

616.891 4
G.888



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN

“ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS POSIBLES DE SER
UTILIZADAS POR EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN ÁREAS
MÉDICAS DONDE LA ENFERMEDAD PUEDE CONVERTIRSE
EN UN HECHO TRAUMÁTICO”

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESIS PRESENTADA POR:
GRUNAUER RUMBEA DIANA
MORENO ESPINOZA CINTHIA

OCTUBRE 2010

SR

**ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS POSIBLES DE SER UTILIZADAS POR EL
PSICÓLOGO CLÍNICO EN ÁREAS MÉDICAS DONDE LA ENFERMEDAD
PUEDE CONVERTIRSE EN UN HECHO TRAUMÁTICO.**

Presentado por:

Diana Grunauer Rumbea

Cinthia Moreno Espinoza

Guayaquil, lunes 11 de octubre, 2010.

< Psicoterapia >
< Psicoanálisis >
<

49711 - 1 - 74599

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
INGRESO 2011 - 05 - 18
POI Donación: Comuna de
\$ 10.00
INVT. No. 95

Psicología Clínica y organizacional

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.1 TÍTULO DEL PROYECTO:

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS POSIBLES DE SER UTILIZADAS POR EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN ÁREAS MÉDICAS DONDE LA ENFERMEDAD PUEDE CONVERTIRSE EN UN HECHO TRAUMÁTICO.

1.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Investigación de productos: Bienes y servicios que desarrollan los egresados de la carrera de Psicología Clínica.

1.3 UBICACIÓN:

Provincia: Guayas

Ciudad: Guayaquil

Delimitación: Departamento de Medicina Interna y servicio de Hematología del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo".

1.4 TIPO DE TRABAJO:

Investigaciones básicas: implica la propuesta de un tema de trabajo y una estrategia de investigación que se desarrolló tomando en consideración los recursos.

1.5 DURACIÓN DEL PROYECTO :

5 Meses.

2. ANTECEDENTES:

La propuesta surgió a partir del pretender fusionar el trabajo psicológico clínico realizado en las áreas de medicina interna y hematología en el hospital del Seguro Social "Teodoro Maldonado Carbo" y la manera de intervención que se debe tener cuando un sujeto se encuentra diagnosticado con una enfermedad grave la cual lo enfrenta con la muerte. Enfermedad, que aparece de forma imprevista, que viene a irrumpir en la vida de un sujeto, por lo cual puede ser considerada como algo traumático; imposible de ser significado, que es lo que en la teoría psicoanalítica Lacaniana se denominó lo Real.

Frente a este tipo de pacientes la pregunta que se nos impone es qué tipo de estrategias terapéuticas puede aplicar el Psicólogo Clínico recordando que la manera de intervención varía según el caso por caso. También en las primeras entrevistas es necesario ubicar fantasías de enfermedad y de curación, debido a que por medio de ellas se intentará ubicar la posición de goce de un sujeto y orientar la cura y posición que deberá mantener el terapeuta.

La tesis propuesta enfocará primero el diagnóstico presuntivo y en segundo lugar el número de sesiones con las que se pueda contar para a partir de ahí poder ubicar las estrategias de intervención en relación al caso por caso planteado en el párrafo anterior.

2.1 Contexto del Proyecto:

El hospital Teodoro Maldonado Carbo se encuentra ubicado en el Sur de la ciudad de Guayaquil. Las prácticas clínicas se realizaron desde el martes 2 de junio del 2009 hasta el viernes 22 de enero del 2010.

La población demográfica atendida fue de: 152 pacientes en el área de Medicina Interna y 83 en el área de hematología.

En medicina interna, la mayor parte de los pacientes presentan diagnóstico médico de VIH/SIDA, donde el 28 % de los pacientes atendidos son de sexo femenino mientras que el 72 % son de sexo masculino.

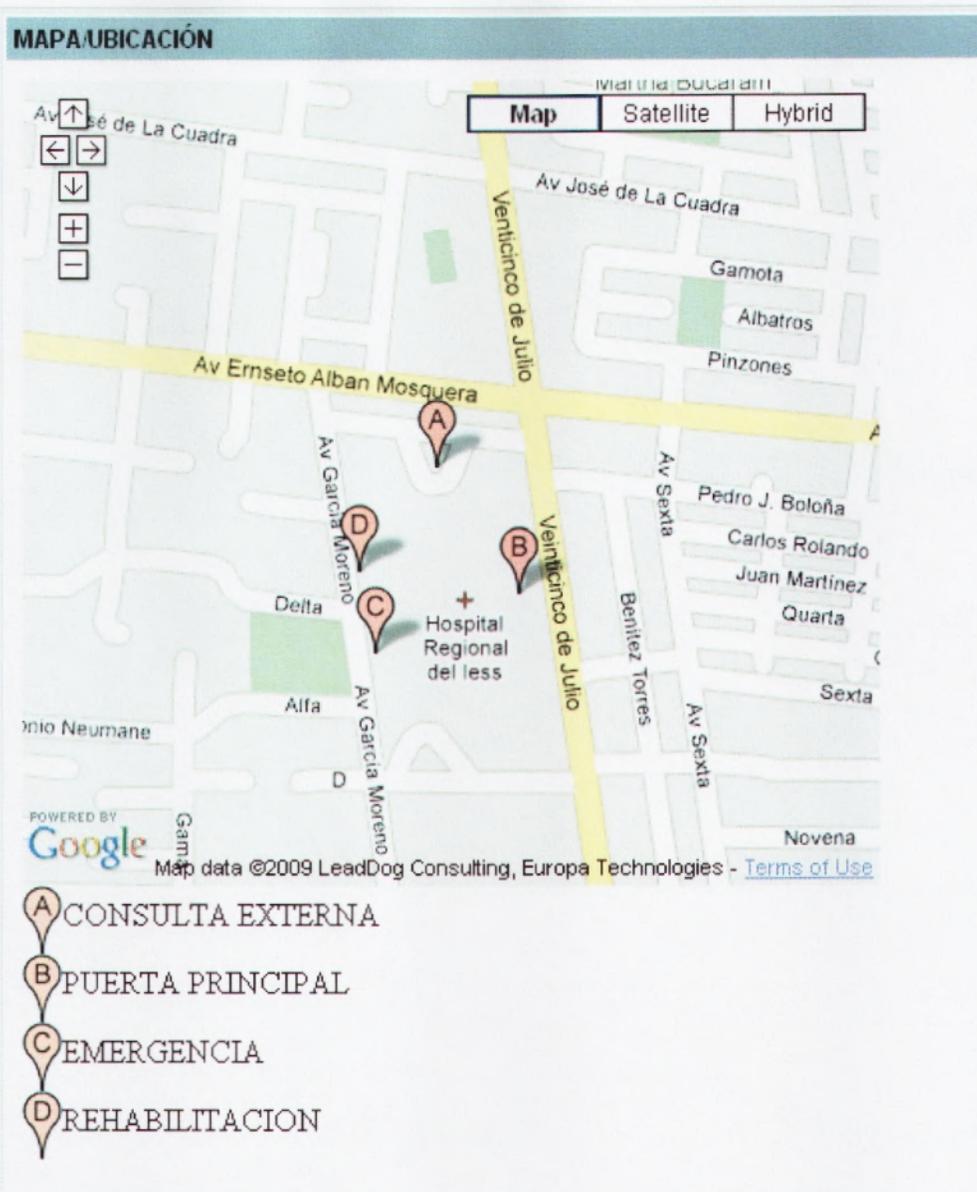
El 40 % de los pacientes atendidos, que es el porcentaje de edad promedio más alta, se encuentra entre 30 y 39 años, seguido del 32% de pacientes entre 20 y 29 años de edad.

El 29% de los pacientes atendidos son mayores de 50 años (24 sujetos), el 53% de pacientes son menores de 50 años (44 sujetos) mientras que un 18% (15 sujetos) representa a los pacientes de los que no se obtuvo la edad. El 64% (53 sujetos) de los 83 pacientes atendidos son de sexo femenino mientras que el 36% (30 sujetos) son de sexo masculino.

En medicina interna los pacientes atendidos pertenecían a todo tipo de seguro mientras que en hematología predominaban los del Seguro Campesino, por lo cual contaban con escasos recursos económicos y en algunas ocasiones con un nivel intelectual limitado o influenciado por mitos culturales. En la primera área se trabajó en dos lugares: consulta externa y hospitalización mientras que en la segunda únicamente se trataban pacientes internos. El área de hospitalización de ambas áreas se encuentra ubicada en el primer piso del edificio.

A los pacientes internos se los atendía en las habitaciones las cuales constaban de dos o cuatro camas cada una. A los pacientes de consulta externa se los atendía en un consultorio compartido con otros miembros del equipo médico interdisciplinario. También se trabajó con familiares; en algunas ocasiones para reunir información del paciente hospitalizado y en otras para atenderlos como pacientes debido a que irrumpían sus propias demandas (debido a la carga emocional que se encuentran viviendo), por lo cual era necesario ocuparse de su propia subjetividad.

Mapa de la ubicación del hospital:



3. Importancia y justificación:

3.1 Razones que motivan la realización del proyecto:

En algunas ocasiones las enfermedades graves tales como el VIH, SIDA, la leucemia, el linfoma, la aplasia medular, entre otras invaden al sujeto en un momento inesperado, invaden su cuerpo y ellos no pueden significar o subjetivar su diagnóstico o el de algún familiar por lo cual estas enfermedades pueden ser consideradas como un mal encuentro con lo real; no pueden ser simbolizadas.

Frente a ese real, lo imposible de simbolizar, pueden aparecer algunos fenómenos entre los cuales se puede encontrar el trauma, la angustia, la depresión, la ansiedad, etc y frente a esos fenómenos que se dan en el sujeto enfermo es que un psicólogo debe operar.

Se realizaron prácticas clínicas durante ocho meses en el hospital del Seguro por lo cual se cuenta con experiencia tratando a ese tipo de pacientes. El modo de intervención u operación también se verá influenciado por el número de sesiones que se vaya a tener con el paciente.

Una dificultad que se presenta en la realización de nuestro proyecto es el hecho de que no es posible poner estrategias específicas para cada síntoma debido a que todo depende de la subjetividad de cada persona, por lo cual es imposible englobar intervenciones en ellos. Se trabaja con el discurso de los pacientes atendidos y sobre eso se debe intentar hacer surgir el sujeto, lo cual a su vez también es una suposición.

La subjetividad, la pulsión y el deseo no son medibles. Lo que se buscará es conocer de qué sufre el sujeto, se ubicará su estructura y la problemática vital y en base a eso es que se realizaran las intervenciones más pertinentes. Una vez que el sujeto se implicó es evidente que se estableció la transferencia.

4. Delimitación del proyecto:

4.1 Sujetos / objetos de observación:

Caracterización:

Los sujetos de observación son:

Los Pacientes hospitalizados en las áreas de hematología y de medicina interna del hospital del Seguro Social "Teodoro Maldonado Carbo" y los pacientes que asisten a consulta externa de la anterior mencionada.

Los 253 pacientes atendidos psicológicamente son residentes de algunas de las provincias de la sierra y costa del Ecuador. Pertenecientes a diferentes clases sociales y económicas, sus edades iban desde los 5 años hasta los 87.

En cuanto al nivel educativo, se atendieron pacientes sin ningún tipo de instrucción, otros con estudios primarios o secundarios inconclusos, otros con estudios escolares terminados y otros con título profesional.

4.2 Problema de investigación:

Declaración:

La necesidad que motiva la formulación del proyecto planteado es el hecho de que los egresados de psicología clínica en algunas ocasiones sienten que carecen de herramientas para lograr objetivos terapéuticos con pacientes con enfermedades médicas que invaden el cuerpo de ellos; dándose un deterioro físico tanto como una afectación de la unidad imaginaria del cuerpo, es decir, la representación psíquica que cada uno tiene de sí mismo y a su vez, en algunos casos, las enfermedades irrumpen como un real enfrentándolos con la muerte.

4.3 Periodos de observación:

Delimitación:

El periodo de tiempo en el cual se trabajó y recolectó información significativa de pacientes fue desde el martes 2 de junio el 2009 hasta el viernes 22 de enero del 2010. Se asistía al hospital los días martes, jueves y viernes.

4.4 Descripción del propósito del proyecto:

Objetivos del proyecto:

Demostrar en nuestro proyecto que es posible identificar en una o pocas entrevistas preliminares el diagnóstico presuntivo del paciente, refiriéndonos a su estructura psíquica, para de esta manera apuntar a las distintas intervenciones que lo llevarían a realizar un cambio de posición subjetiva en cuanto a la manera en la que se ubica ante la enfermedad médica (VIH/SIDA o enfermedades hematológicas).

Resultado del proyecto:

Aportar metodológicamente a las futuras generaciones la experiencia de las prácticas hospitalarias para de esta manera demostrar que en las entrevistas preliminares con pacientes con diagnóstico médico de VIH/SIDA y Enfermedades Hematológicas puede lograrse un cambio de posición subjetiva del paciente frente a la enfermedad, en base a la instalación de la transferencia, que consiste en un dispositivo analítico, el punto nodal para poner en acto el inconsciente y acceder a él en la práctica clínica.

Es así que la transferencia es un concepto del psicoanálisis que designa el mecanismo psíquico a través del cual una persona inconscientemente transfiere y reactiva, en sus vínculos sociales nuevos, sus antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos.

En la lectura de Jacques Lacan esto es así porque la "demanda de psicoanálisis" en sí misma ya implica de entrada una dimensión trasferencial: el paciente se dirige a alguien al que supone un saber.

4.5 Metodología del proyecto:

Condiciones de localización del proyecto:

El requerimiento fue asistir a las prácticas de psicología clínica en el hospital del Seguro Social debido a que de las mismas se obtuvo la información necesaria para llevar a cabo esta tesis.

Hipótesis del proyecto:

Se intentara abordar cuestiones que la técnica psicoanalítica con sus fundamentos teóricos, nos ayudará a obtener los objetivos terapéuticos.

Se podría preguntar cuál es la importancia del psicólogo clínico en estas áreas de salud del hospital, partiendo que son entrevistas preliminares con pacientes que se encuentran expuestos al real de la muerte, y es a partir de este punto, que se podría pensar que el psicólogo juega un papel importante en el trabajo interdisciplinario, para el inicio de una aceptación de la enfermedad y del tratamiento.

De esta manera se lograría determinar cuáles son las intervenciones que se podrían realizar en las entrevistas. La estrategia con estos pacientes estaría en el establecimiento de la transferencia a partir de las entrevistas preliminares, donde se lo busca implicar al sujeto en relación a su supuesto, a sus síntomas, a su historia.

Así podríamos evidenciar que existe una articulación entre transferencia e intervención. Entonces diremos que las intervenciones se subordinan a la transferencia, existiendo aquí una relación jerárquica: de esta manera la táctica de la intervención del psicólogo es libre siempre y cuando las mida teniendo en cuenta la estrategia de la transferencia.

Pero ¿Qué es la transferencia desde la perspectiva psicoanalítica?

Freud aclara que todo ser humano por efecto de sus disposiciones innatas y de los influencias que recibe en la infancia, adquiere una posición subjetiva determinada para el ejercicio de la vida amorosa y son expresadas en el desarrollo y solo se despliegan en la fantasía o bien han permanecido en lo ICC.

Así cuando la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, la persona se verá precisado a volcarse con una expectativa libidinosa hacia cada nueva persona que aparezca. Por lo tanto en

el caso de la terapia con perspectiva psicoanalítica la investidura libidinal se vuelve hacia la figura del psicólogo.

La transferencia puede servir también para facilitar la expresión del sufrimiento del paciente. La transferencia y su dinamismo, tiene una serie de componentes, que se explicarán en el desarrollo de la investigación.

Así podríamos decir que la transferencia es un eje, que permite situarnos a nosotros como psicólogos clínicos inspirados en la teoría psicoanalítica, en función de la posición subjetiva de ese sujeto. La transferencia nos serviría como estrategia para una guía, que nos permite dirigir nuestras acciones en relación a las tácticas que emplearemos, sin embargo, lo que hace posible sostener la transferencia, es el análisis personal de quienes hacen una clínica bajo transferencia, en este caso el psicólogo clínico. El psicólogo clínico por su análisis puede hacer semblante de ser ese objeto que el paciente pone en la relación, que en general tiene que ver con lo peor; con lo real.

Elementos teóricos (marco teórico) del proceso de investigación:

El marco teórico con el que se trabajará es el pensum teórico del psicoanálisis, el cual tiene como fundamento básico la creencia de la existencia del inconsciente (se cree que sin él no hay nada y que el inconsciente es el que determina el destino de un sujeto) y a partir de ese fundamento aparece otra serie de teorías básicas de trabajo como son el sujeto, síntoma, transferencia, nudo borromeo (en el cual se incluye el real), posición subjetiva, pulsión, deseo, goce, la posición que mantiene el psicólogo entre otros.

De autores, con los que se trabajará básicamente son: Sigmund Freud y Jacques Lacan y luego a los intérpretes de sus teorías como son: Ernesto Sinatra y Jacques Allain Miller.

Es así que a partir de Sigmund Freud, que es el fundador del psicoanálisis, se han acompañado investigaciones clínicas, tanto que su obra se extendió y se ha seguido desarrollando durante muchos años. Es indudable que el campo

"psiquis" cambió a partir de sus escritos. Muchos autores lo han continuado.

El psicoanálisis rompe con la idea de un individuo que se propone un objetivo y se prepara para cumplirlo (como otros postulados sostienen). Entonces comienza a plantear la noción de un "sujeto" como sujetado a una estructura que lo preexiste. Así la sensación de autonomía de una persona, no resulta confiable, sino que se autoengaña, en el sentido de realizar acciones que no coinciden con lo que esa persona quisiera realizar. De esta manera las personas realizan acciones tales como no poder estudiar, superar un malestar, trabajar, etc., a pesar de proponérselo, decir algo que no se quería, fracasar al triunfar, olvidos, actos fallidos, errores, etc.

El psicoanálisis postula la noción de representaciones inconscientes. Otras corrientes sostienen que un sujeto se propondría conscientemente una cosa pero inconscientemente otra. Pero el psicoanálisis de la lectura de J. Lacan rompe con la idea de una vida inconsciente y otra conciente. Porque no acepta que exista una vida inconsciente separada, como si se tratara de un psiquismo paralelo. Por el contrario postula que el inconsciente no está ni se ubica en ningún lado, sino que este se produce. Por lo tanto, los fallidos no son una expresión de una cuestión que se cree inconscientemente pero por la represión el sujeto no se entera sino que es la irrupción de una representación inconsciente que no estaba en ninguna parte, sino que se produjo en ese momento.

El psicoanálisis se basa en la idea de estructura, de cómo un sujeto es determinado por la relación con los demás, de cómo esta relación constituye una matriz (fantasma) que marca maneras de comportarse basadas en rasgos estructurales. De esta manera poco importa un síntoma aislado, ni sirve de nada proponerse corregirlo de por sí solo, sino que un síntoma es un anudamiento significativo que dice mucho más de lo que aparentemente dice.

El psicoanálisis tomado como inspiración para el tratamiento psicoterapéutico del psicólogo clínico orienta al psicólogo a preocuparse por el deseo del sujeto,

por lo tanto se habla de sujeto, del deseo, y de un más allá que implica la noción de "goce" como un más allá del principio del placer.

El yo divide al sujeto. En este sentido Lacan toma una frase de Descartes: "Pienso luego Soy" y la modifica en: "Soy allí donde no pienso pensar" o también "Soy donde gozo". En el sentido de que si el sujeto piensa, entonces no es y si es no piensa. Por lo tanto en el psicoanálisis se evita la especulación consciente, y se habla de modificar el posicionamiento estructural y fantasmática. El psicoanálisis sostiene que una cuota de libertad se adquiere al analizar el posicionamiento subjetivo que posee un sujeto y los significantes que lo determinan, significantes organizados en una cadena basada en la diferencia.

Por otra parte otras fuentes teóricas para llevar a cabo nuestra tesis son las relacionadas a los tipos de intervenciones terapéuticas que puede aplicar un psicólogo clínico y los tipos de psicoterapias existentes. A la vez será primordial sistematizar el trabajo realizado en el año de prácticas debido a que ahí fue donde se aplicaron esas técnicas y donde se causaron y observaron efectos en pacientes.

Las fuentes secundarias (internet) se las utilizará para complementar la información acerca de los tipos de terapia e intervenciones que se usan en las enfermedades hematológicas y al VIH o SIDA.

Elementos técnicos:

Recopilación de información por medio de textos y documentación de la práctica empírica (casos atendidos, estudiados y analizados) la cual se desarrolló en el ámbito hospitalario y documentación de los trabajos clínicos realizados en las prácticas pre profesionales por los pasantes de años anteriores.

La técnica con la cual se trabajó con los pacientes por lo general era la psicoterapia con orientación analítica.

Elementos relativos a la toma de datos y muestreo:

Los procedimientos que se emplearon para la obtención de datos e información para llevar a cabo el proyecto, serán las entrevistas clínicas en los tratamientos que se realizaron con los 253 pacientes de las áreas de hematología y medicina interna.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I	5
1.1 Clínica psicoanalítica y su racionalidad.....	5
1.2 Psicoterapia Breve y sus efectos terapéuticos rápidos.	8
1.3 El psicólogo clínico con orientación analítica.	9
1.4 El psicólogo clínico en un equipo interdisciplinario.	12
CAPÍTULO II	14
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y DE MEDICINA INTERNA	14
2.1 Enfermedades atendidas por psicólogo clínico en el área de hematología:	15
2.1.1 Leucemia.	15
2.1.2 Linfoma.	18
2.1.3 Aplasia Medular.	18
2.2 Enfermedades de Medicina Interna:.....	19
2.2.1 VIH/SIDA	19
2.3. Aspectos culturales relacionados con las enfermedades. (Descripción del grupo de trabajo: tipo de pacientes, nivel educativo, etc):.....	20
2.4 Importancia de conocer el diagnóstico médico.	21
CAPÍTULO III	24
MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PROPUESTA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y MEDICINA INTERNA	24
3.1 La presencia del psicólogo clínico en el equipo médico.....	24
3.2 El terapeuta en un papel activo.....	25
3.3 Motivo de consulta: una interrogación a un posible malestar.....	27
CAPÍTULO IV	30
FENÓMENOS QUE PUEDEN PADECER LOS PACIENTES FRENTE A LA ENFERMEDAD PLANTEADA COMO UN REAL.....	30
4.1 La enfermedad como un real que irrumpe:.....	30
4.2 Significación Traumática.....	30
4.3 Angustia.....	32
4.4 Acting Out y Pasaje al Acto:	36
4.5 Depresión.....	38
4.6 Ansiedad:.....	41
CAPÍTULO V.....	43

ENTREVISTAS PRELIMINARES E IMPORTANCIA DE LA TRANSFERENCIA.....	43
5.1 Entrevistas Preliminares.....	43
5.2 Evaluación Clínica - Posición Subjetiva.....	45
5.3 ¿Qué es la transferencia? E importancia de la misma.....	46
5.4 La transferencia en una primera o pocas entrevistas:.....	48
5.5 Posibles Intervenciones del psicólogo clínico según el diagnóstico presuntivo, y su relación con la transferencia.....	49
5.6 Cómo se explica el trabajo clínico caso por caso.....	54
 CAPÍTULO VI.....	 57
TIPO DE PSICOTERAPIAS APLICADAS EN ESTAS ÁREAS HOSPITALARIAS	57
6.1 Psicoterapia con orientación analítica.....	57
6.2 Psicoterapia de Apoyo.....	59
6.3 Clínica de la Urgencia.....	60
6.4 Clínica de la Emergencia.....	61
 CAPÍTULO VII.....	 63
CIERRE DEL TRATAMIENTO.....	63
7.1 ¿Cuándo se produce el cierre? (RECTIFICACION SUBJETIVA).....	63
7.2 ¿Modo de cierre?.....	66
7.3 ¿Es posible el cierre del tratamiento?.....	68
 CAPÍTULO VIII.....	 70
CASOS CLÍNICOS	70
A. Hematología:.....	70
Caso clínico: "La mujer de lágrimas fáciles".....	71
Caso clínico: "El robot humano".....	81
Caso clínico: "La mujer de las mil ideas angustiantes".....	89
B) Medicina Interna:.....	91
Caso Clínico "María".....	91
Caso Clínico: "Antonio".....	95
Caso clínico: "Rubén".....	99
 CONCLUSIONES	 102

CONTENIDO DE CADA CAPÍTULO

CAPÍTULO I

El primer capítulo pretenderá abordar de manera muy general lo que es la clínica psicoanalítica, la psicología con orientación analítica, la psicoterapia breve y el rol de un psicólogo al trabajar con un equipo interdisciplinario debido a que conforme se avance en la lectura de la tesis se necesitará tener plena comprensión de dichos aspectos para que quede claro lo que se plantea en dicha tesis.

CAPÍTULO II

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y DE MEDICINA INTERNA

Es importante tener en claro el concepto de cada enfermedad tratada en ambas áreas del hospital, para poder relacionarse con la terminología del discurso medico hospitalario.

CAPÍTULO III

MODALIDAD Y PROPUESTA DEL PSICÓLOGO CLINICO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA

Es esencial tener en claro el lugar y la importancia que ocupa el psicólogo clínico en la trabajo interdisciplinario de las áreas, además del apoyo psicológico que podría brindar, en el tratamiento antirretroviral y las quimioterapias.

