



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

“Efectos terapéuticos rápidos en pacientes oncológicos”

AUTOR (A):

Piguave Holguín, Karla Valeria

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

TUTOR:

Aguirre Fuentes, Juan Antonio

Guayaquil, Ecuador

2013



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Karla Valeria Piguave Holguín, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Psicóloga Clínica.

TUTOR

Psi. Cli. Juan Antonio Aguirre Fuentes

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Psi. Cli. José Acosta Jiménez

Guayaquil, a los 8 días del mes de Julio del año 2013



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA: PSICOLOGIA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Karla Valeria Piguave Holguín

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “Efectos terapéuticos rápidos en pacientes oncológicos” previa a la obtención del Título de Psicóloga Clínica, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 8 días del mes de Julio del año 2013

LA AUTORA

Karla Valeria Piguave Holguín



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN**

CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Karla Valeria Piguave Holguín

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: “Efectos Terapéuticos rápidos en pacientes oncológicos”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 8 días del mes de Julio del año 2013

LA AUTORA:

Karla Valeria Piguave Holguín.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por regalarme la dicha de la vida, por las oportunidades que día a día me da, jamás soltarme la mano en el camino recorrido y más aun por darme la oportunidad de culminar mi carrera con lucha y gran esfuerzo.

A mis amados padres por haberme dado la educación, los valores y la confianza para conseguir mis metas de manera honesta cada día de mi vida. Por jamás abandonarme, por más difícil que fuera el momento.

A todos aquellos externos a la universidad que me apoyaron en cada minuto de mi vida y me ayudaron a llevar cargas tan pesadas de situaciones diarias, muchísimas gracias. (Uds. Saben bien quienes son, Gracias.)

A mis amigos, la familia que Dios me regaló, aquellos que me enseñaron tanto dentro del aula como fuera de ella.

Ellos quienes me enseñaron que no tienes que tener la misma sangre o apellido para ser tu familia, a todos y cada uno de ellos (no puedo mencionarlos a todos), gracias, por todo lo que me enseñaron; por los momentos de alegrías y tristeza, porque jamás me han abandonado y me han dado siempre su amor. Aun cuando nuestras carreras y facultades eran distintas en muchos de los casos.

A mis compañeros de aula porque viví con ellos más de lo que imaginan y aprendí cosas que jamás imagine, gracias por ser un grupo diferente y muy especial.

A mis maestros, tantos maestros que vi durante mi carrera y todos me marcaron de una forma diferente porque es gracias y quienes me impartieron sus saberes que hoy por hoy sé a dónde iré.

Especial agradecimiento a los tres maestros que más admire y respete Psic. Ana Ricaurte, Psic. Guillermo García, Psic. Tomas Empuño y Psic. Antonio Aguirre. Quienes quizás jamás entenderán todo lo que lo que aprendí de ellos y la influencia que tuvieron en mí en lo personal y profesional.

A la facultad de Filosofía por la educación que en esta se recibe, que me lleva a buscar nuevos horizontes, lugar que fue mi casa por 5 años.

A Independientes Filosofía por ser mis amigos incondicionales, y sobre todo por ser mi familia, por regalarme todo alegrías, tristezas, vivencias que solo nosotros podremos entender. Por permitirme tener familia en distintas facultades que siempre llevare en el corazón.

A mis detractores, porque sin ellos esta primera meta no sería tan especial, fueron parte del motor que siempre hizo que quiera ser mejor, gracias a Uds. también.

A mi sobrina Ariannita Valeria porque desde que nació, siempre ha sido la motivación más grande para mí, mi amor, mi alegría, mi todo.

Karla Valeria Piguave Holguín

DEDICATORIA

Dedico esto a Dios por ser todo y lo único en la vida, por regalarme las más grandiosas oportunidades de aprender, vivir y sonreír. Gracias Señor sobre todo por los increíbles padres que me regalaste, a quienes también dedico este trabajo.

A mis padres, porque nunca dejaron de luchar por mí, y es por ellos que esta primera meta está siendo cumplida.

De manera especial a mi papi Enrique Honorio Piguave Guerra, de quien estaré eternamente orgullosa. Fue quien me enseñó a amar letras y me enseñó que aprender es lo más importante en la vida; quien junto a mi madre me enseñaron que sin valores, sin ética, sin una palabra honesta no eres nadie en la vida.

Y pese a que ya son 3 años desde que se fue al cielo, ha sido uno de mis principales motores en la vida; allá desde donde nos cuida, estoy segura que esta victoria lo hace muy feliz y se la dedico desde mi corazón.

Gracias papito, por haber sido todo lo que fuiste hasta el final, no solo mi papito consentidor sino mi verdadero amigo, mi maestro y superhéroe.

A mi valiente y fuerte mami Inés Cristina Holguín Moran, una guerrera completa durante su vida entera; te dedico este primer triunfo, porque no hay mujer que admire más que a ti, ni que se merezca esto más que tú, una mujer fuerte, cariñosa, comprensiva, graciosa, luchadora.

Te dedico madre esto porque jamás has dejado de luchar por nosotros, por mis hermanos, por mi papá y por mí.

Porque seguiste luchando día a día con el dolor de la partida de tu gran amor, aun así luchaste sin dejarte caer; porque me has enseñado que la vida se la gana luchando y batallando, sonriendo siempre porque aunque algo sea difícil Dios siempre está con una.

Tu gran corazón, amable y alegre me ha acompañado toda la vida, enseñándome a amar el mundo con todo lo que hay en él, por enseñarme a luchar y jamás bajar los brazos.

Te dedico esto madre por ser la fuerza y el sostén no solo de mi vida sino la de todos en nuestra familia.

Papi y mami Gracias por los hermanos que me diste, Renato y Aldo de quienes aprendo cada día algo nuevo, así como de mi maravillosa sobrina Ariannita Valeria; esto es para Uds. Los amo.

Karla Valeria Piguave Holguín

“He aquí que os di el poder de pisar serpientes...y nada podrá causaros daño”

Lucas, 10,19

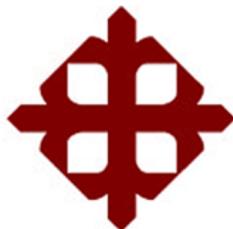
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
(Se colocan los espacios necesarios)

Psi. Cli. Juan Antonio Aguirre Fuentes

PROFESOR GUÍA O TUTOR

(NOMBRES Y APELLIDOS)

PROFESOR DELEGADO



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

CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

Psi. Cli. Juan Antonio Aguirre Fuentes

PROFESOR GUÍA O TUTOR

ÍNDICE GENERAL

“Efectos terapéuticos rápidos en pacientes oncológicos”

RESUMEN.	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
Marco Teórico	
1.1 Psicoanálisis aplicado a la terapéutica	
1.1.1 Diferencia entre psicoanálisis aplicado y psicoterapia.	6
1.2 Dispositivo de atención psicológica en S.O.L.C.A.	15
1.2.1 Inclusión del psicoanálisis aplicado al hospital.	16
1.3 La Técnica	
1.3.1 Conceptos utilizados	18
1.3.2 Principios de la técnica.	22
1.4 El rol del Psicólogo Clínico.	27
1.5 Efectos terapéuticos rápidos.	
1.5.1 Antecedentes de la temática.	30
1.5.2 Efectos terapéuticos rápidos y la demanda actual	33
1.5.3 Efectos terapéuticos rápidos en el ámbito institucional	38
1.5.4 Efectos terapéuticos rápidos, límites y alcances, reacción terapéutica positiva y negativa.	40
1.6 Frente al diagnóstico de cáncer	
1.6.1 Angustia	44
1.6.2 Dolor físico y psíquico	46
CAPITULO II	
2 .Metodología	48
2.1 Diseño de la investigación.	
2.1.1 Tipo de investigación.	49
2.2 Población.	50
2.3 Técnicas e instrumentos principales de investigación.	50

CAPITULO III

3.1 Análisis de los resultados.

3.1.1 Caracterización de los efectos terapéuticos	
Rápidos en S.O.L.C.A.	53
Conclusión.	55
Recomendación	57
Bibliografía.	58
Anexos.	62

RESUMEN (ABSTRACT)

La siguiente investigación fue “Efectos terapéuticos rápidos en pacientes oncológicos” fue realizada en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (S.O.L.C.A.) como efecto de las prácticas clínicas desarrolladas en el departamento de psicología.

Los objetivos principales fueron indagar la existencia o inexistencia de los efectos terapéuticos rápidos, como se presentan, si los hubiere, y si estos son considerados negativos o positivos por el paciente.

Dicha investigación se fundamentó y realizó en la transición de la teoría psicoanalítica al ejercicio del método clínico y en la exposición y comentarios de casos en los que se podría confirmar la existencia de dichos efectos terapéuticos, por lo que el enfoque metodológico utilizado es clínico y aplicado.

El trabajo se realizó por medio de entrevistas y visitas a los pacientes, constatándose que obtener efectos terapéuticos en un corto tiempo de trabajo está ligada a la habilidad del psicólogo de manejar su relación con la Institución Hospitalaria así como con el paciente.

Se puede considerar además, que el trabajo realizado por el departamento de Psicología bajo la tutela que ejerce la Institución puede brindar un espacio de acceso a la palabra a los pacientes oncológicos para poder aliviar su malestar y trabajar acerca de sí mismo y su entorno familiar.

Palabras Claves: Efectos terapéuticos rápidos, dispositivo de atención, angustia, sujeto dividido, implicación subjetiva, reacción terapéutica positiva y negativa, Institución hospitalaria, Psicoanálisis aplicado, paciente oncológico.

INTRODUCCIÓN

La realización de este trabajo se desarrolla previa a la obtención del título de psicóloga clínica, trabajo que ha sido realizado bajo la dirección del Psicólogo Antonio Aguirre.

Antes de comenzar el desarrollo de la siguiente investigación es importante y necesaria destacar el inicio de la institución, que es expuesto a continuación:

“En la década de los años cuarenta, el Sr. Dr. Juan Tanca Marengo, distinguido médico y humanista guayaquileño, preocupado por la Salud Pública y en consideración a la gran incidencia de las enfermedades cancerosas, concibió la necesidad de difundir conocimientos oncológicos a los estudiantes de medicina y médicos en general, a fin de establecer campañas de prevención y curación de esta enfermedad, a través de la creación de una Institución dedicada a la Lucha Antineoplásica en el Ecuador”. (<http://www.solca.med.ec/>, 2013)

En 1951 finalmente el Sr.Dr. Juan Tanca Marengo, logra reunirse con amigos y colegas con los que logra fundar una de las más destacadas obras de salud pública en el Ecuador, es así que nace LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER, cuya abreviatura sería la que hoy conocemos como S.O.L.C.A.

“La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, es una Institución de derecho privado con finalidad de servicio público, creada con el propósito de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador”. (<http://www.solca.med.ec/>, 2013)

La Institución despliega su constante campaña de lucha contra el cáncer a través de lo que se conoce como “Núcleos y Comités de amigos”, lo que ayuda a desplegar esta actividad en la mayor parte del Ecuador.

El tema escogido para este escrito es “Efectos terapéuticos rápidos en pacientes oncológicos”, cuya investigación y desarrollo fue realizada en relación al trabajo que se efectúa en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (S.O.L.C.A.).

En el mundo actual, la institución pública hospitalaria esta principalmente dominada por el deseo masivo de un orden de todo lo que se mueve dentro de la misma, es decir, buscar manejar datos, que se llenen bases de datos con información de todo tipo, llevar informes, registros detallados, estadísticas cualitativas y cuantitativas, no solo de sus pacientes sino que también busca que el personal de la institución se rija bajo la misma normativa en su ejercicio laboral.

Las instituciones hospitalarias desde el inicio tratan de cumplir con la principal razón de existencia: proveer de ayuda médica a los enfermos. Pero también cabe recalcar que la institución hospitalaria de igual manera ha servido como lugar de instrucción docente para los médicos en formación.

El tema presenta como objetivo indagar si existen o no efectos terapéuticos rápidos, cómo se presentan los efectos terapéuticos, si los hubiere, si estos son positivos o negativos y cómo se presentan los efectos terapéuticos.

Todo esto a través del trabajo ejercido por el departamento de psicología, aplicado por los practicantes en un dispositivo donde se trabajan ante las preguntas respecto de los efectos terapéuticos rápidos; teniendo en cuenta que los pacientes con los que se trabaja poseen un diagnóstico oncológico y debido a este tipo de enfermedad, el paso por la institución es de estadía corta en muchos de los casos, por lo que el trabajo es de pocas sesiones.

Se debe destacar que el trabajo clínico que se realiza se desarrolla con base psicoanalítica. Se trata de atender a la demanda que se presenta al momento de las entrevistas. La mayor parte de estas provienen por derivaciones de interconsulta.

Las entrevistas tendrán ciertas variantes en el momento del trabajo con los sujetos, puesto que cada paciente llegara con una demanda específica, o por una interconsulta, muchas veces sin conocer el porqué

Estas intentan promover el discurso del paciente, pero a su vez busca dar cuenta que a través de las entrevistas se crea así un espacio propio, único, donde puede engendrar frases y ordenar pensamientos.

Así por medio de la palabra en un trabajo con el profesional puede tener un lugar donde elaborar acerca de su malestar.

Durante el desarrollo del trabajo, se hacen evidentes factores importantes desde el plano institucional, como entender de qué manera trabaja la institución hospitalaria tanto con los pacientes como con los sistemas de control que maneja, y si ésta influye o no en el proceso terapéutico de los pacientes.

Así como también el papel que juega el personal médico con los pacientes y el departamento de psicología.

Así como la institución es un lugar de docencia para el discurso médico que es el que predomina, lo es también para las diversas áreas de trabajo que se realizan allí, como sucede con del departamento de psicología.

El departamento de psicología en la institución se encarga de:

- Análisis psicológicos
- Reuniones interdepartamentales: Pediatría, clínica del dolor, servicio de oncología clínica, residentes, docencia, Comité de Damas.
- Reuniones informativas y de ayuda psicológica con familiares de pacientes, participación en eventos científicos nacionales y extranjeros, publicaciones científicas. (<http://www.solca.med.ec/>, 2013)

Estas funciones se realizan, si bien dentro de la demanda del hospital hacia el área, ésta no se lo elabora en el modelo que la institución aspira sino más bien con ciertas variantes que el departamento considera de mayor viabilidad para el trabajo.

La institución principalmente se dirige por el discurso médico, motivo por el cual se maneja a partir de una respuesta inmediata al deterioro de la parte biológica de los pacientes. La entidad espera que sus profesionales siempre estén en plena disposición de cumplir no solo con su labor profesional sino como agente social.

Aún con el predominio del discurso médico en la institución, de su forma de trabajo, de la demanda particular de la misma institución y del dispositivo específico con el que se labora en el departamento; el psicólogo logra un equilibrio entre todas estas variantes que le permiten sea posible laborar en la institución, no siendo igual el panorama para otros departamentos de psicología que pretenden desarrollar las mismas bases psicoanalíticas en muchas otras instituciones.

El área de psicología en un hospital debe tener en cuenta en qué punto se diferencian estos discursos para así poder avanzar en su trabajo, si bien haciendo uso de los controles médicos institucionales, hacerlo con mayor cuidado de la información confidencial que este maneja.

La comprensión de aquello que se conoce como el dispositivo de trabajo, es importante para el trabajo clínico, que se basa en el marco teórico psicoanalítico, por lo cual en este se explica la diferencia del psicoanálisis y la psicoterapia, puesto que al esperar efectos terapéuticos rápidos se debe establecer cuál es la herramienta de trabajo del psicólogo en práctica.

