



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACION

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**El Psicólogo Clínico en la Institución Hospitalaria: Formas de Abordajes
Terapéuticos**

AUTORES:

Bermeo Freire, María José

Peralta Argudo, Karen Isabel

Trabajo de Titulación previo a la Obtención de Título de:

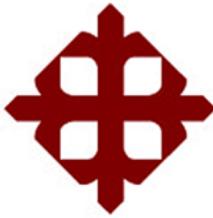
PSICÓLOGO CLÍNICO

TUTOR:

Guerrero de Medina, Nora

Guayaquil, Ecuador

2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA: PSICOLOGIA CLINICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **María José Bermeo Freire** y **Karen Isabel Peralta Argudo**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicólogos Clínicos**.

TUTORA

Nora Guerrero de Medina

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

ALEXANDRA GALARZA COLAMARCO

Guayaquil, a los (20 días) del mes de (Mayo) del año (2014)



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **María José Bermeo Freire y Karen Isabel Peralta Argudo**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación “**El Psicólogo Clínico en la Institución Hospitalaria: Formas de Abordajes Terapéuticos**” previo a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los (20 días) del mes de (Mayo) del año (2014)

LOS AUTORES

María José Bermeo Freire

Karen Isabel Peralta Argudo



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **María José Bermeo Freire y Karen Isabel Peralta Argudo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: “**El Psicólogo Clínico en la Institución Hospitalaria: Formas de Abordajes Terapéuticos**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los (20 días) del mes de (Mayo) del año (2014)

LOS AUTORES:

María José Bermeo Freire

Karen Isabel Peralta Argudo

AGRADECIMIENTO

Darles mis eternos agradecimientos a todas aquellos seres que han estado a mi lado durante los años que tengo de vida. Cada uno de ellos han sido mi fuente de inspiración y mi estímulo para seguir adelante con este trabajo y en muchos otros aspectos de mi vida.

Quisiera agradecerle a mi familia entera; especialmente a mi mamá, mi papá, mis hermanas, mi abuelita, mis primos y mis tíos. Por sus consejos, por su incondicional apoyo, por ser una gran luz para mi vida (aún con mucho camino por recorrer), por su compañía, amor y paciencia. Les agradezco por enseñarme que en la vida se sigue para adelante, siempre tratando de cumplir con todas nuestras metas y creando unas nuevas. Que sólo debemos aprender de nuestros errores y divertirnos en el camino.

A todos mis amigos incondicionales, que pese a las diferencias de horarios y dificultades con la distancia siempre existe una forma para que el sentimiento prevalezca. Darles muchas gracias a Beto, Meche, Majo, Alexander y Daniela con quienes me he compartido risas, llantos, alegrías, tristezas, celebraciones, viajes, etc. Son una parte importante de mi vida.

Le agradezco a todas aquellas personas que he llegado a conocer en el Hospital Roberto Gilbert. A las doctoras y enfermeras que me dieron apertura al trabajo; quienes siguen depositando su confianza en mí a nivel laboral y sentimental.

Y finalmente agradezco a los profesores de la universidad que me han preparado y guiado durante el transcurso de mi carrera y la formación de mi clínica. A mi tutora de tesis y directora de prácticas por su tiempo y dedicación.

Karen Isabel Peralta Argudo.

En primer lugar quiero agradecerle a Dios porque su amor desmedido me alcanzó y día a día me extiende su misericordia, imposible no sentir gratitud por Él.

Mis padres, José Bermeo Barragán y Alexandra Freire de Bermeo pues han sido los pilares más fuertes en los que me he apoyado. Y gracias a ellos hoy estoy culminando un logro más en mi vida. Me han enseñado a esforzarme y a luchar por mis metas. Para mí, ellos son los mejores y le doy gracias a Dios por mantenerlos junto a mí.

Mi hermana, Jennifer Bermeo Freire, porque es la persona que vive de cerca cada momento de mi vida desde los momentos más difíciles hasta los más felices. ¡Gracias ñañita!

Me gustaría nombrar a cada miembro de mi familia porque siempre aprendo mucho de ellos, pero si se trata de ser preciso, les agradezco por haberme enseñado la unidad. Es algo que admiro y valoro de cada uno de ellos porque siempre encuentran la forma de compartir en medio de las diferentes responsabilidades que cada uno tenga.

No podría dejar de mencionar a mis amigos, por esa amistad que hemos forjado, porque sin importar lo cerca o lejos que nos encontremos, un whatsapp o una llamada nos mantiene conectados.

A mis profesores les agradezco por su paciencia y enseñanza de sus conocimientos, y son quienes estuvieron dispuestos a apoyarme en mi formación profesional y desarrollaron mis habilidades.

Por último, pero no menos importante, le agradezco a Nora Guerrero de Medina pues ella como mi directora de prácticas pre-profesionales y tutora de tesis ha contribuido en mi formación académica y profesional.

María José Bermeo Freire

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo y el esfuerzo que implicó el desarrollo del mismo a todas esas personas que quiero. A quienes aún me acompañan y a quienes se fueron, aunque así no se haya planeado. Especialmente a esa persona que me enseñó que la vida y la muerte sólo implica un camino a la “inmortalidad” del ser. Cuando cada día de nuestra existencia se hace algo trascendental para seguir existiendo, pese a la ausencia del cuerpo. Esto es para ti Abuelito.

Karen Isabel Peralta Argudo

A Dios porque sin Él nada y con Él todo. A mis padres, mi familia, amigos, profesores y a cada una de las personas que han llegado a mi vida y han dejado huellas significativas les dedico este trabajo. ¡Gracias de todo corazón!

María José Bermeo Freire

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dra. Nora Guerrero de Medina

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

(NOMBRES Y APELLIDOS)

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION.
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA.**

CALIFICACIÓN

**DRA. NORA GUERRERO DE MEDINA
PROFESOR GUÍA O TUTOR**

ÍNDICE GENERAL

Contenido

RESUMEN	XIV
INTRODUCCIÓN	1
1. CAPÍTULO I: EL HOSPITAL	4
1.1 LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	4
1.3 EL PACIENTE Y SU FAMILIA	15
1.4 SUJETO – PACIENTE	17
1.4.1 Demanda – deseo.	21
1.4.2 Pulsión – síntoma.	27
2. CAPÍTULO II: EL PSICÓLOGO CLÍNICO Y SU OPERATIVIDAD	30
2.1 ENTREVISTAS PRELIMINARES	30
2.2 CLÍNICA DE LA URGENCIA	36
2.3 CLÍNICA DE LA EMERGENCIA	40
2.4 PSICOTERAPIA DE ORIENTACIÓN ANALÍTICA EN NIÑOS Y ADULTOS	43
2.5 TRABAJO DE DINÁMICAS GRUPALES	54
2.5.1 Grupo monosintomático	54
2.5.2 Grupos operativos	55
3. CAPÍTULO 3: CASUÍSTICA	61
3.1 CASO A	61
3.2 CASO B	65
3.3 CASO C	70
CONCLUSIONES	78

RECOMENDACIONES _____ **81**

BIBLIOGRAFÍA _____ **83**

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad ofrecer un material teórico-práctico que se debe a la falta de bibliografía acerca del quehacer del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica dentro del campo institucional, específicamente de índole hospitalario.

La clínica analítica es una clínica del sujeto (Greiser, 2012), clínica que se arma, se inventa y se reinventa a sí misma en forma constante. No busca curar el síntoma, como se realiza en el ámbito médico, ya que en psicoanálisis se sostiene la existencia de un real incurable y que la clínica analítica trata de ver qué hace cada sujeto con ello.

El trabajo de investigación está constituido por tres capítulos. El primer capítulo contiene información necesaria acerca de la institución hospitalaria donde se realizó el presente trabajo. La clínica médica en contraste con la clínica analítica, ambas sosteniendo su propio discurso. Dentro de este capítulo se plantea la diferencia entre sujeto-paciente, demanda-deseo, y pulsión-síntoma, términos indispensables para situar la posición subjetiva.

En cuanto al segundo capítulo, se enfoca en las diferentes psicoterapias que el psicólogo clínico puede hacer uso dentro de una institución hospitalaria. Se describe el valor terapéutico, en qué consiste y de acuerdo al estado en que le paciente se encuentre.

Por último, la casuística contiene casos clínicos donde se evidencia la teoría-práctica y plantea formas de abordaje del psicólogo clínico rescatando la singularidad de cada sujeto y respetando la dignidad del síntoma.

Palabras Claves: Institución Hospitalaria, Psicoterapia, sujeto, paciente, demanda, síntoma.

INTRODUCCIÓN

La práctica institucional del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica hace que indispensablemente el profesional se cuestione acerca de su quehacer. Pues la demanda no proviene de un sujeto, sino de la institución como tal.

Las exigencias de una institución hospitalaria consisten en eliminar el síntoma del paciente que causa malestar y la elaboración de informes evaluativos que siguen un protocolo con rótulos clasificatorios. Sin embargo, el paciente trae consigo una demanda particular que por lo general es distinta a la demanda institucional. Pues no siempre, lo que resulta beneficioso para la institución lo es para el paciente que requiere la consulta.

Entonces, ¿Cómo insertar el trabajo psicológico dentro de una institución hospitalaria? Es en busca de esta respuesta, nace este trabajo de investigación donde se ha planteado como objetivo principal exponer las posibles formas de abordajes terapéuticos que sean pertinentes para la intervención del psicólogo clínico, frente a la demanda del paciente y la demanda de la institución.

La política de una demanda consiste en no satisfacerla sino de interpretarla (Greiser, 2012). Política que marca la brújula del profesional, pues el síntoma es la herramienta de trabajo, no lo que se busca eliminar.

El psicólogo clínico debe ser hábil para transformar esta demanda de la institución en un espacio de escucha para el paciente; lugar en el que se localiza la demanda particular, y que va a dar la apertura a un trabajo o tratamiento psicológico.

Es importante indicar las preguntas de investigación que direccionan este trabajo: ¿Cuáles son las psicoterapias que se puedan realizar en un ámbito hospitalario?; ¿Cómo el psicólogo clínico puede abordar con respecto al malestar del paciente?; ¿De qué manera el psicólogo clínico trabaja con la demanda de la institución, en contraste de la demanda del paciente?

El objeto de estudio del cual se centraría este trabajo de titulación, sería la persona y función del Psicólogo Clínico. En un entorno o espacio específico, el cual comprendería a la “Institución Hospitalaria”.

Para el trabajo de investigación, el método más óptimo es el método de abducción. Pues consiste en captar indicadores o indicios dentro del desarrollo de la práctica clínica que permite, conjunto a la teorización, la elaboración de una hipótesis. Hipótesis que permite al profesional poseer “paradigmas iniciales”, que van a orientar el trabajo clínico tomando en cuenta la dignidad del síntoma y la singularidad que es cada sujeto. La abducción permite descubrir hechos particulares, siendo un método válido para la creación de las nuevas ideas, es decir, del nuevo conocimiento, y se ha convertido en una potente herramienta heurística que actualmente es utilizada para las investigaciones.

Este método es lo que le da validez a la investigación, pues el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica no sostiene la premisa “la misma solución para todos”, ya que lo único que logra es reducir a los sujetos a objetos evaluables. Más bien sostiene que para “cada problema hay una solución” rescatando la subjetividad y dándole un valor importante a los dichos del paciente.

Es por esa razón, que el profesional no se rige a un protocolo, sino que está expuesto a la continua reinención de las diferentes modalidades para abordar y ofertar su trabajo psicológico.

1. Capítulo I: El Hospital

1.1 La Institución Hospitalaria

Este trabajo de investigación se apoya en la experiencia de la práctica pre-profesional que los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil realizan en el Hospital de Niños “Roberto Gilbert Elizalde”. Esta es una institución hospitalaria que presta servicios de salud a niños y adolescentes desde los 0 meses a los 17 años de edad. Da cuidados en diferentes áreas de acuerdo a las necesidades de los pacientes que asisten. Se encuentran las áreas de emergencia, área de hospitalización, áreas de cuidados ambulatorios o consulta externa, entre otros.

Primeramente se considera necesario mencionar ciertos datos de la historia de esta institución hospitalaria, dichos elementos han podido ser tomados de la página web del Hospital Roberto Gilbert (Junta de Beneficencia de Guayaquil, 2014). De lo cual se puede decir que, es un establecimiento que presta sus servicios a la comunidad de la ciudad de Guayaquil desde el 29 de enero de 1888, cuando la M.I. Municipalidad de Guayaquil entrega la obra a la Junta de Beneficencia de Guayaquil teniendo en aquella época el nombre de “Hospital Civil”, se ubicaba en una localidad céntrica dentro de esta misma ciudad. En los posteriores años se fueron realizando varias reformas estructurales y en el año de 1894 la institución ya contaba con una maternidad y un anfiteatro de anexo. El 31 de marzo de 1903, con una reconstrucción de la

edificación, esta institución pasa a tener el nombre de Hospital Alejandro Mann el cual constaba con salas para niños, una maternidad, sala de medicamentos y una sala de cirugía. Para el año de 1948 con la inauguración de la Maternidad Enrique C. Sotomayor, el Hospital Alejandro Mann dedica su atención exclusivamente a la pediatría. El 10 de octubre del año 1986 y debido a deterioros dentro de la infraestructura de la edificación, se da el cambio de localidad de la institución hospitalaria hacia el sector norte de la ciudad, donde actualmente se encuentra ubicada. El día 17 de enero del año 2000 el nuevo hospital comienza a prestar sus servicios a la comunidad, siendo el 9 de octubre del mismo año fecha de su inauguración oficial con el renovado nombre de “Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde”.

Actualmente esta institución hospitalaria dedica su atención a diferentes áreas de la salud dentro de la clínica pediátrica, tales como cuidados en: medicina general, terapia física y del lenguaje, dermatología, genética, cardiología, traumatología, gastroenterología, neurología, nefrología, neumología, psiquiatría, psicología, entre otros.

En la edificación actual la atención clínica se encuentra distribuida de la siguiente manera: el área de “Emergencia” con las salas de Observación, Procedimiento y Reanimación, Consultorio de Obstrucción bronquial e Hidratación Oral, Observación y el Consultorio de Emergencia; las cuales sirven para el ingreso, estabilización y diagnóstico de los cuadros clínicos con los que los pacientes asisten a la institución. En otra área encontramos al servicio de controles ambulatorios post-altas o por chequeos médicos rutinarios, que posee el nombre de Consulta Externa. En dicho departamento se presta atención pediátrica y de diferentes especialidades de la salud para los niños y adolescentes que acuden a las instalaciones.

