". Facultad de Psicología. UASLP.
- Vega M., Blanca S. (2004). Tesis de Maestría titulada: "Imágenes, muertes y rupturas. Crónicas de un mal denominado cáncer". Facultad de Psicología. UASLP.

Capítulo 11

El hospital: Un lugar para la intervención psicoanalítica

Elisa Herrera Altamirano¹

LA TRANSMISIÓN UNIVERSITARIA DEL PSICOANÁLISIS

El psicoanálisis es un saber que se transmite fundamentalmente en la experiencia analítica. El solo conocimiento de la teoría no basta para llevar a cabo una práctica que pretenda fundamentarse sólidamente.

La transmisión es un traslado, una transferencia. No sólo tiene que ver con la idea de que alguien le brinde a otro algo, que pase de un lugar a otro, sino con las posibilidades y condiciones que tenga el receptor de escucharlo y recibirlo.

El modo de transmitir el psicoanálisis en la universidad pasa por el enfoque, por la mirada, por diversas perspectivas de análisis, incluso por la idea de un encuadre que corresponde a ciertos escenarios posibles y otros “imposibles”. Pasa, en ocasiones, por una idea instituida de una profesión perpetuada en modalidades estereotipadas de ejercicio de un rol.

Cuando Freud (1919) se cuestiona si ¿debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad?, nos introduce en un terreno paradójico, que muestra su vigencia cuando se reflexiona sobre el tipo de formación que se obtiene como estudiantes universitarios. Él afirma que el psicoanalista puede prescindir de la universidad para formarse como tal: en lo referente a lo teórico podrá estudiar los textos correspondientes y asistir a las sesiones científicas de las asociaciones psicoanalíticas, en lo tocante a la práctica será gracias al propio análisis y al control o guía obtenida de los psicoanalistas más reconocidos.

¹ Este escrito fue presentado por primera vez en las 2das. Jornadas de Psicoanálisis y Psicología Hospitalaria (2007) en la FES Iztacala, como resultado de las prácticas clínicas y la experiencia hospitalaria. A través del tiempo y la investigación, derivó en la tesis “El hospital: un lugar posible para la escucha analítica” (2009) con la cual obtiene Mención Honorífica y el título de Licenciada en Psicóloga Clínica por la Universidad Autónoma de Querétaro. Actualmente la autora trabaja como psicóloga en el Hospital donde se realizó esta investigación. E-mail: elisahaltamirano@hotmail.com

Pero ¿qué sucede cuando los textos psicoanalíticos son enseñados en el aula universitaria? ¿Se puede pensar que la universidad le otorga al psicoanálisis un reconocido lugar de importancia en la formación del alumno? y por consiguiente, ¿que su inclusión en la enseñanza está debidamente regulada, es decir, que cumple con un programa que satisfaga las necesidades de quien quiere formarse como analista?

Freud (1919) asegura que la universidad sólo puede beneficiarse con la asimilación del psicoanálisis en sus planes de estudio. Su enseñanza sólo podrá tener carácter dogmático-crítico, por medio de clases teóricas, ya que nunca, o sólo en casos muy especiales, ofrecerá la oportunidad de realizar experimentos o demostraciones prácticas.

La Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro, fundada en 1967, ha acogido al psicoanálisis durante alrededor de 30 años, consolidándolo -en 1982- como el eje rector de la formación de los psicólogos clínicos. Surge entonces un nombramiento especial que, por un lado, desahogaba el problema de la definición del egresado de esta facultad: Psicólogo Clínico con Orientación Psicoanalítica, y por otro, marcaba una posición política frente a posturas psiquiátricas y modelos clínicos neoconductuales.

En el fondo, la problemática de la diferenciación entre dos ámbitos de conocimiento, a saber, la psicología clínica y el psicoanálisis, sigue vigente no sólo en la confusión para el estudiante por su nombramiento al egresar (¿soy psicólogo o soy psicoanalista?), sino en los efectos y productos de su práctica como estudiante y profesionalista, al encontrar una sociedad que espera de él (universitario) una clarificación de ciertos aspectos del conocimiento llevados al contexto cotidiano.

Tal confusión se inicia en la formación universitaria y transita a lo largo de la enseñanza hasta alcanzar su reinicio, una y otra vez, por cada generación que egresa, en una sociedad que muy vagamente sabe -o no sabe- la diferencia entre el psicólogo y el psicoanalista. Parte de esta problemática radica en el hecho de que la transmisión del psicoanálisis en y desde la universidad no se aleja del todo de los parámetros ortodoxos y de falsas interpretaciones de su aplicación, además, es posible que no se haya logrado transmitir a la sociedad otra idea más que la de un psicoanálisis ortodoxo y con pocas posibilidades de ofrecer algo a las múltiples demandas sociales. Por consiguiente, los espacios de desempeño laboral ya estructurados por las instituciones, no dan cabida a lo que pueda tener que ver con el psicoanálisis por considerar que es imposible introducirlo en otros contextos que no sean los de la clínica privada.

El plan curricular de la Licenciatura en Psicología Clínica de la UAQ incluye el eje de prácticas clínicas como uno de los pilares de la formación, el cual busca establecer un espacio que brinde información sobre campos de intervención específicos y a la vez producir un acercamiento más inmediato con situaciones efectivas de acción. Esta intervención directa del alumno en espacios reales requiere de formación teórica previa, observación sistemática del campo donde se realiza la práctica y la correspondiente supervisión de casos.

A partir de este espacio curricular, es posible darse cuenta de que las formas de apropiación de la práctica clínica y la investigación, dan cabida al cuestionamiento de la manera en que se aborda el aprendizaje de la teoría. La participación de los estudiantes en la investigación, los foros, el debate y la producción escrita, así como la socialización de lo producido en la práctica y la transmisión del trabajo realizado, son vías por las que circulan las interrogantes que causa el psicoanálisis y que por momentos parecen quedar estancadas en la comodidad de afirmaciones cerradas.

Poner al alcance de la sociedad el trabajo práctico realizado, es una manera de transmitir, de pasar a otros algo de lo que hacen los alumnos, de compartir dudas, reflexiones,

contradicciones y retos, que si se mantienen en la intimidad, tendrán menor posibilidad de despejarse, de socializar. Colocar esta transmisión sólo del lado del maestro, del que sabe, obstaculiza la posibilidad de que el alumno ocupe también ese lugar² a partir de lo que realiza en sus intervenciones clínicas.

LA INTERVENCIÓN HOSPITALARIA

El estudiante universitario que realiza una práctica clínica en alguna institución, se encuentra en una posición privilegiada, pues abarca dos terrenos —por momentos contrapuestos— de manera simultánea, terrenos que por sí mismos ofrecen diferentes luces para el abordaje de las distintas problemáticas clínicas, pero que una vez llevadas al punto de encuentro, no siempre son compatibles.

A lo largo de año y medio del ejercicio de práctica clínica en el Hospital General de Querétaro³, se me presentó la inquietud de desarrollar una investigación que parte de la intervención cotidiana con los pacientes hospitalizados, de los enigmas que el tipo de trabajo realizado produce y de la validez o garantía que la labor pueda estar teniendo en términos de lo que se pretende sostener: una intervención con efectos psicoanalíticos, un encuentro con un sujeto. Al mismo tiempo, el constante cuestionamiento acerca del saber-hacer, se ha sustentado en la idea de que es en la práctica clínica donde se pone a prueba el manejo teórico y el trabajo analítico personal trasladado al espacio profesional, donde se pretendería sostener una posición de escucha analítica.

La labor como practicante consistía, fundamentalmente, en la atención a pacientes en el área de consulta externa y en la realización de entrevistas clínicas a pacientes en cama o a sus familiares en las diferentes áreas del hospital, con una frecuencia de dos veces por semana.

Las entrevistas eran guiadas por un formato preestablecido otorgado por el departamento de psicología de la institución que incluía datos generales del enfermo y/o sus acompañantes, motivo de la hospitalización, observaciones del caso y sugerencias. El resto de la entrevista podía dirigirse con libertad de práctica. En mi caso, movida por el interés hacia las propuestas clínicas del psicoanálisis, me centraba en lo que el método analítico

² Al respecto, Carmen Cuellar (2004) comenta que la posición de la transmisión en psicoanálisis, del pasar a otros, a un público abierto, fuera del consultorio, requiere que aquel que transmite sólo lo puede hacer desde el lugar del analizante, analizante en el psicoanálisis en extensión. Tal posición permite que entre en juego la posibilidad de la verdad en el error y el poder contrariar todo intento de síntesis, cierre o conclusión, dejar abiertos los posibles sentidos a lo dicho, a lo enunciado. (...) Esto, trae como consecuencia que aquel que supuestamente se encuentra en posición de escuchar lo transmitido esté en posibilidad de construir no sólo sus propias respuestas, sino sobre todo sus propias interrogantes, justo a partir de que no hay conclusión, a partir de poner en duda la creencia en un saber que llene el vacío.

³ El Hospital General de Querétaro es público y pertenece al gobierno del Estado como parte de la Secretaría de Salud; se inauguró en 1963, es considerado un hospital de segundo nivel de atención; cuenta con aproximadamente 80 camas censables y 45 no censables. El departamento de Psicología forma parte de Consulta Externa, que a su vez depende de la subdirección del Hospital. El espacio físico del departamento y la delimitación de las funciones del psicólogo en la institución de salud, han sido objeto de diversos cambios y modificaciones como producto del tiempo y trabajo de estudiantes, practicantes y egresados, que tratan de incluirse en las actividades que estas instituciones médicas realizan. La presencia del psicólogo en la institución hospitalaria ha ido en aumento, aunque el reconocimiento hacia él sigue siendo uno de los grandes objetivos por lograr.

proponía, a saber, que el analizante hable y que el analista brinde una escucha del inconsciente.⁴

Respetando siempre la particularidad del caso, la entrevista puede bastar con invitar al paciente a que tome la palabra iniciando con alguna pregunta que surge en el momento del encuentro -tal vez sobre el motivo de su estancia en el hospital-, de este modo el paciente comienza a hablar y se despliega en la cadena significativa algo de su historia o de su propio sufrimiento, se inicia entonces un diálogo donde el sentido de lo dicho por el sujeto se pone en juego gracias a la escucha analítica y su puntuación.