El terapeuta en su papel activo, puede tratar de cumplir sus objetivos terapéuticos, a través de sus estrategias, de su dinamismo para semidirigir las

entrevistas, creando de esta manera un ambiente acogedor donde el paciente trate de abrir su malestar en la sesión psicológica.

CAPÍTULO IV

FENÓMENOS QUE PUEDEN PADECER LOS PACIENTES FRENTE A LA ENFERMEDAD PLANTEADA COMO UN REAL

Este capítulo es de suma importancia debido a que se explica la propuesta planteada por las estudiantes de que una enfermedad grave puede resultar como un trauma en un sujeto y cómo al irrumpir en su vida y ser un evento no programado que no puede significarse es considerado por nosotras como un real. A su vez estas enfermedades pueden acarrear otra serie de fenómenos como son la aparición de la angustia, la depresión entre otros.

CAPÍTULO V

ENTREVISTAS PRELIMINARES E IMPORTANCIA DE LA TRANSFERENCIA

Este capítulo tratará sobre la función de las entrevistas preliminares y los pasos necesarios para la instalación de la transferencia analítica. Considerando que estos dos términos reenvían a una precisa articulación conceptual con consecuencias importantes en la manera de concebir cómo iniciamos una psicoterapia con orientación analítica.

CAPÍTULO VI

TIPO DE PSICOTERAPIAS APLICADAS EN ESTAS ÁREAS HOSPITALARIAS

Se explicará la diferencia entre los tipos de psicoterapias y a lo que apuntan cada una de ellas, para que de esta manera el psicólogo sepa cual aplicar según el caso que se presente.

CAPÍTULO VII

CIERRE DEL TRATAMIENTO

En este capítulo se analizará la posibilidad de cierre en un tratamiento con un paciente.

CAPÍTULO VIII

CASOS CLÍNICOS

La importancia de presentar casos clínicos se debe a que ayudarán a transmitir la experiencia realizada y a la comprensión de los argumentos planteados en la tesis.

INTRODUCCIÓN

Las implicaciones que conlleva una hospitalización o acudir al hospital son múltiples e impactan al paciente en diferentes áreas. El sólo ingreso al hospital genera un importante nivel de angustia. Es un territorio desconocido, el paciente se ve sometido a una serie de rutinas hospitalarias e incluso y con frecuencia desconoce los términos médicos usados para dirigirse a él.

De ahí la importancia de tener una red de apoyo para el paciente y sus familiares, evitando así que la experiencia sea vivida como una tragedia, y verla quizá como una oportunidad de fortalecimiento, tanto a nivel personal como familiar.

Si por salud se entiende el estado donde no se tiene una enfermedad, y una enfermedad es una afección bien definida, entonces el ingreso al hospital se asocia necesariamente con un desequilibrio tanto a nivel físico como emocional. Como tal, los servicios ofrecidos por un hospital no sólo estarán encaminados a buscar la salud física del paciente, sino a brindar todos los medios necesarios para apoyarlo emocionalmente durante su estancia hospitalaria.

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado se ha incrementado el interés por la calidad de vida del enfermo en los hospitales. Y es que la respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los profesionales de la salud pública establezcan objetivos en la atención de los pacientes que comprenden no solo el control de la enfermedad sino también la respuesta psicológica frente a ella. El interés en este último aspecto ha evolucionado a la par que el tratamiento médico de las enfermedades crónicas. Así las destrezas del psicólogo clínico serán distintas con un paciente u otro, puesto que siempre surgen respuestas individuales en los pacientes, sus familias, trabajos y amigos; frente al diagnóstico y pronóstico

de las enfermedades. Cualquiera que sea el pronóstico de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida.

Habría que especificar que la forma en la que se trabajó con los pacientes en el área de hematología no fue la misma en la que se trabajó con los pacientes de medicina interna. En el área de hematología, las entrevistas preliminares, se iniciaban bajo el contexto del diagnóstico médico que presentaba el paciente, es decir, que en un primer momento lo que se construía era la historia del síntoma médico.

En el área de medicina interna, no podía realizarse el trabajo de la misma manera debido a que la enfermedad VIH – SIDA se encuentra marcada por una serie de estigmas sociales por lo cual para la gente que padece la enfermedad; hablar de ella no es algo sencillo. En esta área se iniciaban las entrevistas preliminares partiendo de que el paciente que se encontraba sentado en la silla, era un sujeto y no una etiqueta de enfermedad, se resaltaba en que eran trabajadores, padres, madres, hijos, hermanos, etc.

En ambas áreas de trabajo se observaba que eran casos de pacientes que venían a consulta mostrando un real, debido que al recibir su diagnóstico médico éste se asociaba con la muerte misma.

CAPÍTULO I

1.1 Clínica psicoanalítica y su racionalidad.

Existen muchas críticas y discusiones sobre si el psicoanálisis es ciencia o no, comparándolo con las teorías metafísicas. Nos llevaríamos mucho tiempo si fuéramos a nombrar a sus detractores y a quienes apoyan su teoría, y no es nuestro objetivo detallar tales cuestiones.

Sino el aclarar que el psicoanálisis y las teorías metafísicas tienen objeto de estudio diferente, puesto que se desarrollan en contextos diferentes; no tratan de resolver los mismos problemas, sus objetos de estudio son distintos y los objetivos que se proponen también.

El contexto del psicoanálisis es el clínico. En la clínica el objetivo es ofrecer al paciente un punto de vista distinto al que tiene sobre sí mismo, para que tenga opciones de cambio. Este punto de vista se crea a partir de un modo de ver la mente humana, el psicoanalítico. Esto significa que uno de los valores más importantes del psicoanálisis es el heurístico, es decir, inventar nuevas formas de resolver problemas, en este caso de carácter afectivo con lo que un paciente se enfrenta.

La racionalidad del psicoanálisis debe juzgarse en su propio contexto y es valioso por su función heurística.

Harold I. Brown, en "La Nueva Filosofía de la Ciencia" se refiere a la sabiduría práctica de Aristóteles como el prototipo de esta forma de racionalidad que ha de ser empleado en la ciencia, es decir la importancia del observador sobre lo observado.

Por su parte, Carlos Pereda en "¿Qué puede enseñarle el ensayo a nuestra filosofía?" atribuye las siguientes características al concepto aristotélico de racionalidad:

- a) Es "la capacidad de preocuparse no sólo parcialmente, por un área de la vida sino por la 'totalización' de la vida en tanto 'vida buena', "saber equilibrar los distintos bienes que anhelamos y los males que deseamos evitar en relación con la totalidad de una vida".
- b) Consiste en deliberar para alcanzar esa vida buena. Sobre razones, balancea ventajas y desventajas.
- c) Esta deliberación atañe al hacer humano que es contingente. Trata con argumentos cuya conclusión no se sigue necesariamente de las premisas, sino que éstas sólo la apoyan en cierto grado.
- d) Requiere de sensibilidad para considerar los aspectos particulares de una situación.

Este tipo de racionalidad es el que emplea el psicoanalista. En primer lugar, los terapeutas se ocupan no sólo de un área de la vida de sus pacientes, sino de la totalidad de sus vidas, por ello no están interesados sólo en quitar síntomas, sino también en lograr cambios profundos y duraderos. Se interesan en que sus pacientes tengan una vida mejor. El analista también busca que su paciente encuentre un equilibrio entre los bienes que anhela y los males que desea evitar en relación con la totalidad de su vida; la exploración de los conflictos psíquicos inconscientes se encamina a ese objetivo. El psicoanalista delibera, balancea ventajas y desventajas, y con base en ello interpreta al paciente, confronta sus opiniones, le hace señalamientos. Es mediante la deliberación que el psicoanalista puede ofrecer otro punto de vista al paciente para enfrentar sus conflictos y buscar el cambio. Su evaluación es un arte que depende de la situación analítica particular.

El analista requiere de sensibilidad para considerar los aspectos particulares de la situación analítica, es por ello que emplea el diagnóstico, y evalúa la situación de su paciente en su contexto de vida. La racionalidad de la clínica requiere tomar la singularidad del paciente en tratamiento.

En psicoanálisis se establece una relación intensa, profunda y duradera entre paciente y analista; se trata de una experiencia singular de vida, muy distinta a la experiencia de un experimento. Es una forma de conocimiento personal para la que la experiencia de vida funciona como razón, puesto que el psicoanálisis cuenta con una base de contrastación de este tipo, pues la comunidad de psicoanalistas intenta aplicarlo a cierto dominio de objetos, tales como: sueños, síntomas, actos fallidos, entre otros.

De esta manera en el psicoanálisis existe una base de contrastación formada por todos los conceptos psicoanalíticos-teóricos, las distintas aplicaciones de la teoría psicoanalítica necesitan guardar una congruencia entre sí, es decir: los sueños, los síntomas, las conductas que son aplicaciones de la teoría; guardan coherencia entre sí, convirtiéndose, entonces, la mente del paciente en una gran aplicación de la teoría que responde simultáneamente a distintos principios psicoanalíticos: la teoría de los sueños, la teoría de la neurosis, la teoría de la sexualidad infantil, la teoría del narcisismo, la teoría de la angustia, entre otras. Así el analista espera lograr un cambio profundo y duradero en su paciente.

Los conceptos que emplea no pretenden la precisión de otros conceptos de la ciencia, son conceptos de naturaleza analógica que se mueven en límites difusos aunque existentes, su riqueza radica en ello. Además, su cercanía con ciertas formas de sabiduría le acerca a los problemas de la libertad y la responsabilidad, que no están presentes en otras teorías de la ciencia.

El psicoanálisis es un conocimiento racional, donde el analista y paciente son los actores principales en la evaluación del psicoanálisis, pero no son los únicos. La comunidad psicoanalítica, los psicoterapeutas de otras corrientes, los filósofos, hacen su propia evaluación. El psicoanálisis es valioso porque posibilita el cambio profundo que muchas personas buscan para tener una vida mejor; que sea o no una ciencia empírica no es lo importante.

Ya lo decía Lacan en el seminario XVII, la ciencia representa un tipo de discurso cuya fuente de legitimación radica en su efecto constitutivo del lazo social. El discurso de la ciencia resulta decisivo, ya que permite constituir a los sujetos como tales, pero ¿de qué modo constituye a los sujetos como tales el discurso de la ciencia? Mediante su función de "Sujeto Supuesto Saber", como se sabe, todo sujeto para Lacan representa en realidad un sujeto en falta, esto quiere decir que no existe un sujeto constituido plenamente, por lo contrario, a partir de la instauración del lenguaje, es decir, a partir de su formación como sujeto independiente del cuerpo de su madre, el mismo se encuentra agujereado, "barrado" lo denomina Lacan (\$). Es decir que, a diferencia de lo que cree el racionalismo de matriz iluminista, no se puede hallar una Verdad eterna e inmutable. No existen verdades más allá de la verdad del síntoma que "retorna en la falla de un saber". En otras palabras, la única verdad para el psicoanálisis es la verdad transparente, de que el sujeto siempre está limitado por su inconsciente, que es un ser en falta. De esta manera la idea de SSS, es una utopía que pretende evitar esta falta estructural del sujeto en pos de una realidad imaginaria que permite vehiculizar fantasmáticamente el deseo de unidad social.

1.2 Psicoterapia Breve y sus efectos terapéuticos rápidos.

Son muchos los beneficios de la psicoterapia en pacientes con este tipo de diagnósticos médicos, tanto en consulta externa como en los pacientes internados y en sus familiares. De esta manera el paciente se tranquiliza y muestra una mayor implicación al tratamiento médico en su conjunto, ayuda a disminuir la ansiedad provocada por el tiempo de internación del paciente en el hospital, permite a la familia sentirse apoyada tanto en información como en su malestar. Los propios pacientes y familiares demuestran satisfacción con resultados tales como: soporte emocional y disminución del factor de angustia, ansiedad, depresión, irritabilidad. Sin olvidarnos que el modo de enfrentar la enfermedad cambia de sujeto a sujeto, el trabajo psicológico busca sacar al

sujeto de su estado de crisis, ayudándolo a utilizar recursos de su propia estructura y favorecer una mayor implicación con su enfermedad.

Partiendo de que la psicoterapia está basada en un principio de cambio; estrategias que apuntan al establecimiento de logros, de metas u objetivos que no son más que un cambio de posición subjetiva frente a su malestar o diagnóstico médico, diremos que esta estrategia surge a partir de las entrevistas preliminares, e implica situar provisoriamente a ese sujeto en relación a su estructura, a sus síntomas, a su historia. Esto nos permite situarnos a nosotros como psicólogos con formación psicoanalítica, en función de la posición de ese sujeto. Entonces la estrategia participa como una guía, que nos permite dirigir nuestras acciones en relación a las tácticas que emplearemos.

Por lo tanto, el terapeuta debe ejercer un papel activo, es decir que tiene que hacer uso de todo recurso facilitador del proceso de investigación y comprensión de la problemática del paciente.

1.3 El psicólogo clínico con orientación analítica.

El psicólogo con orientación analítica en la institución es aquel que puede sostener el deseo y es el que cree en la causa inconsciente; deseo de que pueda emerger un sujeto que se haga cargo de su inconsciente a partir de su decir y sus palabras.

Todo esto, va a hacer posible con el único medio que posee el psicólogo con formación psicoanalítica, que no es otro que la palabra del terapeuta elevada a nivel de interpretación, y es a partir de este medio, que el psicólogo ejerza una escucha dinámica, movido por la voluntad de alcanzar tres objetivos principales:

- a. Establecer una relación con su paciente, lo que llamamos la "transferencia".

- b. Localizar la causa de su sufrimiento, que en general son conflictos que vienen relacionados con la infancia y un acontecimiento actual.
- c. Lograr traducir esta causa en palabras expresivas que esclarezcan y alivien el malestar del paciente.

En el ámbito hospitalario no importará cuál sea la materia con la que se inicien las sesiones, pero el psicólogo deberá llevar al paciente a construir su historia familiar, laboral, de la enfermedad, etc para lograr ubicar donde se encuentra el síntoma psicológico que lo está afectando y actuar sobre ello. Uno debe dejar al paciente hablar de sí mismo.

El psicólogo con formación psicoanalítica, al detectar lo que le acontece al paciente no deberá comunicárselo ni tampoco darle la solución de un síntoma o la traducción de un deseo hasta que se comprenda que está ya muy próximo a encontrarla por sí mismo. La manera de llevarlo a ubicarlos se logra mediante varias intervenciones.

La psicoterapia psicoanalítica, consiste en un trabajo conjunto con el paciente, en donde a partir del motivo de consulta se pueda abordar la problemática subjetiva que conmueve a ese sujeto. Tomemos un ejemplo: un hombre de 38 años, divorciado y con nueva pareja, donde su motivo de consulta era estar irritable por no ser atendido por el médico a la hora prevista de la cita, luego en la entrevista preliminar con la psicóloga él paciente descubre y comprende que lo que lo mantiene en esa posición frente al Otro es la angustia de un no saber qué hacer en su relación de pareja, y mucho menos con su enfermedad, acontecimientos que vienen ha enlazarse con hechos ocurridos en su historia familiar. Es así que abordando el origen del síntoma o el conflicto psíquico, el malestar se reduce, y el paciente simplemente supera su problemática vital, haciéndose evidente un "cambio de posición subjetiva", abandonando una posición conflictiva que le causaba malestar.

Para quienes nos apoyamos y orientamos preferentemente en las obras de Freud y Lacan, no es tan común utilizar el termino <<psicoterapia

psicoanalítica>>, que puede reemplazarse en algunas ocasiones por el de <<aplicaciones del psicoanálisis a la psicoterapia>>, que es lo que realizamos.

Si bien es cierto que en la práctica profesional del psicólogo inmerso en las áreas médicas, existe un común denominador que puede darse es que los pacientes buscan soluciones extrapsíquicas a su problema psíquico. Una solución externa paradigmática es el fármaco, la medicación. Muchos sujetos se dejan llevar por inercia del modelo médico de acuerdo al cual, cuando hay sufrimiento, se necesita ingerir algún preparado que mitigue o resuelva el mismo, como por ejemplo pastillas para dormir. Pero incluso aquellos que no piden explícitamente un medicamento para paliar sus malestares psíquicos, buscan de alguna manera una solución exterior a ellos mismos, una especie de fármaco psicológico. En la mayoría de casos, el paciente quiere que alguien le diga lo que tiene que hacer (o dejar de hacer) para sentirse mejor, es decir, qué debe cambiar en su mundo.

Hay que tener presente que en cada paciente se parte de un principio diferente y lo que trata el psicólogo con formación psicoanalítica es que el sujeto se aperciba tal como lo dijo Samuel Beckett, aquel que se está quejando del zapato es posible que no sea consciente de que su verdadero problema no está en el calzado sino en sus pies y sobre todo, en su forma de caminar. En esos casos, y prosiguiendo con la metáfora, por mucho que el sujeto cambie de zapato la solución no tocará la raíz del problema. Es probable que durante un tiempo pueda sentirse algo más cómodo con unos zapatos menos dolorosos, o quizás más bellos o más modernos, pero tarde o temprano reaparecerán las dificultades de base. El problema es intrapsíquico, por ello las soluciones provenientes de fuera suelen ser escasamente eficaces. De esta manera las tácticas que se tengan con cada paciente en particular guiarán el proceder del tratamiento psicológico, empezando por el crear la demanda, recibirla o reformularla, para posteriormente luego de que exista transferencia establecida, dar lugar a las intervenciones que devienen del discurso del paciente.

1.4 El psicólogo clínico en un equipo interdisciplinario.

¿Qué lugar ocupa el psicólogo clínico en la institución hospitalaria? Definimos el Psicólogo Clínico inmerso en la salud pública como el psicólogo que aplica su conocimiento y sus habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.

De esta manera diremos que el lugar que ocupa el psicólogo clínico en el equipo interdisciplinario es de colaboración al desempeño de funciones de promoción de la salud de enfermedades orgánicas graves que conmocionan socialmente. Y es que la enfermedad orgánica es vivida en muchos casos como una experiencia de pérdida con profunda implicancia subjetiva; produciendo profundas heridas narcisistas. Cuando los pacientes se enfrentan a enfermedades que llegaron a irrumpir en sus vidas, los deja en un proceso doloroso y complejo para superar y aceptar, donde el sujeto enfermo se encuentra con su propia castración. La enfermedad lleva a los sujetos a confrontarse con un ambiente extraño e incomprensible, nos referimos tanto a la tecnología y aparatos que se utilizan en su cuerpo como el mismo hospital. Estos acontecimientos, los enfrentan con la posibilidad de muerte, demandando un gran esfuerzo psíquico de su parte. En algunos casos exceden las posibilidades del sujeto, adquiriendo características de trauma psíquico.

Se generan pérdidas no sólo de las funciones corporales sino pérdidas que afectan la vida social, escolar, vínculos de pareja, entre otros. Se conciben alteraciones en la imagen en términos reales e imaginarios. Alteraciones en el esquema corporal, producto de secuelas causadas por la enfermedad orgánica, que confrontan al sujeto con la difícil tarea de recomponer una imagen corporal. De esta manera los médicos, desplazan al psicólogo clínico el real que se les escapa en la medicina, permitiendo un espacio terapéutico, donde se ponga en evidencia la enfermedad del sujeto de otra manera, teniendo en cuenta y remarcando las posibilidades sobre los déficits, las aptitudes y capacidades

que puede realizar normalmente. Donde el paciente pueda expresar sus fantasías inconscientes con respecto a su enfermedad y los entramados con lo traumático.

Se buscará promover desde nuestra formación en psicoanálisis, la posibilidad de que allí aparezca lo más singular, potencial y creativo de nuestros pacientes y a su propia manera.

CAPÍTULO II

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y DE MEDICINA INTERNA

Los diferentes servicios de áreas hospitalarias conjugan objetivos de salud y de carácter clínico. Entre los primeros está contribuir a la consolidación de un modelo de atención que enfatiza la resolución integral y ambulatoria de los problemas de salud, con dispositivos articulados en redes de servicios. Sus objetivos clínicos son el tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedades que requieren manejo en el período de agudización de la sintomatología patológica médica que presentan. Sin embargo detrás del equipo médico, se encuentran profesionales que colaboran para contribuir al beneficio de salud de los pacientes. De esta manera es una característica fundamental del Hospital el trabajo en equipo.

En el Hospital un grupo de profesionales (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, trabajadoras sociales, etc.) comparten un espacio definido y por un tiempo suficiente para establecer una adecuada interacción médico-terapéutica, de esta manera se trata de establecer un diagnóstico y un pertinente plan de tratamiento integral, que se establece sobre la base de interacciones adecuadas y a un intercambio frecuente y permanente acerca de y con los usuarios.

Debe entenderse por "interacción adecuada", el que además de la labor específica que desarrolla cada profesional, todo el equipo debe actuar en función de una estrategia general del tratamiento y del sentido general del trabajo en cada momento de su desarrollo, compartiéndose el conocimiento de los incidentes, dificultades y logros de cada uno de las diferentes tratamientos médicos que se realicen (archivos de exámenes clínicos y tratamientos realizados que se encuentran en la carpeta de c/u de los afiliados a la salud pública).

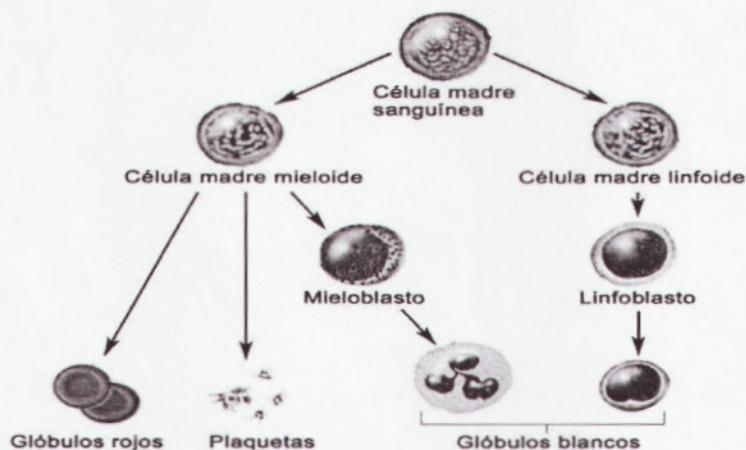
2.1 Enfermedades atendidas por psicólogo clínico en el área de hematología:

Descripción de las enfermedades:

2.1.1 Leucemia.

La médula ósea produce células inmaduras que, con el tiempo, se convierten en glóbulos maduros. Una célula madre sanguínea se puede volver una célula madre linfoide o una célula madre mieloide. La primera (linfoide) se convierte en un glóbulo blanco y la segunda (mieloide) se convierte en uno de los siguientes tres tipos de glóbulos maduros:

- Glóbulos rojos, que llevan oxígeno y otros materiales a todos los tejidos del cuerpo.
- Glóbulos blancos, que luchan contra las infecciones y las enfermedades.
- Plaquetas, que ayudan a prevenir hemorragias al causar la formación de coágulos sanguíneos.



© 2007 Terese Winslow
U.S. Govt. Workman Rights

Las células leucémicas se acumulan en la sangre y en la médula ósea de modo que hay menos lugar para los glóbulos blancos, los glóbulos rojos y las plaquetas saludables. Cuando esto sucede, pueden presentarse infecciones,

anemia o hemorragias. Estas células pueden dispersarse fuera de la sangre hacia otras partes del cuerpo como el sistema nervioso central (cerebro y columna vertebral), piel y encías.

La leucemia puede ser aguda (Quiere decir que la enfermedad progresa rápidamente con varias células inmaduras (blastos)) o crónica (donde predominan células maduras, presentando una evolución más lenta de la enfermedad).

Las leucemias crónicas: se pueden diferenciar en 2 subgrupos según el tipo de leucocito que se vea alterado: Linfática o linfoide (por alteración de los linfocitos o las células inmaduras de las que provienen) o Mieloide (por alteración del resto de células blancas).

Cuando las células sanguíneas inmaduras (los blastos) proliferan, es decir, que se reproducen de manera incontrolada en la médula ósea, logran reemplazar a las células normales. A esta proliferación incontrolada se le denomina leucemia. La causa de la leucemia se desconoce en la mayoría de los casos. Sin embargo, está demostrado que no es un padecimiento hereditario o contagioso.

Leucemia Mieloide o Mielógena Aguda y Crónica.

La leucemia Mieloide Aguda (LMA) es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en la sangre y médula ósea debido a que ésta última produce mieloblastos (tipo de glóbulo blanco), glóbulos rojos o plaquetas anormales. Estos blastos no maduran y se vuelven demasiado numerosos.

La Leucemia Mieloide o Mielógena Crónica (LMC) es un proceso que consiste en un crecimiento descontrolado de células maduras de la médula ósea, en concreto de un tipo de glóbulo blanco denominado neutrófilo o granulocito.

Los primeros síntomas pueden ser similares a los de la gripe u otras enfermedades comunes. Estos son: fiebre, debilidad o cansancio todo el tiempo, anemia, palidez, dificultad respiratoria, petequias (manchas planas de color morado; producidos por la hemorragia), dolor en los huesos (como resultado de la multiplicación de las células leucémicas en el sistema óseo) o las articulaciones, pérdida de peso o el apetito y una formación fácil de hematomas o hemorragias (a través de nariz, boca o recto). Una de las hemorragias más graves es la que se presenta a nivel cerebral, la cual puede ocurrir si el número de plaquetas desciende en forma severa.