Además de esto, ésta institución brinda servicios de Hospitalización, en la cual el equipo de médicos se encarga de la asistencia a los aproximados 385 pacientes, niños y adolescentes internados en este centro de salud. En dicha área de hospitalización podemos encontrar diferentes salas que alojan a los pacientes de acuerdo a la edad que estos tienen y la estabilidad de los cuadros clínicos. Se pueden encontrar, por ejemplo, las salas de terapias o cuidados críticos tales como las áreas de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos, Cuidados Intensivos neonatales y pediátricos; además cuentan con nueve salas de hospitalización, las área de Pre-Quirúrgico y Post-Operatorio, Unidad de Quemados y la Clínica de Niños Antonio Pino Icaza. En dichas secciones se pueden encontrar individuos con diferentes pronósticos y cuadros médicos; los cuales requieren de cuidados especializados. En dichos espacios la institución pretende llegar a la estabilización de los cuadros clínicos, prescritos en los pacientes.

Esta institución consta con un departamento de Higiene Mental, en el cual trabajan profesionales en la Psiquiatría y Psicología Clínica. Esta especialidad tiene estipulado que preste su atención a todas las áreas que se encuentren en el hospital como cuidados críticos, áreas quirúrgicas emergencia, hospitalización y consulta externa.

La exposición de los elementos previamente dispuestos, son factores que dan una pauta del conocimiento institucional que todo psicólogo clínico deba de tener acerca de su espacio de trabajo. De esa forma se logra, por un lado, delimitar los sectores o áreas dentro de una institución en los cuales se hace posible la elaboración del trabajo psicológico en un hospital; y por otra parte, se logra saber que técnicas, herramientas, modalidades, intervenciones y tipos de terapias son requeridas en cada sector hospitalario.

De la misma manera hay otras circunstancias que influyen en la posibilidad de trabajo con los pacientes del hospital, estas pueden ser: estado clínico del paciente, edad del paciente, deseo con respecto al trabajo que se oferta, programación de múltiples intervenciones, altas médicas, entre otros. En algunas ocasiones, tales como los casos de pacientes neonatos, el trabajo psicológico se realiza con los padres y/o familiares de los menores.

Tanto en este como en demás organismos de la misma índole hospitalaria, la labor de un especialista parte de una demanda institucional desde la cual se opera en una primera instancia. Es decir, la institución hace una demanda al psicólogo clínico a que atienda a aquellos pacientes que la entidad y sus intermediarios como son los médicos tratantes requiere o considera necesario. Esta petición puede ser dada por interconsultas interdepartamentales a la especialidad o por derivaciones realizadas en las áreas. El especialista, como en este caso la o el psicóloga/o atiende a esa demanda de los médicos asistiendo a las diferentes áreas de la institución; y desde el momento del abordaje puede percatarse y discernir acerca de la petición que realiza la institución, de aquella demanda que realiza el paciente que atiende.

Por lo que deben ser varias las consideraciones que el especialista en psicología deba tomar en cuenta para aplicar una clínica que competa en la búsqueda del bienestar de cada uno de los pacientes. Toma atención a los diferentes elementos con los cuales va preparado en la teoría y en la práctica; realiza una elección acerca de que terapia, uso de técnicas y métodos serían necesarios para el abordaje de cada entrevista durante un tratamiento.

Tomando en cuenta el caso por caso y el factor tiempo con el cual se labora en una institución hospitalaria; las elecciones de terapias y técnicas pertinentes para los diferentes casos

permite plantearse un encuadre, un foco del tratamiento a lo largo que este pueda darse lugar. Es decir, el desarrollo del trabajo de un psicólogo clínico se puede realizar de acuerdo a las posibilidades que se presenten, de acuerdo a las eventualidades que se puedan suscitar en el ámbito hospitalario.

Es diferente plantearse armar un trabajo dentro de una institución, de lo que sería disponerlo en una consulta privada. En este tipo de establecimiento de salud en particular y el hecho de mencionarse como un hospital de atención pediátrica, dictamina un elemento esencial acerca de la tentativa de trabajo a realizar en la área de Psicología Clínica. Ya que, como sabemos al momento de abordaje para el trabajo psicoterapéutico con un niño o niña, esto implicaría también un trabajo con los padres del paciente o aquellos personajes que personifiquen estos roles. Debido a que, se habla de funciones o roles sin ser trascendental quien personifique esta función dentro de la estructura familiar. Tal como lo dice Lacan en su escrito “Dos Notas Sobre el Niño”: “el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar” (Lacan, Dos Notas Sobre el Niño, 1969). Al buscar una mejoría en aquello que aqueja al paciente, son necesarias también entrevistas con la pareja parental. En ciertas ocasiones se pueden observar casos en los cuales los temores, ansiedades presentes en los niños hospitalizados están influenciados por estos mismos factores presentes en los familiares que los acompañan.

Los pacientes acuden a este centro hospitalario con un malestar orgánico y desconocen, en una primera instancia, de la posibilidad de un trabajo psicoterapéutico como soporte ante la hospitalización que se encuentran cursando; por esto es necesario trabajar con el factor de la demanda. Pues en la mayoría de circunstancias el paciente o familiar no pide directamente la

atención psicoterapéutica sino que, la oportunidad de trabajo se da mediante las derivaciones o interconsultas realizados por el médico, las enfermeras o en el caso que el propio psicólogo lo oferte. Este elemento diferencia esencialmente a la modalidad clínica con la que se puede comenzar a trabajar en un consultorio privado; de una labor que se oferta en una institución. El factor de la demanda será un elemento de pivote para poder establecer un trabajo psicológico, del cual se hablará abiertamente más adelante.

“Así como el psicoanalista reconoce el código de cada uno de sus enfermos, aquí debe reconocer la lengua de cada institución considerada como un conjunto”. (Raimbault, 1967, pág. 83). En el texto de Giannette Raimbault, “El psicoanalista y la Institución”, se habla de la institución (de índole educativa u hospitalaria) como un “conjunto”, este término usado por la autora es descrito como el resultado de las interrelaciones que pueden suscitarse entre los individuos que operan en dichas organizaciones y de su relación con la institución como tal (reglamentos, derechos y deberes). En otras palabras, el reconocimiento que un especialista en psicología deba de hacer no implicaría simplemente el “saber-hacer” de su clínica en el ámbito hospitalario, el cual puede venir aprendiendo en sus años de prácticas, si no también procurar saber de qué manera este modo de operar puede introducirse en un organismo tal cual lo reconoce Raimbault de “carácter inevitablemente estático” (Raimbault, 1967, pág. 70) propio de las instituciones. ¿Y qué quiere decir esta autora con esta caracterización de las instituciones?

Para Gianette Raimbault toda institución posee un carácter conservador o represivo que puede ir en contra de cierta “movilidad” que requiera un tratamiento psicoterapéutico para pacientes dentro de una entidad. Entonces, la pregunta que resultaría de eso, es ¿cómo opera el psicólogo clínico dentro de esta organización rígida?

Parte esencial del rol del Psicólogo Clínico en una institución hospitalaria es la posición en un papel de mediador. Desde este lugar, es el médico/enfermera quien acude a él o ella cuando reconoce su propio desconocimiento dentro del saber clínico, hacia un cuadro que no ha podido obtener un posible resultado dentro de lo orgánico; otorgándole una causación psíquica.

Se da lugar al especialista de psicología clínica para la estabilización de un cuadro anímico o comportamientos/conductas presentes en un paciente o familiar, los cuales se vuelven insostenibles para el personal médico, más que todo cuando dichos individuos “no colaboran” con los procedimientos o tratamientos a realizar.

El psicólogo clínico dentro del rol que desempeña en un hospital, también debe *ir más allá* del conflicto superficialmente presente. Se dirige a la problemática particular que perturba a cada sujeto, que está en la posición de su paciente. Mediante la técnica de la escucha, con la cual asiste primordialmente a toda entrevista, no sólo puede “solucionar” algún conflicto presente que perturbe a la institución o a los demás miembros de dicho conjunto; sino indagar en aquello que realmente lo esté perturbando. Sólo de esa forma, se puede decir que se realiza verdaderamente un trabajo. Tal como lo dice Raimbault es “un sistema signifiante que hay que descifrar” (Raimbault, 1967, pág. 82).

“La comprensión de este aspecto del funcionamiento de la institución es indispensable para quien intenta modificar su curso habitual” (Raimbault, 1967, pág. 81). Tomando a Raimbault, podemos decir que para intervenir en la dialéctica que se suele armar entre los vínculos “médicos - pacientes”, “médicos -familiares”, “familiares - pacientes”, entre otros; hay que conocer cuál es la dinámica con la cual se opera en cada sistema que comprende una entidad.

Partiendo de este conocimiento previo acerca de la institución el psicólogo clínico actúa, encuentra una modalidad de “saber- hacer” con aquel paciente y tiene la comprensión de cuáles son los recursos con los que puede asistir a dichos sujetos. Es decir, además de un tratamiento psicológico indagar que otro tipo de ayuda este paciente requiere y hacia donde se lo puede direccionar para obtenerla, por ejemplo en aquellos casos donde se percibe agresiones intrafamiliares que deben ser derivados al departamento de Trabajo Social para la investigación pertinente, procurando de esta forma una mejor calidad de vida para los sujetos.

1.2 La clínica pediátrica hospitalaria

Una institución hospitalaria dedicada al cuidado de la salud, opera y se muestra estructuralmente de una forma muy diferente a las instituciones de otras índoles. Es decir, por ejemplo en una institución dedicada a la pedagogía como los jardines, escuelas o colegios se construyen arquitectónicamente y mantienen diseños en sus interiores que facultan las actividades que se realizarán en cada una de las áreas distribuidas. Podemos encontrar las aulas con pupitres que vayan al tamaño estandarizado de los alumnos destinados a cada curso, materiales didácticos, entre otros. A su vez, en estos establecimientos se encuentran una serie de profesionales dedicados a la educación de los alumnos, quienes realizan la transmisión de la información y procuran la adquisición de conocimiento en los estudiantes mediante métodos que varían de acuerdo a la edad del niño o joven.

Así mismo, una institución hospitalaria dedicada al cuidado de infantes, se diferencia de una organización hospitalaria general. Se pueden observar diseños internos que pueden favorecer a la ambientación de los niños y adolescentes en el entorno hospitalario. Se presentan lugares de distracción como las “salas de juego” y “sala de estimulación” que permiten algunas actividades lúdicas en los pacientes internados.

El hecho de acudir a un centro de salud, genera cierta ansiedad en los sujetos. A esto podremos adherirle los malestares orgánicos por los cuales se asiste a dichas instituciones. Se podría decir que en los menores, dichos temores tienden a incrementarse. El desconocimiento del por qué el “dolor” en el cuerpo, los tratamientos, exámenes y diagnósticos son procesos que provocan zozobra a los familiares pero más que todo a los pacientes menores de edad.

Esta intranquilidad tiende a ser particular cuando en algunos casos se determina un diagnóstico de naturaleza no orgánica. Dado que dicho resultado derivaría a los médicos a pensar en una mayor responsabilidad del factor psíquico para la causa del cuadro. En esos momentos el doctor busca el apoyo del psicólogo clínico en el hospital ya que llega a reconocer que la superación de dicho síntoma en el paciente no depende de un medicamento sino de la psicoterapia que sea más propicia. Las respuestas de parte de los familiares y pacientes ante este tipo de cuadros puede llegar a variar, algunas personas llegan a describir un alivio, pero en otras circunstancias se llega a mostrar negación o tristeza ya que los padres anuncian no saber “en qué parte” de la crianza de sus hijos “se han equivocado”. Nuevamente mostramos que al hablar de la clínica con niños, también se dice de la clínica de la estructura familiar.

“El síntoma puede representar la verdad de la pareja familiar”. (Lacan, 2007, pág. 55). Jacques Lacan, en su escrito “Dos Notas Sobre el Niño”, expone la posición en la que suele estar el niño dentro de la dinámica familiar. Se interpreta y se puede localizar en la práctica que, en los niños ante la ausencia de una formación fantasmática finalizada, el niño-paciente hace síntoma de aquello que se muestre conflictivo en el entorno familiar.

En determinados casos durante los tratamientos psicológicos las entrevistas con los pacientes se realizan con un psicólogo clínico, mientras que en otros casos un segundo psicólogo debe de atender a los familiares. Esto se da por que los niños – pacientes no “dan autorización” para que su psicólogo atienda a sus padres.

Para estas entrevistas orientadas a los niños, se requieren diferentes técnicas como: los dibujos, cuentos, juegos, pinturas, entre otros. “Lo que el niño lleva a la sesión de análisis (dibujos, juegos, historias, etc.) constituyen ya interpretaciones que apuntan a dar un sentido a aquello que de lo real se presenta en el trauma”. (Grosso, 1993, pág. 198). En un principio dichos “dibujos y juegos” sirven para establecer la transferencia necesaria en un inicio de trabajo psicológico. El conocido “rapport”. Posteriormente dichos elementos, en esta clínica con niños, obtienen un valor mucho más importante. Una validez de tipo diagnóstica. Como lo expresa Grosso (1993): “El juego allí, está sosteniendo la posibilidad de alguna representación posible del sujeto, porque aún no se ha fijado el fantasma” (pág. 198). Estas temáticas de las modalidades de trabajo con niños las veremos más adelante.

Por el momento podemos mencionar, que todo este “juego” que se presenta sirve en los niños para poder tramitar aquellos elementos que evoquen ansiedad y angustia durante la estadia hospitalaria. Poder significar aquello que no tiene sentido y que, en muchas ocasiones, produce un síntoma. “El síntoma...se define en este contexto como representante de la verdad”. (Lacan, 2007, pág. 55).

1.3 El paciente y su familia

Como ya se mencionó, el paciente de una institución hospitalaria posee el acompañamiento de integrantes de la estructura familiar. Especialmente de quienes encarnan los roles materno y paterno para los niños. Por lo que, trabajar con la angustia de los menores quiere decir también intervenir en los temores que presenten los padres y los miembros de la estructura familiar que se encuentren implicados; esto sin considerar que hay ocasiones en las que ya antes de la hospitalización dada, el niño y la familia (su dinámica) pueda venir con un malestar, conflicto, problemática y con un síntoma que sale por completo del factor clínico del paciente. Si se habla del síntoma subjetivo presente en un niño podemos tomar a Lacan (2007) en su texto “Dos Notas Sobre el Niño”, para decir que el “síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar”. (pág. 55). Esto quiere decir que en el tratamiento de un niño, más que todo si se realiza una labor en un instituto pediátrico, es necesario realizar un tratamiento con los miembros de la familia, sobre todo de la pareja parental.