En el reporte de la entrevista brindada a la institución, no era necesario especificar mayor detalle sobre lo ocurrido en el encuentro ni sobre los temas hablados, más bien el censo de los datos estaba orientado al registro de los pacientes atendidos por el departamento y a la detección de casos graves para darles seguimiento.

En la mayoría de los casos se realizaba una sola entrevista por paciente, pues el encuentro con ellos estaba condicionado por la incertidumbre temporal de su permanencia en el hospital, es decir, era casi imposible saber cuándo serían dados de alta, trasladados a otro hospital o en algunos casos si fallecerían en el transcurso de la semana. Por esto, la mayor parte del trabajo estaba enfocado al encuentro particular con el sujeto, en donde el enfermo tuviera la posibilidad de subjetivar en la medida de lo posible sus actos, procurando acompañarlo a transitar los caminos que una internación hospitalaria le propone... (Fudin, 1997, p. 1).

El hospital permite desarrollar formas de intervención en el campo psicológico, pues brinda la posibilidad de tener un acercamiento profesional con personas que sufren psíquicamente a raíz de enfermedades somáticas. Además, el sufrimiento emocional de los enfermos y sus familiares, las enfermedades crónicas y la muerte, así como el impacto que todo esto causa en el enfermo y en el personal de salud que labora en el hospital, son una ventana a la intervención en el plano subjetivo.

Ahora bien, ¿cuál es el lugar que tiene el psicoanálisis en la medicina?, ¿qué alcances y limitaciones puede llegar a tener el trabajo psicoanalítico en la institución hospitalaria?, visto como un espacio sanitario, institucional, asistencial y administrativo: el hospital ¿qué condiciones y circunstancias permite para que lo que se ha dado en llamar "acto analítico" pueda ser sostenido?

La institución hospitalaria, que históricamente representó un ámbito de segregación y separación de los necesitados, enfermos e indigentes, y deviene pronto un lugar efectivo de asilo, albergue y protección, mantiene a través de los tiempos una parte de su antigua función: constituye un espacio donde el dolor y el sufrimiento buscan encontrar un destinatario, excediendo en mucho la dimensión estrictamente médica, en el sentido al menos en que la ciencia ha determinado sus límites en la modernidad (Pujó, 2000, p. 1); así, el hospital se convierte en un campo entrecruzado de demandas dirigidas a algún lugar, expresadas a veces por el propio sujeto o por sus impredecibles voceros.

Darle un lugar al psicoanálisis en el hospital, significa -entre otras cosas- no fundirlo en lógicas que no le corresponden, sino respetar su ética -la del deseo inconsciente- y su

⁴ Es importante reconocer que la posición subjetiva del practicante no es la de un psicoanalista definido por Lacan (1967) como el paso de psicoanalizante a psicoanalista debido a la terminación de un psicoanálisis. No hay práctica analítica si no hay psicoanalista, sin embargo, la supervisión de los casos y la experiencia analítica personal del practicante le aportan una suerte de cercanía y borde a lo que tiene que ver con el psicoanálisis, y por tanto a su formación. Siempre hay un psicoanalizante antes de que haya un psicoanalista, así que es inevitable transitar por esta posición.

método –la asociación libre-. El médico en el hospital, se encuentra con problemas de la vida, la muerte y el deseo, pero esto les concierne a los psicoanalistas en primer lugar (Aubry, 1966, p. 8).

El paciente que ingresa al hospital es visto por un profesional de la salud que observa el aspecto orgánico desarrollado ante sus ojos. El médico buscará, diagnosticará, comprobará y mediará, pero difícilmente podrá hacerse cargo de la persona que sufre, que está conflictuada emocional y existencialmente; el médico, por su formación profesional no está capacitado para atender estas demandas.

Recordemos a Freud (1919) cuando hablaba de la importancia del psicoanálisis en la formación médica universitaria: Con justa razón, en los últimos decenios se ha criticado la formación del médico por orientar unilateralmente al estudiante hacia la anatomía, la física y la química, dejando de señalarle, en cambio, la importancia que poseen los factores psíquicos en las manifestaciones vitales, en la enfermedad y tratamiento. Tal laguna de la formación médica se hace sentir más tarde como un flagrante defecto en la actuación profesional, que no sólo se expresa en la falta de todo interés por aquellos problemas que son, precisamente, los más interesantes en la existencia del ser humano, sea sano o enfermo, sino que también entorpece la acción terapéutica del médico, al punto de que el enfermo se mostrará más susceptible a la influencia de cualquier curandero o charlatán.

El médico tiene una función y un personaje, a través de las épocas ha respondido a una categoría de prestigio y a un papel de autoridad. La medicina, hoy proclamada científica, tiene sus fundamentos en una gran filosofía y en una serie de doctrinas por las que opera. La medicina entró a su fase científica, debido a que nació en tiempos donde el mundo exige los acondicionamientos necesarios en la vida de cada uno, proporcionales al papel que juega en la ciencia, presente para todos en sus efectos (Lacan, 1966, p. 16).

El médico en cierta forma responde a la demanda de la ciencia, ésta a su vez, coloca en primer plano el derecho del hombre a la salud que responde a una organización mundial. El hombre, por su parte, pide algo al representante de la salud, quien le ofrece una respuesta desde el lugar del saber.

Es común que al médico se le asigne el papel integral del otrora médico familiar y gracias a esa asignación por parte de las familias, se comienzan a establecer nuevas relaciones y de distinto carácter entre los enfermos, los médicos y las enfermeras. Es una generación de nuevas relaciones, donde no puede dejarse de lado el manejo de las de carácter humano, y por tanto de algo que le concierne al campo psi (Royer, 1966, pp. 12-13).

El paciente, al ingresar al hospital, pide al médico algo que va más allá de sus dolencias, es un pedido a nivel subjetivo que desde lo psicoanalítico es posible ofertar una escucha, pues lo que aparece sintomáticamente a nivel corporal no parece conformar la totalidad de la realidad.

En este sentido, Lacan (1966) resalta la importancia de la significación de la demanda, donde se ejerce propiamente hablando la función médica y se introduce la estructura de la falla entre la demanda y el deseo: fuera del campo de lo que es modificado por la beneficencia terapéutica hay algo que permanece constante y todo médico sabe bien de qué se trata. Cuando el enfermo es enviado al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él únicamente la cura. Pone al médico a prueba en cuanto a si lo sacará de su condición de enfermo, lo que es absolutamente distinto, porque esto puede implicar que él está por completo apegado a la idea de conservarla. A veces vienen a solicitar que se le autentifique como enfermo, en muchos otros casos viene, de la manera más evidente, a pedir que le conserven su enfermedad, que lo traten de la manera que a él le corresponde, la que le permitirá continuar siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad.

Lo que se pretende, entonces, es propiciar un momento particular en el cual pueda emerger un sujeto que hable de lo que le ocurre y que alguien, posicionado en una escucha analítica, funja como presencia simbólica frente a ese sujeto sufriente, posibilitando que algo de lo abrupto del accidente o la enfermedad pueda inscribirse en el registro subjetivo. En este sentido, el deseo, que a nivel del lenguaje está más allá de la consciencia, valida su existencia a partir del inconsciente, adquiriendo una dimensión en el discurso que escapa al sujeto en su estructura y efectos.

Lacan en 1953 y a lo largo de su obra hasta 1981, sostuvo la idea de que toda realidad humana está organizada por tres órdenes: RSI –(Real, Simbólico, Imaginario), e incluso que la estructura del sujeto estaba constituida por ellos. Esto permite entender la idea de una topología del sujeto que está en relación a sus superficies y límites fundamentales, a sus relaciones recíprocas y a la manera en que se entrecruzan y en que se anudan, como pueden plantearse problemas que no son simples problemas de interpsicología sino de aquellos en efecto, cuya estructura concierne al sujeto en su doble relación con el saber (Lacan, 1966, pp. 22-23).

En este sentido, tomando como base la escucha analítica, e inevitablemente dando cuenta de que la institución médica, al privilegiar el cuerpo fisiológico difícilmente deja lugar para el cuerpo subjetivo, la apuesta en las entrevistas es apuntar a dar lugar a una presencia simbólica que va más allá de “estar ahí físicamente”, es una presencia que resta o inscribe algo del estado de sujeto.

La duración del encuentro con el paciente en el hospital, las condiciones del espacio físico y la presencia de la enfermedad, entre otras cosas, se presentan no previamente anunciadas, por el contrario constituyen lo abrupto, lo inesperado y sorpresivo del Real con el que también el psicoanálisis se topa de frente y no puede huir sin ser afectado.

El psicoanálisis, como clínica de la palabra, busca situarse en la intersección de otros discursos, busca un espacio posible donde desarrollar la clínica de lo imposible, la clínica de lo Real, es decir, tener la posibilidad de devolverle al sujeto la envoltura imaginaria y simbólica de su cuerpo sobre la real de su enfermedad, para poder hacer un retorno del cuerpo medicalizado al cuerpo erogeneizado (...). La intervención “psi” debe apuntar a permitirle al sujeto salir de la pasividad, de la inhibición que le impide preguntar, que no da lugar a la duda, al enigma, y así, pueda conquistar nuevamente su palabra plena (Cherchover, 2000, p. 2).

La singularidad del caso que en medicina queda anulada por su mirada diagnóstica, la escucha psicoanalítica, en cambio, busca propiciarla desde la vigencia del plano subjetivo, escucha eso precisamente: dar lugar y cabida al dolor, al silencio, a la soledad, a la angustia, al grito, a la risa, a la reflexión y la duda, permite movimientos de efectuar subjetiva, que no pueden lograrse de otra manera, ni con otra función (...) efectos subjetivantes que se desprenden de la función de escucha analítica (Reyes, 2006, p. 3).

Los efectos que esta posición puede producir, cosas simples que pasan desapercibidas por algunos, marcan la diferencia con otras clínicas y a la vez hacen del paciente de la cama “x”, una persona con nombre propio, viviendo una situación particular, afectado por ella y confrontado a esa realidad que puede jugar como parte aguas en su vida.

La apuesta en este campo es intentar hacer que el “encuadre” pase, de un marco estructurado, a ser un encuentro estructurante (Colman, 2001, p. 25), se trata de generar las condiciones para que se despliegue una escena donde se pone en juego el decir y la escucha analítica.