Leucemia Linfoide Aguda y Crónica.

La Leucemia Linfática Aguda (LLA) es un proceso que consiste en un crecimiento descontrolado de células inmaduras (blastos) precursores de los linfocitos (un tipo de leucocito o glóbulo blanco) denominados linfoblastos, que se caracterizan por acumularse en diversos lugares del organismo como la médula ósea, bazo y ganglios entre otros.

La Leucemia Linfática Crónica (LLC) es un proceso que consiste en un crecimiento descontrolado de linfocitos (un tipo de glóbulo blanco), que se presentan como células maduras, caracterizadas por acumularse en diversos lugares del organismo como la médula ósea, bazo y ganglios. Es el tipo más frecuente de leucemia y suele presentarse en personas mayores (en general de 65 años en adelante).

Además una característica de este tipo de leucemia es la capacidad de las células tumorales para vivir más tiempo que las normales, ya que las mutaciones afectan a los genes relacionados con la muerte celular. Esto ocasiona un aumento en el número de linfocitos malignos por dos mecanismos: un aumento en su división y una vida más larga.

2.1.2 Linfoma.

El linfoma es un cáncer de una parte del sistema inmunológico llamado sistema linfático. Se encuentra en los ganglios linfáticos, el bazo, el hígado y la médula ósea. Un tipo de Linfoma es el de Hodgkin y el otro es el no Hodgkin.

Los linfomas no Hodgkin comienzan cuando un tipo de glóbulos blancos, llamado células T o células B, se hacen anormales. Las células se dividen una y otra vez aumentando el número de células anormales. Éstas últimas pueden diseminarse a casi todas las demás partes del cuerpo.

Los síntomas que se presentan cuando se padece linfoma son: Comezón en la piel, fiebre inexplicable recurrente, sudoración nocturna profusa, pérdida de peso inexplicable, debilidad y cansancio que no desaparece (Según la Sociedad Americana del Cáncer en algunas ocasiones es el único síntoma), tos, dificultad para respirar o dolor torácico, dolor en los huesos, inflamación o sensación de hinchazón abdominal (Puede llevar a inapetencia, estreñimiento, náuseas y vómitos), ganglios linfáticos inflamados sin dolor; en el cuello, las axilas o la ingle. Si el cáncer afecta las células en el cerebro, la persona puede presentar dolores de cabeza, problemas de concentración, cambios de personalidad o crisis epilépticas.

2.1.3 Aplasia Medular.

La aplasia medular es la desaparición de las células encargadas en la médula ósea de la producción de la sangre (precursores hematopoyéticos). Como consecuencia aparecerá una disminución de los hematíes (glóbulos rojos), de los leucocitos (glóbulos blancos) y de las plaquetas.

La aplasia medular puede ser total, afectando a las células que producen los hematíes, los leucocitos y las plaquetas, o parcial si se ve afectada solamente una o dos de las líneas celulares. Afecta aproximadamente a 5 - 30 personas por cada millón de habitantes por año.

La sintomatología viene determinada por el grado de afectación de cada uno de los elementos que forman la sangre. Cuando la producción de eritrocitos se ve comprometida aparecerá anemia con sus síntomas acompañantes de palidez, astenia (cansancio y falta de energía, debilidad física y psíquica), dolores de cabeza, palpitaciones, falta de respiración, vértigos (sensación de falta de estabilidad o de situación en el espacio), calambres, etc. Si además está alterada la producción de los leucocitos, el paciente tendrá una exagerada tendencia a padecer infecciones, habitualmente por gérmenes poco comunes. Finalmente, si se compromete la producción de las plaquetas será frecuente la presencia de hemorragias que podrán ser leves (epistaxis, gingivorragias), o podrán comprometer la vida del enfermo (hemorragias digestivas o cerebrales).

2.2 Enfermedades de Medicina Interna:

2.2.1 VIH/SIDA

El VIH es un retrovirus, lo que significa que necesita convertir su ARN en ADN para reproducirse, para lo que utiliza células del sistema inmunitario del ser humano. Al manipular las células, impide que sigan cumpliendo su función habitual y causa que además acaben muriendo prematuramente.

Durante un tiempo, que varía de unos meses a varios años según la persona, el sistema inmunitario es capaz de producir suficientes células de defensa para sustituir las infectadas y además intentar controlar la replicación del VIH. Pero llegado un momento, éste supera esta limitación hasta colonizar todo el organismo. En tal caso el sistema inmunitario se deteriora hasta el punto de que no es capaz de hacer frente a infecciones y enfermedades que habitualmente son inofensivas. Entonces aparece el SIDA.

VIH son las siglas del Virus de Inmunodeficiencia Humana. El SIDA está provocado por la infección por VIH, y se relaciona con el deterioro del sistema inmunitario que causa éste. Aunque controvertida, existe una definición oficial del SIDA. Lo que quiere decir que no cualquier enfermedad que se experimente

supone que una persona con VIH, desde un punto de vista formal, tenga SIDA. Por lo tanto no es lo mismo VIH, que SIDA.

Esta definición establece que tienen SIDA las personas con menos de 200 células CD4 por mm³ de sangre, o bien una o más de las enfermedades consideradas oportunistas.

SIDA son las siglas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

2.3. Aspectos culturales relacionados con las enfermedades. (Descripción del grupo de trabajo: tipo de pacientes, nivel educativo, etc):

Los sujetos de observación son:

La población demográfica atendida fue de: 152 pacientes en el área de Medicina Interna y 83 en el área de hematología. Los 253 pacientes atendidos psicológicamente son residentes de algunas de las provincias de la sierra y costa del Ecuador, pertenecientes a diferentes clases sociales y económicas. Sus edades iban desde los 5 años hasta los 87.

En cuanto al nivel educativo, se atendieron pacientes sin ningún tipo de instrucción, otros con estudios primarios o secundarios inconclusos, otros con estudios escolares terminados y otros con título profesional.

En medicina interna, la mayor parte de los pacientes presentan diagnóstico médico de VIH/SIDA, donde el 28 % de los pacientes atendidos son de sexo femenino mientras que el 72 % son de sexo masculino. El 40 % de los pacientes atendidos, que es el porcentaje de edad promedio más alta, se encuentra entre 30 y 39 años, seguido del 32% de pacientes entre 20 y 29 años de edad.

En el área de hematología: de los 83 pacientes atendidos, el 37% son mayores de 50 años (31 sujetos) y el 63% de pacientes son menores de 50 años (52 sujetos). De estos mismos pacientes el 64% (53 sujetos) son de sexo femenino mientras que el 36% (30 sujetos) son de sexo masculino.

En medicina interna los pacientes atendidos pertenecían a todo tipo de afiliación que proveía el hospital del Seguro Social, mientras que en hematología predominaban los afiliados del seguro campesino, por lo cual contaban con escasos recursos económicos y en algunas ocasiones con un nivel intelectual limitado o influenciado por mitos culturales. En la primera área se trabajaba en dos lugares: consulta externa y hospitalización mientras que en la segunda únicamente se trataban pacientes internos. El área de hospitalización de ambas áreas se encuentra ubicada en el primer piso del edificio.

A los pacientes internos se los atendía en las habitaciones las cuales constaban de dos o cuatro camas cada una. A los pacientes de consulta externa se los atendía en un consultorio compartido con otros miembros del equipo médico interdisciplinario. También se trabajó con familiares; en algunas ocasiones para reunir información del paciente hospitalizado y en otras para atenderlos como pacientes debido a que hacían sus propias demandas (debido a la carga emocional que se encontraban viviendo), por lo cual era necesario ocuparse de su propia subjetividad.

2.4 Importancia de conocer el diagnóstico médico.

El personal de las instituciones necesita un (dispositivo / modelo) que permita una cierta organización respecto a las derivaciones de los pacientes. Uno de ellos, que es de gran importancia y necesidad es el hecho de conocer el diagnóstico del paciente antes de decidir a qué equipo o a quién se efectúa la derivación.

Es importante hacer una aclaración cuando nos referimos al término conocer, puesto que encierra una variedad de significados. Por lo tanto hemos precisado dos puntos específicos de nuestro interés, a continuación:

- a. Saber para entender.- Es necesario, para el psicólogo clínico que trabaja en estas áreas de salud (medicina interna y hematología) manejar toda la información acerca del diagnóstico de VIH/SIDA, leucemia, linfoma, aplasia medular, etc., que padece el paciente, en cuanto a la terminología, quimioterapia o tratamiento antirretroviral y efectos secundarios de los mismos; porque esas molestias a nivel orgánico en algunas ocasiones llegan a afectar a la psiquis del sujeto.

- b. Maniobrar según su marco teórico con pacientes con VIH/SIDA.- podría ser que a diferencia de las estrategias del trabajo del psicoterapeuta en otras áreas médicas del hospital, van por el lado de comenzar las entrevistas preliminares por el diagnóstico médico que presenta el sujeto y se buscará construir su historia. Está no sería una buena idea, en el momento de realizar entrevistas preliminares en consulta externa con pacientes VIH reactivo, debido a que el Virus se encuentra ligado al prejuicio social en cuanto a los estigmas, segregación y vergüenza que encierra ser portador de la misma; que los etiquetan en una posición de excepcionalidad, ubicados como desfavorecidos.

Así el psicólogo con orientación psicoanalítica, interviene para delimitar este eslabón perdido entre el discurso sobre "los excluidos" y la posibilidad de dar lugar a lo singular de cada uno de ellos.

Se debe tener en cuenta que los diagnósticos de los pacientes con los que se trabajó; son diagnósticos que los enfrentan con la muerte y que a su vez, la enfermedad aparece de forma imprevista por lo cual llegar a irrumpir en la vida del sujeto, considerándose como algo traumático; imposible de ser significado o

subjetivado (no pueden ser simbolizadas), lo que en la teoría psicoanalítica Lacaniana se denomina lo Real.

Frente a ese real, imposible de simbolizar, pueden aparecer algunos fenómenos entre los cuales se puede encontrar el trauma, la angustia, la depresión, la ansiedad, etc y frente a esos fenómenos que se dan en el sujeto enfermo es que un psicólogo debe operar.

El sujeto realiza un sinnúmero de intentos por comprender lo que le ocurre, se presenta una interpretación previa de los síntomas por parte del sujeto en busca de un sentido nuevo, pues para éste, sus pensamientos, comportamientos, sus mismas palabras o incluso su existencia son tocados por el sin-sentido. La impotencia del paciente frente a lo inesperado de la enfermedad implica una entrada en la dimensión transferencial, puesto que el paciente se dirigirá a alguien al que supone un saber para poder encontrar una respuesta. El encuentro con lo Real lo ha llevado a llamar (o aceptar en el hospital) a un saber supuesto. Ese sujeto reducido al síntoma apunta ahora a un desconocimiento, no sabe qué le pasa, ni como dar solución al Real de la enfermedad.

CAPÍTULO III

MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PROPUESTA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y MEDICINA INTERNA

3.1 La presencia del psicólogo clínico en el equipo médico.

A través del tiempo, el trabajo interdisciplinario en las instituciones hospitalarias ha sido cada vez más frecuente. El propósito es practicar una medicina integral para abordar aspectos físicos, psíquicos y sociales para un mejor bienestar del paciente.

El psicólogo, al integrar un equipo de salud, debe favorecer a la incorporación de un funcionamiento interdisciplinario, que facilite, cuando sea necesario, la comunicación entre el médico y el paciente. Su trabajo con el paciente es bastante específico, actúa de manera situacional, no sólo en el sentido de resolver conflictos, sino también en la promoción de la salud, por lo cual también llega a trabajar con la aceptación de la enfermedad y del tratamiento.

El psicólogo con orientación analítica en la institución es aquel que puede sostener el deseo y es el que cree en la causa inconsciente; deseo de que pueda emerger un sujeto que se haga cargo de su inconsciente a partir de su decir y sus palabras.

El trauma representado por la suma de la enfermedad y del ambiente hospitalario puede ser disminuido con intervenciones del psicólogo. Por ello la importancia de los profesionales en psicología para la atención de los pacientes, en situaciones que involucran diagnósticos y tratamientos de enfermedades como el VIH/SIDA, leucemia, etc.

Son muchos los beneficios de psicoterapia en pacientes con este tipo de diagnósticos médicos, tanto en consulta externa como en los pacientes

internados y en sus familiares. De esta manera el paciente se tranquiliza y muestra una mayor implicación al tratamiento médico en su conjunto, ayuda a disminuir la ansiedad provocada por el tiempo de internación del paciente en el hospital, permite a la familia sentirse apoyada tanto en información como en su malestar. Los propios pacientes y familiares demuestran satisfacción con resultados tales como: soporte emocional y disminución del factor de angustia, ansiedad, depresión, irritabilidad. Sin olvidarnos que el modo de enfrentar la enfermedad cambia de sujeto a sujeto, el trabajo psicológico busca sacar al sujeto de su estado de crisis, ayudándolo a utilizar recursos de su propia estructura y favorecer una mayor implicación con su enfermedad.

En el ámbito hospitalario nos topamos con el hecho de que una enfermedad viene a irrumpir la vida de un sujeto y a la vez toma su cuerpo para manifestarse; ésta toma diferentes matices a nivel psicológico según el sujeto que se vea afectado y los problemas que devengan de ella y con lo cotidiano de sus vidas.

La angustia, que se mencionó anteriormente, es grande debido a que aparecen ideas de muerte, miedo frente al tratamiento, miedo de perder el trabajo, desesperación por el tiempo que tienen que permanecer dentro del hospital y una vez tomada la decisión de iniciar el tratamiento aparecen otros problemas como el lidiar con los efectos secundarios del mismo, el tener que tolerar el descuido o malos tratos de algunos miembros del personal médico y paramédico, los cuidados excesivos que tienen que tener por ser pacientes inmunodeprimidos; como el usar mascarilla todo el tiempo, el no poder recibir visitas de familiares ni amigos, entre otras cosas, lo cual se resume en que una enfermedad viene a enfrentar al sujeto con el vacío en la estructura, con la falta, lo cual da lugar a variadas respuestas sintomáticas: vivido como un trauma con depresión y / o angustia.

3.2 El terapeuta en un papel activo.

Partiendo de que la psicoterapia está basada en un principio de cambio, estrategias que apuntan al establecimiento de logros, de metas u objetivos que

no son más que un cambio de posición subjetiva frente a su malestar o diagnóstico médico, diremos que esta estrategia surge a partir de las entrevistas preliminares, e implica situar provisoriamente a ese sujeto en relación a su estructura, a sus síntomas, a su historia. Esto nos permite situarnos a nosotros como psicólogos con formación psicoanalítica, en función de la posición de ese sujeto. Entonces la estrategia participa como una guía, que nos permite dirigir nuestras acciones en relación a las tácticas que emplearemos.

Por lo tanto, el terapeuta debe ejercer un papel activo, es decir que tiene que hacer uso de todo recurso facilitador del proceso de investigación y comprensión de la problemática del paciente.

Proceso que comienza por el hecho de hacerle saber que se lo comprende, así también como dar cuenta de su calidez, es decir que en sus gestos y tonos de voz el terapeuta, está tratando de manifestar que su sufrimiento le concierne, este punto es muy importante porque una mirada de asombro o de rechazo, puede reafirmar el fantasma o alguna paranoia latente, mas aún cuando se trabaja con pacientes con VIH/SIDA. Así también el psicólogo debe de ser espontáneo para crear un clima de libertad, creatividad y permisividad, que ayude a establecer la transferencia, para de esta manera motivar y clarificar los objetivos terapéuticos.

En el ámbito hospitalario no importará cuál sea la materia con la que se inicien las sesiones, pero el psicólogo deberá llevar al paciente a construir su historia familiar, laboral, de la enfermedad, etc para lograr ubicar donde se encuentra el síntoma psicológico que lo está afectando y actuar sobre ello. Es necesario dejar al paciente hablar de sí mismo.

El psicólogo con formación psicoanalítica, al detectar lo que le acontece al paciente no deberá comunicárselo ni tampoco darle la solución de un síntoma o la traducción de un deseo hasta que se comprenda que está ya muy próximo a encontrarlo por sí mismo. La manera de llevarlo a ubicarlos se logra mediante varias intervenciones.

Existen pacientes escépticos que niegan todo crédito a los métodos y técnicas psicológicas, pero solo se convencerán de su eficacia cuando en ellos se haya dado algún efecto; entonces se trataría de entrevistas preliminares que despejen sus dudas y reticencias, y así inicien una experiencia analítica.

Una dificultad que puede presentarse en el psicólogo en el momento de atender pacientes es que no es posible ubicar estrategias específicas ya establecidas para cada síntoma debido a que todo depende de la subjetividad de cada persona y de su estructura, por lo cual el trabajo se hace con el discurso de los pacientes atendidos y sobre eso se debe intentar hacer surgir el sujeto, lo cual a su vez también es una suposición.

La subjetividad, la pulsión y el deseo no son medibles. Lo que se buscará es conocer de qué sufre el sujeto, se ubicará su estructura y la problemática vital y en base a eso es que se realizarán las intervenciones más pertinentes. Una vez que el sujeto se implicó es evidente que se estableció la transferencia.

Las intervenciones, de las que el psicólogo hace uso, se subordinan a la transferencia, existiendo aquí una relación jerárquica: de esta manera la táctica de la intervención del psicólogo es libre siempre y cuando la mida teniendo en cuenta la estrategia de la transferencia.

3.3 Motivo de consulta: una interrogación a un posible malestar.

Por lo general los –Síntomas- son homologados al motivo de consulta con el cual viene el paciente a la consulta psicológica: ansiedad, depresión, angustia, irritabilidad, situaciones de crisis, descompensaciones que alarman al paciente, entrada a tratamiento antirretroviral, miedo a la quimioterapia, pero hay que tener muy presente que en "Psicoanálisis y medicina" Lacan alerta con precisión que no siempre el paciente desea ser curado del síntoma por el que consulta.

En ciertas ocasiones al reformular la demanda, en algunos casos, se van generando otras demandas, hasta llegar a la demanda del tratamiento psicoterapéutico, que es el punto en que se produce una implicación subjetiva con el padecimiento.

El motivo de consulta es lo que el paciente manifiesta que le ocurre y lo lleva a buscar la asistencia psicológica. Por lo general es planteado como un malestar o queja y lo que el psicólogo debe realizar con ese motivo de consulta es reformularlo. En otras palabras, lo que moviliza al paciente a buscar ayuda es el síntoma, el no saber qué hacer con eso y el descubrir el valor metafórico del síntoma. El paciente se dirige a Otro a quien le supone un saber. Lacan plantea que "Al comienzo está la transferencia", o sea el amor como metáfora del objeto. Pero para que la metáfora funcione es necesario que el amado pueda ocupar también el lugar del amante. El sentido del síntoma se transfiere en el discurso del Otro y desde allí puede enviar la respuesta a la cuestión "quien soy yo".

El síntoma es una formación del inconsciente en donde existe una transformación de un deseo o una idea inadmisibles que necesitan disfrazarse, desplazarse, transformarse que retornó como por ejemplo en una conducta o un acto.

El síntoma es un mensaje cifrado como un enigma y el hablante padece de la búsqueda de sentido. No puede ser entendido como una casualidad, como algo fortuito que le ocurre a un sujeto en la vida.

A partir de Freud, Lacan va a situar que la pulsión, que busca satisfacerse, da lugar a la formación del síntoma. La pulsión es una fuerza que insiste a cada momento tratando de obtener satisfacción, sobre todo, a nivel del cuerpo. La pulsión consigue en el síntoma un recurso para su satisfacción → el síntoma es un recurso del goce pulsional.

En el síntoma hay una doble composición:

- ⊗ Hay una satisfacción de la pulsión, que no está ligada a nada.
- ⊗ Hay un sentido: dimensión de la significación, que quiere decir algo.

En "Inhibición, síntoma y angustia", Freud plantea al síntoma como uno de los destinos de la pulsión. La pulsión que busca satisfacerse en los objetos (situados en el campo del Otro, del registro significante. Se articulan al deseo y a la demanda) también se satisface en el síntoma; y esa satisfacción se da en el propio cuerpo del sujeto (la pulsión le da la vuelta al objeto y regresa sobre la zona erógena del propio cuerpo).

En el análisis el síntoma pasa a ser un elemento dinámico y económico de transformación subjetiva. Esta transformación está ligada al descubrimiento de que el síntoma es una formación del inconsciente, así como los lapsus, los olvidos, los sueños, los chistes, etc.

CAPÍTULO IV

FENÓMENOS QUE PUEDEN PADECER LOS PACIENTES FRENTE A LA ENFERMEDAD PLANTEADA COMO UN REAL

4.1 La enfermedad como un real que irrumpe.

En algunas ocasiones se considera el enterarse de un diagnóstico médico grave tal como Leucemia, Linfoma, Aplasia Medular, VIH o SIDA, como un real debido a que éste está definido como lo imposible; como lo que no puede ser completamente simbolizado en la palabra o la escritura y, por consiguiente, no cesa de no escribirse. Se caracteriza por no ser encontrado y por escapar a la captación del pensamiento. Es lo no programado.

Ese real que se da a conocer cuando un sujeto se ha quedado sin respuesta para enfrentar alguna circunstancia a su vez causa ciertos fenómenos en el individuo como puede ser la aparición de una significación traumática acompañada de afectos como: angustia, depresión, tristeza, miedo, etc.

4.2 Significación Traumática.

Un trauma es un acontecimiento (o suceso) inasimilable que aporta a la vida psíquica de un sujeto, en un breve instante, un enorme incremento de energía o excitaciones excesivas en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlarlas y elaborarlas psíquicamente por lo cual provocan perturbaciones, trastornos o efectos patógenos duraderos en él (en su organización psíquica). Se caracteriza por su intensidad y la manera en la que el sujeto queda sin poder responder adecuadamente. El punto del trauma es en el enfrentamiento del sujeto al vacío, donde no está articulado a otro significante; es un punto enigmático.

Los traumas consisten en experiencias somáticas o en percepciones sensoriales (por lo general visuales o auditivas), es decir, son vivencias o impresiones. Según Freud un trauma: lo escuchas, lo piensas y lo vives, por lo cual si un fenómeno no se presenta de esa manera no estaríamos hablando de un trauma.

Un trauma actúa como una fijación en la vida psíquica del sujeto, por lo cual en muchas ocasiones se emplean mecanismos de defensa para olvidar (No funciona de manera consciente), como pasa por ejemplo con el trauma original que es cuando un niño nace y viene al mundo.

El trauma es una irrupción de algo no programado. En el trauma hay algo del mundo exterior, hay un acontecimiento del mundo exterior pero que va a ligarse con algo de la pulsión que es interior.

Freud habla de que todo trauma tiene dos tiempos; pero no se habla de un tiempo cronológico o lineal, sino de un tiempo lógico y ese es el tiempo del inconsciente. Un síntoma se construye con esos dos tiempos del trauma. Un segundo acontecimiento es el que fija el trauma, o sea que la significación como traumática es siempre por après coup. El primer tiempo está ubicado en la infancia (Se construye una fantasía como un montaje de la pulsión, como una fijación divina) y el segundo en la pubertad (Es el acontecimiento exterior). Es en el segundo tiempo donde se produce el efecto traumático.

El trauma puede producir dos clases de efectos: positivos y negativos. Los primeros representan esfuerzos para reanimar el trauma, es decir, para recordar la vivencia olvidada o para tornarla real; para poder vivenciar nuevamente una réplica del mismo. Estas tendencias se hallan comprendidas en los conceptos de la fijación al trauma y del impulso de repetición. Las reacciones negativas frente al trauma persiguen la finalidad opuesta: que nada se recuerde ni se repita de los traumas olvidados. Podemos englobarlas en las reacciones defensivas; su expresión principal la constituyen las denominadas evitaciones, que pueden agravarse hasta culminar en las inhibiciones y las fobias.

Citando a Freud desde la tesis "Las aplicaciones de la psicología en la rehabilitación integral del impedido físico" de la Doctora Nora Guerrero de Medina, menciona que unido al hecho traumático, se debe tomar en consideración la emergencia de la frustración ya que ésta ejerce una influencia patógena provocando el estancamiento de la libido y sometiendo al individuo a una prueba, consistente en ver cuánto tiempo podrá resistir tal incremento de la tensión psíquica y que caminos elegirá para descargarse de ella.

En los cuadros neuróticos el trauma actúa como elemento desencadenante revelador de una enfermedad neurótica preexistente, donde la enfermedad o el cambio de su yo corporal puede representar inconscientemente, para el paciente, algo que perturba un equilibrio vigente entre fuerzas reprimidas y represoras, puede ser tomado como una castración o como el hecho de ser abandonado.

La primera indicación del tratamiento del trauma en la urgencia subjetiva es dar sentido a lo que no lo tiene, recurrir al sentido y dar sentido también es un punto de identificación. Según Eric Laurent después de un trauma, se debe reinventar a Otro que no existe más, hace falta entonces causar un sujeto para que reencuentre reglas de vida con Otro que ha sido perdido. Se trataría de inventar un camino nuevo.

Si concluimos entonces que un trauma es una vivencia, acontecimiento o impresión inasimilable para un sujeto, que excede su tolerancia y capacidad de controlar o elaborar psíquicamente un hecho por lo cual se queda sin responder adecuadamente y en muchas ocasiones se provocan perturbaciones, trastornos o efectos patógenos duraderos en él (como inhibiciones o fobias), entonces podemos comprender como en algunas ocasiones el enterarse de que un ser querido o uno mismo padece de una enfermedad mortal o la muerte de los mismos, puede convertirse en un trauma.