De acuerdo con Juan Manuel Burgos (2004) en su texto “Diagnóstico sobre la Familia”, la constitución de la familia implica cumplir con múltiples funciones, tales como: ser el origen de la vida biológica, ser la primera comunidad interpersonal, participar como formadora de la identidad del individuo, actuar como primera comunidad intersexual y ser la primera comunidad intergeneracional. Estas cinco funciones pueden servir de resumen acerca de lo esencial que resulta la existencia del vínculo familiar; primero partiendo de la subsistencia de la “familia” en sí, lo cual podría asegurar la persistencia de la especie, “es el lugar de perpetuación de la

sociedad” (Burgos, 2004, pág. 115), la familia vista como núcleo de la sociedad. Por otro lado la intervención de las figuras dentro de una estructura familiar, cada una desempeñando un rol o función dan oportunidad al niño de poder conocer acerca de la interacción con los “otros” de la sociedad, así es como “todo hombre establece su relación con el mundo y con las personas a través de una familia” (pág. 115). Por último, la presencia de un individuo que pueda formar parte de un círculo familiar y que a su vez asegure su cumplimiento de función como madre, padre, etc. para un niño, ayuda a que este nuevo ser pueda desarrollarse en su formación como persona, pueda conocer acerca de la relación entre ambos sexos y tenga la capacidad de entendimiento acerca de su pasado (origen) y su futuro como porvenir que él está en potencial de crear.

Por lo que pese a las dificultades que se puedan generar en el transcurso de una hospitalización, la presencia de un trabajo psicológico en la institución hospitalaria para el niño podría procurar algunas mejoras incluso en la dinámica familiar del paciente. En algunos casos, “es una suerte” que se dé la hospitalización de los niños y que a su vez haya una oferta de trabajo psicológico. De esta forma no sólo el niño puede tener un tratamiento de psicología, sino además los principales representantes del vínculo familiar como la pareja parental; quienes deban de estar inmersos en el trabajo psicológico propuesto. Por lo que, en las intervenciones dadas por el psicólogo clínico pueden surgir como algo determinante no sólo en el bienestar del niño, sino que se puede instaurar la duda, el deseo de saber o “de hacer algo” con respecto a lo sintomático en la estructura familiar. Es decir, que las entrevistas realizadas con los familiares de los pacientes también permiten introducir una incógnita con respecto a las funciones que cada integrante se encuentra realizando en la dinámica familiar. Tal como los menciona Lacan (1969) en su texto

“Dos Notas sobre el Niño”, hay roles y funciones para los integrantes: “Las funciones del padre y de la madre se juzgan según una tal necesidad. La de la Madre: en tanto sus cuidados están signados por un interés particularizado, así sea por la vía de sus propias carencias. La del padre, en tanto que su nombre es el vector de una encarnación de la Ley en el deseo”. (págs. 56-57).

1.4 Sujeto – paciente

“Con respecto a la psicología, podemos decir que estudia los seres humanos, pero no lo hace desde un ángulo o enfoque particular, que responde a la necesidad de atender determinado plano de su organización como seres vivos. La psicología no es la única que estudia al hombre y, por lo tanto, comparte su objeto con otras ciencias...” (Bleger, 2007, pág. 22) .

Como se podría interpretar lo dicho por Bleger en la cita anterior, “la psicología, podemos decir estudia los seres vivos, pero no lo hace desde un ángulo o enfoque particular”. Un psicólogo clínico no trabajaría netamente en el malestar que se presenta en lo orgánico de un paciente (inclusive si esto fuera una somatización); él o ella puede trabajar “a partir” de ese malestar en el paciente. Este elemento puede dar cierta apertura con respecto a un abordaje psicológico, siempre y cuando el paciente “desea” realizar el trabajo ofertado.

Se creería necesario primero concretar la terminología que se ha venido empleando a lo largo de este trabajo, la palabra “paciente”. Al estar incluida en una institución de índole médica, se puede tener una idea general acerca del significado del término “paciente”; pero aquí también se propone un viraje de este elemento, el cual se encuentra más direccionado hacia la clínica psicológica a la cual compete en este proyecto.

Según el Diccionario “Oriente”, cuando hablamos de un paciente nos referimos a una “Persona doliente o enferma” (Editorial Oriente s.a., 1991, pág. 1179). El psicólogo clínico se acerca al paciente enfermo orgánicamente, pero para ocuparse de su dimensión de “sujeto”, por eso podemos hablar del “Sujeto-Paciente”.

Para este término “Sujeto”, hay que tener una consideración etimológica. El diccionario “Oriente”, propone dar un significado a este término como: “dícese del *yo pensante* por oposición al *objeto* pensado” (Editorial Oriente s.a., 1991, pág. 946). Mientras que, La Real Academia de la Lengua Española propone: “Del lat. *subiectus*, part. pas. de *subiicĕre*, poner debajo, someter” (Real Academia Española, 2001).

En el psicoanálisis, el término “sujeto”, es una suposición, es alguien que cuenta un sueño; que realiza un lapsus, que habla de más o de menos al referirse a su cotidianidad. Esto se puede tomar de Elisabeth Roudinesco, para quien el significado de sujeto sería: “El sujeto en psicoanálisis, es el sujeto del deseo que Freud descubrió en el inconsciente. Este sujeto del deseo

es un efecto de la inmersión del pequeño hombre en el lenguaje. Hay que distinguirlo por consiguiente tanto del individuo biológico como del sujeto de la comprensión”.

Tomando esos dos significados, podríamos hablar de cómo se vería al sujeto-paciente desde el campo de la Psicología. En el primer significado, podremos interpretar al “sujeto”, como un “ser” que escucha, ve y/o siente; fuera de una posición más “inerte”, una posición “objetal”; se podría decir que el sujeto es el individuo que habla, que se hace presente. Sujeto es también aquel que desea, demanda y goza.

El psicólogo clínico opera con el discurso del paciente-sujeto para inferir de allí; las causas del sufrimiento. Entonces, el sujeto es aquel ser que se hace presente, que “habla, escucha, siente”, y que también está “sometido”. Sometido al significante y a la ley. Tal como lo plantea Lacan en el Seminario V, cuando se refiere a la Metáfora Paterna; donde menciona que, desde el segundo tiempo edípico hay un encuentro creado de orden imaginaria por el sujeto con la ley, en donde el niño se “desata” al sujeto de su identificación (en su relación dual con la madre) y se lo sujeta a la ley del padre (Lacan, 1957-1958, págs. 84, 85). Con ésta concepción se consigue hablar de un particular significado de “sujeto” en las teorías psicoanalíticas, se menciona a uno de los estadios para la estructuración del sujeto.

En otro texto de Lacan, “El estadio del espejo como formador de la función del yo (*je*)”, se puede tomar de sus dichos que, un sujeto tendría una génesis como tal, desde que encuentra

una palabras que lo nombre (Lacan, 1979). Entonces la persona, como “sujeto”, se “somete” al orden de lo simbólico representado en la palabra que lo nombra, cuando hay Otro que lo nombra.

A partir de esto, podemos tomar una temática muy trascendente, ya que se habla de un “sujeto que se somete al orden de la palabra del Otro”, alguien que le da un nombre y lo nombra, le otorga un significante, le da un lugar de ser. En una institución hospitalaria un sujeto puede encontrar muchos “nombres que lo nombran” desde el punto de vista médico, pero ninguno de ellos representaría su posición de sujeto. Tal como lo menciona Miguel Ángel Vázquez en su texto “La Función Humanizadora del Otro”: “el punto de vista médico biológico es diferente al sentimiento de la vida de un sujeto, del lazo al mundo que constituye ese sentimiento” (Vázquez, 2009, sp). Se tendría que tomar en consideración entonces ¿qué posición ocupa cada sujeto para el decir de los médicos que lo atienden e inclusive para la familia que lo acompaña?, ¿será simplemente un ente de la medicina o tendrá un valor de sujeto para los Otros (familiares y personal médico) como un individuo que opina al respecto de dicha hospitalización, de dicho cuadro, que tiene un lugar para su discursiva? Pues eso es lo que se puede dar a exponer en este trabajo, un ser humano va a necesitar de los Otros para su formación, para su estructuración. Entonces mediante la posición del psicólogo clínico y las intervenciones que tenga oportunidad de hacer tanto para el paciente niño como para sus familiares puede darle primordialidad al lugar de “sujeto-paciente” que el infante requiere. Esto inclusive puede hacer más factible la transferencia positiva que pueda haber con un paciente, es dar una posición de valor a aquel sujeto que con el cual se trabaja y por ende evitar que el diagnóstico médico tome posición como significante que identifique al individuo; que este sujeto desvanezca y se torne irrelevante ante su identificación como enfermedad.

“El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio infans, nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo [je] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto” (Lacan, 1979).

En esta cita, se va introduciendo a un sujeto que desde su primer instante de vida, aprende por “necesidad”; a hacer un llamado. Un “llamado” que está dirigido a alguien en específico, a un Otro. Desde este momento se lograría ir introduciendo a una nueva concepción que parte del mismo sujeto, la “Demanda”.

1.4.1 Demanda – deseo.

“El término demanda es un término forjado por J. Lacan para clarificar la articulación freudiana compleja entre necesidad y deseo. Con el análisis del modelo del sueño Freud mostró cómo el deseo interviene en la formación de todos los síntomas, síntomas entendidos en su carácter de formación transaccional”. (Guerrero N. , 2012, pág. 10).

Un individuo iría a una institución educativa para aprender y obtener aquellos conocimientos necesarios para su preparación epistémica dentro de su formación académica; mientras que, en una institución hospitalaria los pacientes, acuden esencialmente para calmar las dolencias del cuerpo.

En nuestra sociedad actual, se presenta todavía mucha dificultad para aceptar que también se requiere asistencia psicológica; a diferencia de otras sociedades donde “ir al psicólogo, es como tomar café por la mañana”.

Ahora, cuando un psicólogo trabaja en un hospital, “debe de” tomar en consideración que la demanda de su trabajo es algo que él debe crear. “En su mayoría, no hay demanda inicial, los pacientes llegan por derivación o por iniciativa del propio psicólogo el cual es quien lo visita” (Guerrero N. , 2012).

En este ámbito, el profesional de psicología puede realizar los abordajes de dos formas: en una primera instancia, por la derivación de casos dados por los profesionales a cargo del cuidado clínico de los pacientes. Estos a su criterio, pueden generar órdenes o interconsultas al departamento de “Psicología” existente en la institución. De esta forma se pide una valoración o apoyo a los pacientes o familiares. Por otro lado, el abordaje pueda darse con la “presentación” u oferta del trabajo a los pacientes y/o miembros de la familia. “En el análisis, con oferta generamos demanda” (Umérez, 1999, pág. 49). Esta modalidad puede ser apreciada igual de

importante que la anteriormente descrita, dado que en algunas ocasiones podemos percatarnos que el trabajo que se ofrece puede generar una demanda de quien no ha sido percibido como necesario de parte del equipo médico.

El factor de la “oferta” en la “demanda” es visto por Lacan en su Seminario X; lo cual ha venido siendo tomado por varios autores para explicar lo contundente que es comprender que para poder llevar a cabo un trabajo psicológico se parte de la demanda del paciente y esta llevada de una buena forma por el psicólogo, genera el “deseo de análisis”; ya que “la demanda como tal está destinada al fracaso” (Umérez, 1999, pág. 50). Es decir, si esta demanda no es acogida por el paciente, ésta por sí sola no dará lugar al trabajo psicológico propuesto.

“Es necesario entonces que el sufrimiento y la queja queden articulados de una manera particular para que pueda producirse, lo que se ha dado en llamar “demanda de análisis”. Debe producirse una cierta conmoción de la rutina en la que se mantenía la realidad cotidiana del sujeto, debe producirse una fractura de las significaciones a las que corrientemente tenía acceso” (Guerrero N. , La Demanda del Análisis, 2012, pág. 11).

La existencia de esta demanda no se da por coincidencia, ni es algo que espontáneamente el paciente generaría. Es todo lo contrario, para que se genere una demanda debe de haber un elemento, una eventualidad, un dicho o una palabra que lleve al sujeto a “demandar” el espacio ofertado. Algo que lo “mueva” de la estabilidad en su estructura llevándolo a demandar “un lugar

de escucha”. Esto se lo determina como un viraje, se puede decir que esta aceptación del trabajo, puede ser un primer avance hacia la búsqueda en la dirección de la cura, el sujeto ya no quiere sufrir de la forma en que lo hace por lo que habla y da a conocer su dolencia a alguien que sabe que lo escucha.

En este punto se torna necesario diferenciar la “necesidad” de la “demanda” y el “deseo”. Desde Freud se puede saber que el infante acude al grito por “necesidad”. Dicho grito emitido por el niño da muestra que la necesidad no es más que un llamado por instinto a que se lo satisfaga en algo que necesita. Este grito se dirige a alguien en particular; otro -que para el niño- posee una respuesta. Aquí es donde Lacan complementa a lo propuesto por Freud, y refiere que la búsqueda de satisfacción se dialectizará, eso es algo ineludible. Pero eso todavía no es demanda.

“Más sencillamente podríamos decir que la demanda es la entrada a la cadena significante, y esta operación de entrada, cava un hueco, una hiancia, del lado del sujeto; este hueco es una especie de hendidura, de clivaje entre necesidad y la demanda, donde se manifestará el deseo; por lo cual para Lacan nunca la demanda es la representación verbal de la necesidad” (Guerrero N. , 2012).

Es decir, que la búsqueda de satisfacción impuesto por la necesidad, va a tratar de colmarse en algún “objeto de deseo”, mediante el deseo. Mientras que la demanda, se va a remitir

a responder a ese “hueco del deseo”, pero –y a diferencia de la necesidad- lo hará mediante Otro. Es a este Otro, a quien verá sin falla o falta y le adjudicará un potencial de responderle.

“Esta demanda se dirige al Otro y supone Otro completo, otro que tiene como satisfacer el pedido del sujeto. Pero acá surge una dificultad, por un lado el pedido nos engaña, pues creemos que tiene que ver con la necesidad y no sabemos que toda demanda no pide ni más ni menos que solucionar ese hueco del deseo; y por otro lado, por definición, por estructura, el Otro no puede colmar ese hueco, porque también está hecho de palabras. Entonces le pasa lo mismo que al sujeto. El Otro también tiene hueco, algo le falta en este sentido solo puede dar lo que no tiene y eso en Lacan es la definición de amor”. (Guerrero N. , 2012)

Entonces se habla, de tres dimensiones: de la *necesidad* que se contrapone a la *demanda*, al amor y al *deseo*. La necesidad se opone a la demanda, esta necesidad se direcciona al deseo mediante los “objetos” (objetos causa de deseo), que representan para el individuo y su diario vivir algo determinante que impulsa lo llamado por Freud “Pulsión de Vida”. Por otro lado encontramos a la demanda que es para Roudinesco “encontrar las palabras que serán audibles para el otro” (Roudinesco, 2008). Plantear mediante el uso del lenguaje, el uso de lo simbólico de la palabra un decir que se direcciona al Otro. En un tratamiento estos dichos que se dirijan al Psicólogo, que se le demande un espacio, una escucha y que esta escucha lo ayude a sentirse mejor a liberarse del pesar que lo aqueja y que lo lleva ahí a exponerse. De este punto se puede diferenciar completamente a la demanda del deseo, la primera estando en posibilidad de ser

transmitido mediante el uso del lenguaje y el segundo está imposibilitado de ser transmitido mediante el mismo medio.