Esto nos lleva a preguntarnos ¿cómo daremos cuenta de si hay efectos terapéuticos rápidos?, para responder esta interrogante y cumplir con los objetivos de la investigación, es necesario poder explicar lo que es y cómo funciona el dispositivo de trabajo con el que se trabaja en S.O.L.C.A., lo cual nos llevara desde la teoría al ejercicio clínico, a la presentación de casos donde se comprobará o no, si existen efectos terapéuticos rápidos y como se darían estos.

El poco tiempo de trabajo, la oferta de un servicio, la demanda de este, la transferencia en el trabajo y los límites que el Instituto disponga van a determinar si existirán los efectos terapéuticos en el paciente y el papel que desempeña la enfermedad durante la estancia del paciente.

CAPITULO I

Marco Teórico

1.1 Psicoanálisis aplicado a la terapéutica

1.1.1 Diferencia entre psicoanálisis aplicado y psicoterapia.

La diferencia entre psicoanálisis aplicado y la psicoterapia es un tema del que se ha discutido ampliamente en un sin número de ocasiones, del cual tomaremos el espacio que sea necesario para establecer de forma concreta una diferenciación respecto del tema, que se desarrolla a continuación.

En los años 50 el psicoanalista francés Jacques Lacan remarca el uso de dos frases que se destacaran con mucha importancia debido a la diferencia que marca cada uno en relacional psicoanálisis por la posición ocupada.

“La práctica analítica” es aquella que ejerce el psicoanalista a la hora del trabajo con los sujetos. Y “la experiencia psicoanalítica” es lo vivido por el analizante durante las sesiones de trabajo con un analista; es todo lo que vive en relación al trabajo que realiza.

En el texto “Psicoterapia y psicoanálisis” del psicoanalista Jacques Alain Miller expone que ninguna de las dos, tanto el psicoanálisis como la psicoterapia son excluyentes entre sí, pero tampoco quiere decir que una es lo mismo que la otra.

Es decir que aunque ambas tengan algo que ver en algún punto ya sea remoto o no podemos decir que significan lo mismo. Sin embargo tienen en común el ejercicio clínico de raíz, siempre que tenga que ver con las psicoterapias que intervienen con la palabra.

“Lo que hay de común entre estas dos es que ambas aceptan la existencia de una realidad psíquica” (Miller J. A., 1993).

Es preciso recordar y reconocer que el psicoanálisis si bien trabaja con la palabra, durante su ejercicio clínico con el paciente, este, no busca una cura inmediata, sino, más bien, lo que hace es indagar en el inconsciente del mismo para encontrar historias pretéritas de la vida del sujeto donde se encuentre, quizás el conflicto del mismo que se desconoce.

Es decir que la clínica del psicoanálisis consiste en disociar la atención del enfermo de sus asuntos y reflexiones conscientes, como nos explica Sigmund Freud, iniciador del psicoanálisis en “Estudios sobre la Histeria” (1895).

En otras palabras el psicoanálisis apunta al inconsciente del sujeto para encontrar el origen del malestar del sujeto. La clínica del psicoanálisis consiste en el trabajo con la palabra la cual se da mediante la asociación libre, en relación de la transferencia ya sea real, imaginaria o simbólica, por interpretación de los dichos o los sueños del paciente. Así, con estos elementos se desarrollara la sesión de trabajo con el sujeto.

La presencia del analista para el sujeto es importante en el desarrollo de las sesiones de trabajo, existe un semblante imaginario que crea el sujeto en torno a la presencia del analista, Miller diría que “el factor clave en toda psicoterapia es que, hay otro que dice lo que hay que hacer, Otro al que el sujeto que sufre obedece y de quien se espera aprobación” (Miller J. A., 1993).

Para Miller esta imagen que crea el sujeto, este Otro del que cree depender para la toma decisiones, ese Otro supuesto al saber “es casi imposible de eliminarlo” (Miller J. A., 1993), del trabajo que se realiza, pues será en gran parte lo que ayudara al sujeto a continuar con el compromiso de trabajo, pero jamás se debe olvidar que quien realmente posee el saber es el sujeto mismo.

Por otra parte el médico psiquiatra y psicoanalista Héctor J. Fiorini en “Teoría y práctica de psicoterapias” de 1989 manifiesta su posición acerca de la psicoterapia y de lo que es ésta.

Expone entonces que, la psicoterapia, se pueden entender como técnicas experimentales de tratamiento con los sujetos, que tiene una amplia diversidad de elementos para la creación de las mismas técnicas. Sin embargo esta amplitud y libertad que se tiene obliga en cierta forma a tener mayor cuidado en tanto a lo que se plantea como un tratamiento terapéutico donde es necesario un sostenimiento teórico que acompañe a la ejecución de las técnicas.

Ahora bien “la psicoterapia individual es el método más asentado de aplicación clínica que ha sido heredado del psicoanálisis y de sus muchas elaboraciones teóricas” (Fiorini, 1989). Lo más destacable es que las psicoterapias individuales tanto como las grupales en que su mayor virtud reside en que son verbales, es por esto que en su mayoría son las más usadas y estudiadas en la clínica.

“Las psicoterapias deben ser colocadas, todas, bajo la lente de una rigurosa crítica epistemológica” (Fiorini, 1989). Es de gran importancia destacar que es necesario sostener teóricamente las técnicas que se usan en la psicoterapia. Todas las psicoterapias deben ser cuidadosamente observadas en la aplicación de las mismas, puesto que el grado de acercamiento con el paciente y los familiares de los mismos es estrecho.

Destacamos en el contexto como los antes mencionados las psicoterapias son terapias que trabajan con la imagen, por lo tanto estas se mueven pasando por el estadio en el espejo. Estas terapias se las conoce como terapias del amo puesto que al trabajar con la imagen buscan trabajar con una identificación con éste (el amo).

En tanto estas terapias sean de identificación, en esa medida el psicoanálisis es una psicoterapia. Cuando se habla de psicoterapias que no pasan por el cuerpo nos aproximamos al psicoanálisis.

“Todo significativo del Otro, toda palabra del Otro en tanto se le reconoce a ese otro la posición de gran Otro, tiene efecto de identificación”. (Miller J. A., psicoterapia y psicoanálisis, 1993). Es entonces así como trabaja el efecto de identificación, a través de un Otro que para el sujeto analizante que es quien posee el Saber, lo ubica en la posición de sujeto supuesto al Saber. Este gran Otro se ve reflejado en la figura del analista.

“Los analistas definieron el psicoanálisis como una terapia por identificación, es decir que el problema de “psicoterapia y psicoanálisis” es consecuencia del alejamiento de la identidad freudiana del psicoanálisis.” (Miller J. A., psicoterapia y psicoanálisis, 1993). Los analistas debe negarse a ser el amo en tanto ha sido ubicado como el gran Otro, es aquí donde se habla de “la ética del psicoanálisis y del deseo del analista, como de una deseo más fuerte que el de ser el amo” (Miller J. A., psicoterapia y psicoanálisis, 1993).

“Desde el punto de vista del mismo psicoanálisis, lo que conocemos por psicoterapia es un uso exclusivo de efectos analíticos”. (Miller J. A., psicoterapia y psicoanálisis, 1993). Se debe tener claro que un psicoanalista no es quien busca adaptar al sujeto a una realidad o que el analista sea el portador de la realidad.

El deber de una analista consiste en ser uno, advertir al sujeto de lo que es un psicoanalista, de lo que promete y de lo que no sabe, el analista debe saber manejar de la mejor manera los efectos que la terapia produce y la capacidad del sujeto de llevarlos consigo.

“Lo terapéutico en la operación analítica es el deseo. En cierto sentido, el deseo es la salud. Contra la angustia es el remedio más seguro. La culpabilidad se debe fundamentalmente a la renuncia al deseo”.(Miller J.A., 1999, pág. 9) Se debe tener en cuenta que el psicoanálisis no es totalmente viable trabajarlo en todos los pacientes. Cuando existen las condiciones para trabajarlo es importante determinar que “la transferencia es necesaria para que funcione además de la capacidad de analizar la transferencia” (Miller J. A.,1999 pág.).

El dispositivo de trabajo con los pacientes que demanda una cura se ejerce variando de caso a caso. Base fundamental para el desarrollo del trabajo y es “la fuerza del yo”. (Miller J. A, 1999). Para muchos analistas la fuerza del yo era lo que condicionaba realmente el tratamiento, qué tan fuerte era y cómo se podía manejar esta, era incluso parte de las indicaciones que se pedía tomar a la hora del análisis.

Al ser las contraindicaciones del tratamiento variables respecto a cada caso, según como se lo trabajase, las contraindicaciones o indicaciones que se prestan al tratamiento analítico, dice Miller “no hay contraindicaciones a priori al psicoanálisis” (Miller J. A., 1999).

Es así como Miller mismo continua diciendo que si bien debería ser como suena esta frase, sería mejor decir que “no hay contraindicaciones al encuentro con el psicoanalista” (Miller J. A., Las Contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico, 1999), y esto es de otra forma una secuela del derecho al sentido. Para Freud en su texto “Sobre Psicoterapia “ (1904-1905), la psicoterapia no era algo del mundo moderno y más bien se trataba de una práctica llevada por cientos de años. Freud defiende el uso de la psicoterapia aduciendo que ésta misma, ayudaba a muchos paciente a curarse no por medicamentos, no por el mismo medico sino por la “personalidad” de este .

Así comienza defendiendo el ejercicio de la psicoterapia sostenido que en todo lo que el médico realiza hay psicoterapia y no podríamos separarnos de la misma puesto que la presencia del médico frente al paciente causa en efecto en él, a veces sin que el mismo médico se dé cuenta.

El método analítico de la psicoterapia por su parte produce efectos y distintas formas de llegar a la cura de un paciente, y cualquiera que fuere este, será bueno.

Freud en el texto antes mencionado explica acerca de lo que la psicoterapia analítica, en qué consiste esta y cómo trabajarlo.

Parafraseando a Freud, expone que existe una naturaleza inconsciente de ciertos procesos anímicos que son la primera causa de los síntomas patológicos. Siendo esto expuesto, se explicará la posición de otros autores respecto a psicoanálisis o psicoterapia.

Es pertinente comenzar con una clara diferenciación de los términos psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado. Lacan en 1964, en la fundación de la Escuela Freudiana habla de los términos antes mencionados y define que, el psicoanálisis puro se encargará del psicoanálisis didáctico es decir para la formación del analista como tal y el psicoanálisis aplicado es orientado a la terapéutica y ejercicios clínicos. No debiendo ser esto tomado o ejercido como dos prácticas diferentes. Necesariamente.

“Tratamientos breves hace que el practicante esté más atento a la experiencia de cada sesión tomada de una en una, mientras que el de la experiencia pura, el tiempo para comprender prolongado que impone el análisis puro tiene como efecto natural desgastar ese detalle o bien hacerlo imperceptible para el practicante.” (Miller J.-A. , 2009)

Dado que la experiencia psicoanalítica se toma en cuenta de una en una, las experiencias breves o cortas con los pacientes provocará que éste tome en cuenta cada detalle de lo que trabajó con el sujeto el cual mejora el trabajo de análisis no siendo igual con las experiencias de análisis puro puesto que al ser más largas las sesiones de trabajo a veces cuesta mucho identificar factores importante de los dichos del sujeto

Miller en el texto “Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia”, manifiesta que “Lo que hace falta es que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica siga siendo psicoanálisis y que se preocupe por su identidad psicoanalítica”. (Miller J.A, 2001). Nos quiere dar a entender que sin importar lo que pueda suceder, el psicoanálisis aplicado a la terapéutica nunca debe perder aquello de lo que se basa, puesto que aunque sea psicoanálisis aplicado a la terapéutica, éste jamás deja de ser psicoanálisis, si esta es realizada por un analista.

Se debe recordar que cuando el psicoanálisis aplicado a la terapéutica pone de lado su base psicoanalítica, esto la convierte en psicoterapia, y el trabajo que se ejecute con esta sería puramente terapéutico.

Posterior a esto Miller afirma: “Cuando se habla de psicoanálisis puro y de psicoanálisis aplicado, se entiende que los resultados del primero son invertidos en el segundo” (Miller J.-A, 2009)

En este texto Miller indica que su objetivo primordial es que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica, no se deje llevar por la terapéutica en sí, para realizar un cambio en el mismo, es decir que siga siendo psicoanálisis en todas sus envolturas pero aplicado.

“El psicoanálisis puro no es más que uno de los usos a los que el psicoanalista se presta.” (Miller J.-A, 1999, pág. 9)

Es decir que no es el psicoanálisis puro es solo una herramienta más de aquellas con las que ya cuenta el analista; así continua explicando el autor que este un tipo de indicación que servirá para el trabajo con el sujeto, que va más allá que solo usar la técnica sino más bien estar seguros que el encuentro con el analista será útil o no.

En un texto posterior Miller afirma que “El psicoanálisis aplicado, el que practicamos, tiene una incidencia, que irá creciendo, sobre el psicoanálisis puro” (Miller J.-A. , 2009) Esto es a posteriori convertido en un lo que conocemos como psicoanálisis aplicado a la terapéutica, porque usa “algo” de ambos para poder funcionar como un dispositivo de ejercicio clínico que a su vez sirve de aprendizaje de caso a caso.

Miller: “La psicoterapia no existe” (Miller J.A, 2001) ; para el autor la diferencia entre psicoanálisis o psicoterapia no tiene mayor complejidad a la hora de diferenciarse puesto que para el “no existe” y de que “se trata de un rótulo acomodaticio que acoge a las prácticas más variadas “ (Miller J.A , 2001), por lo que podemos decir que lo que existe en común entre la psicoterapia y el psicoanálisis es que ambas trabajan con la palabra.

La psicoterapia si bien puede abarcar muchas prácticas con el fin de justificar las mismas, es necesario recalcar que, cuando hablamos de psicoterapia y psicoanálisis, nos referimos a las psicoterapias que tienen que ver con la palabra, las que tiene en algún punto una relación con el psicoanálisis como en el ejercicio clínico.

“El psicoanálisis aplicado también tendrá consecuencias sobre la teoría de la cura.” (Miller J.-A., 2009).

Como nos explica la psicoanalista AME de la Escuela de la Orientación Lacaniana Adriana Rubistein, en su artículo, “Los modos de aplicación del psicoanálisis” (Rubistein, 2003), el tema concerniente a la psicoterapia y el psicoanálisis puro o aplicado es complejo, para lo cual precisa modos de aplicación del psicoanálisis, según las condiciones, las demandas, si funciona o no el discurso analítico.

Partiendo del tipo de condición en el que se da un encuentro con el analista en una demanda terapéutica, no siempre será un caso que los lleve a diván, sino que muchas veces no pasará de una entrevista preliminar.

Aquí “Hay analista, pero no discurso analítico. Y no se trata de psicoterapia.” (Rubistein, 2003), pero observamos cómo se mantiene el deseo del analista. Esto podría traducirse en que es una forma de psicoanálisis aplicado sin entrar en análisis.

“Serían también modos de psicoanálisis aplicado aquellas intervenciones producidas por fuera del dispositivo analítico e incluso por fuera de condiciones terapéuticas.” (Rubistein, 2003)

Entonces son todas las intervenciones que están fuera del discurso analítico donde el analista pueda dar lugar a lo más singular del sujeto, incluso si no es el inicio de análisis, se puede dar en cualquier parte ya sea en una escuela, interconsultas, etc.