4.3 Angustia.

A la angustia se le han disputado tres tradiciones a saber: la tradición médica; que ubica el lugar de la angustia en el cuerpo (para la medicina la angustia es física), la tradición psicológica (ciertas corrientes); que sostiene que la angustia es un disturbo, una anomalía de la capacidad del juicio y de la adaptación y la tradición filosófica existencial u ontológica; que considera a la angustia como una experiencia de alcance metafísico.

El eje de la angustia se hace presente en nuestra contemporaneidad con particularidades especiales que plantean grandes desafíos para la clínica psicoanalítica: las distintas formas de manifestación del sufrimiento, las urgencias subjetivas, los requerimientos de eficacia que demandan efectos terapéuticos rápidos, etc.

La angustia es un afecto de displacer más o menos intenso que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente en un sujeto a la espera de algo que no puede nombrar (no se tiene palabra); no se tiene significación y que se traduce en sensaciones físicas, es decir, que la angustia toca al cuerpo. También se dice que surge de una transformación de tensión acumulada y esa tensión puede ser de naturaleza física o psíquica. Se dice también que la angustia es el encuentro con ese lugar del Otro, con su falta, con su deseo sin ningún artificio.

La angustia no es la señal de una falta sino la manifestación, para un sujeto, de una carencia de ese apoyo indispensable que para él es la falta. Se caracteriza por lo que no engaña; es el presentimiento, lo que está fuera de duda. No es la duda, sino la causa de la duda. La angustia es la espantosa certidumbre, es lo que nos mira. La angustia es siempre lo que nos deja dependiendo del Otro, sin palabra alguna, fuera de la simbolización.

La angustia es la señal de que hay algo real enterrado que reaparece, es una de las formas de presentación de lo real; una experiencia de lo real. La angustia nos llama la atención sobre eso y las defensas que armamos. El

desenvolvimiento de la angustia es aquello en que el sujeto permanece prisionero y que inhibe su acto, es una señal de lo real.

La angustia está ligada al movimiento del Otro, hay Otro en la angustia; incluso uno cuando habla y escucha a un paciente angustiado ve las coordenadas del Otro, el goce del Otro, el deseo (El deseo está obligado a la medición de la palabra, y es manifiesto que esta palabra solo tiene su estatuto, solo se instala, solo se desarrolla en su naturaleza en el Otro como lugar de la palabra), la demanda (Se produce identificación con el objeto del sentimiento porque nada intersubjetivo podría establecerse si el Otro no habla), nos indica que la angustia está en el campo del Otro.

Jacques – Alain Miller habla de dos formas de presentación de la angustia. La constituyente se resuelve por su empuje al acto; si se realiza el acto termina la angustia. Es la angustia productora substraída a lo consciente. La angustia constituida resulta de la inhibición del acto. Si la angustia nos inhibe el acto entramos en la angustia constituida, es decir, en un círculo vicioso con inhibición y que se repite con angustia infinita; es la identificación al objeto nada. Es una angustia laberíntica sin límites en que el sujeto se condena a recorrer el círculo infernal que lo retiene de pasar al acto, es una angustia repetición con vocación de ir hasta el infinito.

Angustia según Freud y según Lacan:

En el artículo "La fijación al trauma: Lo inconsciente", Freud menciona que considera la angustia como un síntoma del que se queja la mayoría de los nerviosos como uno de sus más terribles sufrimiento y que esa angustia, puede revestir extraordinaria intensidad e impulsar al enfermo a cometer las mayores insensateces.

En "Inhibición, síntoma y angustia", Freud menciona que la angustia nace como una reacción a un estado de peligro de la pérdida del objeto (También puede haber otra reacción para dichas pérdidas y es el duelo; se diferencia por su

carácter especialmente doloroso) y se reproduce cada vez que surge de nuevo tal estado.

Freud le da a la angustia dos fuentes diferentes: una, involuntaria, automática, inconsciente, explicable cuando se instaura una situación de peligro análoga a la del nacimiento y que pone en riesgo la vida misma del sujeto; y otra, voluntaria, consciente, que sería producida por el yo cuando una situación de peligro real lo amenaza. La angustia tendría allí como función intentar evitar ese peligro. También distingue la angustia en dos niveles: en el primero la ubica como un afecto entre sensación y sentimiento, una reacción a una pérdida, a una separación originaria. En el segundo, la angustia es un afecto señal, como reacción al peligro de la castración en un tiempo en el que el yo del sujeto intenta sustraerse de la hostilidad de su superyó.

Para Lacan la angustia no es la manifestación de un peligro interno o externo. Es el afecto (el único que no engaña según Lacan) que captura a un sujeto, es una vacilación, cuando se ve confrontado con el deseo del Otro. Menciona que la angustia no se deja simbolizar por el Otro, y no se tramita por el significante ni por el semblante.

Para Freud la angustia es causada por una falta de objeto. Para Lacan no está ligada a la falta de un objeto sino que surge siempre en cierta relación entre el sujeto y ese objeto perdido antes de aun haber existido, aquel del que habla Freud en el Proyecto de psicología y que llama "Das Ding", la cosa. Para Lacan, este objeto no está tan perdido como nos inclinamos a creerlo, puesto que volvemos a encontrar sus huellas visibles y patentes en las formas del síntoma o en las formaciones del inconsciente.

La angustia, para Lacan, es la única traducción subjetiva de la búsqueda de ese objeto perdido. La angustia se constituye "cuando algo, no importa qué, viene a aparecer en el lugar que ocupa el objeto causa del deseo". La angustia siempre es suscitada por este objeto que es el que dice "yo" en el inconsciente y que intenta expresarse a través de una necesidad, de una demanda o de un deseo.

El acting out es intento de entrar en la escena mientras que el pasaje al acto es una salida de la escena.

¿Qué se debe hacer con el acting out? ¿Interpretarlo, darle sentido? Tiene poco efecto porque se quiere abordar por la vía significativa algo que no lo es, dar una significación no alcanza al resto que está afectando al sujeto. La causa del acting no es significativa.

¿Prohibirlo? En sesiones, el acting está dirigido al psicólogo. Hay accidentes en tratamiento, porque el acting es insistencia de mostrar lo que el psicólogo con formación analítica no acusa recibo. Cada acting busca reconstituir un Otro que lo aloje.

El pasaje al acto es un tratamiento menos elaborado de la angustia, sin recurso simbólico. El afecto en el cuerpo pasa a la descarga motriz, así fuga de la angustia cuando no logra darle tratamiento. Se rompe el marco fantasmático. Es un sujeto que se ha quedado sin recursos y en ese momento es objeto. El pasaje al acto es lo contrario a la construcción del fantasma. Hay una escena que concluye; hay un efecto de aniquilación del sujeto en un intento fracasado de hacer surgir su subjetividad.

En el pasaje al acto el sujeto se encuentra cada vez más identificado al objeto «a» en tanto resto. Hasta llegar al punto en el cual el sujeto es el objeto en tanto desecho.

El pasaje al acto es la caída del sujeto de la escena. Para hacer caer, para hacer desaparecer al Otro que lo nombra «tú eres objeto del cual yo gozo». El sujeto pasa a encarnar el objeto no sabido por el Otro, objeto no parcial y encarnado en el propio cuerpo. Cuerpo que se libera de la imagen en el punto en que se reconoce en ella, de la imagen que bordea lo siniestro.

El pasaje al acto es una respuesta no fantasmática que pone en acción al cuerpo como objeto total. No se trata de un cuerpo erógeno, donde las pulsiones recortan distintas zonas que permiten separar el sujeto del objeto.

En el pasaje al acto, el sujeto aparece borrado al máximo por la barra, es un momento en que el sujeto se precipita del lugar de la escena y cae de la misma, hay Otro absoluto y se busca crear la carencia. "Para que el Otro tenga una falta, yo la soy".

El suicidio es una forma de pasaje al acto como una respuesta frente a la angustia, en que el sujeto no soporta su anulación.

Por el contrario el acto –no pasaje al acto- es un movimiento que transforma la realidad del sujeto. Tiene una dimensión subjetiva. Hay un consentimiento a ser otro, sin la garantía del Otro.

4.5 Depresión.

Si uno busca la definición en un diccionario del término depresión lo que encontrará es algo como: decaimiento de ánimo o de voluntad, sentimiento de una persona que se encuentra muy triste y ha perdido el interés por las cosas o modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, correlativa de un desinvertimiento de toda actividad. El sujeto deprimido vive en un tiempo uniforme y monótono. Aunque registre modificaciones del humor, estas, al ser cíclicas, no constituyen en ningún caso cambios verdaderos.

Para el neurofísico la depresión es cualquier disminución de la actividad electrofisiológica, captada encefalográficamente; para el psicofarmacólogo la depresión se refiere a la acción de fármacos que disminuyen la actividad del órgano afectado, como en el caso de los depresores del sistema nervioso central como anestésicos, barbitúricos, etc. Para algunos psicólogos la depresión puede ser la disminución de las funciones cognitivas, perceptivas o

motoras, para el médico psiquiatra la depresión se trata en general de una amplia gama de cambios en los estados afectivos que va desde lo que se estima como casi normal en la vida cotidiana hasta el grave cuadro llamado melancolía.

Se puede definir a la depresión como un estado patológico producido por una mayor o menor exaltación afectiva de carácter triste y angustioso que se acompaña de cierto grado de disminución de la actividad motriz. La depresión, en tanto un estado de ánimo, afecto, sentimiento o emoción, es algo que impregna la experiencia humana normal tiéndola de tristeza, decepción, frustración y otras manifestaciones afines.

La depresión se explica porque durante el desarrollo de una existencia en condiciones normales, el individuo dispone de una extensa variedad de estímulos positivos que le permiten realizar una serie de actividades y adaptarse a situaciones nuevas. En su estado general puede resultar agravada por numerosos factores, unos que pueden provenir del propio sujeto, dependientes de su personalidad pre traumática y otros del exterior, del medio en el que se están desarrollando.

El cuadro depresivo en general se caracteriza porque la persona afectada presenta una fijación al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos o porque los sentimientos de culpa lo han hecho regresar a ese estado, teniendo una necesidad vital de tales suministros.

La depresión reaccional se caracteriza por una pérdida de la autoestima, donde objetiva o subjetivamente el sujeto deprimido piensa y siente que es inferior a los demás y por lo tanto no merece su atención y amor. Esta depresión reaccional (etapa que podríamos llamar de la elaboración del duelo o de la pérdida) podemos considerarla como natural y hasta necesaria para que el paciente acepte y se resigne a la realidad de su nueva condición.

Pueden haber cuadros depresivos reaccionales en donde los síntomas que se desarrollan son esperados y hasta previsibles de acuerdo a la naturaleza de la

lesión y a la presencia de otros factores como edad, sexo, nivel cultural, etc. En estos cuadros el paciente presenta un comportamiento con tendencia a una adaptación compensatoria, es decir, a una aceptación de la realidad y una concentración de la energía no sobre el obstáculo, sino sobre perspectivas de curación compatibles con la realidad.

Hay algo que se conoce como síndrome depresivo y está caracterizado por múltiples síntomas tales como tristeza, llanto, culpa, ansiedad, desamparo y desesperación, disgusto de todo, insomnio, deseo de muerte y tendencias suicidas, cambios afectivos displacenteros anormales persistentes, asociados con sentimientos de desvalorización, pérdida de interés por el trabajo y otras actividades, disminución de la capacidad para llevar a cabo diligencias sociales cotidianas e hipocondría acompañada de alteraciones orgánicas como anorexia, disminución del peso, retardo o inhibición psicomotriz, cefaleas, etc.

La depresión como cuadro, puede distinguirse en dos grupos. Depresión neurótica y depresión psicótica (También se la conoce como depresión en forma delirante). La primera está asentada en una personalidad predispuesta, se caracteriza porque el paciente expresa su necesidad desesperada de obligar a un objeto a conceder los suministros vitalmente necesarios, desarrollándose además una serie de síntomas complementarios como fobias, compulsiones, obsesiones, conversiones o ideas de suicidio, etc. La segunda es aquella en que el conflicto se ha internalizado y que sus intentos por restablecer el equilibrio narcisístico perdido, por medio de la introyección de objetos, están destinados al fracaso. Hay un tercer tipo de forma clínica en la que se manifiesta la depresión y es la forma estuporosa, la cual aparece generalmente después de un periodo de evolución de las otras formas ya mencionadas.

Guillermo Belaga en el Seminario "Trauma y angustia subjetiva: teoría y clínica" dictado el primero de abril del 2006, menciona que en el DSM -IV lo que hay es un intento de homogenizar al sujeto, a los sujetos, bajo un mismo programa científico, en base a la explicación, descripción científica del mundo, bajo este orden de lo real de la ciencia.

El DSM – IV describe a la ansiedad como una alteración del humor, por lo cual ingresa en la clasificación de los trastornos del estado de ánimo. Hablan de un Episodio depresivo mayor, de un trastorno depresivo mayor, del trastorno distímico (estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años) e incluso de un trastorno depresivo no especificado en el cual se incluyen todos los trastornos depresivos que no cumplen los criterios para otra clasificación.

4.6 Ansiedad.

La palabra ansiedad viene del latín anxietas derivado de angere que significa estrechar, y se refiere a un malestar físico muy intenso, que se manifiesta principalmente por respiración anhelante. La ansiedad se presenta ante estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos e incluye síntomas neurovegetativos, conductuales, cognitivos y vivenciales. Es un estado de inquietud, agitación, nerviosismo o inquietud del ánimo que puede padecer un sujeto.

Las respuestas de ansiedad y miedo juegan un papel primordial como mecanismos de defensa y alerta frente a los peligros ambientales. La ansiedad, como otros instintos básicos, se pone en marcha ante los peligros inmediatos y tiene el carácter de respuesta adaptativa imprescindible para salvaguardar la integridad del individuo y para asegurar la sobrevivencia de la especie.

La ansiedad patológica se caracteriza por ser desproporcionada frente a la realidad ambiental, o por presentarse sin que exista ningún factor ambiental que la justifique. La ansiedad patológica implica una sensación de malestar, sin causa objetiva que lo justifique, con sentimientos de temor y aprehensión respecto a acontecimientos desgraciados que pudieran suceder. El sujeto teme volverse loco, morirse o realizar un acto incontrolable.

Según Freud la ansiedad es un problema de las neurosis. Con bastante frecuencia, cuando un neurótico es llevado por un estado de ansiedad a esperar la llegada de un suceso terrible, en realidad se halla bajo el influjo de un recuerdo reprimido (que intenta entrar en la consciencia, pero no puede hacerse consciente) de que alguna cosa que en aquel tiempo era terrorífica ocurrirá realmente.

La teoría «toxicológica» de la ansiedad, es considerada como el resultado de la libido estancada.

Cuando un sujeto siente ansiedad; presenta una tendencia a la visión pesimista de las cosas. La ansiedad es una de los sentimientos de carácter displaciente, así como también lo son el dolor y el duelo.

CAPÍTULO V

ENTREVISTAS PRELIMINARES E IMPORTANCIA DE LA TRANSFERENCIA

5.1 Entrevistas Preliminares.

Freud recomendaba, como práctica clínica, realizar una serie de entrevistas previas a la entrada en análisis durante las cuales debía decidirse si el psicoanálisis era o no aplicable, consideraba estas entrevistas como un período de prueba o "ensayo", a la par que tenían una motivación diagnóstica y servían para explicitar al paciente sobre las condiciones de tiempo y dinero. Entonces podemos decir que las entrevistas preliminares, son el tiempo previo de trabajo al análisis propiamente dicho.

El objetivo de estas entrevistas previas aparece definido del siguiente modo: "El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo". Esto dicho en otros términos, no sería otra cosa que aquello que Lacan denominó la llamada a un Otro supuesto saber. La dirección de la cura por parte del analista durante las E.P. debe apuntar, entonces, a un cambio en la posición subjetiva y a la instalación del S.s.S.

El tratamiento de ensayo según Freud, puede tardar de una o dos semanas antes del comienzo de análisis, sin embargo el sujeto puede seguir acudiendo al analista y nunca ir al diván.

La primera meta del análisis es la de relacionar al paciente con el tratamiento y a la persona del analista, que es lo que se denomina tratamiento de ensayo, que nos brinda la posibilidad de realizar un establecimiento de diagnóstico diferencial.

Este "ensayo preliminar" dice Freud, es propiamente el inicio de un análisis y debe de adecuarse a sus reglas". Se puede quizás hacer distinción de que durante esta fase se deja al paciente hablar casi todo el tiempo y no se explica nada más que lo absolutamente necesario para hacerlo proseguir en lo que está diciendo". Este punto lo hemos traído al presente trabajo, por el hecho que cuando tenemos al paciente en consulta psicológica, necesitamos saber desde que posición habla, de los diferentes hechos ocurridos en su historia de vida.

Las entrevistas preliminares tienen la misma estructura de las entrevistas de análisis propiamente dicho, pero son distintas de éste. Podemos decir que se asemejan por el hecho de que en ambas situaciones se introduce al sujeto a la asociación libre. Pero es el tiempo de diagnóstico la cual hace que se distinga entrevistas preliminares del análisis propiamente dicho.

En las entrevistas preliminares, lo que se buscará es implicar al sujeto en relación a su supuesto, a sus síntomas y a su historia. El primer motor de la terapia está en las dolencias del enfermo y no en el deseo de curación por ellas engendrado.

Lacan en un primer momento dirá que las entrevistas preliminares, cumplen una función precisa: evaluar las condiciones de posibilidad de una persona a soportar la respuesta analítica; y para que esto suceda se necesitan los elementos centrales para situar los "criterios de analizabilidad": Evaluación clínica y localización subjetiva.

La función de la interrogación es esencial en las entrevistas preliminares por eso es preciso situar para qué sirve y qué se interroga, se trata de que la persona hable respecto a la lengua que él habita y especialmente, a la lengua que lo habita: desde dónde y cómo habla.

El que llega, sabrá que no solo hay mucho que no sepa de sí, sino que además sabrá que hay un saber que opera "sin que él lo sepa; y que ese saber tiene consecuencias en el cuerpo, pensamientos y su relación con los otros".

En las entrevistas preliminares se trata de discernir que estructura está en juego debido a que según la misma y la historia del paciente se procederá a realizar las intervenciones psicológicas más pertinentes y que se ajusten al caso del paciente.

Freud nunca habló de entrevistas preliminares, pero si hablo de "ensayo de prueba": Freud lo relaciona con la decisión de aceptar o no al candidato a análisis.

Lacan dirá que en las entrevistas preliminares si no se sabe como intervenir, sin saber qué se hace, podría provocar en una psicosis un desencadenamiento; las entrevistas preliminares no son simplemente una técnica sino que es también una ética y ésta función ética es la decisión: indicador permanente para el practicante del acto analítico tanto en sus realizaciones como en sus omisiones.

En las entrevistas preliminares se localizan también las resistencias del paciente, se debe apuntar a poner a raya un saber del sujeto acerca de sus condiciones de goce, y que cuando el deseo del analista apunta al hueso del "ello", ahí no podrán salir las resistencias. La resistencia es el elemento operativo que bajo transferencia Freud localiza como un indicador: algo resistido, rechazado y un índice de lo reprimido, inclusive muchos sujetos al ser interpretados y queriendo guardar la imagen que ellos tienen de "sí mismo", dirán: Eso no es, Yo no dije eso, de ninguna manera, lo que quise decir fue...: es un rechazo del inconsciente, articulado en forma neurótica con la represión.

5.2 Evaluación Clínica - Posición Subjetiva.

Miller dirá en Introducción al método psicoanalítico, que uno de los 3 principios es la evaluación clínica neologismo con el que quiso combinar el término evaluación con aval.

En algunos pacientes adultos que se encuentran internados en el hospital o que acuden a consulta externa, piden asistencia psicológica de manera voluntaria. El hecho que el paciente acuda de manera voluntaria, manifiesta Jacques-Alain Miller es porque el sujeto viene tras su primera evaluación, es decir, avalando su síntoma y solicitando al psicólogo clínico que le autorice dicha evaluación.

La evaluación de un paciente dependerá de un malestar inicial, algo que no funciona y que displace y que genera una pregunta en el sujeto por la causa de su padecer, que puede ser desencadenada por un diagnóstico médico previo.

Para esto se practican las denominadas entrevistas preliminares. Se trata pues de un medio para la realización del diagnóstico preliminar en el que se trata de concluir algo respecto de la estructura clínica de quien se avala como paciente. Es primordial porque en ellas podríamos reconocer a las psicosis no desencadenadas.

De esta manera el trabajo en entrevistas preliminares lo podemos orientar de la siguiente manera:

- a. Establecer un diagnóstico estructural que oriente el tratamiento.
- b. Distinguir entre lo que aparece como disfuncional o sintomático para los discursos que rodean al paciente: médico, familiar, escolar, social... de lo que el propio paciente plantea como sintomático para sí mismo.
- c. Promover un trabajo para el establecimiento de las coordenadas históricas personales y familiares que permitan ir dando cuenta de la presentación particular que hay en él de la sintomatología.

5.3 ¿Qué es la transferencia? E importancia de la misma.

Freud aclara que todo ser humano por efecto de sus disposiciones innatas y de los influencias que recibe en la infancia, adquiere una posición subjetiva determinada para el ejercicio de la vida amorosa y son expresadas en el desarrollo y solo se despliegan en la fantasía o bien han permanecido en lo IC.

Así cuando la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, la persona se verá precisado a volcarse con una expectativa libidinosa hacia cada nueva persona que aparezca. Por lo tanto en el caso de la terapia con perspectiva psicoanalítica la investidura libidinal se vuelve hacia la figura del psicólogo.

La transferencia puede servir también para facilitar lo que los pacientes llaman "la confesión de su sufrimiento". La transferencia y su dinamismo, tiene una serie de componentes, que se explicarán en el desarrollo de la investigación.

Así podríamos decir que la transferencia es un eje, que permite situarnos a nosotros como psicólogos clínicos inspirados en la teoría psicoanalítica, en función de la posición subjetiva de ese sujeto. La transferencia nos servirá como estrategia para una guía, que nos permite dirigir nuestras acciones en relación a las tácticas que emplearemos, sin embargo, lo que hace posible sostener la transferencia, es el análisis personal de quienes hacen una clínica bajo transferencia, en este caso el psicólogo clínico. El psicólogo clínico por su análisis puede hacer semblante de ser ese objeto que el paciente pone en la relación, que en general tiene que ver con lo peor; con lo real.

Lacan dirá que la transferencia es la interpretación: al interpretar se sitúa la transferencia y la transferencia se sitúa mediante la interpretación y el acto analítico; pero hay que estar alerta a lo que Freud dijo sobre la interpretación lanzada fuera de la transferencia: Interpretación salvaje. En las entrevistas preliminares si la interpretación no "entra" en el momento adecuado es como la ocasión, pasa de largo.

La transferencia que en primera instancia es un dispositivo sumamente imaginario efectuado sobre la persona del analista, existe un extremo que va más allá del puro imaginario, y es lo que Lacan llamo SSS, pero cabe recalcar que el analista puede ser cualquiera, un S1, pero la transferencia es el significante 2, que le dará consistencia a que un sujeto pueda dar cuenta de su síntoma.

Es así que la transferencia es un concepto del psicoanálisis que designa el mecanismo psíquico a través del cual una persona inconscientemente transfiere y reactiva, en sus vínculos sociales nuevos, sus antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos.

En la lectura de Jacques Lacan esto es así porque la "demanda de psicoanálisis" en sí misma ya implica de entrada una dimensión trasferencial: el paciente se dirige a alguien al que supone un saber.

5.4 La transferencia en una primera o pocas entrevistas.

En el curso del tratamiento despierta aún otro factor cooperador. El interés intelectual y la comprensión del enfermo. Las nuevas fuentes de energía que el analista procura al enfermo nacen de la transferencia de sus procesos psíquicos. En cada caso se debe esperar hasta remover los trastornos de la transferencia debidos a las sucesivas emergencias de resistencias por transferencia.

No se puede operar en orientación Lacaniana sin sostener la transferencia, pero tampoco se puede aprovechar el uso sugestivo de la transferencia al analizar para identificar al analista con la sede del saber. Ej: si el analista se sitúa desde el lugar del padre, debe estar advertido de aquello, y emplear esa "equivocación sobre la persona" para favorecer la dirección de la cura y no para sus fines de dominio al paciente.

De esta manera al adjudicar una respuesta posible a este interrogante en el campo del Otro instala la posición del terapeuta orientado en la clínica psicoanalítica, como Sujeto Supuesto Saber (condición simbólica de la transferencia), que nos orienta sobre el diagnóstico de estructura del paciente.

Hasta aquí las entrevistas preliminares desempeñan una doble función: permitir que se instale la transferencia y posibilitar una aproximación diagnóstica del paciente.

5.5 Posibles Intervenciones del psicólogo clínico según el diagnóstico presuntivo, y su relación con la transferencia.

La psicoterapia con orientación analítica no curará al paciente de su diagnóstico médico, lo que si logrará es que hable de su enfermedad, de aquello que lo aqueja, deprime, lo mantiene irritado o angustiado.