Cuando el enfermo logra significar o resignificar lo que le ocurre desde otro lugar, no como víctima de una enfermedad o un accidente sino como parte activa, como sujeto

deseante, se está accediendo al restablecimiento de la dimensión del deseo como el acto más subjetivo que existe; la emergencia de la fantasía no como paralizante sino como algo que cuestiona al enfermo, lo sitúa en un lugar subjetivo privilegiado.

El médico, concebido en el tiempo como una autoridad fisiologista, se dedica a atender la enfermedad del cuerpo pero sin desconocer del todo la necesidad de atender lo concerniente a las relaciones humanas con el enfermo y sus familiares. En ocasiones escuchar al médico puede ayudar a distinguir lo que él mismo tiene como portador de la demanda del paciente, quien puede no estar en condiciones de formularla y se hace valer de ciertos voceros. La dimensión de la demanda y el deseo juegan en cada caso un papel fundamental. Dice Raimbault (1966) que es importante considerar el discurso del médico, no como máquina de diagnosticar o como robot terapéutico, sino como un sujeto tomado por el discurso inconsciente, que determina su respuesta al sujeto enfermo y su conducta terapéutica.

Desde esta óptica, cuando los médicos reconocen y piden ayuda a los profesionales psi del hospital para atender algún caso en particular, se confirma la importancia de tener una dinámica de trabajo en conjunto, que satisfaga las demandas físicas y psíquicas del paciente en condiciones de enfermedad o internación, sin tratar de pretender ocupar el lugar del médico en su relación con el paciente ni viceversa.

Es evidente que reducir el psicoanálisis a una imagen elemental de caricatura (consultorio- analista-diván), coartaría la posibilidad de trabajar desde sus fundamentos de forma distinta, aplicados a las circunstancias del hospital por ejemplo. El psicoanálisis se define clínicamente por su particular forma de escucha del paciente, de las formaciones de su aparato psíquico y fundamentalmente de las modulaciones inconscientes que de él emergen o están en su base. (...) Si se posiciona como psicoanalistas existiendo o pudiéndose generar una demanda de escucha y de análisis por parte del paciente, se estará haciendo psicoanálisis, más allá de las múltiples variaciones técnicas que la situación exija, en términos de su propia especificidad (Perrés, 1997, p. 10).

No se trata de ortodoxismos, tampoco de arriesgados eclecticismos, no se trata de la aplicación de técnicas como ritos o de la readaptación del individuo al conjunto social, no es una clínica de fórmulas y reglas, es más bien hablar de un sujeto sometido al mundo del deseo, sometido al exterior regido por el lenguaje en medio de una situación contingente o azarosa como lo puede ser la salud, la enfermedad, los accidentes y la muerte. Se trata de seguir la regla fundamental del psicoanálisis: que el paciente hable, que el analista escuche. Se trata de recibir y acoger, de someterse a la escucha de la palabra del sujeto si está en condiciones de dirigirla, de acompañar, de estar presente, de saberse expuesto. El psicoanálisis brinda elementos fundamentales⁵ para pensar, la clínica a aquellos que pretenden que nos coloquemos en el lugar de escucha; la técnica se sostiene sabiéndose sometido al otro, quedando en juego la propia posición subjetiva, tomando su sentido pleno desde la experiencia psicoanalítica misma.

⁵ Los elementos que el psicoanálisis nos brinda parten de un fundamento principal: la existencia del deseo inconsciente. No se refiere a técnicas específicas o a maneras de hacer o intervenir en situaciones particulares, más bien a seguir el método propuesto por Freud y a estar advertidos de que existe material psíquico que va más allá de la conciencia en sus efectos; si no se le brinda a éste un espacio de escucha analítica, nada garantiza que cese su insistencia en el sujeto.

EL ANÁLISIS DE UNA POSICIÓN

Todo aquél que asume un nombre, en este caso el de médico o psicoanalista, se coloca en una posición determinada que implica la toma de una postura, una actitud, un modo de pensar o una forma de operar frente a algo.

Cuando se reflexiona sobre el trabajo de un psicoanalista en una institución de salud, donde los profesionistas que trabajan en ella son predominantemente médicos, es necesario tener en claro ciertas diferencias en la posición que cada uno acata. Por ejemplo, entre otras cosas, lo que se refiere a la concepción que se tiene del cuerpo desde la óptica médica y psicoanalítica.⁶

Por otro lado, la idea de la posición de la que se viene hablando, puede referirse también a estar localizado en un determinado lugar a nivel subjetivo, es decir -y siguiendo los planteamientos psicoanalíticos-, en función del deseo inconsciente. Esta posición puede modificarse, entre otras cosas, gracias a la experiencia de análisis o a una intervención que brinde la posibilidad del movimiento subjetivo.

Los distintos escenarios de acción de los profesionistas están determinados en su funcionamiento por el tipo de servicios que otorgan, por las actividades que realizan y por las tendencias de pensamiento que los rigen, sin embargo, no todo contexto y no cualquier profesionista -por ejemplo el médico- da cabida a una escucha que suscite algo en el plano del sujeto.

La institución pública de salud, al ser una dependencia del Estado, asume una posición que la define y que va acorde con las políticas e ideologías de aquello que la sostiene. Está sometida al acatamiento de recursos que el Estado le suministra, poniendo su función estructural en juego ya que por lo general se procura la rentabilidad y en ocasiones se descuidan las demandas sociales, que dan cuenta del desgarramiento que existe entre las necesidades y el mínimo de recursos requeridos para su desarrollo. En este sentido, ¿se cree que el hospital público es parte de una política de mercado?

El psicoanálisis aporta un grado considerable de subversión al sujeto y la sociedad, pues hace temblar las posiciones instituidas y perpetuadas de muchos organismos públicos o de sus profesionistas que en ocasiones se muestran casados con teorías y lecturas de la realidad que contribuyen al buen funcionamiento de la comunidad, pero que opacan poco a poco al sujeto y su deseo, quien a pesar de todo, sigue mostrando su resistencia de diversas formas.

Dufour (1997) dice al respecto que el sujeto muestra señales de oposición a la destitución subjetiva que la postmodernidad le impone actualmente, señales que son múltiples, no son sólo políticas. Por ejemplo, están en el sujeto que quiere seguir actualizando lo que sucede en él con su deseo, están en el sujeto que no cree que los objetos manufacturados del mercado van a cumplirle realmente lo que él quiere, contrariamente a lo que dice el mercado. (...) entonces, por doquier se encuentra resistencia: en donde todavía alguien se plantea esas preguntas, escribiendo un poema, elaborando una práctica que no responde simplemente al funcionamiento del mercado, cuando se entrega a una práctica artística, cuando se entrega a un psicoanálisis, al participar en movimientos colectivos de resistencia

⁶ Para ahondar en el tema de la diferenciación del cuerpo en psicoanálisis y medicina, se recomienda la lectura del texto de Stela Mirta Spano (2005) *¿qué es un cuerpo? Algunas diferencias entre psicoanálisis y medicina*, en Donhi, A., *Cuerpo y subjetividad*. Argentina: Letra viva. (pp. 47-52).

contra este orden de las cosas; todas éstas son formas de resistencia del sujeto frente a su destitución subjetiva.

Las personas que están incluidas en el trabajo institucional saben que defender una posición de intervención desde los planteamientos psicoanalíticos no es una tarea sencilla. Pueden existir practicantes y psicoanalistas en los hospitales que con base en un referente psicoanalítico procedan en su labor profesional, sin embargo, ¿cuál es el lugar formal que ocupa el psicoanálisis en la institución de salud?, ¿cuáles son las implicaciones que tiene la convivencia de ambos discursos -médico y psicoanalítico- a sabiendas de que su lógica y ética son diversas?, ¿será posible instituir el psicoanálisis como una práctica necesaria en la atención a pacientes hospitalizados sin caer en una clínica de fórmulas y ritos?

Las instituciones tienen un riesgo: la burocracia inherente a ellas, entre otras cosas, hace que poco a poco se vaya diluyendo la capacidad de cuestionar las verdades que sostienen su organización y que se confíe en un formulismo institucional. Existe entonces una tentativa de reducción, en donde tal vez se degradaría lo que de contradictorio tiene la teoría freudiana, para acceder a un modo esquemático de ejercer una práctica llamada psicoanalítica, siendo que el psicoanálisis es otra cosa.

Es posible que tanto la universidad en su estatuto académico, como el hospital en su carácter de servicio público del Estado, no sean aquellos lugares en donde la falta estructural propia de los planteamientos psicoanalíticos pueda ser sostenida en su totalidad. Sin embargo, la apuesta por una práctica analítica en institución hospitalaria puede ser una forma de resistencia ante la apremiante fuerza que la época actual –con miras a la destitución subjetiva- impone día con día.

BIBLIOGRAFÍA

- Actualización del plan de estudios de la Licenciatura en Psicología, Área clínica* (2005). Aprobado por el Honorable Consejo Universitario. México: inédito.
- Alvarenga, E. (2007). *Nota sobre los Centros de Psicoanálisis aplicado a la terapéutica*. Publicaciones de la Nueva Escuela Lacaniana, versión electrónica.
- Aubry, J., Klotz, H.P., Lacan, J., Raimbault, G., Wolf, L.M., (1966). Mesa redonda sobre: El lugar del psicoanálisis en la medicina. *Artefacto*, 7, (7-35). (Traducción al español por Cecilia Piek en el año 2000 para este número de la revista.)
- Chercover, A. (2000). Una psicoanalista en una UTI (Unidad de Cuidados Intensivos). *Acheronta*, 11, Versión electrónica.
- Colman, G., (2001). *Una Carta. Psicoanálisis y el Hospital*, pp. 20, 24-26.
- Cuellar, C., (2004). *Sobre la transmisión en psicoanálisis. La Misión*, versión electrónica.
- _____, (2007). Reflexiones psicoanalíticas en relación a los primeros auxilios psicológicos. *Conferencia Magistral del 3er Foro Regional de Asistencia a la Víctima*. México: inédito.
- Dufour, D.R. (2006). Entrevista: *La muerte de Dios postmoderna*. La Jornada, versión electrónica.
- Freud, S. (1917). ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? *Obras Completas*. Infobase psi: volumen 17.
- Fudín, M., (1997). El tiempo de la Urgencia, ruptura del lazo social y emergencia de una ética. Diplomado en Primeros Auxilios Emocionales, *Módulo 2*. México: inédita.
- Lacan, J., (1967). *Proposición del 9 de Octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela*. Página electrónica de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.
- _____, (1974). *Freud para siempre*. Panorama, versión electrónica.
- Laurent, E., (2007). *Principios rectores del acto analítico*. Publicaciones de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, Versión electrónica.