“Por lo tanto, el deseo, pese a que sólo puede captarse en la dimensión del lenguaje, presenta sin embargo una incompatibilidad particular con el lenguaje. El deseo como tal no puede ser dicho, y no se trata allí de una resistencia particular del sujeto, sino de algo del deseo que escapa a la dimensión del lenguaje, a la dimensión del decir”. (Umérez, 1999, pág. 19).

Con la cita anterior se aclara un poco más acerca del deseo. Se nos dice en una primera instancia que la única forma de “captar el deseo es mediante la dimensión del lenguaje”, mientras que posteriormente se dice que “el deseo no puede ser dicho, que se escapa del lenguaje”, aquí se plantearía una contradicción, pero no es así. Si es verdad que el deseo “escapa del lenguaje” por ende no está en posibilidad de ser dicho y tomando a Umérez -quien menciona en su texto en repetidas ocasiones- que si un sujeto dice que desea algo, pues eso no es verdad lo que dice que desea no es realmente su deseo. Pues entonces, ¿cómo el sujeto comunica su deseo, cómo se capta al deseo por medio del lenguaje? Muy bien, esa respuesta está en el saber que no se sabe, tomando al inconsciente y a los actos fallidos, como máxima expresión del sujeto, una modalidad del lenguaje. En esa circunstancia, el sujeto dice sin saber qué es lo que dice.

Dentro de un tratamiento, no se puede satisfacer aquel deseo (objetos causa de deseo) que el sujeto, logra decir en una entrevista preliminar o a lo largo de un trabajo psicológico. Se lo

puede escuchar hablar de lo que él dice que desea, de lo que anhela. Pero en un trabajo psicológico, se direcciona también a que el individuo suscite otro tipo de deseo, el deseo de análisis, el deseo a saber acerca de lo que reconoce que no sabe, acerca de la causa de sus síntomas. “No operamos con el tratamiento por la necesidad. Se opera desde la demanda (agotándola simbólicamente), para que surja el deseo” (Guerrero N. , 2012). Con la presencia de ese “deseo de saber” se puede dar paso a la implicación necesaria de parte del sujeto para que se muestre una mejoría.

Para llegar a esa esa mejoría, se aborda desde el deseo de saber y partiendo desde allí se puede llegar al núcleo del síntoma, “El síntoma es realización deformada, por condensación y desplazamiento, de un deseo inconsciente” (Gallo, Ramirez, & Burgos, 1988, pág. 117). Este deseo al ser “socialmente inconfesable” (Roudinesco, 2008), se representa mediante el síntoma. Se da a conocer algo que ni el propio sujeto que padece dicha sintomatología no sabe qué hacer con él. Dicho deseo, que según Freud se relaciona con una causa sexual, se convierte y muestra mediante el cuerpo o el pensamiento, en síntoma.

1.4.2 Pulsión – síntoma.

“La palabra síntoma, siendo también genérica, denota en sentido superficial una singularidad neurofisiológica como psicológica. Tanto en uno como en otro registro califica toda clase afección o alteración funcional de un miembro interno o externo del cuerpo, de un dinamismo o alteración de una propiedad racional; pero mientras en el nivel neurofisiológico el

proceso patológico es producido a causa de una lesión orgánica concomitante, en el psicológico se da sin intervención orgánica alguna. Por alteración ha de entenderse por ejemplo la disminución de la excitabilidad o de una cualidad fisiológica, que en estado normal permanecen constantes o varían dentro de límites determinados” (Gallo, Ramirez, & Burgos, 1988, pág. 45).

El síntoma psíquico es una formación inconsciente. Para que el psicólogo clínico en un hospital pueda abordar e intervenir con un paciente con determinada sintomatología, este debe asegurarse si este síntoma descrito en el infante posee o no posee algún factor orgánico. Puede ser que en algunas ocasiones se pida la intervención o valoración de un Psicólogo para un cuadro en un paciente que, en primera instancia, no presentaría su causa o justificación en los resultados de los exámenes médicos realizados, pero por el afán de darle una respuesta a esta demanda impuesta por la institución no se podría pasar por alto el factor fisiológico.

Ahora, cuando hablamos de un síntoma o somatización se debe de tomar en consideración que “el síntoma es el lugar de reunión de los dos momentos del tercer tiempo de la represión; irrupción y retorno, esto es invasión de la consciencia por lo reprimido y fracaso de la defensa” (Gallo, Ramirez, & Burgos, 1988, pág. 114). Para que se dé la presencia del síntoma debe de haber algo que ha perturbado la homeostasis en lo psíquico del sujeto. La existencia de un factor detonante externo que haya dado lugar al “retorno de lo reprimido”. Es decir, existe un primer tiempo en el cual el sujeto niño ha tenido un encuentro con una eventualidad real o fantaseada – de índole sexual según Freud- la cual fue reprimida ante la ausencia de elementos que le permitan elaborar aquello. Y en un segundo tiempo se da la retroacción de dicho evento, cuando el mismo

sujeto se encuentra con un factor estimulante que de paso a ese recuerdo reprimido del inconsciente a la consciencia. Esto produce angustia en el individuo, desesperación ante “luchas de represión y de retorno de lo reprimido” (Gallo, Ramirez, & Burgos, 1988, pág. 116) y como resultante de esta lucha tenemos al síntoma. Que es una evidencia en lo corpóreo del “intento del yo adaptarse a lo reprimido en retorno” (Gallo, Ramirez, & Burgos, 1988, pág. 115). Pero este síntoma no se hace presente en un lugar indeterminado en el sujeto, es todo lo contrario la localización del área del cuerpo en la cual el sujeto-paciente padece del síntoma posee una significación que puede ser develada a lo largo del trabajo psicológico propuesto.

2. CAPÍTULO II: El Psicólogo Clínico y su Operatividad

2.1 Entrevistas preliminares

Para desarrollar este tema se toma como punto de partida la aseveración de Lacan (1971): “No hay entrada posible en análisis sin entrevistas preliminares”.

Pero ¿Qué función cumplen las entrevistas preliminares? ¿Cuál es la importancia que sin ellas no es posible la entrada en análisis? De acuerdo al enunciado de Lacan, pareciera que las entrevistas preliminares tuvieran un tiempo cronológico, un número de entrevistas establecido y un formato estándar de preguntas a seguir, que como resultado se obtendría la entrada en análisis.

En psicoanálisis no se trabaja a nivel universal sino al uno por uno. Ernesto Sinatra (2002) escribió un texto acerca de las entrevistas preliminares donde plantea: “un intento de formalización para las entrevistas preliminares” (p. 14) que tomando como referencia al libro “Introducción al método psicoanalítico” de Miller, recalca que no existen patrones de conductas, existen principios que se deben formalizar.

Para ello, Sinatra plantea tres elementos centrales que permiten situar los “criterios de analizabilidad” (p. 13) para crear las condiciones y son los que le dan el valor instrumental a las entrevistas preliminares:

1. La evaluación clínica, es decir a la diferenciación de estructura (Diagnóstico diferencial: Neurosis-Psicosis-Perversión)
2. La localización subjetiva, es decir la posición del sujeto
3. La apertura o introducción al inconsciente

Entre estos tres elementos se sitúan dos vínculos: la subjetivación, operación que se ubica entre el primer y segundo elemento; y la rectificación, operación vinculada entre el segundo y tercer elemento (Sinatra E. S., 2002).

Para Quinet (1991) las entrevistas preliminares tienen tres funciones primordiales:

1. Función diagnóstica
2. Función sintomal (sinto-mal)
3. Función transferencial

Es decir permiten construir un síntoma propiamente analítico, en lugar de la vaga conexión de motivos de consulta que suele llevar el paciente; dan tiempo para desarrollar la transferencia;

permiten generar una hipótesis sobre la estructura clínica y determinar si se trata de una demanda de análisis.

La evaluación clínica establece un diagnóstico diferencial, donde el analista debe ser capaz de precisar la estructura del paciente. Es decir, poder distinguir entre si se está frente a una estructura neurótica, psicótica o perversa. (Sinatra E. S., 2002)

Es importante poder distinguir entre las tres estructuras, pues es lo que le permite al psicólogo clínico realizar intervenciones o aplicar técnicas de acuerdo al caso, ya que no siempre las técnicas funcionan para todos.

Sinatra (2002) señala la importancia de este elemento, pues si se tratara de una neurosis obsesiva, sabiendo que ‘‘el obsesivo presenta para el Otro una imagen completa de sí en relación al saber y no le gusta ser descompletado de ese saber tan fácilmente’’ (p. 184) ¿Cómo intervenir y hacerse un lugar?, lo cual no es sencillo, pero sirve para crear posibles intervenciones.

Por otro lado, si se está frente una psicosis, una intervención puede hacer que un paciente desencadene. Es recomendable que si se sospecha una posible psicosis, intentar ubicar los fenómenos elementales, es decir buscar los fenómenos que antecedieron al delirio.

Ernesto Sinatra (2002) resalta que existen ‘muchos casos de diagnósticos no establecidos ‘en suspenso’, pero también de diagnósticos anticipados, con efectos catastróficos. Por ejemplo, diagnosticar a alguien como psicótico y medicarlo, lo cual muchas veces produce un desencadenamiento de una psicosis en un sujeto que hubiera podido estabilizarse de otra manera’’ (p. 186)

Es importante tomar en cuenta que no existe un gradus y un quantum para establecer un diagnóstico diferencial, muchas veces se toma un año o más para diagnosticar. (Sinatra E. S., 2002, p. 188)

Sinatra (2002) sugiere ‘evaluar la lógica de estos comportamientos subjetivos, necesario para poder construir cada vez una clínica del detalle que nos permita efectuar el diagnóstico diferencial en las entrevistas preliminares’’ (p. 188)

El segundo elemento se refiere a la localización subjetiva es la posición que el sujeto toma frente a su malestar. Sinatra (2002) señala que se localiza al sujeto ‘...cuando el paciente se encuentra preocupado en lo que dice respecto del sufrimiento que lo causa’’ (p. 91)

Es importante mencionar que en psicoanálisis el diagnóstico de las estructuras clínicas (neurosis, perversión y psicosis) no se hace en base a la observación de los síntomas, sino que

abarca fundamentalmente la posición del sujeto o la localización subjetiva. La cual no se hace en base a la objetividad ni a los síntomas que se observan sino que en la clínica psicoanalítica es la posición que asume el sujeto frente a sus síntomas o su malestar. (Bernal, 2011)

“Los síntomas en la neurosis, los fenómenos elementales en la psicosis y los actos perversos en la perversión, por supuesto que se tienen en cuenta, pero el diagnóstico de la estructura clínica, como ya se indicó, también abarca la posición subjetiva del sujeto. Así pues, es muy distinto un neurótico obsesivo que delira, que el delirio de un sujeto que se siente perseguido por extraterrestres; es muy distinta la homosexualidad de un sujeto con una estructura perversa, a la conducta perversa de un neurótico que sufre por ser homosexual. Resumiendo: no son los síntomas los que hacen la estructura, sino la estructura la que le da cabida o no a determinados síntomas” (Bernal, 2011)

Como tercer elemento se encuentra: introducción del Inconsciente. Es una aparición de la falta en ser constitutiva. Lo que se llama rectificación subjetiva implica pasar del quejarse de los otros a quejarse de uno mismo. El acto analítico consiste en implicar al sujeto en aquello de lo que se queja y de acuerdo a Sinatra (2002) da cuenta de una modificación en la posición del sujeto en relación a su deseo. (pág. 90)

La rectificación subjetiva como la intervención inicial, es el trabajo que posibilita y condiciona la entrada en la cura en tanto apunta a confrontar al sujeto con su propio decir y verifica el funcionamiento del psicólogo en el lugar del Otro. (Tumburú, 2013)

En las entrevistas preliminares hay mucha intervención. Una de las intervenciones más frecuentes es la interrogación.

La interrogación se la piensa como una condición clínica de las entrevistas preliminares. Condición que no sólo es técnica, sino también ética: posicionarse desde un lugar en el cual la escucha permita el despliegue de cada discurso singular.

Se habla de la instalación de la transferencia, en tanto significante. Ello quiere decir que como primera cuestión debe haber un significante, “un significante que no es cualquier palabra sino aquella que localice, singularmente, en las entrevistas preliminares de qué se trata eso que aflige a quien consulta” (Sinatra E. S., 2002, pág. 152) Es decir, en un primer movimiento: a alguien le pasa algo; en un segundo movimiento, no sabe lo que significa ese algo. El tercer movimiento pone en juego una direccionalidad: se trata de remitirse a Otro que se supone que sí sabe (SsS).

Entonces, la puesta en forma de la transferencia implica que haya un significante por el cual alguien se haga una pregunta, tal vez la más corriente pero también la más propia, aquella pregunta que más lo represente en su posición subjetiva, en su sufrimiento. De pronto, y en ese momento, ese significante ha devenido síntoma. El síntoma es la respuesta enigmática a la pregunta “¿qué quiere decir eso que me pasa?”. “Esta interrogación – a rescatar, destacar, localizar y trabajar en las entrevistas preliminares- debe implicar ya una división subjetiva en la persona que la emite; implica ya una división entre el saber y el no saber; entre el dolor y la suposición de que haya un saber que pueda calmarlo”. (Sinatra E. S., 2002, pág. 153) división que va a mover al sujeto a tratar de descifrar su síntoma, momento inaugural de la cura.

2.2 Clínica de la Urgencia

Dentro de una institución hospitalaria son innumerables las ocasiones en las que el psicólogo debe enfrentar la atención de un paciente en urgencia. En este punto es importante mencionar la disyuntiva entre urgencias médicas y urgencias subjetivas.

Las urgencias médicas surgen a diario y a cada momento. El médico busca atender la necesidad del paciente, se focaliza en un área específica del cuerpo, que ha sido afectada. Reúne los síntomas que presenta, diagnostica y receta. Eliminando de esa forma el dolor del paciente de manera rápida y eficaz.

Para el psicólogo, la necesidad del sujeto está ligada a algo más que un órgano enfermo, está articulada a la demanda que es siempre dirigida al Otro. Por eso, la urgencia subjetiva presenta un ser que sufre, pero que no puede representarse, en un desborde angustioso (Sotelo, 2012).

Y es aquí donde surge la pregunta: ¿Dónde está ubicado el sujeto en un momento de urgencia? Pues no hay lugar específico, el sujeto está suspendido. La ligadura de la pulsión a un representante está en suspenso.

Hay algo que no funciona en la cadena significante, algo se rompe en este momento. El significante pierde su capacidad para significar en la cadena, ya no representa al sujeto y se significa a sí mismo. (Sotelo, 2012)

La estructura es la respuesta a lo Real; en la urgencia, la estructura pierde sus coordenadas y se encuentra con lo Real, que sorprende al sujeto en el trauma, provocando angustia.