Lo que intenta el psicólogo es que el sujeto llegue a comprender sus problemas, brindándole un espacio para que pueda hablar de sus respuestas emocionales, y que pueda poco a poco manejar la ansiedad que la enfermedad de Leucemia o VIH/SIDA le genera, ofreciéndole herramientas de su propia estructura para elaborar sus fantasías frente a la muerte, enfermedad; etc.

Los elementos con los cuales trabaja el psicólogo en estas áreas hospitalarias son:

- Las entrevistas: sean estas libres o semi-dirigidas.
- El uso de palabra.

En psicoanálisis la entrevista, promueve la expresión más libre posible del individuo, que se usa para explorar la subjetividad y reformular en tal proceso una historia de vida. Así la entrevista psicoanalítica es el comienzo de una serie de encuentros tendientes a reformular la historia de la vida de un sujeto,

ampliando sus ideas, fantasías y afectos; lo que se trata en buena medida, es que el paciente hable de lo que le causa malestar.

De esta manera una entrevista es libre cuando el paciente tiene la libertad de expresar sus problemas comenzando por donde prefiera e incluyendo lo que desee. Por otro lado la entrevista semi-dirigida es cuando el psicólogo clínico, interviene con el fin de señalar algunos vectores si el paciente no sabe cómo empezar o cómo continuar.

El uso de la palabra. El hombre está inmerso en el lenguaje incluso antes del nacimiento y nos constituye porque es el Otro que lo introduce en el lenguaje y en la marca del significante. Por lo que es evidente que estamos capturados en el discurso, en el lenguaje y en el deseo del Otro. Por esto privilegiamos la palabra porque es mediadora y sirve de medio de expresión de pensamientos y sentimientos.

Tratamos que el paciente ponga en palabras lo que le ocurre sin juzgar ni censurar, moral o religiosamente.

La palabra es el medio que tenemos para sacar al sujeto de su sufrimiento, y es ésta la que produce efectos que le permiten al paciente ubicarse de una manera diferente frente a la situación actual y hablar de ella.

En los psicólogos que practican psicoterapia con orientación analítica en estas áreas hospitalarias, las intervenciones son menos directivas que las que se realizan en cualquier otra psicoterapia; por el limitado número de sesiones psicológicas en el hospital, se debe de dar la facilidad para que el paciente también desempeñe un papel activo en las entrevistas; a manera que el psicólogo sea un medio que facilite el proceso para que el sujeto intente situarse en su historia. Lo que se trata es que el paciente sea capaz de mostrar su dolor psíquico, y que el terapeuta sea capaz de acogerlo empáticamente, y desde allí empezar su labor de ayuda psicológica.

La relación existente entre intervención terapéutica y vínculo (paciente-terapeuta) fue establecida por Freud en 1913 cuando, respondiendo a la pregunta de en qué momento intervenir, escribió: "Nunca antes de haberse establecido en el paciente una transferencia utilizable, un rapport en toda regla con nosotros. El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo. Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente establece enseguida, espontáneamente, tal enlace" (Freud 1913, BN, vol V. p.1671-2).

Además, Freud insiste en que el terapeuta debe evitar cualquier actitud que no sea de simpatía y de cariñoso interés hacia su paciente.

Por otro lado, un tema que ha causado el interés en psicólogos con formación psicoanalítica es la preocupación de examinar qué formas de intervención pueden resultar más apropiadas para producir el cambio subjetivo, dadas determinadas condiciones del paciente y de la relación que éste establece con su terapeuta. Y es que el psicólogo clínico se enfrenta a una variedad de pacientes, todos ellos singulares.

De esta manera se hace evidente que se trabaja con el caso a caso, y que no existe una "receta" para todos los sujetos. El psicólogo clínico debe de aplicar técnicas según el caso, donde el tratamiento es el que se adapta a las características de cada paciente, lo que se trata es de "encontrar" la manera que mas ayude al paciente. Así la acción clínica que utilice el psicólogo, debe de ir marcado por los objetivos del tratamiento como por las estrategias que son útiles para promover tales cambios (técnicas).

Otro punto muy importante de tomar en cuenta, es tener presente que mientras más corto sea el tiempo pactado para una psicoterapia, más importante es la consistencia en las interpretaciones focales. Sin embargo, siendo el foco una estructura compleja, generalmente no es posible interpretarlo en forma completa de una sola vez. El foco debe ser interpretado de a poco, fragmentariamente. Por lo que se recomienda:

- a. Comenzar por los aspectos del foco que el paciente pueda manejar más fácilmente, para evitar resistencias.
- b. Escoger interpretaciones que envuelvan el deseo y la respuesta de los otros.
- c. Elegir interpretaciones con componentes focales que contengan el síntoma. De esta manera el paciente se formará una idea del contexto de aparición del síntoma.
- d. Concentrar las interpretaciones en los componentes negativos, como lo recomienda Freud (1912).
- e. Escoger un estilo de interpretación que ayude a fortalecer la alianza y que no provoque resistencias. Evitar un estilo crítico, humillante o confrontacional.
- f. Si es necesario, pedir al paciente que elabore ciertas narrativas de manera de tener una idea más completa de ellas. Que describa más algunos eventos o experiencias.

Pero ¿Cuáles son las intervenciones posibles en este tipo de psicoterapia?

- **Clarificar:** se refiere a reformular el relato del paciente de modo que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor relieve. Estas intervenciones apuntan a lograr un despeje del relato del paciente a fin de recortar los elementos del mismo.
- **Confirmar:** confirmar los criterios del paciente sobre su situación, es decir que puede estar de acuerdo con las interpretaciones que el paciente haga de sí mismo para reafirmar el camino de sus asociaciones. En muchas ocasiones solo con poner acento de voz en la intervención, podemos convertirlo en verdad.

- **Interrogar:** solicitar datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del discurso, es decir explorar ciertos detalles de las respuestas del paciente que son necesarios en todo trabajo psicológico, ejemplo: datos de filiación, historia médica, familiar, etc.
- **Recapitular:** Resumir puntos esenciales surgidos en el proceso de cada sesión y del conjunto del tratamiento.
- **Proporcionar información:** es pertinente aclarar al paciente ciertos aspectos del tratamiento, por ejemplo cuidados para evitar recaídas, en qué consisten los tratamientos, exámenes médicos, significado de los diagnósticos, posibles consecuencias o efectos secundarios de los tratamientos médicos.
- **Señalar:** este señalamiento estimula al paciente a interpretarse a partir de los elementos recortados, es un llamado a su capacidad de autocomprensión. Se busca relación de datos, secuencias, consideraciones significativas, acentuar una palabra.
- **Subrayar:** Se lo realiza con términos importantes que salgan del discurso del paciente.
- **Sugerir:** proponer al paciente conductas alternativas, otras posibilidades de respuesta a los acontecimientos de su vida. Respetando siempre el deseo del paciente.
- **Avalar:** Afirmar, connotar que alguien si tiene razón en algo que transmite.
- **Interpretación:** Para Lacan es el llegar al sin sentido y para Freud es dar sentido.

Los neuróticos sufren del exceso de sentido, debido a que intentan explicar o justificar todo lo que les ocurre. Los psicóticos sufren, entre otras cosas, porque no pueden dar sentido.

Todas las intervenciones pueden convertirse en interpretaciones; si producen en el paciente un efecto de división subjetiva y una reubicación del tema en su historia, a través de las asociaciones y conexiones entre sucesos pasados y actuales.

Como psicólogos con orientación analítica no se debe pretender trabajar en las intervenciones con una técnica en particular debido a que:

- a. Existe diversidad de constelaciones psíquicas, es decir, estructuras.
- b. Debido a que los factores desencadenantes en un individuo no serán los mismos que para otro. (vivencias vividas).

5.6 Cómo se explica el trabajo clínico caso por caso.

Posición subjetiva

La localización subjetiva o posición del sujeto con relación a sus dichos, es lo que nos referimos a posición subjetiva. Pero ¿por qué explicar este concepto?

No podemos tener una "receta" o darle alternativas de "solución" para que el paciente mantenga la homeostasis de sus emociones, sin antes haberlo escuchado.

Lo que nos brinda el paciente es su discurso, que se encuentra inmerso en la dimensión simbólica: los dichos, esa emisión de la palabra que puede reiterarse, insistirse, coagularse, pero lo dicho es del campo de lo hecho. En las entrevistas con el paciente, ellos expresarán el decir, lo que otros dijeron anteriormente; la cita forma parte de nuestro cotidiano uso de la palabra. Cada

palabra proviene del discurso del Otro. Entonces, por un lado tenemos los dichos, por otro, el decir. El decir es un acto simbólico en él se afirma un sujeto. Apuntando al decir localizamos al sujeto. En la afirmación el paciente se hace responsable de la verdad que anida en lo que afirma "todo lo malo me pasa a mí", "ellos me hacen daño", "yo debo de hacerlo todo", "está enfermedad debería de pasarle a gente mala, no a mí", etc. Las citas van girando y dando valor de la posición de sujeto en relación a aquello que emite.

Es importante localizar al sujeto ahí donde se hace presente aquel vacío que permita la variabilidad de su posición, para intentar hacer coincidir el dicho con el decir (donde se desliza el deseo). La diferencia entre el dicho y el decir, y la modalidad de intervención que se halle para decirlo debe de tener presente tal diferencia. Separar el enunciado de la enunciación equivale a separar al sujeto del significante.

Por lo tanto, la posición subjetiva es localizar al sujeto. Es situarlo en relación a su discurso, contraponerlo a sus dichos, operar marcando la distancia entre enunciado y enunciación. "Lo que se diga queda olvidado tras lo que se dice, en lo que se escucha", decía Lacan. La localización avanza en dirección opuesta a esa omisión.

Pero no sólo se localiza al sujeto en relación al significante sino también en función de su goce, el lugar de goce en el que permanece fijado y que tiene que ver con la densidad de su fantasma. El goce puede aparecer o no en las entrevistas preliminares.

Un punto en común en los pacientes de estas áreas hospitalarias, es la significación de la enfermedad: un castigo, y es así como muchas veces se ubican frente a la enfermedad que padecen. Esto se corrobora en muchos casos, escuchando singularmente a cada paciente: hay episodios de la vida que se ponen en relación al padecimiento del cuerpo: elección de objeto sexual, relaciones clandestinas, "faltas" respecto de funciones familiares, como madre, como hija, etc., abandonos y "mal comportamiento" en general,

conductas reprochables que ponen en cuestión los ideales culturales ligados, en el sentido de las prescripciones morales y de la religión.

Sin embargo, esta generalización no autoriza al profesional psicólogo a subestimar la problemática de cada sujeto jugada en torno a su sexualidad, aconsejando recetas impersonales ni refutando las convicciones personales con argumentos del sentido común o del conocimiento médico.

Tal vez la interpretación o la relación que aporta la paciente con respecto al origen de la enfermedad, ofrezca el inicio de un círculo de culpas y autorreproches que sea necesario desenredar, para que no resulte oportunamente útil en el sentido de justificar el padecimiento y tolerar el tormento del dolor. Aunque esas teorías personales, nada tengan que ver con las explicaciones biológicas, inciden directamente en los eventos a lo largo de los tratamientos de quimioterapia y/o antirretrovirales.

Otro punto observable que podemos considerar en este tipo de pacientes, es el que tiene que ver fundamentalmente con la integridad del cuerpo, el "narcisismo". La imagen corporal es la que se ve afectada y si éste es un soporte único y magnificado, será una herida muy difícil de elaborar, como lo es la vejez en subjetividades restringidas al nivel de la imagen.

Para el psiquismo constituido con cierta "normalidad", no hay relación directa con el cuerpo, tal como lo entiende la medicina, la barrera la instituye el lenguaje, con sus leyes de metaforización y desplazamientos, que transforma al cuerpo en otra cosa, más allá de la anatomía.

Es bajo el marco teórico psicoanalítico que se desarrolla el trabajo psicológico en el ámbito hospitalario; y donde nos hacemos cargo de la subjetividad del paciente, sirviendo de medio que vincule al sujeto con la enfermedad, con el tratamiento médico propuesto y con el equipo interdisciplinario.

CAPÍTULO VI

TIPO DE PSICOTERAPIAS APLICADAS EN ESTAS ÁREAS HOSPITALARIAS

6.1 Psicoterapia con orientación analítica.

Sigmund Freud, estimulado por las demostraciones de Charcot sobre el valor terapéutico de la hipnosis, empleó esta técnica, no para sugestionar al paciente, sino para evocar recuerdos olvidados y dolorosos.

Freud sostenía que durante el desarrollo de la personalidad las pulsiones (instintos) agresivas o sexuales indeseables eran expulsadas de la conciencia. Estas pulsiones reprimidas se expresaban en los síntomas de las neurosis en su constante lucha por liberarse. Según Freud, estos síntomas podrían ser eliminados llevando las fantasías y las emociones reprimidas de nuevo a la conciencia.

Primero empleó la hipnosis como medio para lograr este acceso al inconsciente, pero pronto abandonó esta técnica en favor de la asociación libre, método en el que se les pide a los pacientes que verbalicen lo primero que les viene a la mente, por absurdo que les resulte, ya sean recuerdos, fantasías o sueños. Mediante la interpretación de estas asociaciones, Freud ayudaba a sus pacientes a profundizar en el conocimiento de su propio inconsciente como forma de llegar al origen de sus problemas.

Más tarde, Freud valoró el aprendizaje adquirido a través del estudio de la estructura psíquica de sus pacientes y denominó transferencia a la relación emocional que se establece entre el paciente y el terapeuta, que según su punto de vista reflejaba los primeros sentimientos del paciente hacia sus progenitores. La asociación libre y las reacciones de transferencia son todavía hoy elementos básicos de las sesiones psicoanalíticas.

Cuando se aplicaba psicoterapia con orientación analítica en el hospital del IESS "Teodoro Maldonado Carbo", las entrevistas eran abiertas para que fluya la asociación libre y el material inconsciente de los pacientes; haciéndolos hablar de lo que ellos querían y consideraban más importante, lo cual facilitaba el realizar intervenciones, entre las cuales hay señalamientos, interrogaciones, recapitulaciones, reformulaciones, subrayar, puntuar, etc. La psicoterapia analítica tiende a dejar conocer la pulsión que está en un sujeto y lo real del goce de cada paciente, además de su posición subjetiva (mediante las intervenciones lo que se busca en algunos pacientes es modificar esta posición). Lo que se debe lograr es que el paciente se implique en sus quejas. En este tipo de terapia el psicólogo es una función y no un sujeto.

La psicoterapia analítica trabaja con el inconsciente a través del yo, trabaja con el equívoco, que implica tocar algo del inconsciente, a través del consciente. Tiende hacia la pulsión que es lo que llaman real del goce. (para eso se debe conocer la posición subjetiva del paciente).

La técnica analítica busca que el paciente pueda pasar de la queja a la implicación, que modifique su posición subjetiva, es decir, su goce, entre otras cosas, gracias a los distintos tipos de intervenciones que se permite emplear (ejemplo: puntuar, subrayar, interrogar, cortar la sesión, etc).

En las entrevistas con orientación analítica no se utiliza la entrevista dirigida; siempre se deja hablar al paciente de lo que él quiera (técnica de asociación libre). El psicólogo debe tener en cuenta que no hay con el paciente una relación simétrica, pues él no entra en las entrevistas como sujeto, es decir que no interesa la ideología, los intereses o los prejuicios del psicólogo; el allí solo realiza una función.

El psicoanálisis propone la noción de un "sujeto" como sujetado a una estructura que lo preexiste. Postula la noción de representaciones inconscientes. El psicoanálisis desde la lectura de J. Lacan rompe con la idea de una vida inconsciente y otra consciente, debido a que no acepta que exista una vida inconsciente separada, como si se tratara de un psiquismo paralelo.

Por el contrario postula que el inconsciente no está ni se ubica en ningún lado, sino que este se produce. Por lo tanto, los actos fallidos no son una expresión de una cuestión que se cree inconscientemente pero por la represión el sujeto no se entera sino que es la irrupción de una representación inconsciente que no estaba en ninguna parte, sino que se produjo en ese momento.

El psicoanálisis se basa en la idea de estructura, de cómo un sujeto es determinado por la relación con los demás, de cómo esta relación constituye una matriz (fantasma) que marca maneras de comportarse basadas en rasgos estructurales. De esta manera poco importa un síntoma aislado, ni sirve de nada proponerse corregirlo por sí solo, sino que un síntoma es un anudamiento significativo que dice mucho más de lo que aparentemente dice.

El psicoanálisis tomado como inspiración para la psicoterapia del psicólogo clínico se preocupa por el deseo del sujeto, por lo tanto se habla de sujeto, del deseo, y de un más allá que implica la noción de "goce" como un más allá del principio del placer.

El yo divide al sujeto. En este sentido Lacan toma una frase de Descartes: "Pienso luego Soy" y la modifica en: "Soy allí donde no pienso pensar" o también "Soy donde gozo". En el sentido que si el sujeto piensa, entonces no es y si es no piensa. Por lo tanto en el psicoanálisis se evita la especulación consciente, y se habla de modificar el posicionamiento estructural y fantasmático. El psicoanálisis sostiene que una cuota de libertad se adquiere al analizar el posicionamiento subjetivo que posee un sujeto y los significantes que lo determinan, significantes organizados en una cadena basada en la diferencia.

6.2 Psicoterapia de Apoyo.

La terapia de apoyo se utiliza cuando un paciente no se encuentra en condiciones de hablar y también se puede aplicar cuando no se implica en lo que le ocurre. Es un tipo de reforzamiento yoico y se trabaja con la sugestión y

lo que se busca es atenuar los síntomas que el paciente pueda presentar. Es más efectiva cuando ya se ha trabajado en ocasiones anteriores con el paciente y se cuenta con información de él, la cual puede ser utilizada para decirle algo en el estado actual que se encuentra.

Se busca crear transferencia con el paciente y encontrar algo que lo una con la vida. También se busca que el sujeto pueda disminuir el monto de angustia, pena o dolor que padece y trabajar con lo que él trae a la sesión. Se intenta tranquilizarlo.

6.3 Clínica de la Urgencia.

La urgencia como tal es un concepto de la medicina psiquiátrica que implica la llegada a un límite que convoca a la atención del sujeto por un equipo de profesionales, no solo de la medicina, sino también psicólogos, enfermeros, trabajadoras sociales, etc.

La urgencia subjetiva ocurre en el sujeto pero plantea una exigencia de respuesta del Otro. Para el psicoanalista Guillermo Belaga la urgencia es un efecto de la época, es decir, que la urgencia subjetiva es una presentación del sufrimiento actual ligado a coordenadas de la época.

La clínica de la urgencia es cuando un sujeto se encuentra en calidad de objeto, es decir, que no puede representarse y a la vez no logra poner en palabras lo que le sucede y realiza actos tales como gritar, llorar, esconderse, sacarse la vía del suero, etc, es decir, son manifestaciones impulsivas observables. Se trata de encontrar lo que le sucede a esa persona y porque le afecta tanto; se apunta a la palabra. Este fenómeno ocurre cuando la cadena de significantes ha sido rota. Hay un tope con un real. El elemento que se pone en escena es la angustia, por lo cual la afección se siente en el cuerpo. Cuando hay una sobre exposición a la angustia es que aparece el acting out o pasaje al acto.

En la urgencia el sujeto está en contacto con una fractura que limita permanentemente con lo imposible. Ricardo Nacht sitúa a las urgencias como algo que no anda y por no andar señala algo que no se mueve, lo que no anda es el sujeto; el sujeto es capturado por un goce inamovible.

La urgencia presenta un ser que sufre pero que no puede representarse, que no encuentra la manera de expresar lo que siente, hablar de sí se vuelve imposible, no sabe cómo dar cuenta de lo que le está pasando, su "yo" su parte consciente se ve inválido, lo paraliza, lo inhibe, lo inhabilita.

Algo no marcha, algo de su decir no se articula, a este sujeto ya nada le divierte, hay algo que se ha quedado fijo, inamovible y que se ha salido de su cauce natural. Como se menciona anteriormente: ese sujeto se ha desarticulado de la cadena de significantes, su yo desconoce de donde vino la crisis y ya no puede dar cuenta de sí.

La urgencia del sujeto nos enfrenta con el sufrimiento y el dolor de un ser en el cual algo ha quedado fijado y es imposible de soportar, ha habido un corte, en el cual algo del fantasma ha fallado dejando al sujeto desvalido frente a un real.

Cuando nos enfrentamos a un paciente con una urgencia, se necesitará todo el tiempo que él necesite para hacer que surja el sujeto; para restituirlo.

El fin de la urgencia implica que el sujeto, asuma su nombre y pueda esbozar los significantes que irán significando de diversas maneras lo que le paso. Una vez que el sujeto vuelva a articularse a la cadena significativa tenemos el fin de la urgencia.

6.4 Clínica de la Emergencia.

Se habla de clínica de la emergencia una vez que se salió de la urgencia, es decir, cuando el paciente logró poner en palabras eso que le estaba preocupando o molestando; cuando le dió una significación. En otras palabras

podríamos indicar que luego de que el sujeto haya tramitado ese monto de angustia que lo había sacado de la cadena de significantes es que se pasa a la psicoterapia de emergencia.

En este proceso el Yo reacciona de manera defensiva. Se apunta a que el paciente comunique qué le afectó y porqué le afectó tanto. Se pretende reintegrar al paciente a un estado emocional, en donde el psicólogo tiene que intervenir de manera precisa, removiendo o reduciendo los factores externos que actúan como generadores de ansiedad y depresión, fortaleciendo las defensas existentes para que el paciente pueda elaborar de manera más eficaz la situación que le tocó enfrentar.

En este punto se invita al paciente a relatar toda la historia del trauma al que lo llevó su enfermedad y las reacciones emocionales como efecto del mismo; se busca solucionar una situación emergente en donde hay que intervenir de forma específica.

CAPÍTULO VII

CIERRE DEL TRATAMIENTO

7.1 ¿Cuándo se produce el cierre? (RECTIFICACION SUBJETIVA).

Uno de los elementos que nos indican, como psicólogos clínicos con orientación analítica, que se puede realizar un cierre en el tratamiento con un paciente es cuando se dió en ellos la rectificación subjetiva.

La "rectificación subjetiva" para Lacan es pasar del hecho de quejarse de los otros para interrogarse acerca de su propia implicación subjetiva. Es un efecto que se produce en el sujeto gracias a la orientación del psicólogo.

Orientar al sujeto hacia la rectificación subjetiva y lograr la emergencia de la transferencia forman parte del trabajo a lograr durante las entrevistas preliminares. Cuando ello se obtiene, el sujeto está en condiciones de franquear el umbral de las mismas, pero para que esto suceda es necesario un tiempo que no se puede precisar de antemano porque para cada sujeto le es particular.

Lacan tiene a su disposición la triada de registros: imaginario, real y simbólico. El registro simbólico tiene prevalencia sobre los otros dos. El concepto de real ha pasado desde pensarse como "lo que queda fuera de la experiencia analítica" a "lo que vuelve siempre al mismo lugar" (Seminario "La ética del psicoanálisis"). La intervención de Freud apunta a que el sujeto se produzca aún cuando "se introduce al paciente en una primera ubicación en lo real". Al decir de Freud el horror ante su placer ignorado por él mismo. La rectificación es el pasaje de la posición de objeto en la que está el paciente a producir su barradura \$.

En el tiempo de experiencia de trabajo psicológico en estas áreas de salud, un número cada vez mayor de personas que se presentaban angustiados ubicaban su principal preocupación en diversas problemáticas vinculadas al desamparo (tiempo de hospitalización y vínculos familiares) y a la precariedad de los lazos sociales (discriminación), se preguntaban por el lugar que ocupaban en el Otro del afecto, el Otro social; lo que va paralizándolo al sujeto y cerrándole una posibilidad de una salida. Esa misma inmovilidad podría evidenciarse en las primeras entrevistas, indicándonos una llamativa pobreza de recursos simbólicos.

Muchos de los pacientes en las entrevistas responden con mudez o llanto (es decir, sin posibilidades de elaboración subjetiva), hallamos esa falta de recursos para simbolizar lo real, que retorna con una fuerza tan inusitada como insoportable.

De lo que se trata con el paciente es de convocarlo a hablar sin censura, hacer llegar la palabra allí donde no había lugar, ofreciéndosele la oportunidad, de que a través de lo que dice, el sujeto abandone la posición de goce que se evidencia en el discurso preponderante: "soy víctima", "todo lo malo me pasa a mí", etc.

La victimización (de los acontecimientos) en algunos pacientes, se presenta por un lado, como detonante de una situación conflictiva personal, familiar y/o social; pero al mismo tiempo obturando la posibilidad de implicación, en tanto el sujeto puede hallar su "escondite" en el fenómeno de su queja.

Una hipótesis de trabajo es introducir una hiancia que señale la vía que conduce de la queja a la pregunta, situando al sujeto en una disyunción con el saber necesaria para un trabajo posible y proveer recursos para la formalización de un síntoma.

El psicólogo inspirado en la teoría psicoanalítica, provoca preguntas sobre el deseo, sobre lo que el sujeto pretende decir cuando habla. Sólo así, a través de lo que es simbolizado, podemos aproximarnos a lo real, operando por la imposibilidad de significantizarlo, pues es imposible de ser dicho. Es en ese

sentido que nos orientamos por una nueva dirección a la palabra del sujeto para, a través de ella, promover un freno a la posición mortífera de goce en que se encuentra a partir del acto que él ha vivido como víctima.