- Perrés, J., (1997). Intervención en crisis y psicoanálisis. *Conferencia magistral del Congreso Intervención en Crisis*. Federación Mexicana de Salud Mental. México: inédita.
- Rabinovich, D., (1995). Lo imaginario, lo simbólico, lo real. Ficha de cátedra: *Psicoanálisis*. Escuela Francesa. Argentina: inédito.
- Reyes, G., (2006). *La escansión en el hospital ¿De qué momento histórico del sujeto habla?* La Misión, versión electrónica.
- Santovsky, M., (2005). Diálogo de órganos. En Donhi, A., *Cuerpo y subjetividad*. Argentina: Letra viva. (pp. 123-132)
- Souval, M., (1998). La urgencia... “analítica”. *Psicoanálisis y el Hospital*, p, 13.
- Zas, B., (2007). *Taller de psicología intrahospitalaria*. México: inédito.

Capítulo 12

Psicoanálisis en el hospital: construcción y transmisión de una experiencia en clínica

Ma. Guadalupe Reyes Olvera¹

INTRODUCCIÓN

Este capítulo, aborda el tema de la experiencia del psicoanálisis en la práctica hospitalaria. Dicha experiencia es nueva en México aún cuando en otros países tiene bastante tiempo establecida. Su inserción en el medio hospitalario en el estado de Querétaro ha tenido serias dificultades, las cuales se han presentado tanto por la concepción social de la psicología y del psicoanálisis mismo, como por las resistencias que el mismo genera por sus mismas características disciplinarias.

De manera que una de las vías para el ejercicio analítico en las instituciones de salud, ha sido el implementado por la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro, a través de prácticas curriculares y el servicio social que implícitamente conllevan la propuesta y aceptación de programas por las diversas instancias académico-administrativas de la universidad. Este capítulo trata de un trabajo psicológico y psicoanalítico con mujeres y sus avatares con la feminidad y maternidad, para lo cual se hace un enlace retrospectivo con la experiencia freudiana en La salpêtrière y el contexto histórico de la misma institución, así como con los riesgos que las nuevas tecnociencias de la posmodernidad pueden acarrear tanto a la concepción de sujeto como a las prácticas *psi* en el conjunto hospitalario.

¹ Adscrita a la Facultad de Psicología, UAQ, Méx. Coordinadora de la Licenciatura en Psicología Clínica, Docente, investigadora, extensionista. Dirección institucional: Centro Universitario, Cerro de las campanas, Santiago de Querétaro, Qro. Tel: 216-3103 / 192 12 74 ext. 6315. Fax: (01 442) 1921324. glureyes@hotmail.com

LA NOMINACIÓN PSICOANÁLISIS Y HOSPITAL

Nominar una práctica clínica psicoanalítica en el contexto hospitalario, no es algo del orden de lo taxativo ni de lo que nos ha sido dado. Remite a una noción de hospital que pensada como sustantivo lleva muy rápidamente a la noción de institución de manera que cuando se articula en las abstracciones mentales la dualidad psicoanálisis y hospital, inmediatamente se desprende cierta incomodidad que no es sencillo resolver. Y menos su pronta resolución cuando parecieran términos contrapuestos e incompatibles.

Esa incompatibilidad se observa desde diferentes lugares como lo es, una cierta mentalidad occidental a la que muchos están mentalizados y que llega por la vía de su propia lógica formal, misma que desde el pensamiento cartesiano pareciera empeñarse en separar lo que no es separable como las redes que por diversas vías enlazan lo psíquico y lo corporal y, que al hombre contemporáneo le ha costado siglos poner en relación.

Lo psíquico y corporal son lugares de resonancia mutua para la cual no se siguen justamente los caminos lógicos de la razón. Esa resonancia sigue una diversidad de caminos: los subjetivos, corpóreos, perceptuales, de tropiezos en el habla, del pensar y escribir; son traducidos en el sujeto como sensaciones de alivio, de dolor y de recaída de cualquier orden. Estas vías que sigue la resonancia para hacerse escuchar por el mismo sujeto donde se producen, en psicoanálisis se nombran formaciones del inconsciente, según la denominación para tales producciones efectuada por Jacques Lacan² sólo que provocan tal incomodidad que el sujeto termina por no escucharlas, o por decirlo de otra manera, la incomodidad y la angustia de las situaciones vitales a las que el sujeto se ve precipitado en la actualidad, en muchas ocasiones se traducen como enfermedad, y más precisamente como enfermedad física, lo cual, hoy por hoy, es una dimensión que se sostiene en sus paradojas desafiando a distintos campos del saber: psicoanalítico, médico, filosófico, antropológico.

Sin embargo la paradoja con la que se llega a encontrar con el particular pensamiento postmoderno contemporáneo, es la de toda una serie de complicaciones (sujeto de consumo, pensamiento autorreferencial, vida tecnocientificada con efectos de miseria mucho más acusados, etc.), que enredan más al sujeto y, que se observan en las formaciones subjetivas que alcanzan al sujeto por la vía del cuerpo como su vía privilegiada, pero sin la posibilidad de escucharse eso. Se padece pero no se escucha más allá de lo corpóreo. Esta dificultad se traduce en toda una serie de padecimientos físicos donde lo subjetivo ha cumplido un papel importante; en tantos padecimientos que conforman tan largas listas como la compleja configuración del aquí y ahora de la vida cotidiana hospitalaria. Con el carácter de urgentes, prevalece en ellos, la manifestación de los efectos devastadores de la inconsistencia humana.

De manera que la supuesta incompatibilidad de términos físicos y psíquicos no es tal. Esto lo muestran, demandan y padecen, miles de individuos que acuden a las instalaciones hospitalarias todos los días en México y en el mundo. Deviene como tal –incompatible– por las características mismas del pensamiento occidental, lo cual no es sin efectos. Uno de los cuales, es mantener férreamente la dualidad desde las mismas políticas públicas y por tanto, presupuestales, con las consecuencias que todos conocen, como la pobre contratación a los trabajadores *psi* en las instituciones de salud. Políticas que sin darse cuenta que el veredicto “no es rentable”, es inversamente proporcional a las manifestaciones del

² Lacan, J. (2001). Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente (1957-1958). Argentina: Paidós.

padecer humano y en esta inversión, el mismo auto-desconocimiento de las prácticas públicas precipita exponencialmente el *quantum* de enfermedad.

¿QUÉ HACE EL PSICOANÁLISIS EN EL HOSPITAL?

Recordando los hitos que condujeron al descubrimiento del inconsciente y a la formación del movimiento psicoanalítico, se puede identificar el papel que jugó lo hospitalario ubicando uno de estos hitos en un periodo llamado pre-analítico. Es el periodo de formación de Freud en La Salpêtrière lugar donde fueron cristalizados los enigmas freudianos ante la ausencia de una causa para las histerias, y si bien, por el costado de éstas y los interrogantes de Freud ante ellas, podría hacerse todo un seguimiento, en este texto, no se seguirá a este último; se buscará una mejor ubicación en ese lugar, La Salpêtrière como el que de alguna manera proporcionó un marco institucional a la enfermedad psíquica aun cuando ésta no pudiera reconocerse como tal por los científicos de entonces, los de hace cuatro siglos y más recientemente los de hace dos siglos, cuando Freud deambulaba constatando que los procedimientos de La Salpêtrière más bien delataban una búsqueda en la que Freud participó trazando sus propias vías. Dichos procedimientos invitan a la reflexión de la gran brecha que separa una época de otra no sólo en cuanto a una temporalidad sino en tanto época epistémica.

La cualidad epistémica de una época puede verse traducida en los procedimientos de sus prácticas así como en las formas administrativas que imprimen a su vez el estilo que adoptará la vida cotidiana y asistencial en el hospital. Freud llega a La Salpêtrière y se encuentra con Charcot, su gran maestro, de quien aprenderá mucho pero no seguirá sus enseñanzas para lo psíquico. Allí Freud permanecerá “cuatro meses entre 1885-1886”;³ al llegar, Freud se encuentra con un lugar que “cuenta con 45 edificios, 31 hectáreas y con una población de 5 035 personas, que comprende 2 600 enfermos indigentes y epilépticos no alienados”.⁴

La Salpêtrière, ciudad de mujeres incurables, museo patológico viviente, “lugar único de la reclusión a gran escala. Lugar conocido como ‘el pequeño arsenal’ y el mayor hospicio de Francia. Su ‘patio de matanzas’. Sus ‘mujeres libertinas’, revolucionarias de Saint-Médard, ‘anormales constitucionales’ y otras ‘asesinas natas’, todas ellas se encuentran encerradas ahí, en la otra bastilla. Éste, fue el hospital general de las mujeres, o más bien, de todos los desechos femeninos; se había prohibido incluso a los médicos del hospital principal de París, que las acogiesen y ofreciesen sus cuidados, pues era únicamente en la Salpêtrière donde se ‘recogía’, entre otras, a las aquejadas de enfermedades venéreas; al llegar se les azotaba, luego se les cumplimentaba el ‘certificado de castigo’ y, por último, eran internadas” (Didi-Huberman, 2007, p. 23)⁵

Salpêtrière, su nombre evoca la materia prima de la cual estaba conformada la pólvora de entonces: sal de piedra con una mezcla de azufre y carbón; fue construida a petición de Luis XIII con el propósito de contar con un lugar para el arsenal fuera de la ciudad, pues se había contado con un barrio propio para ello dentro de la misma, llamado “el arsenal”;

³ <http://www.herreros.com.ar/charcot.htm>

⁴ Cosentino, C. 2008. La Salpêtrière. http://sisbib.unmsm.edu.pe/la_salpetriere.htm

⁵ Didi-Huberman, G. (2007). La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière. España: Ediciones Cátedra.

pero allí, ocurrían frecuentemente explosiones llegando a causar la muerte de mucha gente en 1563. el nuevo lugar fue nombrado "*petit arsenal*". Sin embargo, tiempo después, el 27 de abril de 1656, Luis XIV promulga el edicto que establece una nueva categoría de instituciones, los hospitales generales en París, con el propósito de albergar a toda la población marginal. Así surgen el hospital de Bicêtre reservado a la población masculina, La Pitié para niños, y La Salpêtrière para mujeres y niñas. El rey justifica su edicto de la siguiente manera: "... se debe considerar a esos pobres mendigos como miembros vivientes de Jesucristo y no como miembros inútiles del Estado... y se actúa no por orden de la policía sino por caridad..." de inmediato la mendicidad es prohibida en las calles de París y se desencadena una feroz persecución contra prostitutas, mendigos y vagabundos. Sin embargo, esta medida se torna insuficiente y el 7 de marzo de 1657, el famoso "edicto del encierro" es leído y publicado; el 14 de mayo cientos de mujeres y niñas mendigas son encerradas en La Salpêtrière (cfr.: Cosentino, 2008).