En el desarrollo del dispositivo psicoanalítico aplicado a la terapéutica que se usa con los pacientes es importante recalcar que para que haya un trabajo no solo debe haber una demanda del sujeto sino que también funciona lo que conocemos como deseo del analista. Es decir que debe haber analista.

Esto es explicado de la siguiente manera: “El encuentro con un analista y con su deseo abre la oportunidad de que la respuesta a la demanda se oriente en dirección al saber inconsciente y a las condiciones singulares del goce de cada uno, de que la transferencia sea empleada para producir un saber y no para la sugestión, de que los dichos del sujeto puedan ser escuchados para localizarlos en su decir. “ (Rubinstein, 2003).

El deseo del analista deberá actuar al inicio del trabajo desde la forma y condición de la demanda con la que acude el sujeto.

La cura o las trascendencias de una, como se ha mencionado con anterioridad, de la posición subjetiva en la que el paciente se ubica así como también como el analista se ubica.

1.2 Dispositivo de atención psicológica en S.O.L.C.A.

Psicoterapia, psicoanálisis puro o psicoanálisis aplicado, luego de haber leído acerca de los fundamentos de ciertos autores respecto al tema, finalmente surge una pregunta ¿Cuál de estos es el aplicado en la institución?

Podemos hablar de un modo de psicoanálisis aplicado, porque aunque hay un analista no hay necesariamente un discurso analítico, es decir que aún sin entrar en análisis se puede trabajar con psicoanálisis aplicado.

El dispositivo de atención en S.O.L.C.A. es indispensable precisar que en este no se trata de llevar al sujeto a que llegue a lo que conocemos como una experiencia analítica sino que se busca directamente bajar el monto de ansiedad del sujeto que presenta por la propia condición orgánica que presenta y que desencadena en el sujeto diversas posiciones subjetivas .

El psicoanálisis aplicado permite que puedan hacerse intervenciones un poco por fuera del discurso analítico, permitiendo que se dé un lugar a lo más particular de cada sujeto, esto es aun cuando ni siquiera se ha iniciado un análisis, es lo que permite hacer el dispositivo de atención en la institución, y es aquello que se trabaja con los sujetos.

1.2.1 Inclusión del psicoanálisis aplicado al hospital.

El dispositivo con el cual se procede es pensado en relación a la institución hospitalaria oncológica, por lo cual tiene como axioma de base conseguir un efecto ansiolítico, es decir, disminuir la carga de ansiedad que la situación actual le pueda estar produciendo al paciente

El psicoanálisis trabajado desde el hospital ayuda a la apertura de medios para que los pacientes asilados en la institución, colocados bajo el discurso médico solo como seres orgánicos, puedan tener la apertura de un lugar para ser escuchados de forma individual, un lugar donde se tiene voz y se puede decir algo acerca de lo que le aqueja.

Podemos decir que el trabajo elaborado en la institución con los sujetos es un modo de psicoanálisis aplicado a la terapéutica, ¿Por qué? la finalidad no es que el sujeto llegue a una experiencia analítica, ni llegar al inconsciente.

Las intervenciones que se realizan no deben hacerse con el fin de develar algo oculto, aquello que se aleja de lo consciente. Basándonos en este punto en definitiva, el dispositivo de atención en la institución es un modo de psicoanálisis aplicado, porque como se indica con anterioridad, no se trata de llegar a la experiencia analítica sino más bien crea un espacio de palabra para el sujeto que por el discurso médico ha sido de algún modo privada de ella.

Podemos pensar a este servicio de psicología, en términos de Miller en la jornada nº 2 de “Cosas de Finura”, como un “esbozo del acto analítico”, en tanto trabajamos efectivamente por la vía de la singularidad, con sustento psicoanalítico, y buscamos el despliegue de la asociación, de la palabra liberada.

En definitiva en la institución si bien se trabaja con un “esbozo del acto analítico”, no quiere decir que esto sea un trabajo de análisis, si bien pueden utilizarse herramientas del psicoanálisis aplicado, este precisamente opera en la institución hospitalaria aunque haya discurso analítico no necesariamente hay una entrada a análisis.

Sin embargo el trabajo que se logra alcanzar con la aplicación del dispositivo de trabajo que se usa en esta institución, es que a través de este método aunque no sea un trabajo analítico como tal, logra una reposición subjetiva en el sujeto por medio de la palabra y las intervenciones. Es decir es terapéutico.

Lo verdaderamente interesante de los efectos del dispositivo es la sensación de alivio en el malestar del sujeto, los recursos que este toma para poder afrontar aquello que lo aqueja, donde la implicación subjetiva entra en juego y las palabras con a las que el paciente irá dando forma e irá dando cuenta de algo.

Entre psicoterapia y psicoanálisis se tener claro los distintos lidies a trabajar como: compendios teóricos, ordenamientos, los fines que desea alcanzar, concepto de sujeto, el síntoma y el sistema salud-enfermedad.

1.3 La Técnica

1.3.1 Conceptos utilizados.

Algunos de los conceptos en lo que se basa la técnica con la que se trabaja en S.O.L.C.A. como se ha hecho referencia en el desarrollo de este texto, provienen del marco teórico del psicoanálisis.

Se trabajan conceptos como el síntoma, que según el “Diccionario del psicoanálisis” dirigido por Roland Chemama; el síntoma para el psicoanálisis no se ve representado como figura de una enfermedad, se lo considera como algo subjetivo que proviene de algún conflicto del inconsciente. Se debe destacar que el síntoma es imposible de curar.

Es necesario señalar que aunque el síntoma es uno de los conceptos que se manejan no es lo que se busca develar con el dispositivo que se trabaja en el hospital.

Otro de los concepto que se desarrolla es el de la angustia, que en resumen “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” (Chemama, 1993).

Para Lacan en el Seminario X, denominado “La Angustia”, esta no se trata de peligros internos o externos que vive el sujeto, sino más bien si existe un afecto que evoque esta conquista al sujeto, es decir un afecto que lo hace vacilar frente al deseo del Otro.

Freud consideraba que la angustia del sujeto provenía de la carencia de algo, de un objeto, ya sea la madre o el falo; para Lacan más bien no tiene que ver con la falta de ese objeto, porque ese objeto no está del todo perdido. La angustia es la real traducción de la búsqueda subjetiva del objeto perdido.

Es decir no se trata de la falta del objeto sino del soporte que este le daba, que para el sujeto era indispensable y ahí radica la falta. Es aquí donde Lacan explica que cuando algo intenta colmar esta falta, no lo logra y causa que la angustia resurja.

Es por esto que se dice que la angustia siempre va a dejar al sujeto pendiendo del Otro.

Es así como se explica la angustia en breves rasgos; ahora bien en el proceso de aplicación del dispositivo de trabajo, algo de esto será evidente en el discurso de los sujetos mientras tratamos de promover el relato en las entrevistas con ellos.

En tanto el fantasma, “se compone de elementos dependientes del universo simbólico e imaginario del sujeto, y que se encuentra en relación de obturación con su real, se expresa también en el matema puesto por Lacan: $\$ \leftrightarrow a$ ” (Chemama, 1993).

Se sabe que tiene más valor en tanto los momentos aislados donde aparece como palabras, forma de comportamiento, partes del cuerpo que va más allá de la totalidad del término fantasma.

Para Lacan la superficie del fantasma está cubierto por figuras del yo, este es cercado por el campo de lo simbólico y el imaginario pero el fantasma lo recubre en el real.

En tanto al goce, podemos decir que este se resiste al placer, al punto que le es intolerable. El goce no puede pensarse como que es una necesidad por complacer.

El goce tiene que ver con el deseo pero el deseo inconsciente. Esto muestra que sobrepasa de manera amplia toda relación a las emociones para esbozar el asunto de relación con el objeto, ese que pasa a los significantes inconscientes.

Es preciso explicar que Jacques-Alain Miller en el texto “Introducción a un discurso del método analítico” nombra tres niveles de la finalidad de la práctica analítica:

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| 1. Evaluación Clínica | Subjetivación |
| 2. Localización Subjetiva | Rectificación |
| 3. Introducción al Inconsciente | |

Para Miller existe un vínculo es lo niveles que se presentan, esos vínculos que unen a los niveles se unen por un punto específico; la evaluación clínica y la localización subjetiva la vincula la subjetivación; la localización subjetiva y la introducción al inconsciente la vincula la rectificación.

Esto no es otra cosa que los modos en que opera la práctica analítica. Sin embargo podemos decir que la práctica analítica es más que un método es una experiencia para el sujeto en análisis.

El primer nivel “evaluación analítica”, deja en claro puntos importantes para llevar a cabo el ejercicio clínico. Se debe tener en cuenta que dentro de este nivel se marca con verdadera importancia la cuestión del “derecho del sujeto”.

¿A qué se tiene derecho? es la pregunta de un neurótico en análisis; esta es la posición en la que el sujeto se instituye en función de su derecho y no un sujeto de hecho. Cómo se asumo en relación de su derecho.

Durante la experiencia analítica el sujeto puede dar cuenta que el modo de alcanzar la cura que espera se da de manera distinta.

Se debe tener en cuenta que el trabajo que se realiza con el sujeto siempre está manejado por la ética del profesional así como de su ejercicio clínico, no se puede trabajar sin ética porque será esta la que durante la experiencia constituya al sujeto.

Localización subjetiva nos explica que lo esencial en una experiencia analítica es el dicho, la dimensión del mismo que no se aleja de la dimensión del derecho, sin embargo ir de los hechos a los dichos no basta. Se debe también tener en cuenta la posición en la que se ubica el sujeto en función de lo dicho, es decir qué posición toma el sujeto frente a estos dichos de el mismo y cuestionarla.

Otro modo de observar la posición subjetiva del sujeto es la modalización del dicho; cómo lo modula y lo asume.

“En análisis no se trata de participar emocionalmente de las situaciones afectivas del paciente. La demostración de incompreensión frente a los afectos del otro es una posición sumamente importante” (Miller, J.A., 1997)

Rectificación subjetiva, cuando el sujeto pasa de quejarse de otros para poder quejarse acerca de sí.

Pues bien esto es el acto analítico, durante este se busca implicar al sujeto en lo que dice, responsabilizarse de algún modo de todo lo que dice sufrir.

El acto analítico mediante la rectificación subjetiva busca ayudar al sujeto a que aprenda que tiene una responsabilidad importante en aquello por lo que se queja.

En el desarrollo de la técnica que se aplica en el la institución, si bien Miller nos habla de tres niveles por los que debe pasarse en la práctica analítica, y el dispositivo que se trabaja en psicoanálisis aplicado, este no tiene como finalidad llegar al inconsciente del sujeto.

Sin embargo, cuando se llega al segundo nivel, llegamos hasta la rectificación subjetiva, pero no del todo, no alcanzamos el inconsciente en la técnica que se ejecuta en la institución hospitalaria, solo se llega hasta poder implicarlo en la queja de su malestar.

Es decir que solo abarcamos dos niveles de la práctica con el cual desarrollamos el trabajo con los sujetos en la institución.

1.3.2 Principios de la técnica.

Los principios de la técnica que se utiliza para el ejercicio del trabajo y que este tenga mayor efectividad a la hora de su aplicación se lo explicará a continuación.

Primero se debe tener claro que el dispositivo busca disminuir el monto de ansiedad del sujeto, el paciente se encuentra actualmente en una situación que diferente a su estilo de vida diario, su diagnóstico es un peso con el que carga sin saber qué hacer.

Un paciente problematizado, aplastado por la escena actual, consume gran cantidad de energía y esto afecta su sistema inmunológico disminuyendo su defensa.

Se debe promover el relato para que el sujeto pueda verbalizar el malestar.

Es decir lograr que el paciente hable, que diga sobre su sufrimiento actual e ir asociando este con momentos pretéritos de su vida. Si bien podemos pensar como el dolor actual está ligado a la enfermedad y al tratamiento médico, es necesario señalar que no toda la gente sufre igual, y que este dolor está íntimamente ligado con el dolor pretérito en algunos de los casos.

Buscamos en la invitación al relato la implicación de otras escenas, el ejercicio de historización, el pasaje del S1 al S2.

Durante el discurrir narrativo, el psicólogo está atento a encontrar la conexión, la palabra o significante que permita movilizar el dolor actual y así lograr desapretar el monto de ansiedad encapsulado en la situación de la enfermedad; esto por medio del relato y la implicación de otras escenas; se estará consiguiendo entonces efectos terapéuticos (apaciguamiento, tranquilidad) y una construcción o interés de orden fantasmático: “esto que me afecta ahora me ha afectado antes”

A través del relato y la dispersión de la energía psíquica a otras escenas se realiza una contención de la angustia y se indaga cómo otras situaciones pueden estar asociadas con la escena actual y cómo se asocia con la economía de goce particular.

En ciertos pacientes, esta movilización de escenas desemboca en un punto de dificultad, un punto desarticulado de la cadena, un roce con lo inconsciente, con lo Real; es en ese momento que el psicólogo realiza una invitación a la constitución de una demanda “¿Ud. quiere saber? Siga hablando”.

Sin embargo, lo más común en el trabajo es que el paciente retorne a una escena más general y evite el enfrentamiento con este terreno escabroso “*Dios sabe porque hace las cosas*”, no se presiona en la dificultad es el paciente quien coloca los límites de su investigación personal.

Así la producción de escenas cumple el objetivo ansiolítico – terapéutico, y puede resultar en un sujeto que esté dispuesto a enfrentarse con el obstáculo real, como que no lo esté.

Es necesario recordar que aunque este dispositivo sea un psicoanálisis aplicado nuestra finalidad en el ejercicio no es llevar al sujeto a una experiencia analítica, ni necesariamente a una investigación inconsciente.

El servicio de psicología, es trabajado como “esbozo del acto analítico”, ya que como se ha explicado se trabaja en función de la singularidad del sujeto, con la asociación de palabras del discurso del sujeto y marco psicoanalítico con el que se desarrolla el trabajo, hasta los límites que se han definido en el texto, no avanzar hasta el inconsciente.

Damos cuenta de las “frases vagas” antesala de una escena (la metonimia), y buscamos resaltarlas para conseguir la movilización del discurso hacia una escena más particular: “*siempre me pasa esto*” – ante el dicho del paciente podemos responder- “¿cuándo más?-”.

Tenemos presente la distinción de obstáculo imaginario y obstáculo real; en cuanto uno se basa en la dimensión transferencial; la otra es cuando el sujeto se ha tropezado con la dificultad y se encuentra fuera de recursos simbólicos, el tropiezo con el “a”, que resulta más evidente si tenemos en cuenta la perplejidad y el intento de enunciación.

Es importante saber que las intervenciones y cortes deben llevar al sujeto a hablar, y no deben realizarse como parte de nuestra investigación y curiosidad personal. Se trata de entender que hay momentos para apretar y otros para desapretar.

Es una suerte de habilidad volverse una posición que escucha y se mantiene al margen, que invita a hablar pero no da respuestas a las dudas del paciente, que se distingue de la objetalización y falta de pudor del personal hospitalario para con el paciente.

Continuando así con la explicación de la técnica, es importante resaltar que el trabajo que se realiza en la institución se da en función de lo que en las sesiones de trabajo se logre elaborar con el sujeto.

Las escenas y los cambios.- consisten en los modos de cambio de una escena a otra, esto es , los cambios de escenarios bruscos que realiza el paciente durante su relato , llevados de uno a otro por el pasante o el psicólogo en función , mediante los cortes o intervenciones que este realice durante el relato del sujeto .