“La angustia señal es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro...los peligros internos...tienen como carácter común el implicar la separación o pérdida de un objeto amado o la pérdida de su amor; esta

separación o pérdida puede, por diversas vías, conducir a una acumulación de deseos insatisfechos, y por ende, a una situación de desvalimiento”. (Freud S. , 1926, pág. 77;79)

Y es lo que se observa en pacientes de urgencia subjetiva, ellos no pueden dar cuenta de lo que les sucede, no logran articular, ya que el sujeto se ha quedado sin palabras que lo representen. Lo que se puede percibir fenomenológicamente, es llanto, grito, inclusive un silencio.

En este punto, el paciente se enfrenta a la posibilidad de realizar acting out o pasaje al acto. (Lacan, 1962)

Las intervenciones del psicólogo deben apuntar a la restauración subjetiva. Siempre se trata de que el sujeto hable, que se represente. Cuanto más consistente es el Otro, el sujeto queda en posición de objeto. Se debe reestablecer la función del Otro del deseo, generando escucha, dando un lugar al sujeto. El sujeto, en momento de urgencia esta desalojado, por eso es que se tiende a hospedar al sujeto en una intervención que nada tiene que ver con la medicación, sino que darle la posibilidad al sujeto de crear su lugar, su espacio. (Sotelo, 2012)

El cuerpo del sujeto en la clínica de la urgencia es el lugar de la manifestación del goce: intento de suicidio, sobredosis de droga, crisis de angustias, entre otras. La palabra es el vehículo,

a la que el psicólogo apuesta, para lograr que puedan articular su padecer, se trata del que paciente intente decir lo que le ocurre, verbalizando la angustia que siente, buscando el origen de aquello que ha ocasionado su anulación como sujeto. Es decir, se apunta a hacer surgir una demanda. (Guerrero, Herrera, Herrera, & Maruri, 2000, pág. 23)

Es importante mencionar que no existe un tiempo cronológico que indique la salida de la urgencia, depende del paciente. Pues al psicólogo le interesa hacer surgir al sujeto, buscando los eslabones que permitan hallar un hilo conductor en el discurso de su historia, buscando el origen de la ruptura para que se pueda restituir la cadena significativa. (Guerrero, Herrera, Herrera, & Maruri, 2000).

La salida de la urgencia es la salida de ese momento crítico o momento desbordante de angustia como Sotelo (2012) lo supo decir. En esta salida se manifiestan dos situaciones: o se establece la demanda de análisis o el paciente deja de asistir a las consultas.

Por lo tanto, la urgencia sirve de puente que una vez superado, puede conducir al sujeto a cuestionarse y a vislumbrar el análisis como una posibilidad. (Mata & Ortega Gafter, 1997)

2.3 Clínica de la Emergencia

El psicólogo clínico dentro de una institución hospitalaria se enfrenta a un sin número de situaciones críticas como: “enfermedades, muerte, amputaciones de algún órgano, intervenciones quirúrgica urgentes, accidentes traumáticos, tratamientos dolorosos” (Guerrero, Herrera, Herrera, & Maruri, 2000, pág. 25), diagnósticos que se complican en cuestiones de segundos, inclusive, con la incertidumbre de no tener un diagnóstico establecido.

El conjunto de estas situaciones, muchas veces, caen sobre un mismo paciente de forma inesperada que lo desestabiliza; generando conflictos que el médico no sabe cómo manejarlos, ya que hay procesos o tratamientos dolorosos para el paciente pero necesarios para salvar su vida.

En una institución hospitalaria es lo que sucede a diario, “situaciones emergentes”, donde el médico demanda de la intervención del psicólogo para apaciguar un poco la angustia que se genera en el paciente y la familia (los padres). Situaciones donde muchas veces el médico se siente atado de manos, ya que no puede intervenir sin consentimiento del paciente y en el caso del Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde, la aprobación de los padres por ser pacientes menores de edad.

La psicoterapia de emergencia consiste en invitar al paciente a relatar toda la historia del trauma (proceso de enfermedad, hospitalización, accidentes traumáticos, quemadas que conciernen a lo Real del cuerpo) y sus reacciones emocionales ante él. (Guerrero, Herrera, Herrera, & Maruri, 2000, pág. 26). Es importante indicar que esta angustia o ansiedad que se genera en un paciente en emergencia causa que el fantasma se desestructure, siendo esto lo que sostiene al sujeto. Sin embargo, no se habla de una urgencia subjetiva, ya que estamos frente a un paciente que no se ha desarticulado de la cadena de significantes y puede poner en palabras lo que le está sucediendo.

En la clínica de la emergencia se apunta a solucionar una situación “emergente” en donde el psicólogo tiene que intervenir de manera breve, preparando al sujeto para: una intervención quirúrgica, amputaciones, hospitalización prolongada, tratamientos dolorosos como en pacientes quemados (Guerrero, Herrera, Herrera, & Maruri, 2000, pág. 27) entre otras.

Sin embargo, Fiorini (1987) insiste que el rol del psicólogo “...es alentar aquí al paciente a que cuestione, plantee dudas y objeciones a todo lo expuesto. Porque el problema no consiste sólo en ver qué necesita hacer el paciente sino a considerar, además, qué está dispuesto a hacer” (pág. 70)

Este espacio de escucha que se abre para el paciente cumple una función clarificadora, capaz de reforzar la motivación inicial para aceptar el tratamiento médico, la intervención

quirúrgica o cual haya sido la situación emergente que haya causado conflicto en el paciente.
(Fiorini H. J., 1987)

La búsqueda activa, por parte del psicólogo, “de las dudas del paciente tiene también una función de apoyo, de contingencias dirigidas a partes infantiles del paciente”, ya que el mensaje que se envía es: “hay alguien que recibe con sus conocimientos y con su tolerancia a un chico que duda, que tiene incluso desconfianza hacia él” (Fiorini H. J., 1987, pág. 71) y la institución hospitalaria.

Otro punto importante que se debe tomar en consideración para las intervenciones, es que en situaciones emergentes el Yo del paciente reacciona de manera defensiva, ya que lo ayuda a proteger a la persona de una excesiva intensidad pulsional y a disminuir su tensión interna para mantener un equilibrio. Es un mecanismo inconsciente. (Freud A. , 1985)

Por esa razón, el psicólogo se enfrenta ante pacientes en diferentes estados:

- Negación
- Racionalización
- Proyección/ Introyección
- Desplazamiento
- Represión
- Inhibición

- Aislamiento
- Conversión

Esto dificulta el trabajo del psicólogo, ya que detrás de las defensas hay dolor condensado, que obstaculiza que el paciente se responsabilice en el tratamiento médico. El psicólogo debe dar el viraje e instaurar la queja en el sujeto. (Guerrero, Herrera, Herrera, & Maruri, 2000)

2.4 Psicoterapia de orientación analítica en niños y adultos

Dentro de este trabajo se ha venido exponiendo las dos diferentes psicoterapias que dan lugar al “levantamiento yoico” en un sujeto-paciente que se pueda proporcionar en las terapias de urgencia y emergencia. Ahora se puede presentar la Psicoterapia de Orientación Analítica con niños y adultos, a la cual se la puede caracterizar como una adecuación de la Psicoterapia Analítica propuesta para la consulta privada, pero presente en una institución.

“En primer lugar, hacemos que este yo debilitado del paciente participe en la labor interpretativa puramente intelectual... dejamos que nos transfiera la autoridad de su super – yo; lo hostigamos para que asuma la lucha por cada una de la exigencias del ello y para que venza las resistencias así despertadas. Simultáneamente, restablecemos el orden en su yo, investigando los contenidos y los impulsos que han irrumpido del inconsciente y exponiéndolos a la crítica

mediante la reducción a su verdadero origen. Aunque servimos al paciente en distintas funciones –como autoridad, como sustitutos de los padres, como maestros y educadores-, nuestro mayor auxilio se lo rendimos cuando, en calidad de analistas, elevamos al nivel normal los procesos psíquicos de su yo, cuando tornamos preconsciente lo que llegó a convertirse en inconsciente y reprimido, volviendo a restituirlo así al dominio del yo. Por parte del paciente contamos con la ayuda de algunos factores racionales, como la necesidad de curación motivada por su sufrimiento... pero la ayuda más poderosa es la transferencia positiva que el paciente nos ofrece” (Freud S. , 1938 - 1940, pág. 3402).

En estas líneas tomadas de la segunda parte del texto de Freud “Compendio del psicoanálisis”, se puede encontrar un denominado resumen acerca de la labor psicoanalítica. A lo largo de este escrito Freud nos ayuda a comprender los factores necesarios y que hagan permisible una terapia psicoanalítica con los sujetos que la requieran. Aquí Freud refiere que para la realización de un análisis o en su defecto de una terapia con orientación analítica, el especialista debe tomar en consideración ciertos “factores” que hacen factible el desarrollo del trabajo. Dichos factores, parten de un mutuo acuerdo entre el psicólogo clínico y el paciente.

A lo mejor existe la incógnita acerca de ¿por qué en la oferta de un psicólogo clínico en una institución, con todas las dificultades que eso representa, se deba contemplar también a la teoría psicoanalítica como una opción? Pues bien, no se torna una obligación, pero es necesario verlo como una herramienta que el especialista en Psicología Clínica deba de contemplar para el caso que lo requiera. Se podría parafrasear a Freud quien reconoce en su texto “Compendio del

psicoanálisis” que la terapia psicoanalítica operaría con recursos psicológicos. (Freud S. , 1938 - 1940, pág. 3402). Es decir, él consideraría que este tipo de terapia está entre las “posibilidades terapéuticas” que se deberían tomar en atención para el bienestar del paciente.

“Solamente cuando un caso es de origen predominantemente traumático podrá hacer el psicoanálisis lo que es capaz de hacer de un modo superlativo; sólo entonces, gracias a haber reforzado al yo del paciente, logrará sustituir por una solución correcta la inadecuada decisión hecha en la primera época de su vida” (Freud S. , 1937, pág. 3342). Tal como lo menciona Freud en su texto “Análisis Terminable e Interminable” hay para la aplicación del psicoanálisis una serie de elementos que hacen ver si la terapia de orientación analítica, resulta ser la indicada para el paciente que se atiende en el momento u ocasión en que se lo aborda.

Ante esto, se puede acudir a Sinatra quien, tomando a Lacan dispone tres “criterios de analizabilidad” los cuales deban de estar presentes en un paciente para que se lo denomine apto a su comienzo de análisis: en primer lugar la evaluación clínica (diferenciación de estructuras), segundo la localización subjetiva (la posición de sujeto), y por último la apertura a lo inconsciente. (Sinatra E. , 2002, págs. 12-13). Por lo que se considera necesario dar a conocer un poco más acerca dichos elementos que hacen posible la realización de una psicoterapia de orientación analítica, los cuales han podido ser mencionados por Freud y Sinatra en las citas anteriores. Se tomará en consideración aquellos factores que se manifiesten más oportunos para el desarrollo de este tipo de terapia.

Entre esos requerimientos para la terapia con orientación analítica puede constar: la característica estructural del sujeto a quien se le realizará las intervenciones con orientación analítica, el establecimiento de la transferencia entre psicólogo – paciente, el factor de la demanda de análisis dispuesto por el paciente hacia su psicólogo y las resistencias presentes en los pacientes.

Primeramente y dando una revisión a lo anteriormente dicho en este trabajo, planteamos a la “demanda”, a la cual se la puede tomar como un elemento que parte del paciente como respuesta de la oferta de trabajo realizado por el Psicólogo. Esta demanda, es el uso de la palabra para decir o nombrar algo que el sujeto requiere de un Otro; se puede decir que en este caso el sujeto-paciente demanda al psicólogo su espacio de escucha.

Por otro lado, se continuará hablando acerca de la transferencia:

“Este fenómeno de la transferencia no tarda en revelarse como un factor de insospechada importancia; por un lado, un instrumento de valor sin igual; por el otro, una fuente de graves peligros. Esta transferencia es ambivalente; comprende actitudes positivas (afectuosas), tanto como negativas (hostiles) frente al analista, que por lo general es colocado en lugar de un personaje parental, del padre o de la madre. Mientras la transferencia sea positiva, nos sirve admirablemente: altera toda la situación analítica, deja a un lado el propósito racional de llegar a curar y de librarse del sufrimiento. En su lugar aparece el propósito de agradar al analista... que se convierte en el verdadero motor de la colaboración del paciente”

(Freud S. , 1938 - 1940, pág. 3398).

Esta cita explica el significado de la transferencia, como una posición en la cual el Psicólogo clínico, es aceptado por el paciente. Un lugar desde el cual el sujeto-paciente le transmite todo aquello que le produce malestar, temor, conflictos, todo lo bueno y lo malo que le permita saber acerca de sí. Se dan a conocer dos tipos de transferencia; por un lado nos encontramos con la transferencia positiva, con la cual se dan sentimientos gratos hacia este analista o psicólogo; y por otro lado tenemos a la transferencia negativa, con la cual el paciente se mantiene en una posición hostil para con el profesional. Obviamente para el mejor desarrollo de la terapia; y con el factor de corto tiempo que se mantiene latente dentro de una institución, dicha terapia resulta siempre más productiva con una transferencia positiva.

José Bleger en su texto Temas de Psicología, define la transferencia como “la actualización en la entrevista de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado, que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso del desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar... En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se comporta en función de los mismos.” Más adelante continúa: “con la transferencia el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él, su fantasía de la entrevista, su fantasía de ayuda, es decir, qué cree él que es ser ayudado y estar sano”. (Bleger, Temas de Psicología, 1964, pág. 24). En otras palabras, la transferencia es la relación que se

pueda establecer con el paciente mediante la cual este le otorga al profesional cierto conocimiento. Le permite al psicólogo saber acerca de su malestar, de lo bueno y lo malo acerca de sí, los cuales quiera mencionar al momento de la entrevista. Existen dos tipos de transferencia: la transferencia positiva y transferencia negativa.

Ahora se pasará a mencionar la evaluación clínica o diferenciación de estructura. De lo cual podríamos tomar a Lacan, quien mencionaba que no se puede aplicar psicoanálisis con todos los individuos. Y aunque la psicoterapia con orientación analítica no es propiamente un “análisis”, el factor de la definición o evaluación de la estructura en cada individuo atendido es una temática necesaria de indagar; debido a que, por ejemplo, no se podría realizar intervenciones o interpretaciones a un paciente de estructura psicótica, ya que esto lo haría desencadenar (en los casos de una psicosis ordinaria). Además de esto, tener un diagnóstico acerca de la estructura de un paciente, pueda facilitar el entendimiento acerca de su modalidad discursiva y su posición subjetiva. Por lo que permitiría ir teniendo índices hacia dónde dirigir la terapia, mediante una focalización del trabajo, para llegar a una posible cura.