Así, se convierte rápidamente en un lugar que reúne miseria, enfermedad, locura en una extraña relación que incluye las cadenas, grilletes, cerrojos y crimen. Para 1792 a la Salpêtrière también la alcanza la revolución francesa (1789-1799) que impele a la aplicación de la justicia mediante un tribunal extraordinario, pero la lentitud de sus acciones obligan al pueblo a presionar para la creación de un comité de vigilancia del ayuntamiento que se dedica a recorrer prisiones, conventos y hospitales para matar a la gente contraria a la revolución. "La enajenación de matanza era tal, que indistintamente se daba fin a los presos por delitos comunes que a los de derecho político, a las mujeres que a los niños".⁶ Tres años después, en 1795 y aún en plena revolución francesa, se decide retirar a los mendigos y, la Salpêtrière toma el nombre de Hogar Nacional de Mujeres, en un giro que parecería un movimiento de respiración del "error histórico de 1792: un complot de las mujeres que habría estado asociado al complot de las cárceles" y a esa "terrible matanza de mujeres que la historia jamás ha mostrado" (Didi-Huberman, 2007, p. 22). Sin embargo llamarlo "hogar" resulta irónico: tal vez nunca en su historia, ese lugar pudo tener tal categoría. Fue hasta 1862, 67 años después, que Charcot llega a ese lugar imprimiendo un movimiento organizado tanto en la administración como en los servicios y la clasificación que él creaba para las enfermedades puesto que no existían anteriormente, como ocurrió con la nominación de histeria. Fue el contexto institucional hospitalario al que llegó Freud más de veinte años después de la llegada de Charcot.

Después de más de un siglo, en el 2008, existe el hospital contemporáneo que también cuenta con instituciones hospitalarias que albergan a las mujeres y los niños como lo es el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, en Querétaro. En este hospital, se observa que la distancia en todos los sentidos con aquel primer hospital es muy grande, dado el avance de la ciencia y tecnología médica así como el desarrollo de las humanidades en lo general; y en lo particular, por las prácticas profesionales que los alumnos, de la licenciatura en psicología clínica de la UAQ que han realizado en él. Lo cual, junto al conjunto de prácticas (12 en total), retícula, investigación y servicio social, también ha permitido el avance y evaluaciones curriculares que en el área clínica de la facultad se realizan constantemente. Cabría señalar que el fundamento teórico del área, es el psicoanalítico, sustento formativo de sus estudiantes, el cual ha sido articulado y re-articulado en diversas reestructuraciones y evaluaciones curriculares en los últimos 37 años. De manera que, en dicho hospital, las prácticas han seguido los parámetros académicos, articulados a los encargos sociales de las instituciones.

⁶ Lacan, J. (1989), Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud. Argentina: Paidós.

Dichos encargos en el hospital, fueron planteados para realizar talleres con madres tratando diversas temáticas como la sexualidad, sexualidad infantil, enfermedades de transmisión sexual, cáncer de mama y cervicouterino; violencia en sus diferentes manifestaciones, conferencias en los eventos del hospital, cursos a enfermeras. Así como el efectuar actividades clínicas: psicoterapia individual en consultorio de hospital, y otras cualitativamente distintas a la psicoterapia o psicoanálisis individuales, como las siguientes:

Visitas a cama. Junto a su cama se escucha al paciente de manera analítica; a las mujeres que sufren la profunda pérdida por la muerte de su bebé recién nacido, legrados o problemáticas del embarazo; y también a aquéllas que felizmente no encontraron ningún problema. Así como a niños internados por insuficiencia renal, o algún tipo de cáncer, muchas veces en fase terminal.

Investigación. El tema y problema de la investigación es elegido por el estudiante en función de sus interrogantes: el embarazo y su desarrollo, el deseo de un hijo, la cualidad psíquica del dolor, la muerte, la vida, el nacimiento; la situación socio-cultural de muchas mujeres y sus precarios alcances económicos, y ante ello, lo que se puede sugerir a la administración, etc., ya terminada –su elaboración se lleva tres semestres– se entrega a la jefatura de enseñanza e investigación y pasa a formar parte del acervo investigativo-bibliográfico de la institución. Los temas investigados, han tratado el hecho de la maternidad en sí y sus implicancias psíquicas, su aceptación o rechazo, el deseo sobre el niño que va a nacer, los temores ante el parto que muchas veces se inscriben en el linaje materno, las vicisitudes de la feminidad, el duelo, depresión y melancolía. El abandono, la presencia y sobre todo la ausencia de una pareja que puede precipitar la decisión de la madre de dar o no en adopción al hijo; las repercusiones en el hijo y la madre adolescente ante la toma de consciencia o su ausencia, sobre el cambio de vida inminente y para lo cual muchas adolescentes no se encuentran preparadas, y otros aspectos más.

Cursos de parto psicoprofiláctico. Son cursos que contemplan la realización de actividades físicas y de acompañamiento terapéutico psicológico para mujeres embarazadas; asisten a ellos por su propia iniciativa y con autorización médica. Su finalidad es prepararlas para el momento del parto en cuanto al trabajo de sus temores, angustias y fantasías; así como la comunicación y contacto con el bebé. Se les brinda acompañamiento psicológico en el momento del parto a solicitud de las mismas -muchas son madres solas-, así como en los ejercicios adecuados para el alumbramiento, como los distintos tipos de respiraciones.

Trabajo psicológico grupal con madres adolescentes. Cuenta con su propia particularidad pues el embarazo, haya sido deseado o no, requiere de una toma de consciencia de sus implicaciones bio-psico-sociales y económicas que muchas veces no han pasado por la reflexión de las adolescentes y sus parejas. Para todas estas actividades, los estudiantes (10 en promedio por generación) han llegado con una instrumentación en diversas temáticas que se había iniciado en el periodo de introducción a la práctica; conocimiento que se actualiza regularmente según las problemáticas encontradas en el trabajo con los pacientes en el transcurso de los 3 semestres mencionados y con estudios especializados proporcionados por docentes de la misma facultad, por médicos que han auxiliado en pequeños talleres con temas específicos, por las sesiones con el personal responsable de los departamentos concernientes en las instituciones hospitalarias, y por los jefes de enseñanza e investigación de los mismos que hacen conocer los parámetros de las acciones.

Fundamentalmente, los alumnos llegan con el psicoanálisis como una "herramienta hecha a la medida de su mano" (Lacan, 1989, p. 22).⁷ Las concepciones teórico-psicoana-

⁷ Matthiez, A. (1949). La revolución francesa II: la Gironda y la montaña. Madrid: Labor. 31-32.

líticas permiten una lectura de las diversas vicisitudes humanas en muchos campos de intervención, no sólo en su dimensión psicoterapéutica; tal lectura permite un análisis de "x" situación (escolar, fabril, comunitaria, hospitalaria) para delimitar una posible intervención que no tiene como técnica la interpretación sino muchas otras: el contacto consigo mismo, la reflexión, sensibilización, comunicación grupal o institucional, etc., lo cual indica, para esta labor, que no sólo las alumnas se encuentren realizando consulta individual; también con una articulación que tiene al psicoanálisis como teoría que fundamenta la práctica, aunada a las premisas del Análisis Institucional el cual incluye la pluralidad metodológica adecuada al objeto de estudio en su implementación como ejercicio clínico.

Cabe decir, que el Análisis Institucional, surge después de la Segunda Guerra Mundial, a raíz de la emergencia de las nuevas afecciones psíquicas causadas por la misma como las neurosis de guerra o sus efectos postraumáticos. Lo inician psicoanalistas franceses, refugiados en hospitales psiquiátricos por razones de persecución política. Dada la situación institucional imperante que daba un trato de objetos a los pacientes, estos analistas pugnaron por un trato a los mismos, como sujetos y por su participación en las labores hospitalarias. De esta manera, iniciaron lo que hoy se denomina Análisis Institucional, que hace, entre otras cuestiones, una diferencia entre el pedido institucional o encargo social, y la demanda y deseo de los pacientes; la transversalidad, que indica salir de los imperativos de una comunicación vertical y horizontal. La vertical es la establecida por la administración o directivos; la horizontal es la de los subalternos o empleados; categoría en la que pueden entrar o no, los pacientes. Si entran estos últimos es para permanecer en una comunicación circular sin alternativas. Así la transversalidad, surge del análisis de las formas comunicativas que se dan en una institución, para, a través de la implementación de propuestas de trabajo psicológico, hacerla abierta a ambas direcciones, con una orientación dirigida a la reflexión, elaboración de propuestas y toma de acuerdos y consensos. Lograr esta comunicación dialéctica, implica para el psicólogo interviniente, la implementación de la metodología y técnicas adecuadas a las diversas situaciones; de allí la pluralidad metodológica.

De la conjunción clínica psicoanalítica y análisis institucional, fue como se creó un lugar desde donde posibilitar un ejercicio clínico analítico del que surgieron cursos a enfermeras, Burnout; a las mamás a solicitud de las mismas, como "reconocimiento de un cuerpo propio", "el ser femenino", "¿qué es un niño?", "la función del padre durante el embarazo".