La nomenclatura que usamos para control y referencia del personal del departamento.

La nomenclatura es la siguiente:

S1.- Son las escenas primeras que muestra el paciente, son sus primeros relatos en la entrevista, son de fácil acceso, es lo primero que desea comentar, o decir acerca de algún tema que este tuviere si pudiese decirse “a primera mano”.

S2.- Se trata del paso de escena del sujeto durante el relato, este suele darse por intervenciones hechas por el pasante o psicólogo en frases o dichos que este crea necesario remarcar o intervenir. En muchos de los casos las historias pretéritas de los sujetos, también se dan situaciones actuales de la vida personal del paciente que tendrán un efecto angustiante para él, que saldrán a la luz mediante estos relatos.

\$ (sujeto dividido).- Damos cuenta de la división de un sujeto o un sujeto dividido cuando este tiene un cuestionamiento, o una idea que lo hace pensar, que lo pone a dudar acerca de qué hacer, cómo actuar o qué decidir respecto alguna situación propia.

Es la duda, ante la decisión lo que causa una división en él. Se produce durante el relato del sujeto mediante una intervención o silencio del profesional, donde el paciente logra darse cuenta de que existe algo que no sabe cómo resolver; suele suceder en el intento de implicar al sujeto en el discurso que expresa. En repetidas ocasiones ante una duda o cuestionamiento lo que el paciente responde es un “no sé” o “ahora que lo pienso no sabría cómo hacerlo”.

Obstáculo.- Se presenta durante el relato del sujeto, es todo aquello que al paciente se le dificulte pronunciar, sea un tartamudeo, un silencio corto o largo.

Aquello que el sujeto no puede pronunciar y causa una evidente intranquilidad de ser mencionado o recordado.

Es aquí donde se busca promover el relato que llevará al paso de otras escenas, que a través de la palabra puede ser trabajado y lograr bajar el monto de ansiedad del sujeto.

1.4 El rol del psicólogo clínico.

Comencemos hablando de lo que es el rol. El rol es una sucesión de conductas o modos de comportamiento específico “lo que se espera de un individuo”, dependiendo del lugar que este ocupa sea cual fuere la situación en el ambiente en el que se encuentre y desarrolle.

Este rol es el puesto o la posición que el sujeto ocupa, que existe desde antes, algo como un sujeto ideal.

Entonces un sujeto en un rol debe cumplir las expectativas que se tiene acerca de su comportamiento en el lugar que ocupa.

Esto es lo que Néstor Braunstein nos explica en su texto “Psicología, Ideología y Ciencia” del 2005 acerca de lo que es el rol.

Definido lo anterior, ¿cuál es el rol que la institución espera que el psicólogo asuma en su ejercicio? , ¿Cuál es el rol que finalmente se ejerce en el trabajo que se realiza?, ¿psicólogo clínico o analista en formación?.

En el ámbito institucional en tanto el rol del psicólogo clínico, la institución, trata de dar una normativa de trabajo al profesional y a los individuos.

Aspiran que el trabajo del psicólogo con los sujetos se maneje al igual que el de los médicos de la institución, esto es que, todos sigan una norma, que el profesional del área mantenga en constante información de lo que pasa con el sujeto, tanto en forma verbal y mediante informes escritos.

En ocasiones se espera que el psicólogo funciones a modo de “consejero” respecto al malestar del sujeto para que actúe de tal o cual forma el paciente y facilite el trabajo de aquellos que circulan en el discurso médico.

Es difícil manejarse fuera del rol que la institución nos asigna, pero dependerá del psicólogo encontrar variantes para moverse dentro de la institución, en este rol impuesto, pudiendo trabajar con el dispositivo que considere apropiado y ético; donde haya lugar al ejercicio de una clínica distinta que intenta darle un lugar al sujeto, contrario a lo que la entidad demanda en primera instancia para los mismos.

Es decir, que si bien la institución asignará el rol al psicólogo, es este quién medirá la demanda de la misma, la estudiará y buscará el mejor perfil de modo de trabajo en función de su ética y el ejercicio que considere más adecuado para el trabajo con los pacientes; todo esto dependerá del criterio profesional del psicólogo.

La labor que se realiza por parte de los pasantes y del departamento psicológico, si bien tiene una demanda por parte del hospital, el departamento ha logrado hacer la variante que le permite trabajar de manera específica con los sujetos.

En el caso específico de S.O.L.C.A se utiliza un dispositivo distinto a otros hospitales en el departamento psicológico.

Este trabajo que se ejecuta es la de un psicólogo clínico, con lo que podría decirse que es un “esbozo de psicoanálisis”, puesto que no se busca llegar al inconsciente de los sujetos durante el trabajo.

Lo que el psicólogo clínico trabaja es psicoterapia según Miller, pero para Freud la psicoterapia es un efecto que se da del mismo trabajo de las entrevistas con los sujetos, aun cuando es indirecto el efecto, no es una práctica exclusiva de tal o cual ejercicio profesional.

Ahora bien si el dispositivo de trabajo que se esgrime es psicoanálisis aplicado a la terapéutica, el rol que se ocupan en función del dispositivo, es de psicólogo clínico, con un dispositivo psicoanalítico aplicado a la terapéutica que, sin embargo al ser ejercido no traspasa al psicoanálisis propiamente dicho, puesto que no es necesario que haya iniciado un análisis el practicante para hacer uso del mismo.

El rol del psicólogo en este caso es promover el discurso de los sujetos ayudándolos a pasar de una escena a otra para aligerar el monto de ansiedad que presentan los pacientes, al vivir una enfermedad de diagnóstico oncológico, la que no siempre es la principal razón del malestar el sujeto, sino que también ocurre que posee historias pretéritas que el sujeto pone como primordiales, de este modo el psicólogo busca darle un lugar al sujeto.

Entonces el rol del psicólogo es la de cumplir con la institución, con el sistema burocrático de la misma informando acerca de lo que sucede con el sujeto pero con una modificación propia, los informes entregados poseen información muy general sin especificación de algún tipo respecto al paciente.

El rol que desempeñan los pasantes del área es la de un psicólogo que aplica la clínica en el dispositivo de trabajo sentado en bases psicoanalíticas sin ejercer el psicoanálisis propiamente dicho, solo abre paso al discurso del sujeto dándole un lugar donde poder poner en palabras aquello que siente .

Un trabajo clínico con efectos terapéuticos rápidos, un trabajo que maneja el psicólogo clínico puesto que, los pacientes de la institución son de corto paso y acceso al trabajo que se realiza con ellos es limitado, es por esto que no se habla de psicoanálisis puro sino de psicoanálisis aplicado a la terapéutica.

1.5 EFECTOS TERAPÉUTICOS RÁPIDOS.

1.5.1 Antecedentes de la temática.

Sigmund Freud, en uno de sus textos cortos, nos va guiando en los antecedentes de los efectos terapéuticos, que él mismo evidenció en los tratamientos con varios pacientes durante su ejercicio médico.

En su texto “Psicoterapia tratamiento por el espíritu” escrito en 1905, en el desarrollo de este argumento, el autor da cuenta de algo que le parece importante y verdaderamente interesante, esto es que existe en los pacientes una condición que les permite sanar o mejorar únicamente con lo que él llama “expectativa confiada”, es una esperanza de cura que cada sujeto mantiene acerca del médico y el tratamiento que este le proveía , en situaciones en las que incluso la cura era denominada como “milagrosa”.

Para Freud las curas reales en los pacientes se daban en el empleo de las creencias de cada uno, inclusive la fé religiosa en sí es una de las muestras más fervientes de estas “expectativa, confiada”, pues el sujeto al creer en las promesas de estas divinidades, mostraba una mejoría notable.

Las expresiones somáticas y afectivas tenían una gran influencia en los mecanismos corporales para Freud.

Es evidente para el autor que existe un efecto terapéutico a partir de la oferta de una cura, ya sea de alguien que no pertenece a la ciencia, o de alguien que sí. Afirma que los médicos desde siempre han practicado la psicoterapia, desde el punto donde buscan hacer que el enfermo no solo se sienta bien con medicamentos sino en su psiquis, que los efectos terapéuticos no son algo nuevo.

Considera que la hipnosis es una herramienta viable para obtener resultados terapéuticos en los enfermos, un método práctico y eficiente para él ; sin embargo considera que no todos los pacientes pueden ser tratados bajo este mecanismo.

Así es como Freud hace sus primeras intervenciones acerca de la psicoterapia y sus primeras aportaciones de lo que son los efectos en tratamientos médicos y terapéuticos.

Por otra parte el mismo Freud en su texto “Sobre psicoterapia” es el primero en defender el uso de la psicoterapia como parte del ejercicio clínico, puesto que como el mismo sostenía en esta conferencia, la psicoterapia es una instancia que se da de manera indirecta, casi sin quererlo, donde muchas veces el paciente tiene un alivio con tal solo ver la figura del médico cerca de él.

Sostiene que el efecto terapéutico no consistía únicamente en medicar a los pacientes, que iba más allá de eso y que, esta práctica se ha sostenido a lo largo de los años, que para entonces ya le precedían.

Alguno de los antecedentes a la temática se presenta el proyecto llevado a cabo por Adriana Rubistein “Cómo terminan los tratamientos de orientación psicoanalítica en instituciones hospitalarias”.(Rubistein, A. y Barros, M., 1999 y Rubistein, A., 2002)

El punto de partida de este proyecto de investigación se da a raíz de las dificultades que algunos practicantes presentaban al decidir en qué momento era recomendable para cerrar un tratamiento en una institución, donde había que dar cuenta de lo que exige el análisis, y cómo se desarrolla el trabajo en el hospital lo que causaba una tensión entre ambas.

El marco teórico fue desarrollado considerando que aún entre los evidentes problemas entre la institución y la orientación analítica de los practicantes se podía iniciar un proceso analítico en la institución y llegar a producir efectos terapéuticos en corto tiempo de trabajo.

Aun cuando la hipótesis fue desarrollar un modo de cierre del trabajo con los pacientes, en el momento que concluyen el trabajo con cada paciente es donde se logra constatar que aun cuando se trabaja en sesiones cortas o breves con los pacientes, esto produce efectos terapéuticos.

En el desarrollo del proyecto cuando se llega a este punto de importancia, se da cuenta de que los practicantes aspiran algo más que efectos terapéuticos rápidos sino más bien el cambio de posición subjetiva del sujeto y que dichos efectos causados lleven a los sujetos al deseo de saber que hay más allá y llegar al síntoma.

1.5.2 Efectos terapéuticos rápidos y la demanda actual.

Entendemos a los efectos terapéuticos como el resultado paliativo de un sufrimiento, ya sea físico o mental, donde un sujeto solicita una solución inmediata.

El deseo de “no espera” por un resultado de un tratamiento es lo que lleva al sujeto en la actualidad a exigir un “efecto terapéutico rápido”. Los sujetos en la actualidad se comprometen con un tratamiento “sin importar cuanto tome” o “lo que sea necesario” para encontrar una cura, sin embargo estas enunciaciones no son del todo ciertas, puesto que detrás de este “sin importar cuanto tome” se esconde un “necesito que sea ahora”.

“La casi identidad del efecto y la causa, la obtención inmediata del efecto, es también el ideal de la pulsión tal como Freud la había descubierto en el núcleo de la estructura del sujeto”. (Bassols, 2006). Freud plantea que un Efecto terapéutico, se da por adición en el transcurso de una consulta, “si la causa es del inconsciente, demandar la no espera es imposible” (Ibid). Para él es el resultado de la batalla que existe en el sujeto de complacencia contigua que le pide la pulsión.

“Para el psicoanálisis, el efecto terapéutico es en primer lugar el objeto de una demanda, y el efecto terapéutico rápido es más concretamente el objeto de la demanda del sujeto de nuestro tiempo, en una civilización que se ha podido calificar de instantánea”. (Bassols, 2006). El efecto terapéutico se puede decir que es resultado de una demanda del sujeto, lo que se llamamos “objeto terapéutico rápido” es el efecto de un encuentro con la causa que deviene justamente del efecto terapéutico que se da por añadidura.

Se dice que el resultado del efecto terapéutico se da por adición a razón del encuentro con la causa, resultado que envuelve incesantemente un “no era lo que buscaba al inicio”.

“Consultar al psicoanálisis, para tener la oportunidad de encontrarse con la causa, la oportunidad incluso de no curarse del encuentro con la causa, de no dejar de no curarse de este encuentro. “ (Bassols, 2006)

Los efectos terapéuticos rápidos si bien es cierto suelen ser visibles con pacientes que recurren por demanda propia a un trabajo con un profesional, también puede palpase estos con los pacientes que no solicitan un tratamiento. La posición subjetiva del sujeto, como se ubica un sujeto en relación a su queja, goce y deseo.

Los efectos terapéuticos rápidos pueden variar de sujeto a sujeto desde una demanda de trabajo analítico como la decisión de no avanzar más allá de lo que hubiere surgido en el desarrollo de la entrevista.

“El efecto rápido es precisamente la demanda del sujeto en una civilización donde el tiempo para comprender tiende a esfumarse para hacer prevalecer lo inmediato del goce, de la satisfacción pulsional en una inercia que busca la identidad entre el efecto y la causa.” (Bassols, 2006)

La respuesta de un paciente de aplazar la entrevistas con el analista, son también un efecto terapéutico, pues es aquí donde el paciente decide por voluntad, dejar de lado aquello que lo aqueja, aquello de lo que goza, por este motivo aplaza y no se hace cargo.

Durante el desarrollo de las entrevistas con el analista se trata de poner al sujeto frente a frente con su goce y su deseo dejándolo dar cuenta que, allí donde se queja de alguna injusticia en su vida, lo que existe son secuelas de elecciones del sujeto.

“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.” (Berenguer, 2006) Se aparta así el relanzamiento del deseo y la renuncia a la muestra de goce el cual su coste mortificante se ha logrado entrever por las intervenciones del analista.

Lo eficaz del dispositivo que se aplica en los pacientes según Berenguer en el texto que este presenta para el segundo encuentro PIPOL; “se centra en la localización de un goce en el que la implicación del sujeto permite pensar la posibilidad de una elección, no en términos de destino (salvo en el sentido de un destino de la pulsión).” (Berenguer, 2006)

Es decir, se hace responsable al sujeto desde lo real de su goce, para que este pueda asumir toda responsabilidad de las elecciones que este ha tomado.

“La misión que tenemos (los analistas) en este mundo es la de reconocer y elucidar la diversidad humana, la diversidad de los modos-de-goce de la especie” (Miller J.-A., 2009)

Entonces para hablar de rectificación subjetiva como efecto terapéutico debemos centrarnos en localizar el goce en el sujeto, para que haya posibilidad de implicación y mostrarle al sujeto que existe una posibilidad de hacerse cargo.

“Los efectos psicoanalíticos no dependen del encuadre sino del discurso, es decir de la instalación de coordenadas simbólicas por parte de alguien que es analista, y cuya cualidad de analista no depende del emplazamiento de la consulta, ni de la naturaleza de la clientela, sino más bien de la experiencia en la que él se ha comprometido” (Miller J.-A. , 2009). Es necesario dar cuenta que, el momento que se da entre el analista y paciente, una experiencia que puede definir si el trabajo continua o se detiene; como sea que fuere ambas son un efecto terapéutico que proviene de un lazo transferencial imaginario que jugara también un papel de importancia durante el desarrollo de las entrevistas.