Finalmente, podemos encontrar a la existencia de resistencias. “el *yo* se protege contra la irrupción de elementos indeseables del *ello* inconscientes y reprimido... cuanto más acosado se sienta el *yo*, tanto más tenazmente se aferrará, casi aterrorizado, a esas anticatexias con el fin de proteger su precaria existencia contra nuevas irrupciones”. (Freud S. , 1938 - 1940, pág. 3400). En otras palabras, las resistencias se suelen mostrar a lo largo de un trabajo psicoterapéutico como “paredes” que presenta en el discurso del paciente cuando llega a relucir temáticas que han

sido reprimidas en el inconsciente, son aquellas temáticas de las cuales describe “no querer hablar” o “no querer saber”. Cuando el psicólogo interviene durante la terapia del paciente con alguna interrogación o acotación abrupta para la realidad del paciente, se correría el riesgo que, si no se ha armado una transferencia bien sostenida, se muestren resistencias de parte del *yo* del sujeto - paciente que entorpezcan el trabajo que se viene realizando.

De lo anteriormente dicho podríamos sustentarnos de aquello que dice Freud:

“Si procediéramos de otro modo, si lo abrumáramos con nuestras interpretaciones antes de estar preparado para ellas, nuestras explicaciones no tendrían resultado alguno, o bien provocarían una violenta erupción de la resistencia, que podría dificultar o aun tornar problemática la prosecución de nuestra labora común”. (Freud S. , 1938 - 1940, pág. 3400).

Por lo que, hasta el momento se podría describir a la psicoterapia de orientación analítica como aquella herramienta que posee el psicólogo clínico dentro de una institución hospitalaria. El especialista inicia el trabajo realizando un “mutuo contrato” con el paciente. El sujeto responde a la oferta del psicólogo mostrando su demanda hacia el trabajo o terapia. Y puesto que el paciente no hablará acerca de aquello de lo que más le perturba con cualquier individuo, él sólo hablará con aquel personaje con el cual pueda entablar una transferencia. A partir de este lugar, de transferencia, otorgado por el paciente hacia el psicólogo, él podrá realizar intervenciones que lleven al sujeto- paciente a pensar acerca de su malestar, problemática y síntoma; a pensar y hacer algo con respecto a eso, moviéndolo un poco de la comodidad de su síntoma para llevarlo a una solución y a cumplir su parte del “contrato de auxilio” (denominado así por Freud).

En el transcurso de esta terapia el psicólogo clínico se puede encontrar con las diferentes resistencias que implicaría el actuar más continuo de la figura del especialista con sus intervenciones. Siempre actuando como lo menciona Fiorini: “Una buena psicoterapia de orientación psicoanalítica, transcurre con una actitud, por parte del terapeuta, neutral, de atención, respeto, capacidad de escucha, no invasión, no manipulación...” (Fiorini H. J., 2001, pág. 1). Desde esta posición neutra que avanza en tanto y cuanto el paciente se lo permitiría.

La modalidad de entrevista en la psicoterapia de orientación analítica pueda variar entre las “entrevistas libres” y “sesiones semidirigidas”. La entrevista libre es cuando el paciente posee la autonomía de dar a conocer su problemática, pudiendo manejar dicha entrevista con respecto a las temáticas que él considere necesaria. Mientras que en las entrevistas semidirigidas es cuando se da una mayor actividad de intervención de parte del psicólogo clínico, por lo cual puede realizar señalamientos e interpretaciones. Esta modalidad de entrevista se podría dar con los pacientes que “no sepan por donde comenzar”.

Toda intervención puede tornarse en una interpretación, si se produce en el paciente el efecto de división subjetiva y reubicación del posicionamiento subjetivo en un sujeto – paciente. Dichas “intervenciones” posibles que se realizan en el transcurso de una entrevista pueden ser:

Interrogar: el cual serviría para indagar en ciertos detalles de la historicidad del paciente que resultan ser necesarios en un trabajo psicológico.

Proporcionar información: consiste en aclarar al paciente en qué se basan los tratamientos, exámenes médicos, qué implica cada diagnósticos clínico, las posibles secuelas de los tratamientos e intervenciones médicas, entre otras.

Confirmar: Se puede estar de acuerdo con las interpretaciones del paciente que haga de sí mismo para reafirmar el camino de sus asociaciones.

Clarificar: Se refiere a reformular el relato del paciente, es decir apunta a recortar elementos significativos del mismo.

Recapitular: se trata de resumir puntos esenciales surgidos en el proceso de cada sesión y del conjunto del tratamiento. Se lo puede realizar al comienzo de una entrevista o al final de la misma.

Señalar: Estimula al paciente a interpretarse, es un llamado a la capacidad de autocomprensión del paciente. Se busca por ejemplo que relacione datos similares entre dos eventualidades que ha experimentado en su historicidad y que las ha dicho durante la terapia, acentuar una palabra para que le sirva de vínculo hacia algo ya dicho, etc.

Sugerir: consiste en proponer al paciente conductas alternativas

¿Hay alguna variante entre la clínica con orientación analítica con adultos de aquella que se realiza con niños? Las variantes que se pueden encontrar en la Psicoterapia con orientación analítica para adultos y niños, es que estos segundos necesitarían la intervención del factor simbólico, requieren abordajes que impliquen mayor uso de instrumentos de parte del psicólogo clínico. Un niño o niña al ser todavía un sujeto en estructuración requiere que se le preste palabras, que se le ayude a significar aquellos eventos que se encuentra relatando durante las sesiones. Más que todo al tratarse de niños dentro de una institución hospitalaria los cuales

mantienen una posición de receptores de varias noticias buenas o malas, una posición de significado -tomando a Estela Solano quien habla del niño en posición de la relación del padre y la madre en su texto Clínica Psicoanalítica con Niños - todo aquello de lo cual comprende muy poco o nada. Por lo que, el espacio que se les oferta se torna un lugar de respeto a su decir; donde se lo puede ayudar a dar significación de aquello que los médicos hablan acerca de su cuerpo, de aquello que pasa en la dinámica familiar, de todo aquello de lo que él o ella quisiera contar.

“El niño cuando juega se comporta como un escritor, en la medida en que crea un mundo según sus ideas, o mejor, modifica este mundo de forma que le guste... juega con seriedad. Lo que se opone al juego no es lo serio, sino la realidad” (Freud S. , 1907 - 1908).

“Lo que el niño lleva a sesión de análisis (dibujos, juegos, historias, etc.) constituyen ya interpretaciones que apuntan a dar un sentido a aquello que de lo real se presenta en el trauma”. (Grosso, El Juego en la Clínica con Niños, 1993, pág. 198). De estas dos citas anteriores dadas por Freud y Grosso se puede decir que si hablamos de niños no podemos subestimar lo que se transfiere durante la psicoterapia. Ya que en aquellos sueños, fantasías, cuentos, juegos, etc. que suelen contar, tratan de representar algo que les causa malestar, de deseos que no expresan.

“Es decir, que los niños juegan, entre otras cosas, para resolver problemas de orden lógico” (Suaréz, 1993, pág. 17) Para la clínica con niños resulta fundamental, el abordaje que no sólo implique hacerlo hablar, ya que en muy pocas ocasiones saben que decir o cómo decirlo. Se

puede abordar con técnicas como el dibujo, la pintura, el juego, el rol-play, entre otras. En primera instancia se requiere que el niño confíe en su psicólogo y esto implicaría, en ciertas ocasiones, que lo vea “como el amigo”. Ahí se juega un papel muy importante con respecto a la transferencia.

Este elemento del juego presente en el niño se logra diferenciar de acuerdo a las edades que estos pacientes infantiles tengan. Se da de la siguiente forma: a los dos años, podemos observar un “Juego Motor”; a los tres años, se presenta el “Juego de Ficción”; a los cuatro años se muestra el “Juego de Roles”; de los cinco a seis años, están los “Juegos de Reglas”; desde los siete hasta los doce años, la actividad lúdica comprende la “Compresión de las Reglas”, esta clasificación puede ser tomada de Jean Piaget en su texto “La Formación del Símbolo en el Niño”.

Otra de las técnicas fundamentales descritas para una psicoterapia con niños e inclusive con los adolescentes, es la del dibujo. Ésta podría ser usada en las clínicas con paciente de mucha angustia; mediante el dibujo pueden llegar a decir aquello que el recurso del lenguaje o el discurso no tiene posibilidad de hacerlo, tal como se lo menciona en la cita siguiente de Ileana Velázquez “el acto del dibujo con un intento de conquistar una suerte de signos que colaboren en la adquisición final de un lenguaje, un modo de expresión, diferente pero igualmente válido a cualquier otro” (Velazquez, 2012, pág. 18).

2.5 Trabajo de Dinámicas Grupales

2.5.1 Grupo monosintomático

El Pequeño Grupo Monosintomático es una propuesta que nace con el psiquiatra inglés Bion, quien pretendía realizar un trabajo de una manera un tanto diferente a lo que se venía planteando para las propuestas terapéuticas grupales. Pero es finalmente Massimo Recalcati en su texto “La función del pequeño grupo en la lógica del psicoanálisis”, quien logra teorizar y denominar la aplicación de este Pequeño grupo monosintomático.

“La hipótesis de Bion en ese entonces, es la de trabajar con un “grupo sin jefe”, trabajar con una identificación horizontal en lugar de una vertical” (Ricaurte, 2012, pág. 2). Generalmente para la elaboración de una agrupación terapéutica, tal como los grupos de ayuda, se requiere de la presencia de un “Líder” que se muestre como una imagen modelo para el resto de subordinados participes del grupo. Este personaje les serviría de guía o “espejo”, para que se dé lugar a una “identificación” de estos sujetos hacia la imagen que se muestra de este líder del grupo.

“El pequeño grupo, contrariamente a la masa, puede garantizar la existencia de lo particular. Su lógica interna no es la del fanatismo por el Uno sino la de la diferencia, del no-todo, del Uno no sin el Otro” (Cucagna, 2004, págs. 57 - 58). En este tipo de dinámica grupal lo

que se propone para la figura del psicólogo clínico, no es la de ser un integrante que sobresale del grupo en el cual está siendo participe –tal como pasaría en la dinámica de una “masa”- se trata más bien que este psicólogo haga un rol de facilitador; el cual permite surgir mediante, sus intervenciones, el descubrimiento de lo particular en cada uno de sus integrantes.

Es decir, en el grupo monosintomático se parte de un elemento que resulte universal para los miembros de la dinámica –como una identificación general, elementos que actúen como significantes que marcan el cotidiano vivir de los sujetos y desde los cuales ellos actúan- para dar lugar a la metonimia de significantes en el discurso y cambios en la posición subjetiva de los pacientes o familiares hacia algo que les resulte más llevadero.

Es brindar un espacio de escucha que da lugar a la “palabra” de cada uno. Se da sitio a lo único que cada sujeto tiene por decir. Ha de tratarse de llegar al “uno por uno” necesario y característico en clínica analítica; y de lo que se propone a realizar en las diferentes terapias expuestas en este trabajo.

2.5.2 Grupos operativos

Otras de las modalidades de trabajo, que el psicólogo clínico puede hacer uso dentro de las instituciones hospitalarias, son las dinámicas grupales, entre las cuales se contempla a los llamados grupos operativos.

“El grupo operativo es un instrumento de trabajo, un método de investigación que cumple además una función terapéutica” (Berstein, 1993, pág. 63).

Berstein (1993) en su texto, que toma de referencia a Pichon Rivière, indica que esta técnica busca identificar y categorizar claramente el obstáculo y apoyarse en él con la finalidad de resolverlo y transformarlo en un descubrimiento útil.

Es necesario mencionar que no se trata tanto de “curar” sino de “resolver” un obstáculo que detiene el desenvolvimiento de un individuo. Resolver se refiere a ubicar al paciente en mejores condiciones de encontrar la propia solución. (Berstein, 1993)

Es importante señalar esta diferencia pues esta técnica se la emplea en pacientes que por lo general comparten la angustia de tener a un familiar o un hijo en hospitalización y que al juntarlos se logra circular la palabra, logrando un efecto terapéutico, efectos como lograr que ellos sostengan a ese niño o se impliquen en el tratamiento médico.

Esto ocurre con pacientes en terapia intensiva, pues los padres muchas veces consideran que los van a lastimar y se niegan al contacto físico o al ver a los pacientes conectado a diferentes máquinas, consideran que no pueden escucharlos y no les hablan. En psicoanálisis se entiende esto como un paciente en calidad de objeto más que de sujeto.

Es indispensable la participación activa de los padres en los tratamientos médicos, pues teniendo claro su función, ellos podrán colaborar y les podrán transmitir al paciente niño seguridad.

Dentro de estos grupos, en ocasiones se encuentran pacientes que no logran articular palabra alguna o simplemente se niegan a poner en palabras el miedo a la pérdida de su hijo. Y el participante que lo puede exteriorizar, logra que los otros participantes se identifiquen con sus dichos, dichos de alguien que se encuentra en situaciones similares. Con esto se logra que cada participante se ubique en mejor condición para tomar una decisión.

El objetivo de los grupos operativos se basa en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación, debidas al monto de ansiedad que despierta todo cambio (Berstein, 1993).

Realmente la ansiedad o la angustia que se desencadena dentro de una institución hospitalaria, se debe a la emergencia médica con la que llegó el paciente y la hospitalización que

muchas veces son prolongadas y dolorosas. Todo esto no sólo desubica al paciente sino a los familiares. Pues implica un cambio no sólo en el factor biológico, sino que en lo social y lo económico también. Este es otro punto, que se coincide con los casos de ansiedad dentro de una institución hospitalaria.

Por lo general, los familiares del paciente se encuentran desorientados, ya que deben cumplir con otras responsabilidades como el trabajo, atender a sus otros hijos, y al mismo tiempo estar atento a las necesidades del paciente hospitalizado.

Son diferentes situaciones que generan angustia. Y los grupos operativos son útiles en cuanto a la demanda de un espacio psicológico con efectos terapéuticos inmediatos dentro de una institución hospitalaria. A continuación se va a explicar en qué consiste esta técnica y cómo opera terapéuticamente.

El grupo operativo puede ser visualizado en dos planos: el de la temática y el de la dinámica. Sólo por la tarea, a través de la tarea y con la tarea, el grupo es grupo. La tarea se refiere al factor por el cual el grupo se ha reunido para apropiarse de él. (Berstein, 1993, pág. 64)

La tarea depende del campo operativo del grupo. Dentro de una institución hospitalaria se trata de un grupo operativo y la tarea se enfocaría en resolver el común denominador de la ansiedad del grupo, que adquiere en cada miembro características particulares.

Se señala que el grupo puede presentar una tarea manifiesta y otra latente. Y ser ambas tareas parte de una misma unidad.

El equipo o grupo está constituido por:

1. El coordinador o facilitador
2. El observador. Puede un grupo tener hasta dos observadores
3. Entre 10 a 12 integrantes.