Lo que pretendemos hacer es mediante las intervenciones situar al sujeto frente a su deseo y su goce, permitiéndole ver que allí donde él se queja de un destino injusto, no son sino las consecuencias de sus propias elecciones. Una vez localizada cierta modalidad de goce e indicadas las vías por las que sus consecuencias se imponen para el sujeto, le queda la posibilidad de hacerse responsable de él. Se abre así como opción el relanzamiento del deseo y la renuncia a algo del goce cuyo precio mortificante ha podido vislumbrar gracias a la intervención del psicólogo clínico con formación analítica.

Se trata de poder introducir la dimensión de la alteridad: de la palabra, de la interlocución. Introducirla en la cura para rescatarla del sujeto. Cuando la persona puede tomar la palabra y pensar en relación a su historia, su posición cambia, que es lo que se denomina rectificación subjetiva; un cambio de posición frente a la enfermedad orgánica o cualquier otro acontecimiento.

De esta manera el psicólogo trata de introducir al sujeto en la dimensión de la palabra, darle un lugar donde reinscribir su historia, un lugar donde pensar su vida, su responsabilidad en relación a los acontecimientos que ha protagonizado. Podríamos atrevernos a decir que en última instancia se trate que el paciente recupere algo de su dignidad humana, más aun cuando se trabaja con pacientes portadores de VIH.

Así de pasar de la queja inicial a interrogarse por lo que queda de su lado, y la conexión que eso tiene con su propia historia, la vivencia subjetiva cambia. El afecto depresivo y/o irritable comienza diluirse y en su lugar aparecen: preguntas, dudas, y una pregunta sobre la vida y el malestar. Eso es en definitiva, lo único que puede permitir una rectificación subjetiva, un cambio.

7.2 ¿Modo de cierre?

El trabajo concreto con el paciente introduce la necesidad de definir el malestar o problema que lo convoca a la psicoterapia, contextualizando familia nuclear, origen, contexto social en el que se desenvuelve y su historia personal, social, laboral y en este caso, como el trabajo es realizado en el ámbito hospitalario, entonces también se deberá abarcar lo relacionado a la enfermedad médica padecida y los síntomas psicológicos presentados. Estos temas se los trabaja durante las distintas sesiones que se tienen.

Debido al escaso números de sesiones no se podrán trabajar muchos aspectos de la vida del paciente pero nuestra participación tiene como efectos llevarlo a un estado de equilibrio o a disminuir el monto de ansiedad o preocupación que manifestó al inicio.

En el hospital existen algunos factores que no favorecen al tratamiento, como son: el número limitado de sesiones (cuando es un paciente que se encuentra interno en el hospital) o en otras ocasiones una sola (cuando es un paciente de consulta externa o que le den de alta), por lo cual el psicólogo debe poner en práctica ciertas habilidades y destrezas para no informar todo al paciente sino lo más pertinente y que cause un efecto en él ya sea para movilizarlo de alguna posición o aliviar algún síntoma.

Cuando se trabaja con una sola sesión una de las cosas que se realiza en el cierre es señalar situaciones importantes de la vida del paciente que debe tener en cuenta para trabajar en otra oportunidad junto a un profesional del área de la psicología. Se debe lograr introducir en él un interés hacia el tratamiento y algo que favorece a esa situación es la transferencia.

Los problemas con los que se labora en el ámbito hospitalario son inmediatos, dicho en otras palabras, son urgencias, por lo cual el rol del psicólogo va a ir en torno a aliviar los síntomas que el sujeto padece en el momento de su estadía

en el hospital y luego si se considera necesario se continúe un tratamiento luego de que el paciente fue dado de alta.

En todas las entrevistas; se toman frases del discurso del paciente para aplicarlas como un modo de intervención psicológica, intentando causar un efecto en él y que a su vez lo llegue a integrar con el proceso de tratamiento psicológico. Esto se realiza como un modo de "invitación" al paciente hacia otra sesión.

En el Cierre de la entrevista lo que más interesa es que el paciente se sienta comprendido y con la posibilidad de ser ayudado a encontrar una solución, buscar el por qué de su malestar físico o psicológico.

El modo de cierre de una entrevista o de un tratamiento variará de paciente a paciente debido a que para hacerlo se toma en cuenta la historia personal de cada sujeto.

En la primera sesión, se debe limitar un encuadre en el que se fije un día y una hora estable para llevar a cabo las entrevistas (en el caso de los pacientes internos en el hospital), debido a que eso da al paciente la posibilidad de enlazarse al terapeuta y al trabajo psicológico que le ofrece y le permite contar con un espacio y tiempo que le brinda la posibilidad de pensar sobre sí mismo desde otra perspectiva. Ese encuadre debe mantenerse hasta el cierre del tratamiento o en este caso; del trabajo hospitalario.

A diferencia de otras corrientes, la psicología con orientación analítica, no propone u ofrece un tiempo promedio en el cual los síntomas y manifestaciones del paciente desaparecerán debido a que el inconsciente no tiene tiempo y es el elemento principal con el que se trabaja.

Freud menciona que un manejo no adecuado de parte del analista o del psicólogo en relación a los honorarios provocarían en el paciente un menor compromiso en la consulta, debido a que no le daría valor al tiempo que posee dentro de la misma. Freud era muy enfático en hacer consciente al paciente de

aquella posesión tan valiosa dentro del tratamiento, como lo es el tiempo, en dicho espacio el paciente debe hacer una apreciación muy detallada sobre lo que implica el hecho de sentirse en absoluta libertad, sin temor a censura o juzgamientos, de llevar aquellos contenidos que envuelven sus síntomas que, por lo general, tienen una carga dolorosa y penosa que lo llevaron aceptar ayuda psicológica para buscar una forma de alivio para sus padecimientos psíquicos.

7.3 ¿Es posible el cierre del tratamiento?

Para los psicólogos que trabajan desde la corriente psicoanalítica, es claro que el psicoanálisis no ofrece una clave única para decodificar el jeroglífico del inconsciente, sino, que advierte que cada sujeto posee una clave única e irrepetible que sólo él podrá descifrar, y en todo caso, desde allí revisar cómo se articula ésta con el hecho que se "investiga" en lo particular de cada uno.

Resulta así, que el psicólogo ofrece o promueve su escucha y desde ella se autoriza a intervenir, desde la ética del deseo y su capacidad para establecer la transferencia. Si el final de la urgencia coincide con la posibilidad de iniciación de un tratamiento que demande más tiempo cronológico, lo será en la medida en que la precipitación del sujeto, lo que representa un significante para otro significante, lo retorne como pregunta y lo deje en el umbral de su decisión de enfrentarla.

Se considera que en el ámbito hospitalario el cierre de un tratamiento se da cuando la demanda del paciente y la reformulación de la misma fue atendida y tratada, cuando los síntomas y manifestaciones de índole psicológico desaparecieron o se calmaron y el paciente encontró nuevamente un equilibrio y bienestar. Las sesiones que se mantenían con ellos eran limitadas y escasas por lo cual el trabajo que se desarrolla debía ser efectivo y rápido por lo cual no se podían tratar todos los aspectos de la vida del paciente sino los que más le afectaban a su actitud, predisposición y estado de ánimo, entre otras cosas, en el caso de los pacientes internos.

En el caso de los pacientes que asisten a consulta externa, es diferente el trabajo psicológico puesto que en muchas ocasiones el número de sesiones se limita a una o dos al año, y dependiendo cual sea el motivo de consulta hay que tratar de lograr algún efecto terapéutico en el sujeto, que va a depender de las estrategias que realice el psicólogo. El pedido de ayuda es entendido como una incógnita que hay que develar, y que es con lo que el paciente puede llegar a la primera entrevista. Aquí aparece la falta como elemento esencial. La falta a nivel discursivo en las explicaciones que ese sujeto encuentra a su situación subjetiva, porque es justamente esa falta la que determina que un sujeto pueda llegar a construir, en estas entrevistas preliminares, una falta en el saber. Una falta en el saber en relación a su síntoma. Luego con el establecimiento de la transferencia que es uno de los ejes de las entrevistas preliminares, se dará paso a la elaboración de una hipótesis diagnóstica, un diagnóstico presuntivo de estructura. Es éste el que permite una estrategia clínica, que no garantiza de ninguna manera un cierre de tratamiento.

Con relación a la dirección de la cura, Freud, admitía que si bien no se trata aún de un "análisis propiamente dicho", el candidato analizante debía someterse desde el inicio mismo al trabajo de asociación libre y el analista a la regla de la atención flotante. Con esta técnica es que se lograba encontrar en el mismo discurso de los pacientes que era lo que se encontraba afectándolos y mediante el uso de sus mismos significantes proceder a realizar las intervenciones más pertinentes, para que de esta manera causen un efecto en ellos y en su subjetividad.

Los efectos terapéuticos obtenidos se producen a menudo después de algunos encuentros, algunas sesiones y no se confunden con una curación. No creemos que el ámbito hospitalario permita hablar de una cura; consideramos que nuestra participación como psicólogos clínicos con orientación analítica, está dirigida a darle a ese paciente enfermo su lugar de deseo. Es decir, hacer surgir un sujeto que pueda hablar de su malestar, de su sufrimiento y se interese en buscar un alivio a ese sufrimiento.

CAPÍTULO VIII

CASOS CLÍNICOS

A. Hematología.

Se escogieron 3 casos de pacientes de hematología para presentar en este trabajo clínico, los cuales estarán desarrollados de manera similar a la de un informe psicológico para que así se pueda analizar la historia familiar, personal, laboral y de los síntomas, tanto psicológicos como médicos, del paciente, la problemática vital, el diagnóstico presuntivo de estructura y/o posición (cada una justificada desde la teoría de la corriente psicoanalítica) y los puntos nodales donde se intervino según lo que el paciente manifestaba con su discurso, es decir, en qué aspectos de la vida del paciente se intervino. En unos casos se muestran las intervenciones realizadas y en otros solo el aspecto en el cual se intervino.

Los casos cuentan con nombres otorgados por la psicóloga que los atendió para mantener la confidencialidad y privacidad de dichos pacientes. Presentaban diagnósticos médicos de: leucemia linfoblástica aguda y lupus eritematoso sistémico, por lo cual debemos recordar que existe un borde Real que se da con la muerte y que no proviene de fantasías de los pacientes. También se debe tener presente que éstas son enfermedades que vienen a irrumpir la vida de los sujetos y que a la vez toman su cuerpo para manifestarse, por lo cual tomarán diferentes matices a nivel psicológico según el sujeto que se vea afectado y los problemas que devengan de ella con lo cotidiano de sus vidas.

Caso clínico: “La mujer de lágrimas fáciles”

Se trata de una paciente de 45 años de edad, diagnosticada con Lupus Eritematoso Sistémico. Se realizaron 4 entrevistas y se visitó a la paciente en tres ocasiones. Se aplicó terapia con orientación analítica y 3 veces psicoterapia de apoyo.

La paciente fue derivada a consulta debido a que según los médicos; era depresiva y siempre se encontraba llorando. Laboraba como enfermera en Solca, por lo cual los médicos que la trataban asumían que su estado podía ser causado por algún problema de su trabajo.

Cuando regresó en otra ocasión al hospital, la paciente fue derivada por otro médico debido a que presentaba una adicción a los acrogésicos.

Historia Personal y Familiar:

La paciente ha tenido dos compromisos. Con su primer esposo tuvo tres hijos, los cuales tienen 27, 25 y 23 años (todos varones). Su hijo de 23 años no terminó sus estudios; no sabe leer ni escribir, a diferencia de sus dos hermanos mayores. Cuando tenía 14 años fue abusado sexualmente por lo que la paciente justifica de esa manera que su hijo sea homosexual en la actualidad.

La relación con su primer esposo terminó debido a que él tenía la costumbre de maltratarla e incluso llegaba a pegarle en la vía pública para demostrarle a otra mujer que él no tenía nada con ella. La golpeaba cuando ella le preguntaba o reclamaba algo (como cuando él llegaba a su casa oliendo a perfume de mujer y con manchas de lápiz de labio en su camisa); le pegaba puñetes o patadas. Siempre la agresión llegaba al punto de hacerla sangrar e inclusive en algunas ocasiones llegó a dejarla inconsciente. Durante siete años la paciente aguantó esta situación. Alega que un día no aguantó más y por eso se separó. Luego de eso le tocó trabajar más de lo usual para poder mantener a sus tres hijos.

Lo que la llevó a terminar esa relación fue una experiencia de maltrato muy fuerte que vivió. La paciente se dirigía a su casa desde la Floresta porque había ido a pagar una deuda y cuando se bajó del bus, un Señor le preguntó la hora y ella le contestó, como su esposo estaba un poco lejos asumió que ella venía con ese hombre por lo cual se le acercó y la empezó a insultar insinuando que ella era una prostituta; luego de ese le dió un fuerte golpe en la columna y otro donde se ubica la boca del estómago. Ella se encontraba en el piso debido a los golpes que había recibido y para alejarse de su agresor se estaba arrastrando cuando él le pegó una patada en un seno y otra en la cara. Logró pararse y ensangrentada correr hasta donde se encontraba una hermana, se tropezó con una piedra; su esposo cogió la piedra para pegarle y según la paciente matarla, pero en ese preciso momento salió su cuñado de la casa, le quitó la piedra al esposo de la paciente y la ayudó a levantarse. Tuvieron que llevarla al hospital de emergencia porque su esposo le había fracturado la nariz y los pómulos.

Cuando se recuperó y salió del hospital, decidió llevarse a sus 3 hijos y alquilar un cuarto lejos de su esposo, pero de todas maneras él se enteró donde vivían y de vez en cuando se llevaba a los niños.

Con su segundo y actual esposo (tienen 23 años juntos) tiene tres hijos. Un hombre de 19 años (estudia en Quito) y dos mujeres; una de 17 años y una de 15. (Es la que más la extraña y sufre por la ausencia de la paciente; en una ocasión mencionó que si su mamá se moría ella se mataba).

Su esposo pertenece a la región Sierra y proviene de una familia pudiente, por lo cual al comienzo no querían ni aceptaban a la paciente. Para evitar tener más problemas con su familia política, optó por mencionar que sus hijos eran en realidad sus sobrinos. Desde entonces considera que su hijo de 25 años la odia (no solo lo infiere; porque él también se lo ha dicho).

Un día acudió a donde la amante de su hijo para decirle que él era casado y que tenía dos hijos y que debía separarse de él. Realiza ese mismo acto con

cada una de las mujeres con las que su hijo se involucra (cree que es otro motivo por el cual su hijo la odia) debido a que la paciente considera que es la única manera bajo la cual él iría a buscar a sus hijas y darles dinero.

Con su segundo esposo también vivió una época de maltrato físico. El la golpeó en cuatro ocasiones y la siguiente vez que el pretendió golpearla ella lo golpeó y le partió la frente; desde entonces no han tenido más encuentros de ese tipo.

Su esposo es policía y la paciente labora desde hace 23 años como enfermera en Solca y en algunas ocasiones ejerce su profesión de abogada. Su hijo de 25 años labora como guardia de seguridad (realizó hasta tercer año de colegio). Le han comentado a la paciente que su hijo tiene otro compromiso y otro hijo, pero ella alega que a ese niño no lo reconocerá y que únicamente muere por sus nietas (de 2 años una y 4 meses la otra; producto del matrimonio de su hijo).

Historia del Síntoma:

⊗ Síntoma Médico:

En la época en que se la trató presenta lupus tres años atrás. Su enfermedad le causaba hematomas en el cuerpo, dolor en las articulaciones, fiebre en algunas ocasiones y que con el tiempo sus órganos se degeneren, etc. Conoce que no existe cura sino únicamente tratamiento (recibe dosis de quimioterapia vía oral). También padecía de una enfermedad de los riñones (desde hace un año un riñón le funciona solo el 30 %) por lo cual sufría de infecciones en las vías urinarias. Le realizaron un estudio de su médula y se obtuvo como resultado que hace 12 años padecía de lupus.

Presentaba problemas de insomnio, por lo cual le administraban pastillas para dormir pero Miriam indicaba que unas ya no surtían efecto.

⊗ Síntoma Psicológico:

Alegaba que estaba muy deprimida y que lloraba por todo. Mencionó que padecía de llanto fácil. Los aspectos de su vida que la hacen llorar con mayor facilidad son: el dialogar de su enfermedad, que algo les suceda a sus dos hijas menores y que la traten mal. Alegaba la paciente que solo salía de ese estado una vez que se solucionaban sus problemas.

El llorar por todo apareció más o menos alrededor de la época en la que se enteró que padecía Lupus. Cuando se enteró de su diagnóstico médico; lo primero que pensó fue lanzarse debajo de un carro para que la atropellaran; quería morirse. El tener esta enfermedad la hizo recordar la época en que una amiga suya se enfermó y falleció debido al lupus, a la vez sentía que con ésta enfermedad a la larga se iba a convertir en una carga para las personas que la rodeaban; lo cual ella no quería ser. Desde que se le presenta ésta enfermedad no duerme, por lo cual es medicada por un psiquiatra.

Luego recordó y pensó la paciente, que le había pedido a Dios con mucho amor a sus hijas por lo consideró que era importante seguir con vida. Hasta que se trató a la paciente cambio su posición a: "Yo quiero vivir antes no era yo".

Cuando estaba interna en el hospital de la policía (antes de ingresar al seguro social) escuchó a un médico decir que ella tenía "un pie arriba y otro abajo" por lo cual empezó a llorar descontroladamente (debido a que no le parecía una manera adecuada de mencionar el estado delicado en el que se encontraba) y otro médico no la quería atender debido a que no contaba con suficientes ingresos económicos.

Tuvo 22 días sin saber algo de su hijo de 25 años por lo cual también se encontraba preocupada. Ese hijo tiene 2 hijas; una de 2 años y otra de 4 meses. Su hijo alegaba que la odiaba a la paciente y eso le causaba a ella un dolor muy fuerte. Sus nietas también le preocupaban debido a que siempre estaban enfermas y mas desde que se fueron a vivir con su nuera a Manabí (desde el 30 de mayo del 2009) ya que su familia es humilde, y en muchas ocasiones no tenían dinero para comprar comida y su hijo no enfrentaba los

gastos que le correspondían y se dedicaba a gastar su sueldo en otras mujeres. Cuando hablaba por teléfono con su nieta de dos años también lloraba.

Le preocupaba su hijo de 23 años debido a que se metía en muchos problemas por el hecho de ser homosexual y en repetidas ocasiones la paciente tuvo que sacarlo de la cárcel (estuvo preso por un año y seis meses). Luego ella descubrió que él veía visiones y se drogaba. En las noches se vestía de mujer e iba a trabajar a la calle primero de mayo.

Admitió que estando sola en el hospital también se deprimía y se quejaba de que ni siquiera tenía un baño en su habitación.

En su trabajo también recibía mucha presión y alegaba que su jefa la trataba mal, lo cual también le afectaba y la llevaba a deprimirse debido a que no toleraba que le gritaran. También se muestra como una persona que no tolera los cambios, debido a que en una ocasión que la cambiaron de área de trabajo también padeció y actualmente la quieren volver a trasladar debido a que por su enfermedad falta bastante, pero la paciente desde ese entonces lo tomaba como una trasgresión a ella; lloraba y sentía que no la consideraban. Esto en relación a su trabajo como enfermera.

Como abogada mencionaba que se involucraba en los casos de sus pacientes a tal punto de que también le afectaban. (Comentó un caso de injusticia en el cual un hombre llevaba preso seis años por haberse robado una gallina).

Problemática Vital:

La paciente mencionó que su depresión y época en que "todo la hacía llorar" comenzó hace tres años cuando se enteró de su diagnóstico médico por lo cual se considera que ese pudo ser un real que desencadenó la estructura neurótica de la paciente y por eso los otros problemas que ya existían se sobreexpusieron cuando antes la paciente los mantenía atenuados. La paciente aún no ha elaborado su enfermedad ni lo que la relaciona con ella

como por ejemplo la muerte de su amiga cercana. Aquí se observa como una escena que quedó marcada como una situación traumática (muerte de la amiga) y que no pudo ser significada en su momento y fue reprimida; más tarde es revocada por otra experiencia muy similar la cual sería que la paciente misma padeciera lupus (lo cual tampoco es significado por ella), es decir, que se da por retroacción.

Por lo cual a partir de que la paciente elabore la experiencia dolorosa que vivió junto a su amiga y todo lo relacionado con su enfermedad es que poco a poco se podrán ir anudando y resolviendo, junto al tratamiento, todos los demás puntos de su vida que se desencadenaron, desataron o retornaron luego de que su diagnóstico médico fue dado.

Como se leyó a lo largo del informe de la paciente se notó que además de sus molestias psicológicas relacionadas a la enfermedad presentaba una seria de problemas en su vida familiar y laboral por lo cual en las entrevistas con esta paciente se intentó apuntar a que elaborara esas situaciones dolorosas que le habían tocado vivir y que encuentre una manera de enfrentarlas y poder sobrellevarlas (las que no dependen de ella o no puede cambiar).

Diagnóstico Presuntivo:

La paciente presentaba la estructura de una neurosis histérica. Se ubicaba en la vida en posición de ser maltratada (golpeada y estropeada también) por el Otro y a la vez ella presenta un goce masoquista porque permite que el otro abuse de ella y se mantiene en esa posición. Pero sin embargo no menciona que hace ella para que le peguen o sufra, se mantiene en posición de víctima. Lo cual no sorprende debido a que la histérica se entrega al servicio del Otro y cuando ama da o entrega todo (por el Otro).

Su deseo se muestra insatisfecho, es decir que, nada le colma y procura que su deseo siga insatisfecho. Se observa en la paciente, por ejemplo al mantener las relaciones amorosas de maltrato, al meterse en la vida de su hijo y hacer que la odie y aún así ella sufre por eso, etc. Las quejas dominaban su discurso.

Realiza actings los cuales como se conoce son dirigidos al Otro. Debido a su estructura; amplía su actuación sobre la base de las experiencias que vive y lo que busca es conseguir algo del Otro.

En la histeria se observa la manifestación de lazos sociales debido a que siempre están demandando al Otro.

En la paciente se encuentra en juego el significante muerte. Se observa en su idea de que el Otro la quiere matar, el Otro la flagela y abusa de ella y a su vez al enterarse de su diagnóstico médico ella quería matarse.

Modos de intervención:

- ⊕ Se intentó incluirla en el desorden del que se quejaba, es decir, implicarla en su problema, y que pase de la queja a la responsabilidad. Que se de cuenta que en las situaciones de las que se quejaba también tenía una parte o cuota para que se dieran o mantuvieran. Por el corto número de sesiones y la variada cantidad de síntomas que presentaba la paciente no se pudo lograr un cambio de posición subjetiva en ella pero por lo menos se llegó al punto en que se diera cuenta de que antes las distintas situaciones que se le presentaban ella estaba ubicándose en una posición de ser mal tratada por el Otro y que ella lo consentía (está de más recordar que esto se logró que la paciente se diera cuenta y no fue mencionado a ella directamente. Además de que en ningún momento se tomó la palabra "goce masoquista").

- ⊕ El trabajo con la paciente se basó en que en su discurso pase de la queja a la implicación, porque en todas las situaciones que le han tocado vivir por más dolorosas que hayan sido, ella tiene una parte también; una cuota. Se debía apuntar a que la paciente encuentre con que recursos contaba para elaborar

otros problemas que se le habían presentado en su vida y cómo había salido de ellos. Se intentó que la paciente elabore las situaciones de dolor que había vivido y que no estaban resueltas y que la seguían haciendo sufrir como la relación con sus hijos, la relación que mantenía con sus esposos, etc.

También se pretendió que mediante intervenciones, la paciente llegue a darse cuenta de que frente a la vida y los demás, se ubicaba en una posición masoquista y que ella se prestaba para ser maltratada por el Otro y que fomentaba a que esas situaciones se mantengan. Y como se mencionó en el punto de problemática vital: se trabajó con las creencias que la paciente presentaba en cuanto a su enfermedad.

Hubo que crear una transferencia positiva y darle un lugar en el deseo. La transferencia que se creó en la paciente fue imaginaria y simbólica, debido a que suponía a la psicóloga un saber que ella no tenía, suponía que la psicóloga la iba a ayudar y esto se muestra en la actitud de la paciente de volver al tratamiento.

También se tomaron los eventos en los que le fue bien en su vida (pulsión de vida), para engancharla y sacarla de la pulsión mortífera en la que se encontraba. Ejemplo: que pudo dejar a su primer esposo, que está preparada profesionalmente; ya que tiene dos carreras, que tiene a sus dos hijas menores que son las que la motivan a seguir y luchar.

En los aspectos más importantes en los que se intervino fueron:

- ⊗ Elaborar la historia de su enfermedad; relacionado a la idea de matarse, cómo le afecta la enfermedad, la historia de enfermedad de su amiga, la depresión que le causa, como le afecta en su relación con el trabajo y las personas que la rodean, por qué desde que tiene la enfermedad no puede dormir y por qué desde que se le presentó la enfermedad tiene llanto fácil. Muy aparte de los efectos secundarios de la

enfermedad, los tratamientos, como es su periodo de internamiento en el hospital, las molestias que sentía por permanecer ahí, por qué al estar sola ahí también se deprimía más, etc.