En un ejercicio práctico acerca de los efectos terapéuticos rápidos, el analista debe tener un papel activo, sus intervenciones deben ser cautelosas, orientadas plenamente al malestar del sujeto y de lo que este sujeto pudiese y quisiese hablar.

En las entrevistas se debe promover el diálogo para que los factores mencionados con anterioridad comiencen a funcionar, a cada uno jugar su propio papel en el desarrollo de la entrevista dentro del marco en que ocurre en cada una de las sesiones.

Hay que destacar que los pacientes son diferentes y en diferentes ocasiones la habilidad del analista es de gran importancia para emplear de manera ordenada la dinámica de la entrevista o trabajo que se realiza con cada sujeto.

“El efecto terapéutico es un subconjunto del psicoanálisis” (Miller J. A., psicoterapia y psicoanálisis, 1993). Es decir, no es algo que se busca directamente cuando existe el efecto es por causas indirectas, no es lo que se busca se da por añadidura.

Los efectos terapéuticos tienen que ver con cambios en la posición subjetiva de los sujetos, depende del caso y la subjetividad de los sujetos, y como este responda a las intervenciones hechas por el analista, que siempre irán acompañadas intrínsecamente de la relación transferencial para moverse.

A. Rubistein dirá que también tiene que ver con “la producción del efecto sujeto, a la operación de un nombre del padre que funcione como referencia, a la conmoción de una identificación, a un cambio en la relación con el deseo y en la economía libidinal.” (Rubistein, 2009)

Por otra parte para Jean-Daniel Matet, en la presentación previa al segundo encuentro PIPOL del 2006, dejar entrever algo importante “Los efectos terapéuticos obtenidos se producen a menudo después de algunos encuentros, algunas sesiones y no se confunden con una curación.”

Así mismo continua diciendo que, los efectos terapéuticos, “No son tampoco el fruto de falsear las exigencias de la transferencia y del acto analítico renunciando a su fundamento, sino que tienen toda su incidencia en la formación de un analista.” (Matet, 2006).

Sostiene del mismo modo que el psicoanalista de estos tiempos, no puede no interesarse por los resultados de aquello que realiza en sus intervenciones; es así que cita a Miller en una entrevista que le fue realizada por la revista L'Express en el 2005 donde afirma que: “Los analistas aprenden a moderar, a modular este poder de conmoción y de desvelamiento que el análisis puede tener sobre las identificaciones, los ideales, los valores, las creencias, las raíces del goce”.

1.5.3 Efectos terapéuticos rápidos en el ámbito institucional.

En el plano del encuentro PIPOL 4, se hace una revisión de los conceptos de Jacques Lacan del discurso analítico, del acto analítico, conclusión de análisis, deja ver al psicoanalista como nómada, es decir puede moverse en distintos contextos pero sobretodo permite el ejercicio en el contexto institucional.

Se sabe que existen efectos analíticos aunque también considerados como terapéuticos de modo indirecto, aun cuando el psicoanálisis no los reconozca como tal.

Aun cuando una institución autorice el trabajo psicoanalítico en la institución y este espacio que se permite sea pequeño, se debe destacar que este lugar por pequeño que sea se le denomina "lugar alfa".

¿Qué es un lugar alfa? Miller resuelve que un lugar alfa es un espacio donde no es solo el espacio para hablar sino para respuestas; es un lugar donde la conversación que se lleva a cabo se torna en una invariable de preguntas que se tornan en respuestas.

La condición para que este lugar alfa exista, es que el analista pueda operar o intervenir dentro de lo dicho por el sujeto, para ir develando circunstancias que el sujeto ha guardado sin saber que lo hacía.

¿Por qué se puede sostener este espacio con el sujeto mediante palabras? Porque existe una relación transferencial del sujeto al analista; es necesario que este lazo que se crea por elementos puramente imaginario se sostenga para realizar el trabajo, conectándose con ese saber supuesto que desconoce que el mismo posee.

Es entonces aquí donde se puede observar que el ámbito institucional se puede tener efectos terapéuticos rápidos desde el plano institucional porque va a depender de dos factores importantes:

- Que la institución de espacio para el mismo, aunque este sea pequeño.
- Que el sujeto no solo pueda verbalizar, sino permitir el establecimiento de un lugar alfa, sostenido principalmente por la transferencia.

Ahora bien el principal problema del trabajo de los lugares alfa en la institución es que, a medida que se permita se den los espacios, ésta, pedirá siempre datos y números al final de cada día, cada semana y cada mes. Ejercerá la institución su poder y pedirá medidas de control, respecto de lo que sucede con cada paciente.

El rol del profesional ya sea psicólogo o analista dentro de una institución es cumplir con estos requisitos sin olvidar su ética profesional y el compromiso de confidencialidad con el paciente, podrá llevar registros con datos lo más generales posibles cumpliendo con el sistema de control sin caer en el que el sistema lo controle en su totalidad.

Los efectos terapéuticos pueden darse en todas las instancias. Es decir no porque se trabaje en una institución ya sea hospitalaria o de cualquier tipo, no afirmamos que no habrá efectos, puesto que, como se ha explicado con anterioridad en otros capítulos, los efectos terapéuticos se dan ya sea de forma directa o indirecta. Pero aún cuando haya en efecto terapéutico, no todos tienen una reacción terapéutica positiva, aun así siempre será un efecto terapéutico.

Existen efectos analíticos, cuando se oferta una posibilidad de trabajo con una expectativa de disminución del sufrimiento, esto establece para el sujeto un consuelo terapéutico, es decir que con solo el hecho de conocer que haber un trabajo siente un alivio y se constituye un efecto terapéutico.

La aplicación del dispositivo en la institución trae consigo en tanto efectos de la aplicación transformaciones subjetivas que consienten una nueva posición frente al malestar al sujeto.

En el caso específico de la institución hospitalaria S.O.L.C.A. los efectos terapéuticos son posibles, la aplicación del dispositivo psicoanalítico es viable. Aun cuando actúa como ente controlador, ese ente de querer saber todo lo que sucede con cada sujeto a través de sus mecanismos de control; aun así permite el trabajo y que este tenga sus propios efectos.

1.5.4 Efectos terapéuticos rápidos: Límites y alcances. Reacción terapéutica positiva y negativa.

Los efectos terapéuticos, sus límites y alcances van a depender de la particularidad de cada caso; es preciso también destacar que las intervenciones del profesional según el campo transferencial tendrán una reacción: positiva o negativa sobre el sujeto.

Pero para esto cabe destacar que ninguna intervención del analista o del psicólogo es estándar, no se puede pensar que alguna de ellas producirá un efecto exacto o particular, o que puede ser prepara con antelación

Las intervenciones siempre serán variables, distintas de caso a caso y dependerá en gran parte de la relación transferencial que se haya establecido

previamente como se lo ha mencionado; así como, la versatilidad del profesional al momento de las intervenciones.

La transferencia y la contra-transferencia (que es la suma de los prejuicios) son algunos de los factores que ineludiblemente tienen que ver con los límites y alcances de los efectos terapéuticos rápidos.

Las transferencia no es sino el desplazamiento de la libido de lo que se recuerda del objeto original que es puesto en el analista de modo inconsciente.

La transferencia en palabras simples es el espacio que se crea entre el analista y el analizado, es ese “algo” que se le atribuye al analista , que permite avanzar un trabajo de verbalización del discurso del sujeto en función de un “supuesto saber” que se le atribuye al profesional que entra por la vía del imaginario.

Este factor que ayudará al paciente avanzar en el trabajo, le ayuda a verbalizar o no, puesto que este desplazamiento concierne a un objeto original, se le atribuyen características y sentimientos de este objeto, y es así como los sujetos reaccionaran frente al analista, en función de lo que este evoca en ellos, no siendo este sentimiento directo al profesional, sino a alguien del pasado que el sujeto desconoce que provoca esto en él.

La dimensión transferencial es de suma importancia no solo para realizar el trabajo con los sujetos, sino porque es a partir de esta que se presentaran los efectos terapéuticos, que el \$ tendrá una reacción terapéutica ya sea positiva o negativa ante el tratamiento.

La transferencia sólo funciona si la pensamos como fenómeno que está desde siempre en la constitución de cada sujeto.

Para Freud la transferencia se presta a la resistencia; aun así, puede ser una herramienta terapéutica importante en el desarrollo de la dinámica de análisis en la dirección de la cura del malestar del sujeto.

“Hostilidad transferencial debe ser explicada como el desplazamiento de otros vínculos actuales, que hace que parte de su carga persecutoria se ha puesto sobre la figura del analista o terapeuta”. (Fiorini, 1989). La reacción terapéutica negativa, es un efecto terapéutico rápido, pasa por un “estoy bien” a “no me pasa nada”, el deseo de no realizar un trabajo con el profesional que se lo oferta, tiende a poner al paciente, en una situación incómoda.

Se presenta por varios y distintos factores, ya sea esto por el poco conocimiento de lo que se trata el trabajo, la dimensión de lo transferencial, y la imagen.

La reacción terapéutica negativa se define como “un límite de”, porque no permite avanzar más allá de lo que el paciente permite durante las entrevistas. El sujeto prefiere y decide un tipo de resistencia ante el trabajo por desconocimiento, se siente amenazado, por decisión personal e inconsciente de “seguir gozando” de aquello que lo aqueja.

Cabe destacar de manera importante que “el analista no está solo o fundamentalmente para interpretar algo que ocurrió en el pasado, sino lo que está ocurriendo en este momento” (Heiman, 1956) Durante el ejercicio de las técnicas que se usan para abordar y trabajar con el paciente, ya sean las tradicionales o nuevas, lo que se tiene claro es, que todas apuntan a la disminución de la ansiedad que presenta el paciente.

Por lo general lo que se intenta es establecer un vínculo con el paciente, y es este el que nos ayudará en el progreso de la terapia a desarrollar con el mismo. El efecto terapéutico no puede ser pensado como una “cura” inmediata, más bien como intento de esclarecer situaciones particulares de cada sujeto.

Es así que el efecto terapéutico rápido tiene su “trabajo” no solo en relato, ni en profundizar en situaciones pretéritas de los sujetos, o situaciones actuales, a veces tiene que ver con el mero hecho de la presencia del profesional.

El enunciado “me tranquiliza verlo”, es una de las muchas frases que pueden oírse en repetidas ocasiones en situaciones con los pacientes, donde el semblante del analista, la presencia del mismo ante el sujeto, es quizás el efecto terapéutico más rápido que podamos observar.

La reacción terapéutica negativa se lo define como “un tipo de resistencia frente a la curación particularmente difícil de superar, debido a la cual, cada vez que se espera un progreso se produce un agravamiento, como si los que la presentan prefieran el sufrimiento a la curación.” (J. Laplanche & J. B. Pontalis, 1967).

Para la autora Luisa de Urtubey en su texto “sobre la reacción terapéutica negativa” del año 2003, “La reacción terapéutica negativa” como la “asesina del tratamiento psicoanalítico” (Urtubey, 2003), lo cual se puede considerar no solo como un límite sino como un obstáculo al trabajo que se realiza, que es impuesto por el inconsciente de los sujetos.

Aunque Urtubey los considera como una “asesina del tratamiento psicoanalítico” para otros autores como Joan Riviere es más bien esta negativa es “analizable” (Riviere, 1963), puesto que nos lleva más allá, “algo” de lo que el

paciente no desea develar y lo cuida con tanto celo. Esto es tomado como algo positivo para el desarrollo del análisis del caso en que se presentaren estas situaciones antes mencionadas.

Los alcances y limitaciones de los efectos terapéuticos, dependerá no solo de las intervenciones del profesional o de su habilidad para avanzar en el desarrollo del proceso, sino también del sujeto que es finalmente quien decidirá hasta dónde puede llegar el trabajo, hasta donde permitirá destrabar de aquello de lo que el goza.

1.6 Frente al diagnóstico de cáncer

1.6.1 Angustia

En el texto de “Inhibición, síntoma y angustia” de Freud de 1925, se escribe sobre la angustia que es una reacción por parte del Yo ante una señal de peligro; y que esta reacción puede ser distinta en cada individuo. El Yo trata de esquivar esta situación escapándose de ella y el síntoma se presenta como la forma inmediata para esquivar esa angustia que el individuo siente. Esta angustia que siente el sujeto busca una descarga inmediata.

Al hablar de la señal de peligro que se siente, nos lleva a dar cuenta finalmente que esta reacción ante el peligro que se siente es si bien angustia, no es cualquiera sino la angustia de castración, donde el niño siente temor de ser castrado, por aquellos sentimientos de deseo que alberga respecto a su madre y no poder acceder a ella como objeto sexual.

La castración es esa sensación de abandono causado por el objeto perdido al que jamás podremos poseer.

Se mencionan hechos que se ligan con la angustia de castración del niño en el Edipo:

- La muerte
- La pérdida

Son estas precisamente las que se presentan en los pacientes con un diagnóstico oncológico, es decir, un paciente diagnosticado con cáncer suele ser un sujeto que no ha pensado en la posibilidad de una enfermedad a largo plazo, o con una idea cercana de la muerte, o la pérdida de una línea de vida diaria; son estos sujetos que son arrancados de su diario vivir; de ser un sujeto con una vida a ser un diagnóstico médico casi sin palabras, donde ahora debe “luchar” por ella.

El sujeto se siente aplastado por el diagnóstico y su casi enfrentamiento con la muerte, lo lleva a presentar cuadros de dolor físicos y psíquicos los cuales en la mayoría de los casos ante una propuesta de un espacio que ofrece oír lo que él tenga que decir, ayuda a articular un discurso acerca de esta sensación ante lo real de la muerte.

Es donde el trabajo toma sentido ante estos pacientes que siente la angustia ante la muerte o la pérdida, pues al ir verbalizando y dar cuenta de que el trabajo del psicólogo es distinto al del médico, su demanda cambia, sus afectos se van reorganizando, va ordenando sus pensamientos, ideas, palabras, decide en el trayecto avanzar con el trabajo hasta donde debe decidir entre si desea saber que hay más allá de los diagnósticos médicos o si hay algo más que le cause un malestar, la pérdida a través de su situación médica.

Y es que frente a la angustia, esa del “no saber”, es dónde van a producirse un sin número de fenómenos físicos y psíquicos en el paciente donde será el paciente el único que finalmente decidirá que hacer respecto a su malestar. Si

se presenta una oferta de trabajo por parte del psicólogo por derivación de algún médico, es finalmente el paciente mediante la transferencia quien resuelve, trabajar o no.

1.6.2 Dolor físico y psíquico

Dolor físico y psíquico, dos instancias que pueden funcionar en un mismo cuerpo, en un mismo sujeto, incluso una puede causar la aparición de la otra.

El dolor es una experiencia ligada a lo emocional, que no es gustosa para quien lo padece. El dolor es una señal de que algo no está bien en la persona.

Cuando un paciente es diagnosticado con cáncer, de forma automática entra a enfrentar un nivel de estrés alto donde se presentan cuadros como angustia, depresión, ansiedad , que presentan dolor psíquico del sujeto que muchas veces se acentúa de tal modo en que puede reflejarse en sensación de dolor físico. Cabe recalcar que esto no pasa en todos los casos.

Las condiciones que se prestan entorno al paciente tanto en la institución hospitalaria, como en el plano familiar y laboral en relación al diagnóstico del paciente, van a influir en la manera percibir el dolor en el sujeto.