De manera que, al ser un hospital que acoge a mujeres y niños, lo cual no es inédito como se vió con La Salpêtrière, vimos con los avatares que recorren toda la semiología de una multiplicidad de padecimientos de lo femenino y sus subjetividades que, con una lectura psicoanalítica formaron las intervenciones de las alumnas en cada una de las modalidades de trabajo con las pacientes (talleres, visitas a cama, etc.), contando siempre con la asesoría docente. Y con ello, se afirma la convicción de que el campo de la clínica psicoanalítica es tan amplio y complejo como lo es el humano mismo y su deseo. Para ello, hay que recordar que tanto la mirada como la escucha analítica requieren un largo periodo de formación, también en la universidad; que el estudio del campo referencial y del contexto al cual se ha abocado de igual manera, tal como lo que planteaba Freud cuando dice: "La literatura y la ciencia del arte, la historia de la religión y la prehistoria, la mitología, el folklore, la pedagogía, son indispensables para brindar la representación correcta del valor y la esencia del psicoanálisis. Sin una buena orientación en estos campos, el analista quedaría inerte frente a gran parte de su material" (Freud, 1982, p. 58).

LO REAL EN EL HOSPITAL

Lo psíquico, se puede circunscribir en las diferencias subjetivas, imaginarias y simbólicas de las representaciones de pareja, padre, hombre, madre, mujer y niño, atravesadas por un real. Un real, tanto de la situación de vida como la de la enfermedad complicada por la vida hospitalaria. Lo real, es según la concepción Lacaniana del mismo: Indica la imposibilidad de simbolizar (pensar, reflexionar, llevar a la palabra) lo que le ocurre al sujeto. Si bien, en la estructuración psíquica, se cuenta con una zona que corresponde a lo real que se aprehende como angustia, pánico, desconcierto, inseguridad, delirios, alucinaciones; más estructuralmente, remite a los agujeros necesarios en el psiquismo.

Sin embargo, la vivencia del estar tomado por lo real también se debe a lo que viene fuera del sujeto, a lo contingente, como un trauma, accidente, o acontecimiento penoso, que tiene la cualidad de incrustarse o imponerse a su subjetividad. De manera que, en el ejercicio clínico psicológico hospitalario, más bien se observa en la mirada y escucha analítica como un conglomerado, nudo de reales: la situación hospitalaria que desborda al paciente, su situación de vida complicada, su situación de enfermedad, los tropiezos en la curación. Todo ello, puede dejar al paciente en estado de shock psíquico, es decir, precipitado al registro de lo real.

Este real, en sentido Lacaniano que por definición⁸ indica la imposibilidad de tramitación en lo simbólico, imaginario o alguna representación que les ayude a posicionarse como sujetos, aquí, en el hospital, como sujetos enfermos les complejiza la situación para desde allí procurar por su salud. De manera que con este operar de los diversos reales, el estructural y el contingente, el sujeto psíquico puede quedar desbordado o desvanecido, tomarse como objeto, sin voz ni voto, lo cual significa ni más ni menos que dejarlo con su subjetividad a la deriva, descartada, hecha a un lado o anulada. El efecto de todo ello se conoce bien: Se traduce en una recuperación mucho más prolongada en tanto en ésta todo cuenta menos el sujeto mismo, muchas veces para el mismo hospital, y en otras, para él mismo, y con ello hay más posibilidades de recaídas, reingresos y complicaciones.

Asimismo, bajo esta perspectiva, es decir, con la posibilidad de intervención con los sujetos en función de sus avatares con lo real, se ve que la posibilidad de incursionar en este terreno médico ha sido una experiencia medianamente lograda, pues si bien los logros institucionales fueron muchos, lo que no llegó a concretarse fue mucho más. Cada acción significó largas horas y días de espera, falta de respuesta a propuestas o su no aceptación, o dar de baja a otras en ocasiones sin explicaciones suficientes. Sin embargo lo verdaderamente fructífero fue la experiencia de los alumnos con los pacientes, la experiencia de la subjetividad del otro, del acompañamiento, de la presencia analítica, de la escucha, y por supuesto, del entrenamiento adquirido en lo que se denomina, la práctica hospitalaria coadyuvante de la formación clínica.

Fueron logros que se fueron armando en el transcurrir de los años donde cada una de las acciones constituyó una pieza en la construcción de la experiencia. No es desconocida la resistencia social y médica que hay hacia el psicoanálisis y hacia la psicología, la cual en momentos pareciera que se superara. Ha sido un trabajo que transita desde la ambigüedad del desconocimiento-reconocimiento de las instituciones médicas, en tanto se permite

⁸ Lacan, J. (1980), Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Argentina: Paidós.

poco y se obstaculiza mucho, hasta su relativa, discontinua y quebradiza aceptación hacia nuestra modalidad de trabajo; un cierto reconocimiento que logramos con los elementos esenciales de la práctica: estudio, presencia, trabajo, escucha y transferencia. Ello, aunado al análisis personal, al cual cada estudiante ingresa en el momento que considera oportuno para ello. Son dimensiones: Currícula –análisis, que forman el espacio suficiente para la creatividad y espontaneidad, que no muchas veces están al alcance de la mano por la cualidad misma de las situaciones humanas dolientes que se les presentan; sólo que allí está depositada una parte esencial de la formación: el encuentro con la experiencia y consigo mismos. De manera que se puede decir, que la construcción de la experiencia tiene como pivote justamente a este real desde donde se construye la misma, lo cual nos permite responder a la pregunta: ¿qué hace el psicoanálisis en el hospital? Trabaja construyendo una experiencia. Pero ¿cómo se construye la experiencia?

LA CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Tomando al artículo de Freud: “Construcciones en el análisis”⁹ se ubican diversas puntualizaciones sobre la construcción:

“La tarea del analista consiste en reunir lo olvidado del paciente ” desde los indicios que éste ha dejado tras sí; mejor dicho: tiene que construirlo” (Freud, 1989, p. 160).

“El analista extrae sus conclusiones a partir de unos jirones de recuerdo, asociaciones y exteriorizaciones activas del analizado. y es incuestionable el derecho de ambos a reconstruir mediante el completamiento y ensambladura de los restos conservados” (ibídem, p. 261).

“La principal diferencia entre arqueólogo y analista reside en que para la arqueología la reconstrucción es la meta y el término del empeño, mientras que para el análisis la construcción es sólo una labor preliminar” (ibídem, p. 262).

“El analista da cima a una pieza de la construcción y la comunica al analizado para que ejerza efecto sobre él; luego construye otra pieza a partir del nuevo material que fluye, procede con ella de la misma manera, y en esta alternancia sigue hasta el final” (ibídem).

Aún en las “formaciones delirantes inasequibles a la crítica lógica y que contradicen la realidad efectiva” [...] la indagación lleva a la conclusión de que “deben su poder a su peso de verdad histórico-vivencial, que ellas han recogido de la represión de las épocas primordiales olvidadas” (ibídem, p. 270).

De manera que, la construcción subjetiva de lo que aqueja al paciente que se encuentra en análisis, se fabrica a partir de los indicios de lo olvidado, esas pequeñas señales que se detectan a partir de fragmentos de palabras, de imágenes, escenas, olores, miradas, sufrimientos, jirones que no encajan o que se ensamblan en parte o por piezas. También con lo irremediamente perdido o destruido, de lo que se cuenta sólo con pequeños trazos de recuerdo, delatados muchas veces por un síntoma, por la angustia, por el dolor, por el cuerpo doliente de un ser doliente.

⁹ Freud, S. (1980). Construcciones en el análisis (1937), Obras Completas, tomo XXIII: 255. Argentina: Amorrortu.

En las instituciones hospitalarias encontramos personas que se encuentran en un medio inusual, por lo que es admisible que no se encuentren en una disposición general a recordar o relatar su estado histórico vivencial. Aún cuando pocos pacientes lo logran, en lo general los pacientes tienen una estadía corta en el hospital, lo cual, no impide que se ejerzan funciones analíticas como la presencia, escucha y el acompañamiento terapéutico. Por la misma brevedad o urgencia, se apremia la presencia de un psicólogo o analista que pueda contener la ansiedad por la que muchas ocasiones el paciente se ve rebasado y que le causa un incremento en la sensación de vacío, soledad y sinsentido. De allí, que su caída como sujeto, esté muy cerca.

Habría que localizar precisamente que el vacío, la soledad y el sinsentido son también figuras de lo real: de aquello inarticulable que habita también el fondo de cada ser, pero que se ve irremediablemente mucho más acusado en una situación médico-hospitalaria.

La construcción que se pueda hacer con el paciente hospitalizado, respecto de su estado, que no necesariamente tendría que remitirlo a sus recuerdos, puede adoptar una multivocidad de figuras que va desde la aceptación de la presencia del psicólogo aún en el silencio, a la manifestación de ese fragmento de verdad que está situado en ese momento hospitalario, en ese cuerpo que no responde a sus deseos en la enfermedad; a la explicitación de sus inseguridades, también las médicas, hasta la expresión de su doliente sentir: como un cacharro inservible, andrajo, piltrafa, guñapo... sentires, en los que vemos una expresión de esa verdad vivencial.

Sin embargo, no debe olvidarse que se trata de un estado del ser del sujeto que demanda ser reconocido. Recuérdese lo que dice Freud de la lógica de la construcción subjetiva: "para el análisis, la construcción es sólo una labor preliminar" (*op. cit.*).

Es decir, eso, la parte de sí que puede ser manifestada por el paciente, eso, es una fragmento de su ser que puede ser escuchado por otro y en ese escuchar radica la diferencia. Una diferencia que humaniza y reconstituye a un sujeto. Eso es construcción, y es., sólo la labor preliminar. Luego el analista podrá construir otra pieza, es similar a la manera que tenemos de trabajar la subjetividad de nuestros pacientes: en el caso por caso donde prima lo singular. Aquí, como allá, prima el trabajo construido de la subjetividad pieza por pieza: llanto, silencio, angustia, temor, el pensamiento del paciente sobre sí ante tal o cual padecimiento. Además, ante ello el paciente podrá aceptar o rechazar, afirmar o negar lo que se le comunica. Tanto el 'sí' como el 'no', son multívocos (cfr: *ibidem*, p. 264), y lo podrán llevar a muchas direcciones. Sólo los efectos, en el *a posteriori* nos harán saber del destino de nuestra presencia y de nuestro decir, de nuestra experiencia clínica con él.