El coordinador o facilitador tiene como función interpretar o señalar lo que va ocurriendo. Se encarga de efectuar la enunciación que unirá la temática verbalizada con la dinámica de funcionamiento grupal, dando así un elemento de organización a la ansiedad en la cual está sumergido el grupo con el tratamiento del tema. (Berstein, 1993)

Las tres características fundamentales que un coordinador (Muñoz, 2002) debe de tener son:

1. Ocupar el lugar de espera recreado en una posición de no saber sobre la producción grupal, se sabe desde el marco referencial pero no desde la producción grupal.
2. Representa la tarea del grupo. Por esta razón, su función es velar por el sostenimiento del encuadre y el cumplimiento de la tarea.
3. Su hacer está enmarcado dentro de la relación compromiso-responsabilidad. Responsabilidad que se adquiere con el grupo como entramado vincular apunta a la necesidad imperiosa de mantener la bidireccionalidad del vínculo dentro del proceso, pues

es a partir de allí que cada uno de los sujetos, de acuerdo con sus ritmos podrá reconocer sus resistencias, identificar los mecanismos de defensas con los que ha estabilizado las ansiedades básicas, articular una mutua representación interna, reconociéndose como sujeto que necesita de otro para su proceso de construcción pero, a la vez, como sujeto que en su hacer facilita la construcción del otro.

El observador tiene como trabajo fundamental, el de organizar los elementos emergentes grupales, para poderlos devolver al grupo. (lectura de emergentes 20 minutos antes de finalizar la sesión), o para luego elaborarlos con el coordinador y reestructurar la perspectiva que ambos tenían del grupo y así empezar la siguiente sesión. (Berstein, 1993)

3. CAPÍTULO 3: Casuística

3.1 CASO A

Datos de Filiación

Nombre: N.A

Edad: 10 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: 6to de Básica

Domicilio: Salinas

Diagnóstico Médico

La paciente ingresa a la Unidad de quemados por la localización de la herida. Es evaluada con un 1.5%. Pero en el centro de salud que anteriormente estuvo le extrajeron el ojo derecho.

Motivo de consulta

La paciente había estado paseando por la playa con sus padres, y de regreso a la casa se acostaron a dormir, pero la paciente se levantó, salió y se encontró una bengala. La paciente sólo recuerda que estaba leyendo las instrucciones y se quedó dormida en una silla. Al parecer la bengala se cae y explota.

La doctora realiza la derivación psicológica porque la paciente no sabe que le han extraído su ojo. Los padres no saben cómo decirlo y menciona la madre que la paciente suele llorar sin decir nada.

Historia familiar

Actualmente la paciente vive con sus padres y cuatro hermanos. El padre trabaja de guardia en un edificio y la madre realiza artesanías en casa, ya que tiene una hija de 7 meses de edad. La paciente es buena alumna y pertenece a un grupo de baile de su escuela “bastonera”.

Su madre está muy preocupada porque en las presentaciones la paciente se maquilla y ha empezado el interés por verse al espejo por mucho tiempo.

Historia del síntoma

Se trata de una urgencia subjetiva y el practicante considera necesario abordarla desde la psicoterapia de urgencia. Para las entrevistas con la paciente se utilizó como herramienta principal el dibujo libre.

Durante la hospitalización, la paciente no muestra interés por algo, no habla y la madre comenta que suele llorar. En la primera sesión el practicante se presenta y oferta su espacio de escucha. Sin embargo, la paciente se queda callada. Ante lo cual el practicante sostiene su mano y le pregunta si sabe la razón por la que está hospitalizada. En ese momento la paciente habla muy bajito e indica no recordar muy bien cómo ocurrió el accidente, pero lo poco que pudo decir fue suficiente, y se le afirma que efectivamente esa es la razón. Luego de la pausa, la paciente logra decir que piensa que ha perdido su ojo.

Menciona tener miedo de no ver nunca más a su hermanita pequeña (7meses), lo cual dio paso a que se le explicara la situación.

Problemática Vital

Se está frente a un caso de urgencia subjetiva donde las intervenciones apuntan a la restauración de la cadena significativa ya que se trata de que el sujeto hable, que se represente. Según Sotelo (2012) cuanto más consistente es el Otro, el sujeto queda en posición de objeto. Se debe reestablecer la función del Otro del deseo, generando escucha, dando un lugar al sujeto. El paciente, en momento de urgencia esta desalojado, por eso es que se tiende a hospedar al sujeto en una intervención que nada tiene que ver con la medicación, sino que darle la posibilidad al sujeto de crear su lugar, su espacio.

Para la paciente fue importante que se le explique la razón por la cual se tuvo que extraer el ojo y las posibilidades que le ubiquen una prótesis. La explicación esclarece la situación y es el punto donde se sitúa la ruptura de la cadena significantes hace que su ansiedad baje, esclarecer la situación da paso a que la incertidumbre se resuelva.

Le realiza un dibujo a su hermana menor y le escribe que la extraña mucho, la dobló en forma de corazón y cuando su padre ingresó al cubículo se la entregó para que se la lleve a su hermana.

En la sesión dibujó a toda su familia, ubicó edad y nombre a cada uno. Que se le haya dicho la verdad permitió que ella manifieste sus temores y ansiedades.

Diagnóstico Estructural Presuntivo

La estructura de la paciente va del lado de una neurosis.

Recomendaciones

El espacio se mantiene abierto pues aún la paciente no se ve al espejo, y la imagen es uno de los puntos que se debe de trabajar.

3.2 CASO B

Datos de Filiación

Nombre: V. S

Edad: 32 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Ingeniera comercial

Domicilio: Salitre

Diagnóstico Médico

La hija de la paciente se encuentra en el área de quemados. Tiene 1 año 11 meses, tiene 6.5 % de quemaduras.

Motivo de Consulta

La madre se siente culpable porque el accidente ocurre estando la niña con ella. Menciona que ella estaba preparando un bistec y la cocina le cae encima a su hija.

Historia Familiar

La paciente vive con sus abuelos y tías. Desde los 10 años, ella presenciaba peleas fuertes entre sus padres, lo cual la lleva a salir de su casa a temprana edad e ir a vivir con sus abuelos maternos.

La relación con su padre biológico no es buena, le tenía miedo, sin embargo, dentro de las sesiones señala que la concepción que ella se había creado de su padre, en parte estaba influenciada por su tía pues le decía que su padre era un monstruo.

La muerte de su tío, a quien lo ubica como su padre, la desestabilizó. Este evento es trabajado durante dos sesiones, ya que al momento de realizar las curaciones de su hija, se angustia y piensa que la puede perder como lo pierde a su tío.

La paciente comenta que nunca sostuvo una relación marital con el padre de su hija.

Historia del Síntoma

Se está frente a una emergencia subjetiva, pues la paciente al inicio intentaba controlar la situación y comentaba que Dios va a sanar en seguida a su hija y se iría pronto. Pues se encontraba negando la situación como mecanismo de defensa. forma de mantener el control. La paciente iniciaba sesión mencionando “hoy me voy”.

A pesar que se le explicó el proceso de un paciente quemado, ella se mantenía en que Dios permitiría que vaya pronto a casa con su hija.

En la curación de su hija, la paciente se angustia al ver las heridas desvendadas. Y el practicante sugiere salir. Según Fiorini (1987) abrir un espacio de escucha para el paciente cumple una función clarificadora capaz de reforzar la motivación inicial para aceptar el tratamiento médico.

Una vez que ella pone en palabras lo que le ocasionó ver a su hija ahí llorando y ella no poder hacer algo para evitarlo. Ella relaciona este momento angustiante con la muerte de su tío. En la sesión se logra situar el sentimiento de culpa en ambos sucesos. Donde el control no lo tiene ella.

El espacio de escucha ayuda a que la paciente describa detalladamente la muerte de su tío y el miedo que su hija muera. Nuevamente se le explica el estado de su hija y lo importante que ella pueda participar de las curaciones y baños.

Durante las sesiones, la paciente aparenta ser una persona que mantiene el control sobre todas las cosas. Busca encargarse de los problemas de los demás.

Menciona que durante los tres años que tiene trabajando con el municipio de Salitre no había tomado sus vacaciones, porque sostiene que sin ella, el proyecto no avanza. En su horario de trabajo se extienden, sin recibir el pago de hora extras.

Problemática Vital

La paciente busca hacerse cargo de todo, para luego quejarse de los demás. En una de las entrevistas, se le muestra que toma muchas responsabilidades que no le corresponden, y ante el cuestionamiento que surge, ella da una respuesta e indica: “hay veces que nosotros mismos buscamos ser los mártires de la vida”.

La paciente se angustia y se siente culpable cuando algo se sale de sus manos y no puede mantener el control o hacerse cargo de ello. Es lo que ocurrió con la muerte de su tío, y lo que ocurre con su hija en ese momento.

La psicoterapia de emergencia consiste en invitar al paciente a relatar toda la historia del trauma (proceso de enfermedad, hospitalización, accidentes traumáticos, quemadas que concierne a lo Real del cuerpo) y sus reacciones emocionales ante él. (Guerrero, Herrera, Herrera, & Maruri, 2000, pág. 26)

En este espacio de escucha, se le muestra a la paciente que se angustia se genera en situaciones donde no puede mantener el control. En este punto la psicoterapia propuesta cumple su función clarificadora, lo cual ayuda a solucionar la situación emergente en este caso se da la implicación de la paciente a los cuidados de su hija.

Diagnóstico Estructural Presuntivo

Con la paciente se continúa trabajando. Se infiere que va del lado de la histeria, en el espacio surge la queja hacia el padre de su hija, busca su atención a través de la niña. El amor hacia el tío quien hizo la función de padre. Es un amor idealizado.

Recomendaciones

Se recomienda que la paciente tome el espacio y continúe trabajando. El explicar el proceso de curaciones, de injertos baja la angustia de la madre. Se logra implicar en su síntoma, se queja pero está acomodada en esa posición.

3.3 CASO C

Datos de Filiación

Nombre y Apellido: Y. E

Edad: 10 años de edad

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: 6to. año de E.B.G.

Situación Laboral: Estudiante

Domicilio: Bucay

Diagnóstico Médico

Paciente ingresada al Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde, a causa de dolores persistentes en el área abdominal, sin causa orgánica.

Motivo de Consulta

Se pide valoración y apoyo de la especialidad para paciente que tiene tres ingresos al hospital con persistente dolor abdominal sin mostrarse ninguna causa orgánica.

Historia Familiar

La paciente convive con madre de 32 años de edad, padre de 33 años y tres hermanas de 15, 10 y 9 años. Se describe que la pareja parental ha venido mostrando cierta inestabilidad, con temporadas que implican separaciones y reconciliaciones. La madre refiere que “nunca” ha tenido una buena relación con el padre de sus hijos, refiriendo maltratos psicológicos y verbales hacia ella. Por otro lado menciona que pese a los malos tratos que el padre de la menor puede propinar hacia ella: “él nunca ha sido un mal padre, nunca le ha pegado a mis hijos...”, según dichos de la madre.

Dentro de la historia familiar, la madre refiere que ella no se crió con sus padres (abuelos maternos de la menor). Ya que la abuela de la paciente se enferma cuando la madre “era muy pequeña”. La señora relata: “mi mamá sufría de los nervios, le temblaban las manos... no supe nunca que tenía”.

Entre los dichos de la paciente, relata tener una buena relación con sus hermanos, con su madre y especialmente con su papá, de quien describe “amarlo mucho”, según dichos de la paciente.

Historia del Síntoma

Para el seguimiento de este caso, se realizan intervenciones de una psicoterapia de orientación analítica. Para las entrevistas con la menor fueron necesarias las herramientas y técnicas del juego y dibujo libre. De la misma manera, como en todo tratamiento con menores, se realizaron entrevistas con la madre de la paciente, quien era la acompañante y responsable de la misma durante sus tres estadias hospitalarias.

Se describe que la paciente “sufre de los nervios” a los 6 años, cuando es diagnosticada en un instituto con “Depresión Leve”. En dicha época la madre describe que a la menor la notaba muy ansiosa, se asusta por muchos elementos, se comía las uñas y se mostraba muy sensible (mostraba llanto fácil). Además de esto se refiere que, la paciente se muestra, dentro de la dinámica familiar, como la “más afectada” por los conflictos existentes entre la pareja parental.

Se relata que el primer episodio de dolor en la paciente se produce 7 meses antes de su primera hospitalización, coincidentemente con la primera separación de los padres.

Durante las dos primeras sesiones, la paciente niega la existencia de algún problema en la dinámica familiar, describe que se encuentra “todo bien”, por lo que se persiste con las

entrevistas con herramientas lúdicas. Durante estas entrevistas ella describe temáticas como su dolor abdominal, la “buena” figura del padre (“mi papá es muy bueno” y de las cosas que le gusta hacer con él tales como jugar o pasear) y acerca de la figura de una hermana menor quien “si puede hacer cosas que ella no puede”.

Para la tercera entrevista (en su segundo ingreso), la paciente refiere, después de una intervención cuestionando acerca de su estado de ánimo y mientras realiza un dibujo: “me siento mal, es que mi papá le pega a mi mamá... eso me hace sentir muy mal”; al pedir que la paciente siga relatando sobre aquel sentimiento negativo, ella refiere “no saber que decir al respecto” y refiere otras temáticas en las que menciona que hay ocasiones en las cuales “no puede ver a su papá” ya que este se va de la casa. Indica que “quisiera pasar más tiempo con él”, pero no puede.

En la última entrevista con la menor, (en su tercer ingreso) mientras realiza un dibujo, ella refiere sentirse “mal”, sentirse “triste” debido a los problemas entre sus padres. Ella indica: “yo sé que lo que mi papá le hace a mi mamá está mal y a veces me enoja mucho con él... pero lo sigo queriendo”. Se invita a la paciente a continuar describiendo este sentimiento y se refiere que al describir su enojo en ese momento no implicaría que ella quisiera menos a su padre. Acto seguido ella menciona: “Mis papás tienen problemas porque mi papá toma mucho y tiene muchas mujeres... cuando los dos se pelean, mi mamá lo bota de la casa... a mí no me gusta opinar sobre eso, a mi hermana sí, ella si dice las cosas... a mí no me gusta que mi papá se vaya de la casa porque me preocupo por él, a que se choque, que le pase algo”. Se interviene nuevamente, con

un cuestionamiento acerca de cómo ella ve que esto pueda afectar a sus hermanas (debido a que siempre compara su posición frente a esta problemática con la posición que toman sus hermanas) y de esta forma haciéndola hablar acerca de la problemática desde una tercera posición, ella responde: “Mis hermanas están bien, yo soy la que estoy mal... a mí me duele el estómago, me duele el estómago por comer cosas que no debo”, se indaga cuestionando por qué más ella creería que le puede doler el estómago, a lo que ella indica “también me duele por enojarme mucho”, se hace un señalamiento repitiendo *por enojarme mucho*, ella continúa “me enoja mucho porque mis papás se pelean, me enoja porque eso no me gusta, no me gusta que mi papá sea así... tal vez por eso me duele también el estómago”.