Esto va a tener una importante influencia en la manera en que perciba no solo los tratamientos médicos, las medicinas, sino también todo aquello que cause la enfermedad, como el dolor físico que pueda experimentarse, el cambio de la imagen del sujeto producto de los tratamientos que recibe y el modo en que se percibe así mismo dentro de lo social con su diagnóstico.

En el trabajo con el psicólogo se podrá hacer evidente el modo en que el sujeto percibe su situación actual y como se posiciona en relación a la misma.

Es a través de este ejercicio clínico del psicólogo que se busca en alguna medida bajar el monto de ansiedad que el paciente maneja al momento.

El efecto terapéutico que proviene a través de las palabras puede llegar a aliviar el dolor que percibe el paciente, sea cual fuere este, ya que muchas veces el sujeto no está seguro de donde proviene, es por esto que la oferta de un trabajo donde puede hablar, inicialmente llega con una demanda que va cambiando en el transcurso ya sea de las sesiones de trabajo como de las palabras o dichos que el sujeto enuncia y escucha de sí mismo.

CAPITULO II

2. METODOLOGIA

El desarrollo metodológico de este documento se efectúa mediante el método clínico con referencia psicoanalítica. Aun cuando el método psicoanalítico no es verificable, el trabajo que se desarrolla aquí, hace uso de esta referencia para el desarrollo del trabajo presente.

“El Método Clínico se puede definir como el conjunto de procedimientos, ordenados sistemáticamente, que se apliquen en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano. Con dicho conocimiento se pueden generar afirmaciones pronósticas aplicables en ciertas y específicas condiciones de investigación, evaluación, diagnóstico e intervención.” (Díaz SanJuan, 2010)

Para Díaz Sanjuán, este método clínico en la psicología clínica, no va encaminado únicamente a las actividades que ejerce el profesional, sino más bien, este método busca establecer situaciones donde la tensión que se genere sea segura y confiable, para obtener información real del sujeto, permitiéndole expresarse de modo amplio, usando esta información en el trabajo que se realiza a modo individual con el sujeto. Es allá a donde apunta la aplicación de este método.

“El método clínico está destinado a responder a situaciones concretas de sujetos que sufren, solamente pueden centrarse en el caso, o sea, en la individualidad.” (Díaz SanJuan, 2010)

Es decir, que la labor que ejerce el psicólogo clínico se realiza solo con el sujeto que padece algún malestar. Este sujeto se convierte en la única misión del profesional, y no otros, puesto que de éste es de quien relatara lo que ha observado. Es aquí donde el método clínico se centra, en el “estudio, desarrollo, investigación, evaluación, diagnóstico y evaluación” (Diaz SanJuan, 2010) de casos.

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Tipo de Investigación: Aplicada.

Este tipo de investigación es conocida también como empírica, puesto que su principal característica es la aplicación de saberes se ha alcanzado.

“La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, que requiere de un marco teórico. En la investigación aplicada o empírica, lo que le interesa al investigador, primordialmente, son las consecuencias prácticas.” (Marín Villada, 2008).

La investigación aplicada suele ser usada para temas de los cuales se sacará un provecho en áreas sociales o para la sociedad. La investigación clínica suele ser uno de los temas que suele usar la investigación aplicada.

En el desarrollo de este trabajo se utiliza la investigación aplicada, puesto que se pone en práctica el conocimiento que ha sido alcanzado a lo largo de la carrera. No solo de 4 años de aprendizaje universitario, sino también, el aprendizaje obtenido a lo largo del año de pasantías que se cumple como requisito previo a la obtención del título profesional.

El trabajo que se realiza no solo se basa en la teoría, sino también con la puesta en práctica de las teorías aprendidas previamente para la aplicación de métodos de trabajo clínico en la institución Hospitalaria S.O.L.C.A., donde se desarrolla el trabajo con pacientes oncológicos mediante un dispositivo de trabajo propuesto por el departamento de psicología de la institución.

2.2. Población:

La población es un vinculado finito o infinito de individuos u objetos que conservan características similares, que sean visibles en momento y lugar explícito.

La población con la que se desarrolla este trabajo son los pacientes oncológicos internados en S.O.L.C.A (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer), quienes por un diagnóstico medicado dado con anterioridad, se encuentran internados a esta institución hospitalaria.

El trabajo se realiza con los pacientes del tercer piso del hospital, aquellos que se lo conoce como hospitalización e internado.

2.3. Técnicas e instrumentos principales de investigación

Entrevistas

Las entrevistas es un modo de recolección de datos para una investigación que se realice. Un entrevistador realiza preguntas que pueda darle a esta información de interés, que sirva como fuente de información fiable para el posterior trabajo a realizarse.

“La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas.

Nadie mejor que la misma persona involucrada para hablarnos acerca de aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o piensa hacer.” (Franco, 2006)

La entrevista abierta, es la técnica de recolección de datos para la investigación, es aquella con la cual se trabajó durante el desarrollo del trabajo.

Para ser más específicos con el tipo de entrevista que se utilizó con los individuos, fue la entrevista operativa.

Las entrevistas operativas según Fernando Ulloa en su texto del mismo nombre, nos dice que, este es un sumario que suelen darse en distintos períodos que ponen condición en la técnica que se usara con un sujeto.

Estas entrevistas poseen momentos específicos y particulares, que van a corresponder a una particular manera de usar la técnica:

1. Pre-entrevista
2. Apertura
3. Acontecer propiamente dicho
4. Cierre
5. Post-entrevista

La entrevista operativa tiene como objetivo sacar el mayor provecho de cada entrevista, puesto que esto se lo hará con la finalidad de obtener mejor información de modo más eficaz en el poco tiempo que se tiene en la entrevista. El límite de tiempo suele darse por el modo en que ocurre la entrevista, ya sea voluntaria por parte del sujeto o que lo abordemos.

Las entrevistas operativas en su modo de trabajo buscan que el sujeto durante las entrevistas, intente implicarse en función de lo dicho, es decir recobre algo de lo que dijo e intente buscar una solución o cambios que considere necesarios para sí mismo o una problemática que lo aqueje.

De este modo irá trabajando la técnica en torno a la entrevista entre paciente y profesional, no se busca curar sino más bien, movilizar algo en el sujeto que lo lleve a encontrar una posible solución para aquello que causa malestar en él. De este modo se trata de encontrar algo en los dichos en los paciente internados en S.O.L.C.A. que puedan verbalizar, ya sea respecto a la enfermedad, familia o de índole personal.

Este tipo de entrevista no suele contar con mucho tiempo para el trabajo; una o dos entrevistas muchas veces es lo que se necesita para poder realizar un trabajo con efectos terapéuticos en los pacientes.

CAPITULO III

3.1 Análisis de los Resultados

3.1.1 Caracterización de los efectos terapéuticos rápidos en S.O.L.C.A.

Durante 10 meses los practicantes del departamento de psicología clínica tuvimos la oportunidad, de ejercer en la institución hospitalaria S.O.L.C.A. donde se labora mediante la aplicación del dispositivo de trabajo basado en psicoanálisis aplicado a la terapéutica.

En el transcurso de las pasantías se afinan las herramientas de trabajo como la escucha, pero también se aprenden otras como los “cortes” o “intervenciones” durante el relato de los sujetos. En este punto es importante recalcar que estas herramientas son necesarias durante el desarrollo de las entrevistas, pues es ahí donde se puede apreciar los efectos terapéuticos rápidos.

Los efectos terapéuticos rápidos, se presentan de diversos modos. Ya sean positivos o negativos, ambas representan un efecto terapéutico rápido. Podemos mencionar que un fenómeno esencial es el establecimiento de la transferencia con el sujeto diagnosticado. Algunos de los efectos más evidentes, se dan durante las entrevistas, cuando se logra que un sujeto, se implique en la problemática que presenta.

Frases como “me siento mejor cuando lo/la veo”, “me tranquiliza verlo”, o “me ha ayudado lo que me ha dicho” aun cuando no se ha dicho algo; estos son algunos de los efectos.

La presencia del psicólogo, ese, que pasa por las salas con un “buenos días, ¿cómo le va?”, tiene un efecto tranquilizador para ciertos pacientes; aun cuando no desean elaborar un discurso, la figura del profesional que pasa ocasionalmente para saludar, da tranquilidad, al ser objeto del discurso médico, el cual no da palabras, y no las permite más allá del cuestionario de rutina sirve como ansiolítico para los pacientes no solo alguien que les dé un espacio sino alguien que se preocupa por el bienestar del sujeto.

Cuando se presenta la oferta de trabajo con los pacientes, en varios casos existe el deseo de un trabajo continuo donde a medida que avanzan las entrevistas, se hacen intervenciones, donde hay silencios, los sujetos reformulan situaciones de su vida presente o pretérita, a menudo se presentan situaciones donde esta escucha y este discurso que se elabora en la entrevistas hace surgir frases como “ desde que hablo con usted puedo dormir”, “cuando usted viene y me escucha me deja de doler la cabeza”, “ no puedo dormir, pero ya llegó, quiero hablar y descansar un poco” .

El poder hablar para muchos pacientes tiene un efecto no solo en la psiquis sino también en lo corporal para el sujeto, lo relaciona, este siente alguna mejoría que la atribuye al trabajo que realiza con el psicólogo y demanda continuar con el trabajo. Aun cuando las situaciones que refieren pudieren ser difíciles de mencionar para los sujetos, encuentran alivio en las palabras, y desean seguir con el trabajo.

El rechazo del trabajo que se oferta, es una caracterización también del efecto terapéutico, pues alguno de estos pacientes o no quieren saber de su malestar, el deseo de no renunciar a aquello de lo que gozan, o bien la idea de que para este servicio es para personas “locas” .

CONCLUSIÓN

Luego de realizar la exploración en la que se comprobó la existencia de efectos psicoterapéuticos rápidos en los pacientes oncológicos, a partir del trabajo realizado por los practicantes de psicología durante su paso en el año de pasantías en el Hospital, se ha logrado cumplir con los objetivos que se plantearon para el desarrollo de la tesis.

Se pudo dar cuenta de los efectos terapéuticos mediante las respuestas de los pacientes positivos o negativos frente a la presencia del psicólogo, al tratamiento, independientemente del resultado. Al respecto podemos decir que este hecho estará ligado siempre a la transferencia, esto se verifica en los casos, donde son evidentes los efectos terapéuticos del dispositivo de trabajo del departamento de Psicología.

Se reafirmó la posibilidad de obtener efectos terapéuticos en un corto tiempo de trabajo, siempre bajo la consigna de que el psicólogo sepa manejar su relación con el Instituto hospitalario, y se guía por su ética, para poder llevar a cabo el ejercicio clínico adecuado para cada caso presentado.

Por otra parte se concluyó, al analizar a la institución en su discurso amo-universitario con los sistemas de control que maneja, que este influye en el malestar del sujeto.

Y ante el proceso de histerización del discurso, la institución, concede abrir un espacio de palabra al departamento de psicología, que permite el ejercicio del psicoanálisis aplicado a la terapéutica, que da a los pacientes acceso a la palabra para formular su malestar y trabajar en torno a lo dicho por el sujeto.

El trabajo que se realiza en el departamento de psicología se lo puede considerar de gran importancia porque no solo ayuda a bajar el monto de ansiedad del paciente en relación a lo que le aqueja, ya sea su mismo diagnóstico oncológico o alguna historia pretérita que él mencione, sino que también da al sujeto un lugar en todo el entramado institucional, diagnósticos médicos y su enfermedad.

Podemos comprobar que el diagnóstico de cáncer llevará a algunos pacientes a elaborar más que otros, pero será la angustia ante la muerte y el no saber, lo que permitirá que trabaje o no y eso es también un efecto terapéutico.

El Psicoanálisis aplicado a la terapéutica es posible llevarlo a cabo en la institución, y es sostenido en el plano imaginario, en un trabajo con la transferencia, que es de gran importancia a la hora no solo de la aplicación del dispositivo sino también al momento de evidenciar efectos terapéuticos rápidos.

Para finalizar, el trabajo presentado no solo da cuenta de cómo se presentan efectos terapéuticos rápidos con una técnica de psicoanálisis aplicado en la institución, sino también que ha permitido mostrar un dispositivo de trabajo distinto al que se maneja en la mayoría de las instituciones.

Es aquí, por medio de este modo de trabajo que podemos tener una idea más clara de los efectos y del manejo apropiado de un dispositivo de atención, siendo que este puede ser viable.

RECOMENDACIONES:

- Es recomendable mantener el dispositivo de trabajo en la institución hospitalaria pues no solo se beneficia el paciente sino que refuerza también el ejercicio clínico del pasante.
- Informar a los pacientes y familiares acerca de la existencia del servicio de psicología.
- Mayor difusión del servicio que ofrece el departamento de psicología en el hospital, dejando claro que este servicio es opcional.
- Extender la investigación para lograr “afinar” las herramientas con las que se trabaja y poder obtener mejores resultados.
- Indagar si la técnica de trabajo, es aplicable en otras instituciones hospitalarias y comprobar si existen efectos terapéuticos.

Bibliografía

<http://www.solca.med.ec/>. (6 de Marzo de 2013). Obtenido de <http://www.solca.med.ec/>

Bassols, M. (Enero/Febrero de 2006). *Virtualia*. Obtenido de <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?pipol/bassols.html>

Berenguer, E. (Enero/Febrero de 2006). *Virtualia Revista Digital de la escuela de orientacion Lacaniana*. Obtenido de <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?dossier/berenguer.html>

Braunstein, N. (2005). *Ideología , Psicología y Ciencia*.

Brousse, M.-H. (Abril-Mayo de 2002). *¿De qué sufrimos?Virtualia Revista Virtual de la Escuela de la Orientacion Lacaniana*. Obtenido de <http://virtualia.eol.org.ar/005/default.asp?notas/mhbrousse-01.html>

Chemama, R. (1993). *Diccionario del Psicoanálisis*. Paris: Amorrortu Editores.

Fiorini, H. J. (1989). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Vision.

Foucault, M. (1978). *La incorporación de los hospitales en la tecnología moderna (pdf)*. Obtenido de www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria1.pdf

Freud, S. (1905). Psicoterapia tratamiento por el espíritu. En S. Freud, *Obras Completas TOMO I* (págs. 1014-1027). El Ateneo.

Freud, S. (1905). *Sobre Psicoterapia*. Buenos Aires: Obras Completas. Vol.VII. Ed. Amorrortu.Bs.As.

Freud, S. (1925(1926)). Inhibición,síntoma y angustia. En S. Freud, *Obras Completas TOMO III* (págs. 2833-2883). El Ateneo.

- Heiman, P. (1956). *"Dinámica de las interpretaciones transferenciales"*.
- J.Laplanche&J.B.Pontalis. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse, PUF*.
- Lucero, P. F. (7 de Junio de 2012). *Campo de Psicoanálisis*. Obtenido de <http://campodepsicoanalisis.blogspot.com/2012/06/la-teoria-de-los-cuatro-discursos.html>
- Matet, J. D. (2006). Presentación del tema del segundo encuentro PIPOL. *"Los efectos terapéuticos en psicoanálisis"*. <http://www.scfmurcia.com/temas/varios/1-los-efectos-terapicos-en-psicoansis.html>.
- Miller, J. (Mayo de 2001). *Freudiana 32*. Obtenido de <http://www.freudiana.com/2001/item/113-freudiana-32>
- Miller, J. A. (1993). Psicoterapia y psicoanálisis. *Registros*.
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método analítico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J. A. (1999). Las Contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico. *El caldero de la escuela*.
- Miller, J. A. (2009). PIPOL 4 "Clínica y pragmática de la desinserción en psicoanálisis". *"Clínica y pragmática de la desinserción en psicoanálisis"*. Barcelona: www.champfreudien.org. Obtenido de <http://ri2009.champfreudien.org/index.php?nav=286>
- Miller, J.-A. (Junio de 2009). *Encuentro del Campo Freudiano*. Obtenido de Clínica y Pragmática de la Desinserción en Psicoanálisis: <http://ri2009.champfreudien.org/index.php?nav=286>
- Riviere, J. (1963). *A contribution to the Analysis of the Negative*.