- ⊗ Construir la historia de "odio" que siente su hijo de 25 años con ella y como eso la hacía sufrir. (relacionado a como ella interfiere en la vida amorosa de su hijo, a la ocasión en que dijo que él era su sobrino, al sentido que le da a la palabra odio, a como se porta ella con él, que espera de él, la preocupación que sintió cuando estaba desaparecido, etc).

Se debía tener en claro que su hijo podía cargar un estigma al haber sido negado por su madre (ante la familia de su segundo esposo) y cómo la paciente en ese momento se salió de la posición de madre. Una posible intervención que se pudo haber realizado era recalcarle a la paciente que la forma en que ella se metía en la vida de su hijo para que él vuelva a estar con su familia no era la única y que podía haber otra.

- ⊗ Hablar sobre sus hijas que aparentemente son las que la sostienen.
- ⊗ Dialogar acerca de su hijo de 23 años que también le preocupa mucho.
- ⊗ Que elabore las situaciones de maltrato que había vivido con ambos esposos y su relación actual con su pareja.

Se debía tener en claro que la paciente presentaba un goce en el momento en que era maltratada por su primer esposo y que debido a eso se mantuvo 7 años junto a él. Lo que hubiera sido necesario aclarar en posteriores sesiones en caso de haberlas tenido, es que pasó con su segundo esposo que si lo pudo golpear. Debido a que se observa que al primero lo deja luego de la escena de golpes en público y el ser tratada como una prostituta. Hubiera sido necesario

indagar en el motivo del golpe a su segundo esposo porque posiblemente pudo haber algo del mismo orden repetido en esa escena, es decir, el ser insultada o tratada como prostituta.

Caso clínico: “El robot humano”

Se presenta el caso titulado: “El robot humano”. Se trataba de un paciente de 19 años, el cual padecía Leucemia Linfoblástica Aguda. Se tuvieron 7 entrevistas con él; en las que se aplicó psicoterapia con orientación analítica.

El paciente fue derivado a consulta debido a la no aceptación de su enfermedad, los cambios constantes en su estado de ánimo y la tristeza que sentía por no poder continuar en la universidad.

Su rutina diaria era: salir de su casa de lunes a viernes a las 6 de la mañana debido a que a las 7 tenía que estar en el trabajo, luego iba a la universidad y ahí estudiaba hasta las 10y20 de la noche. Los sábados y domingos también le tocaba laborar y sus días libres eran al azar y entre semana.

Se encontraba estudiando economía en relaciones internacionales en la universidad Espíritu Santo. La carrera duraba 5 años pero el paciente estaba estudiando más materias de lo usual para poder terminar en menos tiempo (3 años y medio). El hecho de coger tantas materias a la vez es lo que hace que para el paciente perder un semestre de universidad sea como perder un año entero. Se planteó la meta de que a los 35 años tendría dos títulos y un doctorado.

Labora desde sus 16 años debido a que quería independencia económica y mantenerse ocupado (es como “ser libre de espíritu”). Daba clases de matemáticas mientras estaba en el colegio. Después laboró en un locutorio telefónico, luego en una agencia que vende cursos de inglés y hasta el momento en que se llevaron a cabo las entrevistas; en un call center.

Luego de terminar su carrera universitaria piensa estudiar diplomacia. Para él nunca ha sido un problema el trabajo bajo presión. Los días que tenía libre de

su trabajo en el call center se dedicaba a trabajar ayudando a una licenciada a elaborar su tesis.

Durante la época en que se llevaron a cabo las entrevistas, el paciente no se encontraba involucrado en una relación sentimental amorosa. Su última relación amorosa sería fue cuando estaba en el colegio; desde entonces no ha sentido la necesidad de tener otra relación estable.

Para el paciente; el tiempo toma una gran importancia así esté enfermo o sano ya que es una persona que vive en base a trazarse metas y tener todo "pronosticado", por eso fue que cuando se enteró de su diagnóstico médico él pensó que su vida se había cortado; que los planes que tenía se le habían cortado y por consiguiente también un año de tiempo. Insistía en que le preocupaba mucho el tiempo y hacía énfasis en que normalmente no tenía tiempo para nada.

Después de algunas sesiones el paciente admitió que el trazarse siempre metas en la vida lo pudo haber aprendido de su tía, su mamá o su papá ya que ellos siempre han actuado de esa manera. Siempre le han inculcado que sea independiente y responsable.

Historia Familiar:

El paciente hasta los doce años, mientras sus padres trabajaban, pasaba en la casa de una tía materna, por lo cual la considera a ella como su otra mamá. A sus padres los veía en la noche. Desde pequeño buscaba mantenerse ocupado, es decir, que siempre estaba haciendo algo y su tía se encargaba de que sea así.

A sus 19 años, se encuentra viviendo con sus padres y un hermano mayor de 24 años. Mantiene una buena relación con sus padres aunque en algunas ocasiones choca con su madre pues tienen una personalidad muy similar. (Ambos son de carácter fuerte). Con su hermano también mantiene una buena

relación. Su papá es el más tranquilo de la casa, por lo cual el paciente cree que se compensa con su mamá.

Historia del Síntoma:

- Síntoma Médico:

En el mes de Marzo (2009) se realizó un examen de chequeo general, debido a que estaba tomando pastillas para adelgazar, los resultados de todos los exámenes le salieron bien; el paciente sentía que él era el hombre más sano del mundo.

Luego en el mes de Abril (2009), Javier había salido un sábado a una discoteca y el siguiente lunes se despertó con dolor en las piernas lo cual él lo había atribuido a la salida del sábado. Luego el siguiente día (martes) le dió fiebre, se puso pálido, vomitaba y le dolían los huesos fuertemente. Asistió al área de traumatología para que lo atiendan y no quisieron debido a que no presentaba ninguna fractura.

Estuvo interno en el hospital de infectología 10 días debido a que su mamá pensaba que él podía tener la gripe AH1N1. Estando ahí le diagnosticaron que tenía dengue, anemia y las defensas bajas lo que podía significar que tenía SIDA (le salió negativo el resultado del examen) o leucemia. Durante esos días estaba tan débil que no podía caminar ni moverse; era casi un parapléjico. (Término que utilizó el paciente)

Después de que le realizan la quimioterapia no presenta efectos secundarios. El tratamiento de su enfermedad dura tres años.

- Síntoma Psicológico:

En cuanto a la enfermedad, el paciente, trata de pensar que solo se encontraba con suero y no que estaba enfermo, no procesaba el hecho de que tenía cáncer y encontraba más confortante pensar que solo tenía anemia. Jamás

pensó que le daría leucemia. Acotaba en ese entonces, que en la enfermedad no era algo que quería estar pensando y que era algo que tenía presente porque sabía que estaba ahí pero que a la vez debía curarse.

Lo que más le afectó de encontrarse en el hospital fue el hecho de no poder regresar a la universidad y que todo lo que había avanzado al estudiar semestres intensivos, lo perdería, y por lo tanto todos sus planes; todo lo que tenía programado quedó de lado. Por lo cual él pensó que su vida se había cortado.

Al robot humano le gustaba estar informado de todo sobre todo en el tiempo que se encontraba interno en el hospital (enterarse de los procedimientos médicos). Siempre intentaba tener respuestas para lo que le dicen las demás personas y su reacción ante ellos depende de lo que le digan y el tono en que lo hagan. Le gusta estudiar a las personas antes de tener una cercanía a ellas.

Le causaban temor algunos procedimientos médicos debido a ideas que presentaba como de la terapia intratecal porque podía dolerle y la aguja es de 22 cm, de los electrocardiogramas porque pensaba que podían electrocutarlo, la anestesia general le daba miedo debido a que pensaba que podía quedarse ahí y morir, etc.

También mencionó que cuando estaba interno en el hospital de infectología se deprimía y lloraba bastante, debido a que él es una persona independiente y allá dependía de alguien ya que solo no podía pararse, ni ir al baño, ni ducharse, etc.

Problemática Vital:

Consideré en ese momento que habían 2 puntos importantes a tratar en este paciente; el primero era el miedo que sentía hacia los procedimientos médicos a realizarse y la no aceptación de su enfermedad y en segundo lugar esa obsesión que presenta con el tiempo, con tener todo programado y los

sentimientos que se le presentaban cuando algo no se daba de la manera en que él lo había planteado desde el comienzo.

Ninguna de las sesiones dió cuenta del lado afectivo en él, todo se trataba de obligaciones, metas y responsabilidades, por lo cual se debe trabajar con eso.

Diagnóstico Presuntivo:

El paciente presentaba la estructura de un neurótico obsesivo debido a que sus afecciones se encontraban dirigidas al pensamiento. Se encontraba aferrado al deber ser, es decir, tenía que trabajar para hacer dinero, tenía que graduarse de la universidad y rápido porque tenía y quería tener dos títulos, tenía que estudiar cursos intensivos para salir antes de la universidad por la competencia que hay hoy en día, tenía que estudiar y estar ocupado y tenía que hacerlo todo antes de sus 35 años.

Presentaba una moral intachable. El paciente no toleraba las injusticias así hayan sido dirigidas hacia él o hacia otra persona, él era de los que si observaba que a alguien le hacían algo malo se involucraba para defenderlo y si a él le hacían algo intentaba ubicar a dicha persona o aclararle las cosas. Mencionaba que era bueno enseñarles a algunas personas como debían comportarse y que cuando hacían algo mal, él se los decía (por lo general a personas de su confianza). Luego como defensa empezaba a comentar que no era algo que hacía siempre.

Indicaba que le molestan las injusticias y cuando observaba algún episodio de ese tipo interfería. Observar esas conductas en otras personas le causa impotencia. No sabía porque le irritaban tanto observar esos actos. Otra negación del inconsciente se observa aquí porque luego de mencionar que se mete en discusiones de otras personas para defenderlas alega que no es un justiciero que se está metiendo en todo tipo de problemas.

Presentaba una fijación en el orden de las cosas, con el tiempo, con tener todo programado cronológicamente y si las cosas no se dan como lo había planeado

se frustraba y angustiaba. Tenía, según él, "todo pronosticado". Vivía desde pequeño en base a metas que se trazaba, era muy organizado en cuanto a su vida y aun estando enfermo pensaba en las deudas que tenía que pagar afuera del hospital y andaba preocupado de que su hermano sacara dinero de su cuenta para que las pagara.

Cuando tuvo el problema con la universidad (de que podía perder las materias en las cuales ya se había inscrito) se angustió, hasta el momento en que su mamá fue a hablar a la Universidad y todo quedó arreglado para que él no las perdiera. Intentaba tener todo "bajo control" y bien armado. El ordenamiento es lo que tranquilizaba su angustia y por eso es que cuando algo no se daba como lo planeaba se volvía a angustiar.

En sus relatos mencionaba fechas exactas de eventos, por lo cual se podía observar que tenía una memoria muy importante. Su neurosis era un asunto privado para él y no asumía que tenía "un problema". Sus síntomas eran puramente mentales y no comprendían un salto a lo somático (Si es que no consideramos la leucemia que padecía de esa manera). En todos sus relatos nunca se observó la parte afectiva, se desligó de ella por dedicarse únicamente a las cosas que él se ha impuesto como las que tenía que hacer. "No tenía tiempo para nada" (según Javier), pero eso se daba por las obligaciones que él mismo se había impuesto.

También presentaba miedo a los procedimientos médicos que se le debían realizar en el hospital y todos giraban en base a ideas que se hacía en su cabeza, frente a un desconocimiento de la realidad.

Intervenciones con el paciente "robot humano":

Como el obsesivo tiene respuestas para todo y todo su discurso bien estructurado es que se les debe de introducir malos entendidos o captar los que salgan de ellos para así desconfigurar el armazón con el que andan.

Recordando que el período de latencia asegura, en la constitución sexual infantil de cualquier sujeto, la disolución del complejo de Edipo, la creación del superyó y la formación de los límites éticos en el yo. En el neurótico obsesivo, este periodo conlleva la regresión de la libido, la constitución de un superyó muy severo que otorga al yo sus límites éticos, obedeciendo a la severidad del superyó. Es por esto por lo que desarrolla formaciones reactivas en forma de hipermoralidad, compasión y limpieza excesivas.

En la fobia y en la neurosis obsesiva vemos cómo, tanto uno como otro, van desarrollando síntomas para no sentir angustia, es decir, que si impedimos que el obsesivo lleve a cabo sus rituales o cualquiera de sus síntomas, entra automáticamente en angustia. Por lo cual no se puede mover un ritual en un obsesivo sin antes saber de que le sirve al paciente, por qué hace uso de ese ritual, qué significa para él y encontrar alguna otra oferta para él la cual debió ser sacada de su propio discurso.

En el texto "no tienen noticia del texto de sus propias representaciones obsesivas" (Freud, 1916: 237) mencionaba que era importante orientar al obsesivo a la constitución de su síntoma, es decir, que ya no forme parte del rasgo de carácter. Para realizar esto es que un psicólogo realice variadas intervenciones como introducir malos entendidos, señalar, subrayar, usar el chiste, etc.

Una intervención muy importante realizada con este paciente fue: "Es una maquina usted, cuando le pone aceite (afecto)?". Con esta intervención se buscaba meterme en algo del afecto debido a que la pulsión se encontraba tapada.

¿Es un robot o una persona? Esta intervención podía haberse realizado señalando también el hecho de que tenía todo programado y que así como sus responsabilidades también debía tener penas, un corazón, alegrías, ser amado o amar, etc.

Recomendaciones:

Se recomendó en esa época; trabajar con el paciente en base a su obsesión con el tiempo y tener todo estructurado u ordenado y que se debería intentar introducir algo del orden de lo afectivo.

También se tuvo que trabajar en base a su miedo hacia los procedimientos médicos que recibía en el hospital, porque si no, éstos serian más difíciles y angustiantes para el paciente.

Caso clínico: “La mujer de las mil ideas angustiantes”

El último caso que se presentará del área de hematología es el de una paciente de 27 años que padecía Leucemia Linfoblástica Aguda. Se tuvo 19 entrevistas con orientación analítica con ella y se la visitó durante 4 ocasiones durante las cuales se aplicó psicoterapia de apoyo.

Fue derivada a consulta debido a que se le habían prohibido las visitas de familiares mientras permanecía en el hospital y los médicos ya estaban cansados de repetirle la consigna a la paciente y aparentemente no la asimilaba. Durante otra etapa de su tratamiento se la atendió debido a que se mostraba deprimida y sin ganas de continuar el tratamiento médico propuesto para su enfermedad.

Presentaba una serie de ideas obsesivas en torno a lo malo que le podía suceder a sus seres más queridos como hijos (dos; una de dos años y un bebe de 4 meses) y madre, el miedo a la muerte, el fastidio de la quimioterapia e incluso un estado depresivo y de desgano tal; que no quería continuar con el tratamiento. Con ésta paciente fue necesario hacer uso de intervenciones variadas, según el estado en el que se encontraba y aplicar distintos tipos de terapia como psicoterapia de urgencia, de emergencia, psicoterapia de apoyo y psicoterapia con orientación analítica. La paciente invocaba a Dios en los momentos que más triste se sentía o que más miedo padecía, en general cuando pensaba que podía morir. Lloraba y le pedía a Dios que aún no quería morir, le pedía fortaleza y salud para poder volver a ver a sus hijos.

Modos de intervención:

En esta paciente se notaba que había establecida una metáfora paterna débil, por lo cual para afianzarla había que hacerla hablar sobre su padre. Todos los pensamientos que la paciente presenta y lo que le pasa es típico cuando un padre no ha ejercido bien su función, por lo cual en la paciente se debe intentar que la ley funcione.

Una propuesta rápida para que la paciente pueda manejar esas ideas obsesivas que se le imponían cuando estaba interna en el hospital era que cuando pensara que algo malo le iba a suceder a sus seres queridos, buscará algo con que distraerse y que no tomara en cuenta esas ideas. También se debía trabajar con esos temores y llegar a que la paciente los significara (simbolizara).

Con la paciente se tuvo que hablar de las muertes de sus seres queridos para que de esa manera intentara elaborarlas.

Así mismo, habían varias relaciones importantes que se debía tratar durante las sesiones, como la relación con su esposo, con su hermana consumidora de drogas, con su madre, con sus sobrinas.

Diagnóstico Presuntivo:

La paciente presentaba la estructura de una neurosis obsesiva.

La neurosis obsesiva se porta como un asunto privado del enfermo, el síntoma obsesivo "renuncia casi por completo a manifestarse en el cuerpo y crea todos sus síntomas en el ámbito del alma.

Los pensamientos o representaciones obsesivas pueden ser disparatadas o solo indiferentes para el individuo; son el disparador de una esforzada actividad de pensamiento que deja exhausto al enfermo y a la que se entrega de muy mala gana.

B) Medicina Interna.

Caso Clínico “María”

Se trata de María Inmaculada, una mujer de 49 años, divorciada y con una nueva relación sentimental, 4 hijos, todos adultos y casados. Trabaja como jefe de mantenimiento de una institución del Estado. Presenta diagnóstico médico de VIH (hace 8 meses diagnosticado).

Su particular manera de vestirse llama mucho la atención de todos los presentes en la consulta médica, además de su cabello. Si es relevante o no, mencionar este hecho, lo sabremos más adelante. Vestía Jean a la cadera y una blusa de princesas de Disney que le quedaba evidentemente pequeña. Su cabello con rizos dorados definidos con fijador demostraban cuidado en el mismo (cual cuento infantil de rizitos de oro).

Es derivada por un médico del área por discusiones con su novio en la consulta médica, además de angustia manifestada con llanto descontrolado.

El novio insiste frente a la psicóloga, en aclarar que la discusión en presencia del médico se debió a su insistencia para que ella busque medicinas alternativas para el cura del VIH, puesto que su CD4 en los exámenes clínicos habían bajado, CD4 que se conoce comúnmente como “defensas”. Insiste en quedarse presenciando la consulta psicológica, y ante una respuesta negativa, se va diciendo “yo soy bueno con ella”.

María no quería asistencia psicológica, expresando que no quería hablar con ninguna psicóloga y menos con una desconocida. Sin embargo accede solo por el acto de sentarse frente al escritorio. Continúa llorando con cierta desesperación por irse. En esta primera entrevista se realiza una psicoterapia de urgencia, ante el incesante y desesperado llanto que presentaba.

Lo que se tenía presente, era que se trataba de una urgencia subjetiva, lo que implicaba que ha habido una ruptura en la realidad del paciente, ante esa ruptura lo que se trata en ese momento es de localizar que había provocado ese sufrimiento. De pronto, algo ha irrumpido, desestabilizando lo que hasta ese momento se mantenía en cierto equilibrio. Al decir de Freud, algo habría roto la homeostasis.

Un punto complicado que se nombró anteriormente, es que al inicio de la entrevista la crisis de sensación que no hay tiempo, invade a la paciente, (no hay tiempo para hablar, no hay tiempo para escuchar, "no hay solución para mí", como ella mismo lo dice mas adelante), mostrándose en el no querer escuchar a nadie, es decir que cuando la psicóloga se presentaba frente a ella, ella solo decía no quiero hablar con Ud. Muy cerrada en su decisión), el ambiente estaba colmado por la resistencia en el discurso de María, sensación nueva para la practicante, frente a esto, solo se recordó lo que Freud decía : que el fundamento en la práctica radica en que para el psicoanálisis, es siempre una clínica del "caso por caso", de manera que un analista o un psicólogo con formación psicoanalítica no se rige por reglas universales que valen para todo sujeto, por el contrario, "el saber hacer" del psicoanalista o psicólogo está sujeto a la singularidad y a los detalles que el caso impone. No hay recetas, lo que había en este momento era el deseo de cumplir con el labor de psicóloga del área, para de esta manera no entrar en el campo de la urgencia y que la misma imposibilite el poder trabajar.

De esta forma ¿Cómo el terapeuta podría abrir camino a la palabra para poner nombre a su sufrimiento, a su angustia, ante el rechazo de la paciente? ¿Cómo se interviene en esta situación?

No lo sabía! Sólo se tenía presente que la angustia en los analistas o psicólogos inspirados en la teoría psicoanalítica era "buena", como se lo había escuchado días antes en clases, al mencionar lo que Lacan refería de los analistas principiantes; si no hubiera angustia pensaríamos que la sabríamos todo, y si fuera mucha nos paralizaría, siempre es importante tener un poquito de angustia para mantenernos alerta.

Solo se necesitaba el eje de la brújula, para en una primera y quizá única oportunidad de intervención se intentará iniciar la psicoterapia de urgencia. Teniendo mucho cuidado en lo que podría decir, puesto que no se sabía nada de María, en cuanto a estructura, etc. Hasta ese momento la psicóloga no podía hacer nada. Ella no respondía nada (mas que su nombre y edad), no demostraba interés en nada. Solo mostraba sus lágrimas, las mismas que fueran la flecha norte de la brújula para iniciar la entrevista propiamente dicha. La psicóloga solo expresa, (con evidencia de calidez, en los gestos y tonos de voz, en tono muy suave): "las lagrimas salen de los ojos, ruedan por las mejillas y caen al escritorio". A lo que María, manifiesta "¿hay dolor en mi corazón, salen lagrimas de mis ojos, ruedan por mis mejillas y caen a su escritorio, ¿pero se pueden limpiar si están sucias?" mirando fija y por primera vez a los ojos a la psicóloga. La psicóloga solo manifiesta "¿o se pueden secar cuando terminemos y nos demos la oportunidad de escucharnos?", invitándola hablar e intentando hacerle saber que no le era indiferente, que solo debía de darse una oportunidad.

Por eso a partir de esta frase dicha por la psicóloga, frase tan sencilla, en tercera persona, probablemente vacía de sentido, María se la adjudica y le da sentido personal "mi corazón, mis ojos, mis mejillas"; dando lugar a su palabra, y al de la psicóloga, cuando expresa "su escritorio". De esta manera se realiza la intervención de iniciación por así decirlo, que ante la aparente imposibilidad de simbolizar de la paciente, abre el camino a la palabra. Se le pregunta ¿qué se ensució? (sin especificar si fue el escritorio u otra cosa), a lo que responde: "Todo, porque nunca he sido feliz, yo estoy sucia, mi esposo dice que estoy sucia que soy una sidosa, yo solo quiero morirme, he pensado en suicidarme". A partir de esta respuesta, se comenzó por armar una red ahí, donde todo aparecía desarticulado, ante el acontecimiento de la enfermedad. Fue fue posible al brindarle el tiempo que ella no creía tener, e ir tramando algo que permita historizar el suceso que provocó la crisis, y a la vez crear un espacio donde la demanda pueda ir abriéndose paso.

En la urgencia, queda claro que ese padecimiento ha irrumpido como algo ajeno y la intervención irá en la vía de subjetivar ese sufrimiento. Que el sujeto pueda reconocerse allí donde dejó de verse.

El psicoanálisis sostiene que al apropiarse de su sufrimiento pasará a hacerse responsable de sus actos, lo que en ocasiones se hace complicado porque hay situaciones como en este caso donde llegan muy ubicados en el lugar de víctimas y es porque además están siendo objeto de violencias, lo que hace que ese lugar esté socialmente avalado (mujer maltratada), sin embargo se realizan intervenciones para que la paciente se haga cargo de la toma de decisiones. Y desde luego siempre manteniendo la ética del deseo del paciente, y está será la que guíe nuestra acción como psicóloga. En el momento de la urgencia el deseo se encuentra colapsado, se tratará entonces de abrir allí una brecha que le permita desplegarse (extenderse) y volver a alojar al sujeto.

A la mitad de la entrevista María niega hacerse responsable de su decir y se encierra en la certeza del "no hay solución", a lo que se le pregunta ¿solución para el pasado o para el presente? A lo que responde, "no hay solución para la cura de lo que tengo, pero si para dejar a José, el me hace daño, ya no quiero estar con él". Y es que todo su discurso circulaba alrededor de este hombre, y del sufrimiento que le propinaban sus malos tratos, que sobrepasaban el acontecimiento inesperado de la enfermedad.

El "no hay solución para mí" expresada por María, no es muchas veces, sino la posición neurótica de víctima, víctima de una situación o un destino en el que no quiere saber nada de algo que le concierne. Esta paciente llega ubicada en un lugar de goce, ligada a la pulsión de muerte, que la dejó coagulada, es decir sin palabras que le permitieran metonimizar su deseo, es decir, lo que se trató al finalizar la entrevista fue de guiarla a introducir la posibilidad, de dar lugar a su deseo, produciendo un cambio subjetivo más que el hecho de la misma enfermedad, lo estragante de la relación de pareja.

Caso Clínico: "Antonio"

El siguiente caso es un paciente asilado en hospitalización, desde hace aproximadamente 3 meses. Por motivos que su estado de salud impedía un acceso a las entrevistas psicológicas, se obtuvo información del paciente por una hermana y un hermano.

El paciente cuyo nombre es Antonio, tiene 42 años, es soltero, nacido en Duran, y es profesor de inglés. El paciente es derivado por el médico, por intento de suicidio. El diagnóstico médico del paciente era: SIDA, Linfoma no de Hodgkin en el ganglio de la yugular interna en el ángulo de la mandíbula, estomago; Candidiasis esofágica y Brotes de herpes I dentro de la boca.

Se realizaron dos entrevistas semidirigidas, con duración de 40 minutos y 35 minutos respectivamente.

La información obtenida de sus antecedentes personales eran que Antonio es el mayor de cuatro hermanos de parte de madre. Su hermana mayor a él falleció hace 5 años producto de un diagnóstico de Leucemia y SIDA.