Esta construcción de la experiencia se puede situar también en otra formación dialéctica que se da simultáneamente: la que se hace con la experiencia institucional con sus progresiones, regresiones e impasses. La misma en la actualidad y a diferencia de La Salpêtrière, está suturada de las nuevas tecnologías científicas. Reflejan el avance del conocimiento científico en el orden de lo corporal, pero han corrido el riesgo de no tomar en cuenta al sujeto, y en este desconocimiento se encuentra un impasse o en el centro de un laberinto, en el cual, dirigirse a una determinada dirección en pro del sujeto, puede verse bloqueada, no autorizada y sin cabida. La ciencia médica entonces puede verse en un operar mecanizado, arrojando a lo mismo a sus propios agentes de curación, formando así una práctica inhumanizante. Éste es el riesgo y punto en común con La Salpêtrière en los muchos años. Tal estado de cosas puede llevar a algo más severo: cuando el hilo se pierde, cuando el tejido se deshilvana, a la manera que nos dice Jorge Luis Borges en un fragmento de su escrito "El hilo de la fábula": "El hilo se ha perdido, el laberinto se ha perdido también. Ahora ni siquiera sabemos si nos rodea un laberinto, un secreto cósmico

o un caos azaroso. Nuestro deber es imaginar que hay un laberinto y un hilo. Nunca se encontrará con el hilo; cuando se encuentra se vuelve a perder en un acto de fe, en una cadencia, en el sueño, en la palabra..." (Borges, 2007, p. 572).

De manera que, perder el hilo, es uno de los riesgos de la falta de escucha, de falta de mirada, falta de una presencia que humanice a nuestros semejantes, hospitalizados. Sin embargo, en el orden de la construcción de la trasmisión, tal vez lo mejor sea el hacer pasar, el crear, las condiciones de posibilidad para la emergencia de una pasión por la clínica, que no es otra cosa que la pasión por el sujeto en la multiplicidad de lugares donde se pueda encontrar. Esto se ha logrado, cuando los estudiantes no sólo se han sostenido en su práctica, sino en su búsqueda y propuestas institucionales de diversa índole que han realizado a su egreso; varias han sido aceptadas en diversas instituciones de salud, tanto públicas como privadas. Cuando la promesa, en ese entonces, es el del reencuentro con su pasión, pues esta ha sido ya inscrita en sus vivencias subjetivas del orden de la verdad.

BIBLIOGRAFÍA

- Borges, J. L. (2007). *El hilo de la fábula*. Obras completas III. Argentina. Emecé Editores.
- Charcot. <http://www.herreros.com.ar/charcot.htm>
- Cosentino, C. (2008). La Salpêtrière. sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/neurologia/v04_n1-3/la_salpetriere.htm
- Didi-Huberman, G. (2007). *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. España: Ediciones Cátedra.
- Freud, S. (1982). Presentación autobiográfica (1295). *Obras completas*. T. XX. Argentina: Amorrortu.
- (1980). *Construcciones en el análisis* (1937), *Obras Completas*, tomo XXIII. Argentina: Amorrortu.
- Lacan, J. (1989), *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*. Argentina: Paidós.
- (2001). *Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente* (1957-1958). Argentina: Paidós.
- (1980), *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- Lourau, R. (1970), *"El análisis institucional"*. Amorrortu. Argentina
- Matthiez, A. (1949). *La revolución francesa II: La Gironda y la montaña*. Madrid: Labor.

Índice

NOTA: Los números de página en **negritas** indican cuadros y en *cursivas* corresponden a figuras

A

Abordaje empático, 63
Aborto, 69, 72
Abstracciones mentales, 134
Accidente, 139
Acompañante terapéutico, 119
Acontecimiento penoso, 139
Acosmismo, 23
Actitud despersonalizada, 9
Adolescentes, 67
 hospitalizadas, 67
 entre el cuerpo, el amor y el dolor, 67
 lugar del cuerpo, 69
 sujetas de frecuentes maltratos, 69
Aflicción, 87
Agentes terapéuticos, 23
Agotamiento emocional, 64
Ajuste
 emocional, 13
 social, 13
Alergia, 79
Alergólogos, 80
Alucinaciones, 139
Ámbito hospitalario, 25, 110
Amnesia, 57
Amor, 73
 idealizado, 72
Análisis
 cualitativo, 60
 de una posición, 130
 institucional, 138
Angustia, 45, 58, 62, 84, 139
Ansiedad, 57, 59, 61, 63, 83
 difusa, 42
Anticuerpos, 30
Aparato
 psíquico, 41
 respiratorio, 81
Apoyo emocional, 58
Área psicológica, 3

Artritis, 29
 reumatoide, 30
Asma, 79
 bronquial, 77, 80
Asmáticos crónicos, 80
Atención
 propuestas innovadoras de, 27
 psicológica, 88, 114
Auto-desconocimiento, 135
Autocompasión, 59
Autoconcepto, 37
Autodepreciación, 30
Autoimagen, 58
Autosuficiencia, 7

B

Biología, 21
Bloqueo, 59

C

Calidad de vida, 48
Cama del hospital, 74
Campo
 epistemológico, 116
 psicológico, 126
Cáncer, 51
 de mama, 63
Cansancio, 63
Catarsis grupal del enojo, 63
Chamanismo, 69
Ciencia, 19, 46
 moderna, 109
Cientificismo, 110
Científico fisiologista, 23
Clínica, 20
 del duelo, 87
 dimensiones de la, 20
 hospitalaria, 118

Complejo de Edipo, 42
 Conducta, 7
 terapéutica, 129
 Conflictos, 57
 personales, 63
 Conformación psíquica, 117
 Consultorio
 psicológico, 117
 analista-diván, 129
 Contagio, 6
 Contaminación, 6
 Contraidentificación proyectiva, 59, 62, 64
 Creencias, 74
 Crisis
 asmáticas, 85
 de vida, 39
 Cuerpo, 19
 biológico, 46
 dimensiones del, 19
 doliente, 70
 del enfermo, 68
 histérico, 21
 imaginario, 70
 litoral del, 71
 lugar de culpa y placer, 70
 orgánico, 110
 simbólico eclipsado en el hospital, 46
 síntomas de amor, 71
 Culpa, 21
 Cursos de parto psicoprofiláctico, 137

D

Daño emocional, 62
 Delirios, 139
 Dependencia, 78
 Depresión, 63
 psicótica, 30
 Desamparo, 67
 Desarrollo psíquico, 77
 Desconcierto, 139
 Desconfianza, 83
 Deseo, 73, 87
 inaceptable, 68
 objeto causa del, 87
 Desequilibrios psíquicos, 70
 Detección, 5
 Discapacidad, 87, 92
 Discurso
 amoroso, 74
 hospitalario, 54

médico, 48
 a paciente, 50
 Disnea, 79
 Dispositivo psicoanalítico, 113, 114
 antecedentes históricos, 116
 con enfermos hospitalizados, 116
 dificultades,
 iniciales para implementar, 113
 para plantear e iniciar tratamiento, 116
 en el medio hospitalario, 113
 enfoque cognitivo-conductual, 116
 Distancia emocional, 57
 óptima, 63
 Dolor(es)
 del alma, 72
 físico, 72
 humano, 109
 infantil, 69
 personal, 64
 psíquico, 70
 Duelo(s), 90
 en el ámbito hospitalario, 87
 etapas del, 61
 inconclusos, 59
 solicitud de atención psicológica, 89
 trabajo de, 87, 91

E

Edema bronquial, 79
 Educación tradicional, 72
 Ejercicio
 médico, 20
 psicoterapéutico, 56
 Embarazo, 72
 Empatía, 62
 Enamoramiento, 72, 75
 Energía física, 60
 falta de, 60
 Enfermedad(es), 127
 circunstancias,
 al inicio de, 34
 psicosociales en inicio de, 32
 crónica degenerativa, 60
 terminal, 57
 de la colágena, 30

del tejido conjuntivo, 30
 física, 134
 fisiológica, 6
 hemorrágica del recién nacido, 88
 infectocontagiosas, 109
 inflamatorias, 30
 internalización, 6
 letales, 46
 mental, 111, 115
 no contagiosa, 29
 plurideterminada, 79
 por autoinmunidad, 42
 prevención de, 5
 psicofisiológica, 6
 psicosomática, 43, 77
 psiquiátricas, 82
 psíquica, 135
 somáticas, 126
 terminal, 87
 un síntoma?, 72
 venéreas, 135
 Enfermeras, 104
 Enfermería, 24
 Enfermo(s)
 crónicos, 62
 terminales, 59
 terminales hospitalizados, 55
 demanda del, 23
 terminales, 59
 y sus familiares, 129
 Engaños, 74
 Enojo, 61, 62
 Equipo
 de salud, 8
 médico, 9
 multidisciplinario del Sin-Dis, 94
 Escala de Autoconcepto de Tennessee, 30
 Escenarios médicos, 15
 Escribir, 74
 Espacio topológico, 25
 Estado
 amoroso, 73
 de pasividad, 59
 emocional, 60
 físico, 60
 melancólico de los padres, 94
 Estancia hospitalaria, 114
 Estilo de vida, 9

Estrategias de afrontamiento, 64
 Estrés fisiológico, 39
 Evaluación, 5, 12
 Eventos vitales, 39, 40
 Evitación, 41
 Expectativa, 83
 Expediente médico, 12
 Experiencia hospitalaria, 64, 114

F

Falla epistemo-somática, 23
 Fantasías eróticas, 72
 Fantasma oncológico, 45
 entre médico y paciente, 45
 Fenomenismo, 6
 Fenómeno
 de lenguaje, 25
 de transferencia, 82
 psicosomático, 22
 Fiebre, 29
 Fisiológica, 6
 Frustración, 41, 61, 84
 afectiva, 40
 económica, 40

G

Geriatría, 104
 Glucosa, 61
 Grupo multifamiliar, 77, 85

H

Hablar, 18
 Hiperconformismo, 30
 Hipocondríaco, 22
 Historia
 de amor, 76
 familiar, 59
 personal, 59
 Homeostasis, 78
 Hospital, 123
 como escenario, 68
 lugar para la intervención
 psicoanalítica, 123
 psiquiátrico, 82
 Hostilidad, 84
 Humillación, 21