Rubistein. (2008). *EFFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA INTERVENCIÓN.FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA / SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES / ANUARIO DE INVESTIGACIONES / VOLUMEN XVI (pp. 147-156)*. Buenos Aires.

Rubistein, & B. (1999). *La terminación del tratamiento de orientación psicoanalítica en las instituciones hospitalarias. En Anuario de Investigaciones : Vol. VII (pp. 241-256)*. Buenos Aires: Secretaria de Investigacion de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Rubistein, A. (2002). *Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos con orientación psicoanalítica en las instituciones públicas. En Anuario de investigaciones : Vol. X(pp.399-410)*. Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Rubistein, A. (Abril/Mayo de 2003). *Virtualia Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*. Obtenido de <http://virtualia.eol.org.ar/007/default.asp?notas/arubistein-02.html>

Urtubey, L. d. (2003). Sobre la reacción terapéutica negativa. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 9-28.

Diaz SanJuan, L. (Agosto de 2010). <http://www.psicologia.unam.mx>. Obtenido de <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Materiales%20de%20apoyo/Procedimiento%20y%20Proceso%20del%20M+%C2%AEtodo%20Cl+%C2%A1nico%20-%20-Lidia%20D+%C2%A1az%20Sanju+%C3%ADn%20-%20TAD%20-%203-%C2%A6%20Sem.pdf>

Franco, Y. (Junio de 2006).
<http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/entrevistas.html>. Obtenido de
<http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/entrevistas.html>

Marín Villada, A. L. (7 de Marzo de 2008).
<http://metinvestigacion.wordpress.com/>. Obtenido de
<http://metinvestigacion.wordpress.com/>

Ulloa, F. (1963). *La entrevista operativa*. Buenos Aires: Ofi. Publicaciones Facultad de Filosofía y Letras UBA. Obtenido de
<http://es.scribd.com/doc/52291129/Entrevista-Operativa-Resumen-Fernando-Ulloa>

ANEXOS

CASO #1

Paciente J.R. de sexo masculino, 27 años de edad. Se realizaron 3 entrevistas. Este paciente no fue referido por la institución o alguien del personal de enfermería, más bien, es encontrado en la sala sentado llorando y observando el piso en estado de ansiedad. Se le pregunta si ha sido atendido por el servicio de psicología con anterioridad a lo que responde que no y aduce que le gustaría acceder a este.

El paciente indica mientras llora que está “en mal estado de salud” y que su mayor preocupación es el dinero “esta enfermedad me tiene mal, no puedo ni moverme Dra. Estoy solo en este país con mi mujer y mi hija”.

Comenta acerca de su situación falta de dinero, falta de trabajo, el costo del tratamiento *“yo necesito trabajar, generar dinero, soy un esqueleto inservible, no me puedo ni parar, ni mover, no puedo hacer nada solo”* (rompe en llanto), *“esto no es vida”* aduce.

Comenta que al momento de la hospitalización, de los gastos se hacen cargo dos amigos, así como del cuidado de su esposa y su hija, ellos también se encargan de ello: *“Yo soy colombiano, vine aquí pues por cuestiones de trabajo, pero como soy ilegal pues, cuando supieron de la enfermedad me botaron (llora) sin indemnización, nada!”*, *“solo 100 dólares para exámenes”* (llora).

Durante este relato muestra mucha ansiedad, le cuesta hablar, el relato es pausado y con dificultad mientras llora.

“Yo antes salía con mi Sra. Paseábamos, salíamos a trotar y a pasear con la bebe, mi hija jugaba conmigo y... me abrazaba... (Llora) ahora... soy...nada Dra. ...”

Comenta que un año antes había notado protuberancias en el cuerpo *“...pero como uno es pobre (llora) no tiene como ponerse a enfermarse...”* finaliza.

Luego de un breve silencio comenta *“¿Por qué le pasa a uno esto? (silencio), no hay respuestas... (Silencio) ¡Qué carajo! Yo tengo que reponerme, no sé cómo, pero tengo que reponerme!”* aduce enérgicamente.

“Le tengo miedo a morirme... no quiero morirme, no así, siendo nada, dejando a mi familia...así no por favor (lo dice en voz baja)”

“yo me deprimó mucho, tengo estos amigos los que hice en el trabajo...me siento débil, tengo que conseguir la forma de salir de aquí.”

En este momento de la entrevista se nota muy indispuesto al paciente, por lo que se recomienda descanse un poco, antes de irse a su cama comenta:

“Gracias Dra. Por venir aquí, por favor le agradezco si usted sigue viniendo, Ud. dijo que escucha y yo quiero hablar.” Termina la primera entrevista.

Segunda entrevista:

Se encuentra al paciente tranquilo y con deseos de hablar.

¿Cómo ha estado? , “aquí pues bien, quería agradecerle por oírme el otro día, porque estaba muy mal, me quebré”.

Comenta que su mayor preocupación sigue siendo la situación económica y su deseo de poder trabajar.

“mi mujer pobrecita, le toca cargar con todo esto, mis amigos ayudan pero ellos también tienen su familia y yo... (¿Ud.?) [Intervención], Bueno... ¿cómo le explico?”

“...es que mi esposa se comunicó con mi papito (llora) él está enfermo y se asusta (se le dificulta hablar), vendrá a verme y me da pesar porque, que pececito con el porqué él tiene arritmia y que venga a verme, así...acabado, lisiado, no quiero, mi papito es mi todo”

“mi esposa cometió el error de llamarlo pero ya pues, está hecho. Me pone feliz verlo pero no así, él si me quiere”

¿Él sí?

“...vera, mi mamita (obstáculo), con ella no me llevo mucho, es que (llora), ella no me quiere pues... (Silencio) ¿Sabe? Ahora que lo pienso...no sé porque, quizás quedo embarazada joven, o no cumplió sus metas, no sé, y no sé si quiero saberlo, porque si no me quiere.... (Silencio) (Encoge los hombros)”

“yo no soy pegado a ella porque ella siempre ha querido más a mis hermanitos, los ama, a mí en cambio me pegaba desde pequeño, me pegaba mucho, y por eso...yo no me fui a los 14 años de casa”

-¿se fue?

“sí, yo odiaba esa situación, siempre todo era yo, todo lo malo y pues me canse y recorrí varios países así vendiendo cosas, durmiendo en terminales...por eso tampoco quería que sepan de mí, yo no soy pegado a ellos.”

“mi mamita y mis hermanos no me quieren...mi papito en cambio está pendiente él es bueno... (Silencio), bueno no siempre fue bueno...cuando era pequeño mi papá le pegaba mucho a mi mamá, era mujeriego y yo, la defendía

a ella (llora) pero luego de que mi papito le pegaba y se cansaba ella me pegaba a mí, se desquitaba conmigo”.

“yo quiero traer a mi papito a vivir conmigo, yo soy pegado a él, es mi todo, él ha cambiado”

“yo viajaba a Venezuela, Bogotá, Argentina, Chile, Perú, Ecuador y así luego de un tiempo volví a casa, mi papito había dejado a mi mamá, cuando yo tenía 15 años volví , la cuide todo el embarazo por él que pasaba , igual me pegaba , cuando nació (silencio) , ella me olvidó, vi que en serio no le importaba y me fui de nuevo , y por eso yo llevaba mucho rencor en el corazón y por eso no me llevo con ella , dice que me extraña pero no me llama ni nada”

Se hace un corte y se indica que se continuara en la siguiente entrevista.

Tercera entrevista.

Se encuentra dispuesto al paciente, aduciendo que esperaba para que se dé la entrevista; al iniciarla comenta:

“estoy contento porque han pasado cosas buenas, estoy mejor, me han pasado cosas maravillosas que uno no hubiera pensado “

¿Cómo qué?

“mis quimios, no las estoy pagando , tuve una amiga aquí, que escucho mi problema, ella me dijo que me ayudaría y me dio mucha pena por ella... ella murió pero le dijo a su hermana que me pague las quimio(llora) , me pagaron 3.000 dólares en quimio y ella murió ,no sobrevivió , su familia cumplió su deseo y solo para que me mejore, yo...un desconocido ... las personas que menos uno espera me ayudan, Ud. , mis amigos del trabajo, y mi amiga que hice aquí, que está con Dios ahora.”

(Silencio) *“...Dios ahora creo más en por qué los envió a todos ustedes a hacerme ver que el rencor no es bueno, que atrae cosas malas y que debo perdonar a todos, debo corregirlo “*

“yo le agradezco un montón Dra. Me ha ayudado mucho hablar con Ud. Ahora solo me toca poder levantarme, yo vendré a buscarla cada vez que pueda para hablar porque sé que me ayudara”

En este caso presentado, durante las entrevistas, existen notables estados de ansiedad del paciente. El sujeto realiza sus propias construcciones a través de las intervenciones, que se destaca no necesitan ser muchas, o muy largas para causar un efectos en el paciente J.R.

En el caso que se presenta, los silencios que se manejan durante las entrevistas llevan al sujeto a reconstruir su propia historia.

La transferencia que se establece en las entrevistas permite que el sujeto verbalice aun cuando se presentan situaciones de dificultad para la paciente, entonces continua elaborando.

Es importante destacar que si bien las intervenciones y los silencios con los que se trabajó, lo llevaron a ir reconstruyendo, dándose respuestas a sí mismo; esto lleva al sujeto a sentirse dividido llevándolo implicarse en la problemática que ha presentado el mismo. Se da así una rectificación subjetiva como efecto de las entrevistas; así como el factor externo de las entrevistas y vivencias propias del paciente en las salas, genera en el sujeto, preguntas que refuerzan los efectos que consiguieron en el trabajo.

Caso #2

Paciente: X.R.

Sexo: masculino.

Edad: 34 años

Entrevistas realizadas: 7

X es paciente interno del tercer piso del hospital, entra por debilidad, malestar se le diagnóstica leucemia. Se detecta la misma luego del paciente informar a los médicos que se auto medicaba, como resultado de esto las defensas bajaron y se llega al posterior diagnóstico.

Se encuentra al paciente en la primera entrevista observando por la ventana, se le oferta el servicio y acepta, dice que está bien pero triste, *“me falta lo más importante mis hijas, son todo para mí y ellas sufren porque no estoy”*. Paciente llora mientras explica que es casado y tienen dos hijas pequeñas a quienes cuida todo el tiempo.

Comenta “todo esto que me está pasando es enteramente mi culpa, solo mía, y por eso sufren los que amo mis padres, mis hijas, pero yo solito me lo gané”. Al poco tiempo dice que descansará, solicita ser visitado nuevamente.

En la segunda entrevista *“psicóloga quiero saber que tengo exactamente, quiero saber si voy a vivir o no”* comenta su amor por los hijos y trae consigo que tiene un tercer hijo que es producto de otro compromiso, habla mucho del amor hacia sus hijos y llora cuando lo hace.

“yo hice cosas malas en el pasado y por eso me pasa esto”, procede a contar las circunstancias bajo las cuales aduce que tiene “esta enfermedad” como X la llama.

Dice que todo comienza en el 2005 con varios sucesos que relata entre los cuales estuvo en coma, en silla de ruedas y comenta *” yo soy echado para adelante, logré caminar aunque dijeron que no podía”, ” yo creo en Dios, sé que saldré de esto”*.

X relata muchas situaciones personales que lo siguen llevando a pensar que son el motivo de su enfermedad así como también se aferra al amor por la familia durante los relatos. Durante la entrevista suele quedarse en silencio, sonrío mirando a la nada y dice *”cada hombre forja su destino, yo forje el mío, yo hice esto de mi”* sonrío irónicamente, me mira y dice *”solo quiero vivir lo suficiente”*, se despide y pide ser visitado nuevamente agradeciendo haber podido hablar en este entrevista.

Al iniciar la tercera entrevista X comienza diciendo *”Ud. parece buena persona no se deje engañar por nadie, como lo hice yo”* se queda por largo rato en silencio y pregunta *”¿Por qué las personas se suicidan?”*, X se responde a sí mismo *”creo que porque son cobardes, yo estoy aquí así sin saber nada de mi enfermedad y no pienso jamás en hacerlo”*

Comenta que extraña mucho a sus hijos y que no habla con ellos por celular, ni ellos saben que está enfermo porque le dolería mucho que lo vean así y que sepan su condición, toma un momento de silencio y pregunta si esto que él habla es evaluado por algún médico, se le explica que la función de mi presencia ahí no es para evaluarlo y que es algo que se le había explicado con anterioridad, existe un silencio corto y una dificultad para hablar.

Comenta con detalles sobre su vida pasada y pregunta *”¿por qué si uno cambia la gente nos juzga?”*, relata cómo ha vivido experiencias de su vida que lo hacen cuestionarse sobre la sinceridad y el perdón comenta *”si yo me arrepiento y pido perdón me dirán si te perdono pero siempre estarán resentido*

y no será de corazón, ¿para qué pedir perdón entonces?” “todos tienen derecho a arrepentirse violadores, homosexuales, ladrones, violadores”, tiene un cuestionamiento que lo hace finalmente dudar y decir *“realmente no sé”*.

Al finalizar la entrevista argumenta *“ya no hay honor en nada ni en robar, ya ni los códigos de antes se respetan”*.

En la cuarta entrevista el paciente se encuentra en los pasillos de área donde se encuentra por remodelaciones, mirando a la nada dice *“estoy pensando en mi vida en todo lo que era de joven bailaba, tenía mujeres, y ahora yo aquí sin saber aún”* Durante esta entrevista al paciente aún no se le da un diagnóstico definitivo.

“quiero salir corriendo por esa puerta, coger taxi e irme, pero ¿no sé? y ¿si me pasa algo? No sé si huir, estoy harto” agacha su cabeza durante el relato y se mantiene mirando hacia otro lado.

“he perdido mi juventud”, al instante comenta no sentirse cómodo con la presencia de otra pasante del área, pues aduce que ella lo mira de forma particular *“si me va a decir algo ¡que me lo diga!”* dice algo molesto y un poco exaltado, prefiere cortar su relato porque la presencia por el sector de la otra pasante lo incomodaba.

En la quinta entrevista se muestra más calmado y dice estar mejor que el día anterior, dice que había estado pensando en que esperaba que llegara con una camiseta azul a verlo porque ese día jugaba “Emelec” aunque él era “Barcelonista” había notado que cada ocasión en la que se tenía una entrevista o pasaba por su sala los días en que jugaba el “equipo azul” yo asistía al hospital con ropa de esos colores, sonrío y menciona mirando a la nada *“daría todo por hacer deporte, correr de nuevo, yo no puedo horita no por la leucemia*

sino por lo de mi columna”, “daría mucho por tan solo hacer lo que hacía antes, farrear, irme de viaje, ojala pudiera”, se queda en silencio mirando al suelo.

Relata cómo es la relación con su hijo mayor y que espera realmente poder darles una buena vida a sus hijos porque no pensó en ello en su vida de antes. Vuelve a mencionar el poder correr *“pronto lo hare ya verá, así me tome cien años lo haré”*.