Problemática Vital

Según Sigmund Freud (1938 - 1940) todo tratamiento de índole analítico debería cumplir con el requisito del establecimiento de la transferencia en la relación psicólogo – paciente; cumpliendo con este requisito (desde la posición transferencial en la cual el sujeto ubica al psicólogo), se dan pasos a diferentes intervenciones las cuales sirven para vencer resistencias y restablecer el orden yoico mediante la indagación al verdadero origen del malestar y síntoma con el cual el paciente asiste. Se trata de “sustituir por una solución correcta la inadecuada decisión hecha en la primera época de su vida” (Freud S. , 1937, pág. 3342).

Se podría decir que la problemática existente en la menor se produce por los conflictos entre la pareja parental. Lo sintomático entre la pareja de padres es representado en el síntoma de la sujeto. La ausencia de espacio de escucha, las resistencias y la utilización de mecanismos de defensa en la paciente -tales como la negación, la proyección- impedían que ella tramite aquello que le causaba malestar.

Al proponer esta escucha y establecerse una relación transferencial, la sujeto - paciente permitió a la psicóloga practicante saber de las causas de su malestar y mediante los hilos asociativos e intervenciones que se realizan, la paciente llega a dar cuenta de su síntoma.

Diagnóstico Estructural Presuntivo

Se podría decir que la paciente es de una estructura Neurótica de tipología Histérica debido a los diferentes elementos por describir a continuación:

Su modalidad discursiva de “víctima” ante la problemática que pueda haber en su círculo familiar.

El “amor incondicional” hacia la figura del padre, elemento que se puede mostrarse muy comúnmente en las estructuras histéricas.

Recomendaciones

Se recomendó que la paciente siga teniendo un tratamiento psicológico posterior a su alta hospitalaria, en el cual pueda seguir elaborando acerca de las temáticas que le estén causando malestar, tales como la separación de la pareja parental.

Se sugirió un tratamiento psicológico con la madre de la paciente, para que esta pueda tramitar aquellos conflictos que puedan existir con respecto a la figura de su anterior pareja sentimental (padre de la paciente).

Se recomendó la valoración psicológica de los demás menores implicados en la dinámica familiar aquí expuesta.

CONCLUSIONES

Dentro del ámbito hospitalario el psicólogo clínico puede encontrarse con ciertos limitantes en el desenvolvimiento de su trabajo, como por ejemplo la estadía hospitalaria de aquellos pacientes que logra atender depende de algunos factores que, en algunos casos, no puede ser previsto por el personal médico o sus familiares. Por lo que el conocimiento del sistema institucional en el cual se encuentra laborando puede ser un gran punto de partida para que el psicólogo clínico en un hospital logre organizar o armar un encuadre con respecto al tratamiento con el cual asistirá a cada uno de sus pacientes.

Partiendo de esta sistematización característica de una institución –en su reglamento, deberes, derechos, misión y visión- que a lo mejor se encuentra estipulado en un contrato, el psicólogo clínico puede tener una perspectiva de aquello que la institución requiere del desarrollo de su función. Puede ser llamado a diferentes áreas dentro de la entidad de salud en la que trabaje -por medio de las interconsultas interdepartamentales- lo que podría interpretarse como una demanda desde la institución hacia el departamento que este representa.

A partir de este momento el psicólogo clínico posee la obligación de responder a dicho llamado, acudir a atender la interconsulta para dar el soporte o valoración requerida por el equipo de médicos a aquellos pacientes o familiares que lo ameriten.

Al momento del abordaje el psicólogo clínico atiende al paciente partiendo de un motivo de derivación. Pero es al entablar la transferencia con el sujeto-paciente que este profesional se percata que existe algo más de trasfondo que el motivo de consulta, se presenta la demanda del paciente.

A partir de la localización de este elemento el psicólogo puede responder a la petición hecha por la institución, pero realiza abordajes direccionados a aliviar el malestar, escuchar acerca de la problemática y síntoma en cada uno de sus pacientes. Por ende debe encontrar una “forma de saber-hacer” dentro de la formación teórica - práctica en su clínica. Debe discernir que psicoterapias, herramientas y técnicas serían pertinentes para el tratamiento del caso por caso en su desenvolvimiento.

Se pueden describir cinco modalidades de abordajes que se pueden realizar en una institución hospitalaria. Podemos contar con:

- Las Psicoterapias de Urgencia, en aquellos casos de sujetos-pacientes en estado de angustia, el cual se desata ante el encuentro con lo Real, con alguna eventualidad traumática. En este tipo de Psicoterapia el Psicólogo Clínico apunta a la restauración subjetiva.
- La Psicoterapia de Emergencia, es aquella clínica en la cual se realizan intervenciones breves, es un espacio de escucha otorgado a los sujetos-pacientes a que hablen, ya que se encuentran en capacidad de hacerlo, sobre aquello que les puede estar causando malestar.
- La Psicoterapia con Orientación Analítica y sus variantes para adultos o niños, es una psicoterapia que se torna un poco más difícil de realizar en una institución de índole

hospitalaria, pero que el Psicólogo Clínico la puede usar si el sujeto-paciente a tratar lo amerita. Esta terapia parte netamente de la posición transferencial que el Psicólogo obtiene para el paciente, desde este lugar el lugar el Psicólogo puede realizar cuantas intervenciones sean necesarias que lleven al sujeto-paciente a hablar sobre aquello que ha podido generar su malestar y síntoma.

También el Psicólogo Clínico puede realizar abordajes mediante dinámicas grupales, tales como:

- El Grupo Operativo, es una técnica grupal mediante la cual el Psicólogo Clínico puede –a partir de un tarea- reunir a un grupo de personas que hablen sobre aquellos elementos que le resulten difíciles de tramitar, que sus integrantes logren “resolver” el obstáculo convirtiéndolo en un aprendizaje.
- El Pequeño Grupo Monosintomático, en este tipo de técnica se sugiere que el Psicólogo Clínico actúe en un rol de facilitador que permita el descubrimiento del “uno por uno” en los integrantes, que resalte lo particular de cada sujeto-paciente incluido en una masa, más no perdido en ella.

RECOMENDACIONES

Del trabajo aquí expuesto, el cual se encuentra también sustentado en la práctica realizada en una institución hospitalaria pediátrica, se puede recomendar:

La labor de un psicólogo clínico nunca puede limitarse en solucionar o responder una demanda institucional, si se aborda de esa manera no se estaría velando por el bienestar integral para cada paciente y sus familiares. Si el psicólogo clínico se encuentra en la capacidad de realizar intervenciones en las cuales (Piaget, 1961) deba explorar y explotar cada una de sus habilidades, conocimientos en la teoría y práctica mucho más allá de lo explícito en un motivo de consulta, debe realizar tratamientos que busquen la mejoría o estabilidad emocional de un niño, adolescente o sus familiares dentro del ámbito hospitalario.

Dentro de un ámbito hospitalario, se pueden dar más capacitaciones o charlas dentro del staff de médicos en los cuales se tomen en consideración la parte emocional o psicológica de aquellos sujetos-pacientes que se atienden a diario. De esta manera el departamento de Psicología pueda dar a conocer más acerca de su trabajo en la institución y a su vez mostrar la importancia del acompañamiento emocional que debe de existir con cada paciente o familiar que se encuentra en una institución en la cual puede existir mucho índice de ansiedad y angustia. Así da a conocer la oportunidad del trabajo interdisciplinario que puede haber en un hospital.

Es necesario reconocer que la oferta de la labor de un psicólogo clínico en un centro de salud es un elemento esencial. El Psicólogo no estaría en la postestad de conformarse de ir simplemente donde se “lo ha llamado” para que asista. Ya que hay que tomar en consideración que, para que este llamado se de a lugar, primeramente deba de haber una oferta que no es únicamente hacia el equipo de médicos sino también hacia aquellas personas que reciben las buenas y malas noticias a diario, los pacientes y sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada, L., Arango de Vélez, M., Aragón, M., Arciniegas, L., Cárdenas, S., Duque, M., . . . Ramírez, C. (1986). *Modalidades de Intervención Psicoterapéutica Dentro del Contexto Institucional*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Benedito, G. (2003). Rol del Psicólogo: Rol Asignado, Rol Asumido y Rol Posible. En N. Braunstein, M. Pasternac, G. Benedito, & F. Saal , *Psicología: Ideología y Ciencia* (pág. 420). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Bernal, H. A. (6 de Marzo de 2011). Obtenido de <http://bernaltieneunblog.wordpress.com/2011/03/06/256-el-diagnostico-de-la-estructura-la-localizacion-subjetiva/>
- Berstein, M. (1993). *Contribuciones de Enrique Pichon-Riviere a la psicoterapia de grupo*. Madrid: Quipú Ediciones.
- Bleger, J. (1964). *Temas de Psicología*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleger, J. (1990). *Psicohigiene y Psicología Institucional* . Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (2007). *Psicología de la Conducta* . Buenos Aires: Paidós.
- Burgos, J. M. (2004). *Diagnóstico sobre la Familia*. España: Biblioteca Palabra.
- Cárdenas, M. H. (2004). Del Psicoanálisis y las Psicoterapias. *Virtualia*(12), 5.
- Cucagna, A. (2004). Revista Interrogant. *L'Interrogant*, 2. Obtenido de Los Pequeños Grupos y la Subjetividad: http://www.revistainterrogant.org/wp-content/uploads/05_todo_web.pdf
- Cucagna, A. (2004). Usos Posibles del Dispositivo Psicoanalítico. *Virtualia*.
- Editorial Oriente s.a. (1991). *Diccionario Enciclopédico Ilustrado Oriente*. Buenos Aires: Editorial Oriente s.a.
- Fiorini, H. J. (1987). *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión Argentina.
- Fiorini, H. J. (2001). Qué hace a una buena terapia psicoanalítica. En D. D. Ricardo Barbardi, *Psicoanálisis Focos y Aperturas*. Montevideo: Editorial Ágora.
- Freud, A. (1985). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1907 - 1908). Los Poetas y los Sueños Diurnos. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: El Ateneo.

- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1937). Análisis Terminable e Interminable. En S. Freud, *Obras Completas III*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Freud, S. (1938 - 1940). Compendio del Psicoanálisis. En S. Freud, *Obras Completas III* . Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Gallo, H., Ramirez, M. E., & Burgos, J. L. (1988). *Estudios con Relación al síntoma en la Obra de Freud*. Colombia: Editorial Ephémoros.
- Greiser, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván*. Buenos Aires: Paidós.
- Grosso, M. L. (1993). El Juego en la Clínica con Niños. En E. Solano-Suárez, *Clínica Psicoanalítica con Niños* (pág. 260). Medellín: CEPAN.
- Grosso, M. L. (1993). El Juego en la Clínica con Niños. En E. S. Suárez, & CEPAN (Ed.), *Clínica Psicoanalítica con Niños* (pág. 260). Medellín: CEPAN.
- Guerrero, F. M., Herrera, M., Herrera, M. A., & Maruri, J. (2000). *La Psicoterapia con Orientación Psicoanalítica en Instituciones Hospitalarias*. Guayaquil.
- Guerrero, N. (2005). Las aplicaciones de la psicología en la rehabilitación integral del impedido físico.
- Guerrero, N. (2012). La Demanda del Análisis., (pág. 22). Guayaquil.
- Guerrero, N. (2012). *Psicoterapia con Orientación Analítica en la Institución Hospitalaria*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Carrera de Psicología Clínica. Guayaquil: Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación .
- Junta de Beneficencia de Guayaquil. (2014). *Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde*. Obtenido de Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde: <http://www.hospitalrobertogilbert.med.ec/>
- Lacan, J. (1949). *El Estadio del espejo en Escritos I*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1957-1958). *Seminario V Las Formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1962). *Seminario 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1963). *Seminario X: La angustia*. Buenos Aires: Paidós .
- Lacan, J. (1964). *El Seminario. Libro 11 : los cuatros conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966-1967). *Seminario XIV*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1969). *Dos Notas Sobre el Niño*.

- Lacan, J. (1971). *Seminario 19: El saber del psicoanalista*.
- Lacan, J. (1979). *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores S.A.
- Lacan, J. (2007). Dos Notas Sobre el Niño. En J. Lacan, *Intervenciones y Textos 2* (pág. 144). Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (s.f.). *Seminario 6. El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2004). ¿Desangustiar? *Virtualia*, 3.
- Mannoni, M. (1987). *La Primera Entrevista con el Psicoanalista*. Buenos Aires: Gedisa Editorial.
- Mannoni, M. (2004). *El Psiquiatra, su Loco y el Psicoanálisis*. México: Siglo XXI .
- Markl, M. J. (2002). *El deseo materno y la constitución del sujeto*. Buenos Aires: IRojo.
- Mata, I. S., & Ortega Gafter, E. (1997). *Clinica de la Urgencia*. Guayaquil.
- Mercon, N. L., & Nadal, S. M. (1975). *Roles de Coordinador y Observador en Grupos Operativos. Psicología y Sociología de Grupos*. Madrid: Fundamentos.
- Miller, J.-A. (2005). *Efectos Terapéuticos Rápidos*. Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz, O. (5 de Diciembre de 2002). Sobre el acto de coordinar grupos operativos. *FUNLAM*, 3.
- Piaget, J. (1961). *La Formación del Símbolo en el Niño*. México: Fonde de Cultura Económica.
- Quinet, A. (1991). *Las cuatro condiciones del análisis* . Buenos Aires: Atuel.
- Raimbault, G. (1967). *El Psicoanalista y la Institución* . Francia.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española.
- Ricaurte, A. (2012). *La Función del Pequeño Grupo en la Lógica del Psicoanálisis como Fundamento de la Práctica con Adolescentes en una Institución Educativa*. Guayaquil: Escuela de Psicología - Facultad de Filosofía - Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Roudinesco, É. (2008).
- Sinatra, E. (2002). *Las Entrevistas Preliminares y la Entrada en Análisis*. Buenos Aires: Instituto Clínico de Buenos Aires.
- Sinatra, E. S. (2002). *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Buenos Aires: Instituto Clínico de Buenos Aires.

- Sotelo, I. (12 de Agosto de 2012). *Fundación de la Causa Clínica*. Recuperado el 1 de Abril de 2014, de Fundación de la Causa Clínica: <http://www.causaclinicavirtual.com.ar/mod/page/view.php?id=69>
- Suaréz, E. S. (1993). *Clínica Psicoanalítica con Niños en la enseñanza de Jacques Lacan*. Medellín: CEPAN.
- Tumburú, C. (2013). SOBRE LA RECTIFICACIÓN SUBJETIVA EN LA CLÍNICA DEL APRENDER . *Revista Pilquen*, 11.
- Umérez, O. (1999). *deseo-Demanda Pulsión y Síntoma*. Buenos Aires: JVE Ediciones - Colección Psiqué.
- Vázquez, M. Á. (2009). La Función Humanizadora del Otro. *Carretel* 9, 135.
- Velazquez, I. (2012). *Compilación de Artículos para la Cátedra de Técnicas Proyectivas I*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Carrera de Psicología Clínica. Guayaquil: Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.