Nadie sabía del diagnóstico del virus en su hermana, sólo su esposo, quien había sido el primer portador de VIH. Su sobrina, hija de aquel matrimonio también se encuentra infectada (vía canal de parto), pero no saben del paradero de ellos luego de la muerte de su hermana. Luego de esto toda la familia sufrió discriminación por parte del vecindario.

El paciente ha trabajado en su vida, de camarero y luego de profesor de inglés "me gustaba cantar en inglés, por eso me puse a estudiar para entender lo que cantaba".

El paciente es diagnosticado con VIH desde hace un año, por presentar síntomas del virus. Familiares ni paciente precisan cuando pudo haberse dado la transmisión del virus. Los familiares dicen que su hermano expresaba libremente su homosexualidad.

Los familiares se enteraron que Antonio se encontraba en el área de medicina interna del Hospital del IESS, lo que hizo que sospecharan que él estaba infectado del virus, puesto que en ese mismo sitio falleció su hermana mayor.

Desde hace aproximadamente tres meses que el paciente se encuentra hospitalizado, pero por su grave estado de salud, que imposibilitaban cualquier acercamiento de entrevistas psicológicas (gases por la boca y ano, y manifestación de mucho dolor) no pudo ser atendido.

Hace una semana fue intervenido quirúrgicamente para drenar la acumulación de líquido en los linfomas que tiene a nivel del estómago. Actualmente precisa dolor, pero los gases han desaparecido.

Su problemática vital era que el paciente ha intentado suicidarse, cortándose las muñecas, con un Gillette de su rasuradora de uso personal, cuando iba al baño.

Desde hace aproximadamente tres meses el paciente está internado en el hospital, en un cuarto donde compartía con 3 personas más, pero hace una semana fue intervenido quirúrgicamente, para drenarle el líquido del estómago que era del tamaño de una mujer de 7 meses de gestación. La noche que lo sacaron de quirófano el paciente realizó un escándalo debido a la magnitud de dolor que sentía. Este hecho hizo que los enfermeros del área de medicina interna, lo trasladen a otra habitación de solo dos personas por cuarto, para no angustiar mas a los pacientes que compartían con él la otra habitación. Sin contar que en esa misma habitación había muerto su hermana mayor hace 5 años.

Antonio manifiesta escuchar "hace tres meses (tiempo que esta hospitalizado) "Un ruido todas las noches antes de dormir que lo pone mal, es como si cuando cierra los ojos, encendiera la grabadora y escucha gente, mucha gente que habla, pero no entiendo lo que dicen, y también escucha una maquina registradora que timbra a cada rato".

Con solo dos entrevistas psicológicas con Antonio, podríamos atrevernos a señalar que él pertenece a una estructura de psicosis ordinaria, desde hace tres meses desencadenada, debido a los acontecimientos ocurridos últimamente, como el diagnóstico de SIDA, el deterioro extremo de su imagen corporal y salud, así también como encontrarse en la misma cama que falleció su hermana; todo esto está confrontando a este sujeto a una desestructuración subjetiva, tanto por la pérdida de referencias corporales e identificatorias, como la imposibilidad de participárselo a alguien como de desprender de ellos una significación.

Así podríamos decir que el desencadenamiento en Antonio, es el encuentro con un real sin acomodamiento simbólico posible, es la imposibilidad de producir una significación fálica para dar cuenta de la situación vivida que confronta al paciente con un desamparo, y ante la ausencia de cualquier "llave" que permita una simbolización, así el desanudamiento de la estructura es ocasionado por la insuficiencia de la relación imaginaria con el cuerpo, que se evidencia en el único fenómeno elemental que aparentemente presenta Antonio, las alucinaciones auditivas.

Alucinación auditiva, la misma que acompañada de la certeza- a ésta se apuntó en la primera entrevista. La intervención realizada por la psicóloga, se dio a pesar de la dificultad para hablar que presentaba Antonio, él expresa que lo que lo angustiaba más era "Hay un ruido todas las noches antes de dormirme que me pone mal, es como si cuando cierro los ojos, encendiera la grabadora y escucho gente, mucha gente que habla, pero no entiendo lo que dicen, y también escucho una máquina registradora que timbra a cada rato".

Antonio gustaba de la música en inglés, la misma que había servido de inspiración para aprender el idioma. La intervención: "cuando cierres los ojos, vas a presionar dos veces, para cambiar de emisora la grabadora y escucharas la música en inglés que más le guste, ¿Cuál te gusta más?" , a la que respondió los Beatles. Al día siguiente se encuentra tranquilo, no ha vuelto a intentar cortarse las muñecas ni nada parecido y se encuentran a la espera de la interconsulta con el psiquiatra.

Cuando se tiene a un paciente con dificultades para hablar, por diagnóstico médico, es necesario recopilar datos importantes para poder iniciar las entrevistas.

Todos los médicos del área manifestaban que los reiterados intentos de suicidio eran una forma de "llamar la atención", se ignoraba que la misma habitación y la cama donde se encontraba hace 2 días (cuando empezaron los cortes en las muñecas), era la misma donde su hermana había fallecido hace varios años.

No se podía entrar a la entrevista brindando psicoterapia de apoyo (que ante las dificultades y pocos datos), sin antes haber indagado un poco de su estructura, para a partir del mismo intervenir.

De esta manera se recomendó interconsulta, con el médico psiquiatra del hospital, además de intentar de producir en el tratamiento con el paciente una metáfora delirante que constituya una sustitución, una suplencia, que le permita al paciente producir una significación fálica singular para que pueda sostenerse.

No se mantuvieron más entrevistas con Antonio, puesto que a la semana siguiente, había sido enviado a casa.

Caso clínico: "Rubén"

Rubén de 35 años, soltero, domiciliado en Babahoyo donde labora como fertilizador de una hacienda.

El paciente es derivado por el médico, en el área de consulta externa, por encontrarlo ansioso en la consulta, ya que ha estado con síntomas de cefalea, y náusea. Se realiza una entrevista semidirigida, con duración de 60 minutos.

Entre sus antecedentes familiares están que el paciente menciona ser el hijo número cinco de catorce hermanos, tanto de padre y madre. Expresa que sus padres nunca fueron cariñosos, ni le dieron educación, ni comida, por este motivo cada uno de sus hermanos y él se vieron en la obligación de trabajar desde muy niños para poder llevar comida y con eso mantenerse. Manifiesta que cuando tenía 14 años su padre lo golpeo, sin un motivo valedero, para luego echarlo de su casa. Luego de esto, acudió a vivir a la casa de su hermana mayor.

Al pasar un año de vivir en esta casa, se enteró por una discusión de su hermana y su esposo, que el padre de ambos había abusado sexualmente de todas sus hermanas, "No sé porque pero yo me oía este abuso, porque mi papá nunca nos quería ver en la casa, nos mandaba a trabajar, en cambio mis hermanas sólo pasaban en la casa haciendo las tareas del hogar, y mi mamá nunca decía nada, siempre andaba fuera de casa, lavando ropa ajena, después entendí porqué me botó de la casa, porque no quería que me diera cuenta de lo que estaba pasando con mis hermanas y él, como yo ya estaba mas grande". "Yo odio a mi padre, ni voy para allá, porque ni me nace verlo". Hace 11 años conoce a Rosa con quien tiene tres hijos: de 8, 6 y 4 años. Comenzaron los problemas seis meses antes que él decidiera separarse "ella ya no quería cocinar y pasaba solo viendo tv, me reclamaba cosas que no eran ciertas, pensaba que yo era infiel, y eso no era cierto". Ella se queda viviendo

sola con los niños y el paciente expresa dar cumplidamente su pensión de alimentos. Expresa que luego de su separación de pareja, conoce a Mercedes con quien tuvo un hijo que actualmente tiene 2 años. Ella es, una mujer también separada sentimentalmente y tiene 6 hijos de su anterior compromiso. En la historia del síntoma; el paciente manifiesta que luego que su ex-esposa le hiciera mucho problema con su actual pareja, hasta el punto de amenazarla con cuchillo para advertirle que se separen, ella (Mercedes) decide separarse de él, e irse a vivir con su padre. Luego de esta separación que lo señala como bastante doloroso, el paciente expresa que comienza a frecuentar sexo con prostitutas, sin usar preservativo. De esta manera el paciente ubica en este periodo la transmisión del virus. Hace un mes que se enteró del diagnóstico de VIH, porque sentía dolor de cabeza frecuente, cansancio y náusea.

El problema actual es la preocupación por el dilema sí decirle o no a Mercedes sobre el diagnóstico del VIH, porque menciona que han hablado últimamente de regresar, porque manifiesta amarla mucho y ella está entusiasmada de estar con él. "No sé qué hacer, no le quiero hacer daño, yo no soy malo, es la mamá de mi hijo, yo la amo, pero no la quiero perder, porque si le digo que tengo esto, me deja seguramente, y yo quiero que estemos juntos". El paciente se encuentra seguro que ella no tiene el virus.

El diagnóstico presuntivo es que el paciente tiene una estructura neurótica. El padre del paciente fue su principal fuente de angustia, que facilitó el rechazo por suponerle un goce incestuoso con sus hermanas, además de los maltratos físicos propiciados por él. Se podría señalar que en todo lo ocurrido anteriormente, él siempre evitó el enfrentamiento, y lo ha sustituido por el odio hacia él. Así podríamos mencionar que está relación con el padre, lo ubicó en una posición de pasividad que se ha presenciado en la falta de decisiones con sus distintas parejas "ella no hacía nada y yo tampoco decía nada, ella me reclamaba y yo no decía nada, ella se fue de la casa, ella amenazó a Mercedes con cuchillo y yo no hice nada, ella me dejó, ella se llevó a mis hijos". El paciente tiene aproximadamente un mes de haberse enterado del diagnóstico de VIH, y se evidencia al expresar su malestar, que no sabe cómo dar cuenta de lo que está pasando, poniéndose en juego una elección forzada, si decirle o

no a su amada sobre el virus, encontrándose en la intercesión del "yo no soy malo", y por otro "yo no pienso decírselo porque la perdería", cualquiera que sea la elección queda igualmente confrontado al deseo del Otro, que no sólo revela la angustia, sino también que el yo, cualquiera sea la decisión, se vera afectado directamente por la negación de la enfermedad".

Las intervenciones brindadas apuntaron a la elaboración de los traumas del paciente en sus distintos acontecimientos, con la elaboración de su Edipo apuntando a la función del padre, para de esta manera elaborar la función del Nombre del Padre.

Además de trabajar en la posición que se ha mantenido en sus relaciones de pareja, y por último a la elaboración de la enfermedad, apuntando a la responsabilidad de su diagnóstico para sí mismo, y para el bienestar de su familia.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que un síntoma muy característico de los últimos años y de la actualidad posmoderna es el de que muchos ciudadanos no acaban de sentirse satisfechos de las prestaciones medicas que reciben, a pesar de la excelencia técnica creciente, y buscan en otros lugares eso que notan a faltar en su relación con los representantes del saber medico y/o sanitario, o simplemente son derivados por ellos como un resto del saber que al especialista médico se le escapa.

Ante las diferentes situaciones que causen sufrimiento a un sujeto, como podría ser lo desconocido de una enfermedad, el psicólogo que labora en el ámbito hospitalario funcionará como una red de apoyo emocional tanto para el paciente como para sus familiares y buscará que se dé una disminución del factor causante de angustia, ansiedad, depresión, irritabilidad, etc. Como psicólogo clínico con orientación analítica siempre se deberá tener en cuenta que el modo en que un paciente subjetive o no una enfermedad variará de sujeto a sujeto, por lo cual nuestro trabajo se dirigirá a ayudarlo a salir de su estado de crisis, mediante intervenciones las cuales serán captadas de su propio discurso (recurso de su propia estructura) y así poco a poco ir logrando en él una implicación con su enfermedad y tratamiento.

Se debe tener en cuenta que las quejas de los pacientes en muchas ocasiones son reales y no provienen únicamente de su imaginario, como por ejemplo las pérdidas que se puedan dar en el ámbito social, escolar, vínculos con la pareja, el área laboral, etc. Eso en el ámbito psíquico, y a su vez se pueden presentar cambios a nivel físico como son los cambios de la imagen corporal; como pérdida de cabello, disminución de peso, aparición de hematomas, etc; secuelas de la enfermedad orgánica. Lo cual da cuenta de la dificultad de nuestro trabajo. Todo se complica aún más porque en algunas ocasiones los pacientes con diagnósticos tratados en el área de Medicina Interna y Hematología, los vivían como un real, debido a que era un hecho que no podían simbolizar en la palabra o la escritura y se había manifestado de

manera no programada. Ese real al no poder ser subjetivado era lo que en algunas ocasiones causaba en los pacientes ciertos fenómenos como podía ser la aparición de una significación traumática.

La herramienta con la que contamos los psicólogos clínicos con orientación analítica, es el uso de la palabra. Y esto se explica debido a que la palabra sirve de medio de expresión de pensamientos y sentimientos, debido a que estamos inmersos en el lenguaje inclusive desde antes de nacer. Contamos con métodos de intervención como es el: Clarificar, confirmar, interrogar, recapitular, proporcionar información, señalar, subrayar, sugerir, avalar, interpretar, etc. Sin dejar de lado que es imposible decir algo del paciente sin antes haberlo escuchado. No es un análisis propiamente dicho, y eso que quede claro, puesto que el psicólogo clínico con formación psiconalítica juega un papel totalmente activo en las entrevistas a diferencia de un análisis propiamente dicho.

En el ámbito hospitalario se considera que se da un cierre en el tratamiento cuando la demanda del paciente y la reformulación de la misma fue atendida y tratada; cuando los síntomas y manifestaciones de índole psicológico desaparecieron o se calmaron y el paciente encontró nuevamente un equilibrio y bienestar.

En el trabajo psicológico con pacientes en el ámbito hospitalario pueden presentarse dos problemas. Uno sería el caso en que el paciente informe muy poco de su vida y por muy buenas que sean las intervenciones que se realicen; éstas no surtan efecto, o el caso contrario que sería que se cuente con tanta información del paciente que no se sepa muy bien por donde intervenir. Todo depende de las habilidades que manifieste el psicólogo clínico en la consulta.

Lo que se trata en las sesiones es que en el paciente se reconozca como sujeto y no como un enfermo, además de que asuma cada vez mayores responsabilidades en torno a su vida y a su tratamiento.

Es necesario que quede claro que no practicamos psicoanálisis en los pacientes, puesto que no somos analistas, pero si utilizamos su riqueza teorica para encaminar una psicoterapia breve partiendo de un diagnostico presuntivo de estructura psíquica. Partimos de la respuesta que se le da al sujeto frente a a la demanda <<Yo no sé lo que te ocurre, y por ello que debes hablar>>.

No queremos ponerle una "curita" al síntoma psicológico que presenta. Por eso diremos que el psicólogo no parte de una posición de saber. Puede saber sobre psicoanálisis, puede haber leído todos los libros de psicoanálisis que se le presentaron, puede tener una gran experiencia profesional por su trabajo con muchos pacientes, pero, sea como sea, frente a cada caso nuevo no tiene mas remedio que hacer abstracción de todo ese saber, dejándolo entre paréntesis, y operar desde la ignorancia específica acerca de lo que le sucede a aquel paciente.

De tal forma que las intervenciones que es la palabra elevada a interpretación va a ser singular en cada sujeto, de su historia personal y/o enfermedad. En síntesis la interpretación no se hace en nombre de un saber pretificado, utiliza como medio preferencial el equivoco, el medio-decir, el borde el sin-sentido, y, por último, alude al objeto del fantasma, pero sin nombrarlo directamente. Siempre apuntando al cambio de posición subjetiva del paciente frente a la enfermedad o ante cualquier otro acontecimiento que alterase la homeostasis emocional del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander y French: *Terapéutica Psicoanalítica*. Paidós.
- Bellak, Leopold y Small Leonard: *Psicoterapia Breve y de emergencia*. Pax México.
- Braier, Eduardo A.: *Psicoterapia breve*. Nueva Visión.
- Capellá, Alfredo: *El psicoanálisis dialéctico*. Herder.
- Cosentino, Juan Carlos, "La Rectificación Subjetiva", año 2002.
- Chemama, Roland, *Diccionario de Psicoanálisis, Concepto de Angustia, Depresión, Real, Trauma*, Amorrortu Editores. Páginas: 22 – 24, 86 – 87, 372 – 376, 442 – 444.
- De Oliveira Fernandes Maia, M. (2.006). Programa SENTINELA: de víctima a una posible subjetividad. El tratamiento de la palabra. *Virtualia – Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 5(14).
- Directora: Bleger, Dudy, Asesor: Miller, Jacques – Alain: "La depresión y el reverso de la psiquiatría", Editorial Paidós, de la nueva biblioteca psicoanalítica
- *Diccionario Ilustrado de la Lengua Española, Concepto de Depresión*, Editorial Santillana. Página 204.
- *Diccionario Escolar de la Lengua Española*, Aristos 2000, Concepto de Depresión, Editorial Ramón Sopena. Página 147.
- Dr. Montserrat, Emili. "Leucemia Linfática Crónica". Internet: <http://www.conganat.org/lnfo.tortosa/conf/cap4/llic.htm>. Acceso: 31 de mayo del 2009.
- Dr. García Lamberechts, Eric. "Leucemia linfática crónica". Internet: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/leucemia-linfatica-cronica.shtml>. Acceso: 26 de mayo del 2009.
- Dr. García Lamberechts, Eric. "Leucemia linfática aguda". Internet: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/leucemia-linfatica-aguda.shtml>. Acceso: 16 de noviembre del 2009.

- Dr. García Lamberechts, Eric. "Leucemia Mieloide Crónica". Internet: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/leucemias.shtml>. Acceso: 15 de noviembre del 2009
- Dr. Machín García Sergio, Dra. Svarch Eva y Dra. Dorticós Balea Elvira. "Aplasia Medular". Internet: http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol15_2_99/hih01299.htm. Acceso: 16 de noviembre del 2009.
- Dr. Panizo Santos, Carlos. "Aplasia Medular Severa". Internet: <http://74.125.95.132/search?q=cache:W6ow-GhiZ6YJ:www.cun.es/areadesalud/enfermedades/hematologicas/aplasia-medular/+aplasia+medular+severa&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ec>. Acceso: 17 de noviembre del 2009.
- "DSM – IV – TR" (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), Capítulo "Trastornos del estado de ánimo", páginas 387 - 476, Editorial Masson.
- Fiorini, Héctor: Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas. Nueva Visión.
- Freud, Sigmund. Obras Completas, Capítulo XVIII; "La fijación al trauma. Lo inconsciente" y Capítulo CXLV; "Inhibición, síntoma y angustia".
- Freud, Sigmund: La iniciación del tratamiento... O.C. Biblioteca Nueva.
- Freud, Sigmund: Consejos al médico. O.C. Biblioteca Nueva.
- Guerrero de Medina, Nora. "Las aplicaciones de la Psicología en la rehabilitación integral del impedido físico", segunda edición, noviembre del 2005.
- Guerrero de Medina, Nora, Cátedra de Psicoterapia II, Apuntes de clases, carrera de psicología clínica, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Harari, Roberto: Del corpus freudo-lacaniano. Editorial Trieb.
- Instituto Nacional del Cáncer. "Leucemia en niños". Página actualizada: 10 noviembre 2009. Internet: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/leukemiachildhood.html>. Acceso: 26 de mayo del 2009.

- Instituto Nacional del Cáncer. "Enfermedad de Hodgkin". Internet: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hodgkindisease.html>. Acceso: 31 de mayo del 2009.
- Instituto Nacional del Cáncer. "Linfoma". Internet: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/lymphoma.html>. Acceso: 31 de mayo del 2009.
- Instituto Nacional del Cáncer. "Leucemia mieloide aguda infantil y otras malignidades mieloides". Internet: <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/cancerinfantil/leucemiamieloi de.htm>. Acceso: 15 de noviembre del 2009.
- Instituto Nacional del Cáncer "Leucemia Mieloide Aguda en Adultos". Internet: <http://www.cancernet.gov/espanol/pdq/tratamiento/leucemia-mieloide-adultos/patient>. Acceso: 16 de noviembre del 2009.
- Instituto Nacional del Cáncer "Leucemia Mieloide Aguda en Adultos". Internet: <http://www.cancernet.gov/espanol/pdq/tratamiento/leucemia-mieloide-adultos/patient>. Acceso: 16 de noviembre del 2009.
- Knobel, Mauricio: Psicoterapia Breve. Paidós.
- Lacan, Jacques: La dirección de la cura. Siglo XXI.
- Lagache, Daniel. Diccionario de Psicoanálisis, Concepto de Trauma, Desarrollo de Angustia. Editorial Paidós. Página 447, 95 – 96.
- "Leucemia Mieloide Crónica". Actualización: Junio 2009. Internet: <http://www.tuotromedico.com/temas/leucemia.htm>. Acceso: 15 de noviembre del 2009.
- "Leucemia Mieloide Crónica". Actualización: Junio 2009. Internet: <http://www.tuotromedico.com/temas/leucemia.htm>. Acceso: 15 de noviembre del 2009.
- "Leucemia Mieloide Aguda en Adultos". Internet: <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/201029.html>. Acceso: 31 de mayo del 2009.
- "Leucemia Linfoide Crónica". Internet: http://www.diagnosticomedico.es/enfermedad/Leucemia_Linfoide_Cronica--54669.html. Acceso: 16 de noviembre del 2009.

- Lehman Linda, "Clínica Psicológica y Psicoterapia", Internet: <http://www.monografias.com/trabajos31/clinica-psicologica-psicoterapia-acting-out/clinica-psicologica-psicoterapia-acting-out.shtml> Acceso: 20 de mayo del 2010.
- Lobov, Jorge, Trabajo presentado para la materia "Clínica de las neurosis", 2004, Internet: <http://lacanusolaescoba.blogspot.com/2009/06/posicion-del-analista-y-rectificacion.html> Acceso: 20 de mayo del 2010.
- "Logos 4", Nueva Escuela Lacaniana / NEL Miami.
- Madrid. Unidad Editorial, Revistas. "Leucemia". Internet: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/leucemia>. Acceso: 26 de mayo del 2009.
- Malan, David: Psicoterapia individual. Paidós.
- Martínez, Francisco Xavier, "La urgencia subjetiva en la institución hospitalaria", año 2008 – 2009.
- Matet, Jean – Daniel, Internet: <http://www.forumpsimu.com/web/temas/varios/1-los-efectos-terapicos-en-psicoansis.html> Acceso: Martes 18 de mayo del 2010.
- Miller, Jacques Alain; D°Angelo, Luci; Fuentes, Araceli; Garrido, Carmes; Goya, Amanda; Rueda, Felix; Vicens, Antoni: Efectos Terapéuticos Rápidos, 1ª ed.: Conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona, Editorial Paidos, 2005.
- Ricaurte, Ana, Cátedra de Teorías de la Personalidad III, artículos estudiados en clases: Teoría del Sujeto en lo R – S – I.
- Notas sobre el objeto que angustia en el Seminario X de J. Lacan.
- Lo real del trauma, Notas sobre el Seminario 11, Los conceptos fundamentales del psicoanálisis, Capítulo V. "Tyche y Automatón".
- Salinas Ivanny, Ortega Enola, "Clínica de la Urgencia", Febrero de 1997.
- Sinatra, Ernesto, Las Entrevistas Preliminares y la entrada en análisis.- 1ª ed. – Buenos Aires, Colegio Epistemológico Experimental, 2004
- Travesi, Matilde, Lic, "La Iniciación del Tratamiento: Las entrevistas preliminares", año 2002.

- "Aplasia Medular". Internet:
<http://www.altillo.com/medicina/monografias/aplasiamedular.asp>.
Acceso: 22 de Junio del 2009.
- <http://www.altillo.com/EXAMENES/UBA/PSICOLOGIA/clinadult/clinadult2008resfreudtausk.asp> Acceso: 15 de Enero del 2010.
- Internet:<http://www.altillo.com/examenes/uba/psicologia/psicofreud/psicofreud2006resumen.asp> Acceso: 15 de enero del 2010.
- Internet:http://www.antroposmoderno.com/antroarticulo.php?id_articulo=1103 Acceso: 15 de enero del 2010.
- Internet:<http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/tratamiento-psicologico-psicoterapia> Acceso: Martes 18 de mayo del 2010.
- Internet: <http://www.es-asi.com.ar/lacura1.htm> Acceso: Jueves 20 de mayo del 2010.
- Internet: <http://eol.ar50.toservers.com/virtualia/012/pdf/laurent.pdf>
Acceso: Viernes 21 de mayo del 2010.
- Internet: <http://psicologiajuridica.org/psj308.html> Acceso: Viernes 21 de mayo del 2010.
- Internet:<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple3a.html> Acceso: Lunes 24 de mayo del 2010.
- Internet:<http://www.google.com.ec/url?sa=t&source=web&ct=res&cd=23&ved=0CB0QFjACOBQ&url=http%3A%2F%2Fklauthio.vtrbandaancha.net%2FDIAGlaentrevistapsic5.ppt&rct=j&q=cierre+de+entrevistas+psicologicas&ei=Kv37S9CdKcH58Abx2MCbBg&usg=AFQjCjCNF1hHmHcV2hktTiPYpEqPqAZ5Il1g> Acceso: Martes 25 de mayo del 2010.