I

Ideación suicida, 58
 Ideales entremezclados, 75

Ideas paranoides, 33
 Imagen
 corporal, 31
 del cuerpo propio, 19
Impasse, 18
 Implementación, 14
 Incertidumbre, 45
 Inconsciente, 18, 57
 descubrimiento del, 135
 Índice de Klopfer, 34
 de valoración,
 del área afectiva, 35, 40
 del área social, 37
 intelectual, 34, 40
 Industria farmacéutica, 110
 Infancia, 78
 Informe(s)
 sobre el tratamiento en par-
 ticular, 13
 sobre la estancia en el hos-
 pital, 13
 sobre tratamientos y proce-
 dimientos, 13
 Infortunio, 75
 Inmunología, 30
 Inseguridad, 139
Insight, 37
 Institución
 hospitalaria, 126
 oncológica, 45
 pública de salud, 130
 Insuficiencia renal, 62
 Interconsulta psicológica, 60
 Internalización, 6
 Interpretación psicodinámica
 según Portuondo, 37
 Intervención, 12
 en el caso general, 13
 hospitalaria, 125
 Inventario Multifásico de la Per-
 sonalidad de Minnesota
 (MMPI), 30
 Investigación, 137
 no experimental, 32

L

Labio hendido, 88
 Lámina de Portuondo, 38
 categorías de respuesta, 38
 por lámina, 39
 Lenguaje, 71, 74, 117
 alusivo, 74
 amoroso, 74

de la pasión, 72
 imposible, 74
 inadecuado, 74
 no verbal, 64
 psicoanalítico, 18
 LES (lupus eritematoso sisté-
 mico), 30
 Licenciatura en psicología clí-
 nica, 124
 plan curricular de, 124
 Lupus eritematoso
 agudo diseminado, 30
 discoide, 30
 sistémico, 29, 30
 aproximación psicosomá-
 tica, 29

M

Maestría en Orientación Psico-
 lógica, 60
 Malestar orgánico, 68
 Manejo
 del paciente, 9
 personal, 10
 Manicomio, 115
 Mastectomía, 50
 Maternidad, 69
 Medicamentos, 110
 Medicina
 actual, 19
 fase científica, 23
 interna, 60, 104
 moderna, 102
 subjetividad en el territorio
 de, 24
 Médico(s), 20, 68, 103
 coinciden con los psicólo-
 gos, 104
 en el hospital, 101
 encuentro entre psicólo-
 gos, 101
 familiar, 127
 formación de, 17
 mirando a la subjetividad, 51
 Melancolía, 90
 Metodología, 60
 Miedo a la muerte, 117
 Mirada médica, 68
 Mitos, 70
 Modelo
 biomédico de salud, 101, 110
 biopsicosocial, 4, 110

Moral, 21
 Muestra, descripción de, 33
 Mujer embarazada, 69

N

Narcisismo originario, 90
 Nefrología, 60
 Negación, 41
 Neuropsicología, 116
 Neurosis, 79
 de transferencia regresiva, 64
 Niño asmático, 77
 grupo multifamiliar, 77
 tratamiento, 77
 No-muerte, 74
 Nuevos psicólogos, 102

O

Ominoso, 42
 Oncólogo, 50
 Organismo, 20
 viviente, 110
 Organización psico-afectiva, 78
 Orientación psicológica, 55
 a enfermos crónico-terminales, 57
 a enfermos crónico-terminales hospitalizados, 55
 maestría en, 60
 supervisión y contratransferencia, 56
 Orientadora embarazada, 63
 Orientador(es), 62
 congelamiento emocional del, 62
 distancia emocional óptima, 63
 Orificios corporales, 20
 Otro, 71

P

Paciente(s)
 afrontamiento a la estancia con y sin cirugía, 11
 ajuste social y emocional al hospital, 11
 al morir el, 59
 con ansiedad y depresión, 60
 con LES, 36
 contratransferencia de, 61

 de mayor edad, 12
 escuchar a los, 105
 fragilidad infantil del, 59
 hablar con los, 105
 hospitalizado, 55, 113
 en urgencias, 60
 muy manipuladores, 106
 pediátrico, 106
 psicosomático, 41, 78
 reacciones fóbicas ante el contacto con, 62
 sentimientos de, 60
 subjetivo/psicológico del, 106
 Paladar hendido, 88
 Pánico, 139
 Parálisis, 59
 Parto psicoprofiláctico, 137
 Pediatras, 80
 Pena, 21
 Pensamiento(s)
 postmoderno contemporáneo, 134
 psicoanalítico, 46
 Personal médico, 62, 108
 Personalidad, 30
 borderline, 36
 infantil, 41
 límitrofe, 31
 psicosomática, 31, 36
 Placer psíquico, 70
 Práctica
 hospitalaria, 68, 139
 psicosomática, 78
 Prevención, 4
 Procedimientos
 médicos, 13
 quirúrgicos, 4
 Procesamiento psíquico, 20
 Proceso triádico en la supervisión, 56
 Profesionales de salud mental, 24
 Programa(s)
 de admisión con ajuste emocional y social, 14
 de instrucción a médicos y equipo médico general, 10
 general de admisión, 13
 SinDis, 88, 93
 equipo multidisciplinario del, 89
 función del psicólogo, 89
 psicología del, 89
 Prueba ELISA, 62

Psicoanálisis, 17, 68, 101
 asimilación del, 124
 como práctica de discurso, 18
 concepción social de, 133
 en el hospital, 17, 133
 construcción y transmisión de experiencia en clínica, 133
 en la medicina, 126
 en la universidad, 123
 experiencia del, 133
 medicina y, 22
 psicoanalista y el médico, 24
 quiénes debían ejercer el, 108
 transmisión universitaria del, 123
 Psicoanalista(s), 20, 101, 111, 124
 en el medio hospitalario, 114
 en los hospitales, 115
 participación en hospitales, 115
 vertiente histórica, 115
 Psicoeducación, 64
 Psicofisiológica, 6
 Psicología, 21, 101
 concepción social de, 133
 de la salud, 103
 en el hospital, 3, 4
 programa de trabajo, 3
 hospitalaria, 103
 psicoanalítica, 18
 Psicólogo(s), 3, 101, 103, 111, 124
 en el escenario médico, 7
 en el medio hospitalario, 114
 en los hospitales, 115
 participación de, 115
 variante histórica, 115
 en sistema de salud, 7
 intervención, 105
 con el equipo médico, 9
 lo que pide el médico al, 106
 solicitar la intervención del, 105
 solución de problemas específicos de pacientes hospitalizados, 11
 trabajo del, 105
 Psiconeuroinmunoendocrinología, 31
 Psicosis, 79
 Psicosomatosis, 79
 Psicoterapeutas, 101, 111

Psicoterapia, 57, 59
 de *insight* reeducativo, 56
 individual, 80
 en consultorio de hospital, 137
 multifamiliar, 81
 supervisión en, 65
 Psiquiatra, 111
 Psiquiatría, 109
 Psiquismo, 20, 77, 83, 139
 mental, 77

R

Racionalización, 41
 Razón, 46
 Reacciones fóbicas, 62
 Realidad, 70
 Recursos lúdicos, 117
 Red de padres, 89
 actividades de la, 94
 aspecto emocional, 94
 intervención psicológica, 92
 pláticas de, 94
 proyecto planteado de, 96
 servicio de, 93
 psicoterapia de, 94
 trabajo de, 91
 Relación(es)
 amorosa, 75
 equipo médico y médico
 con el paciente, 9
 humanas, 9
 materno-infantil, 81
 médico-paciente, 18, 107
 sexual, 74
 supervisor-supervisado, 57
 Relajación
 autógena, 10
 muscular progresiva, 10
 Religión, 70
 Resignación, 61
 Respiración mecánica, 24
 Reumatología, 30
 Revolución psicoanalítica, 53
 RSI (Real, Simbólico, Imaginario), 128

S

Salud
 campo de la, 101
 conductas relacionadas con, 7
 cuidado de la, 93

intervención de, 6
 mental, 24, 59, 87
 promoción de, 5, 6
 pública, 24
 vida y, 60
 Salud-enfermedad, 4
 Sector salud, nivel primario, 4
 Self falso, 40
 Sentimiento(s)
 de tristeza, 68
 íntimos, 59
 yoico, 90
 Servicio
 de ginecobstetricia, 67
 de psicología del SinDis, 95
 hospitalario, 85
 Sexualidad, 19, 74, 75
 Signos de destrucción, 67
 Síndrome(s)
 asmático, 84
 de Down, 88
 de rubéola congénita, 88
 Síntomas de amor, 71
 Sistema(s)
 administrativo del hospital, 48
 circulatorio, 88
 de salud, 7, 15
 defensivo, 30
 inmunológico, 30, 31, 42
 musculoesquelético, 29
 nacional de salud, 3
 Situación estresante, 9
 Sobrevivencia, 109
 Soledad, 67
 Sufrimiento(s), 49, 53, 70, 88,
 96, 109
 con límites, 119
 corporal, 81
 del niño, 69
 físico, 21
 Supervisor, 63
 de orientadores, 63

T

Técnica psicoanalítica, 58
 Tecnología médica, 136
 Teoría
 alérgico-inmunológica, 79
 de la acción social, 4
 psicoanalítica, 42
 Terapia
 de lenguaje, 92
 multifamiliar, 80
 personal, 57
 sistémica, 58

Territorio médico, 111
 Test de psicodiagnóstico de
 Rorschach, 29, 32, 34,
 35, 37, 41, 42
 Trabajadoras sociales, 104
 Trabajo
 emocional, 62
 hospitalario, 118
 psicológico grupal, 137
 con madres adolescentes,
 137
 Tragedia, 74
 Trastorno(s)
 del metabolismo, 88
 psicosomáticos, 41, 78
 Tratamiento(s), 127
 médico, 4, 12
 psicológico, 107
 quirúrgico, 12
 Trauma, 139
 laboral, 59
 Tristeza, 62, 63, 72
 física, 64
 profunda, 72

U

Unidad
 madre-hijo, 78
 psicogenética, 53
 Urgencia orgánica, 68

V

Vida
 alargamiento de la, 110
 amorosa, 76
 cotidiana, 135
 emocional, 51
 Violencia, 67
 Visitas a cama, 137
 Vivencias amorosas, 75

Y

Yo, 90
 constitución del, 91
 debilitado, 40
 ideal del, 91
 pérdida, 92

Z

Zonas erógenas, 20

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos de esta
primera edición el 20 de julio de 2012,
en los talleres de
Sistemas Integrales de Impresión y Encuadernación
Emilio Carranza, No. 147-BIS
Col. San Andrés Tetepilco, C.P. 09440
México, D.F.

1a. edición, 2012