Continúa con los relatos familiares de los cuales siempre destaca *“somos muy unidos”, “siempre nos enseñaron a amar a nuestra familia con defectos y virtudes”,* y comenta que cuando tenía 16 años sus padres se divorciaron, aunque le afectó jamás dejó de respetarlos, mira fijamente luego de un largo silencio *“estuve pensando, le he contado todo de mi vida y como me siento y yo jamás le cuento a nadie, me hace sentir liberado poder hablar”, “he pensado en contarle a mi mujer ciertas cosas que ella no sabe “.*

“Estoy contento porque me harán las quimio con eso mejoraré sin que importe nada lo lograré”, luego habla de la confianza en una vida mejor y diferente y pregunta *“¿Ud. confía en mí?, yo sé que si confía después de todo lo que le he dicho Ud. ni me juzga ni me mira raro, gracias”*.

Durante la sexta entrevista en tono alegre comenta que habló con sus hijos y que estaba decidió a irse del hospital pidiendo permiso *“yo soy bien hogareño”* habla de toda su familia y anécdotas durante una de estas se le pregunta acerca del hermano que menciona fallecido, se le dificulta hablar de ello existe un silencio y dice *“cachetón, todos lo amábamos y mimábamos mucho”*.

Cuenta la historia personal del hermano así como también logra hablar de su sobrino y comenta bajo qué circunstancias fallece, le cuesta mucho hablar de todo ello durante el relato, *“él y sus 3 cuñados murieron perdidos en el mar”*, comienza a llorar y pide que por favor no se toque nuevamente el tema de su hermano, comienza a hablar de su situación clínica y cómo pronto le harían la quimioterapia, y que resistiría para poder salir del hospital.

A la Séptima entrevista está recostado y comenta que está triste pues lo cambiaron de sala, hay mucho ruido, no puede dormir y nadie le explica porque lo pasaron al área de cuidados especiales, *“hoy no quiero hablar, venga más tarde estoy esperando a los doctores, me siento solito y deprimido, quiero hablar con Ud. pero más tarde, gracias por venir”*. Fin de la entrevista.

Se lo visita en dos ocasiones más pero en una de ellas estaba hablando con los médicos y en otra se encontraba dormido.

Disposición: El paciente se muestra participativo a lo largo de casi todas las entrevistas, se continuará el trabajo con el mismo durante el tiempo que continúe su hospitalización.

Comentarios: El paciente tiene sentimientos de culpa respecto de su enfermedad que relaciona con su vida pasada, durante los relatos logra pasar de una escena a otra, se muestran obstáculos al hablar de temas específicos que rodeen a su familia, extraña mucho a sus hijos, se maneja con caracteres morales para la mayoría de las situaciones que comenta, repite la idea de ser él quien forjó su destino, comienza a hablar más sobre sí mismo lo que siente y piensa acerca de él mismo y las situaciones sociales, familiares e individuales que lleva a costas.

Caso #3

Paciente: A.S.

Sexo: Femenino

Edad: 45 años

Entrevistas realizadas: 10

A.S., es una paciente que fue ingresada inicialmente para estudio por sospecha de algún tipo de cáncer.

Durante las tres primeras entrevistas, donde le fue explicado el trabajo, da a conocer que ella no desea tomar el servicio por el momento puesto que se siente en buen estado de salud.

Durante la cuarta entrevista se procede a dar una vuelta de rutina a la paciente, donde está, expresa su deseo, de hacer uso del servicio de psicología, a razón del diagnóstico médico que le fue dado.

Se muestra ansiosa durante la entrevista, llorando dice: *“me dieron el diagnóstico tengo leucemia”, “estoy preocupada por mis hijos”, “somos pobres y mi esposo pocas veces tiene trabajo”.*

Continúa *“es que mis hijos...” “hay solo una madre y los últimos tiene una 23 años y el otro 16 años, el mayor tiene familia, no trabaja vive conmigo, todo está mal muy mal “.*

“Tengo que conseguir dinero para mí, yo me cuido (llora), no sé qué hacer porque yo no esperaba esto.”

Quinta entrevista:

“Dra. Estuve esperándola desde ayer es que no sé qué pasará conmigo, con esta enfermedad, como será después “, se le pregunta ¿y cómo será después? A lo que la paciente responde, “truncándome el futuro... yo quería ponerme un negocio Ud. Sabe que soy pobre y hasta me quitaron el bono” “¿y si me vuelvo una carga?” (Llora) “no sé qué me pasara porque yo extraño a mi familia”.

“Mi hijo me llamo” (llora desconsolada), se le pide que se calme un poco para que pueda hablar, continua el relato “quiere que vaya a la casa, yo no quiero ser una carga mi familia me necesita, no sé qué pasara”, se le pregunta acerca de si desea saber qué es lo que sucederá y responde “si quiero saberlo pero me da miedo”

“Es que no saber si uno quiere saber es algo normal, yo he visto a todos aquí, y piensan lo mismo que uno piensa. Tener miedo a ser una carga y no poder ayudar más.”

“Gracias por venir a oírme” (llora), “es confuso no saber, mis planes truncados, y ser una carga no es fácil”. Fin de la entrevista.

Sexta entrevista:

Se la encuentra a la paciente dispuesta al trabajo y algo ansiosa, al preguntársele ¿Cómo ha estado?, responde inmediatamente que no ha podido dormir por las noches y que le anima tener una nueva entrevista.

La paciente comenta que durante las noches tiene varias ideas que rondan su cabeza *“pienso en cosas de la vida, la enfermedad (silencio)...mi hijo”.*

“Él tiene 14 años es el menor está sufriendo mucho, no estudia ha bajado de notas, pasa acostado. Me duele porque me pide que vaya, esta así desde que me fui, no sé qué decirle no tengo palabras, creo que solo lloraré”, se interviene ¿no tiene palabras? A lo que responde la paciente, “el solo tiene 14 años (silencio) (llora)...es que creo que le he fallado”, se interviene ¿Ud. Ha fallado?, responde la paciente “una madre debe estar siempre con sus hijos, entran a la adolescencia y no estoy ahí, yo debería estar ahí, no dejarlo”

“Yo lo cuido somos muy pegados, eso pienso aquí en la noches “, “no encuentro palabras”

La paciente se queda en silencio y dice “cuando Ud. Viene siempre lloro y me da vergüenza, pero lloro porque no puedo más y solo Ud. puede escucharme mi dolor y mis tristeza, y yo le agradezco por venir a oírme de verdad.”

“Estaba pensando que si hablo más con Ud. puedo encontrar que decirle a mi hijo yo no quiero fallarle, es el más chico y me necesita, ¿me dice mami ya vienes? ¡Y no me salen las palabras y por eso no quiero llamarlo, y la verdad no sé porque pero creo que es mi culpa, pero debo cuidarlo, no quiero que me vea llorar, pero es que duele tanto”.

“Gracias por venir, yo necesito seguir conversando con Ud. Siga viniendo, Ud. una vez me dijo que si hablo puedo aclarar cosas...yo sí quiero saber cosas, míreme que hasta lloro”.

“Intento seguir por ellos, no puedo hacerles daño a mis hijos, el, sobre todo él, que es el que más me necesita, es el más pequeño, gracias por venir a verme”

Séptima entrevista:

“Dra. La he estado esperando, he estado mal, estuve en USI, ¿tengo miedo de perder mi manito!” Se le pregunta ¿Qué le paso a su mano? *“es que el Dr. No me creía cuando le decía que no dormía y por nervios me puse mal, y luego lo olvide todo y solo desperté y no podía mover mi manito”* ...

La entrevista llega a su fin debido a que el equipo médico la interrumpe para poder hacer visita a los pacientes.

Octava entrevista:

Se le pregunta a la señora S. como ha estado y lo que responde que está bastante animada puesto que sus hermanas han ido durante el fin de semana a cuidarla.

Que su única preocupación por el momento era lo económico pero nadie la dejaba pensar mucho en eso, pero aduce por el momento estar tranquila y no tener novedad alguna que comentar.

Novena entrevista:

Durante esta entrevista al igual que en las anteriores se muestra dispuesta al trabajo y verbaliza con facilidad, aduce estar “contenta” de tener otra entrevista pues desea hablar acerca de no haber podido dormir nuevamente.

“No sé qué he estado pensando, quizás es porque no me dicen nada de lo que pasa en mi casa, mi hija viene los fines de semana, pero no dice qué pasa y eso es lo que creo que no me deja dormir....eso y la falta de dinero” “no sé si quiero saber que pasa en mi casa, es que es difícil saber y no saber” se hace una intervención ¿saber y no saber? , *“si porque con esta enfermedad o que pasara conmigo, o porque esta enfermedad es así... o que pasa con mi hijo, o mi esposo o mi otro hijo, creo que es eso, pero no puedo dormir”* “...y no estoy segura realmente porque no puedo hacerlo”.

“Lo que yo si se Dra. Es que yo quería contarle todo esto, porque es un alivio para mí decirle a Ud. porque solo Ud. escucha y me ayuda a pensar mejor y me ayuda a poder decir mejor las cosas que tengo en la cabeza. Gracias por venir.”
La entrevista es nuevamente interrumpida por el equipo médico y es dejada para una siguiente ocasión.

Decima entrevista:

Se encuentra ansiosa a la paciente, comienza la entrevista *diciendo “duermo poca horas, pero a veces no duermo, y pienso...en estar aquí “*

“Él porqué estoy aquí” (silencio), intervención ¿por qué Ud. cree?, “creo que es porque no me cuide bien, es lo que pienso”, (silencio) “tengo que no pensar”, (intervención) ¿por qué “tiene”?, “verá Dra. Mi hijo vino y me dijo que no lo haga porque me hace daño y eso es hacerles daño así que no pienso, pero es difícil (llora), es que yo creo que les hago daño.” Intervención ¿Ud. Cree? , “no sé... (Llora), no creo, o tal vez si porque yo me pongo mal y ¡él dijo que les hago daño!” “¡él dice!” . “pero yo no sé, no sé qué pensar...” (Obstáculo), repite en voz baja “yo no quiero hacerles daño”, “yo nunca se los he hecho y ahora yo les hago daño por pensar pero no puedo evitarlo, (silencio) quizás si pienso...que fue lo que hice mal para enfermarme, pero ¿sabe? No hay respuesta...”, “...no sé porque me enferme o porque es mi culpa o porque les hago daño por pensar, y eso si es algo que yo quiero saber.”

Intervención: *“entonces quieres saberlo.” , “ es que él dijo que no piense pero no puedo , un cosa es estar allá , otra es aquí , viviendo todo , no duermo , me siento mal y es algo que está en mí , no puedo solo ignorarlo (llora) , trato pero no puedo, tengo que lograrlo pero no puedo.*

“mire me traje revistas y lo intento “ , “...Pero una cosa es decirlo y otra vivirlo”.

“ellos me necesitan (silencio) y no sé si les estoy fallando”, intervención ¿y quiere saberlo?, “si quiero saberlo”, “no saben cuánto me ayuda que Ud. venga a oírme porque puedo despejar cosas, descargarme...pero sino pienso, ¿Cómo lo hago?” “quiero que siga viniendo, una vez usted me dijo que si hablo puedo aclarar cosas...yo si quiero saber, hasta lloro, intento seguir por ellos no puedo hacerlos daño son mis hijos, el sobre todo que es el más pequeño me necesita.” “gracias por venir a oírme”.

Disposición:

Durante las 4 primeras entrevistas la paciente se muestra indiferente.

A partir de la quinta se muestra colaboradora, dispuesta a hablar, verbaliza sin dificultad. Pasa de un relato a otro durante sus relatos.

Comentario:

Durante las entrevistas se muestra ansiosa en la mayoría de estas, juega un sinnúmero de frases vagas que la llevan a pasar a otras escenas.

“él porque estoy aquí (silencio), intervención ¿por qué Ud. cree?, “creo que es porque no me cuide bien, es lo que pienso”, (silencio) “tengo que no pensar”, (intervención) ¿por qué “tiene”?, “verá Dra. Mi hijo vino y me dijo que no lo haga porque me hace daño y eso es hacerles daño así que no pienso, pero es difícil (llora), es que yo creo que les hago daño. “

El tema del dinero, los hijos, sentirse una “carga”, así como el deseo de sus hijos del “no pensar”, son situaciones que no le permiten estar en calma, la dividen y la hacen elaborar mucho a lo largo de su discurso.

Presenta obstáculos, se implica en los relatos, hay división subjetiva y cambios de escenas, frases repetidas como *“...Pero una cosa es decirlo y otra vivirlo”.*

“es que él dijo que no piense pero no puedo, un cosa es estar allá, otra es aquí, viviendo todo”

Se muestra dispuesta al trabajo, pese a la dificultad que a veces presenta para mencionar temas incómodos para la paciente.

Existe una demanda de trabajo por parte de A.S. hacia la entrevistadora.

“no saben cuánto me ayuda que Ud. venga a oírme porque puedo despejar cosas, descargarme...pero sino pienso, ¿Cómo lo hago?” “quiero que siga viniendo”

Se recomienda continuar con las entrevistas.

CASO#4

Paciente: R.R.

Sexo: Masculino.

Edad: 65 años

Entrevistas realizadas: 2

Primera entrevista

Paciente de 60 años de edad, está internado en el tercer piso de la institución para que pueda recibir sus respectivas quimioterapias.

Paciente refiere que tiene dos hijos y que espera recuperarse. Al momento de acceder a la entrevista se muestra algo ansioso.

¿Cómo está? - *“yo...mi.... (Rompe en llanto), mi hijo...”* - ¿su hijo?

“lo atropellaron, 28 años tenía... (Tiene dificultades para hablar) él fue a comprarme medicinas, porque tenía la presión eleva y.... un borracho lo chocó la moto lo mató...yo corrí a verlo, corrí... y cuando lo vi solo me miró y cerró los ojos (llora desconsolado).

Se le pide que trate de calmarse, el paciente toma agua y continua, *“mi hija no estudia por cuidarme, pero mi hijo murió y yo debí ser quien muriera en su lugar porque salió por mi”.... (Dificultades para hablar).*

“No es justo, él me cuidaba mucho, era una buen muchacho” (silencio)
“diecisiete meses han pasado y...” (Intenta hablar, se le dificulta). El paciente intenta retomar la palabra pero se le dificulta.

Se termina la entrevista y se hace el compromiso de volver en una próxima ocasión para continuar el trabajo, el paciente accede y se despide.

Segunda entrevista

El paciente se muestra dispuesto al trabajo y más calmado al responder.

-¿cómo está? *“estoy bien, mejorando Dra. Espero ya irme a casa, pero hoy, hoy estoy muy bien!”* - ¿y su casa, cómo va todo?, *“En casa todo como debe de ser...aunque a veces pienso...”* (Silencio) *en...* (Silencio) *todo lo que ha pasado...en...mi...* (Silencio prolongado)...*enfermedad, si es en eso en lo que pienso...* (Mira a fijo a un punto de la sala), *sí creo que es eso, mejor dicho si es en eso...”* – ¿cree o es eso? – *“no, hoy estoy bien, pensare en eso porque quiero y debo seguir adelante, solo seguir “*

-Entonces hablamos en una próxima ocasión

“Si, pero venga porque es bueno poder hablar con alguien, me ha ayudado estas veces que vino.”

Comentario:

El paciente se muestra abordable, accede al trabajo, verbaliza con dificultad.

Se muestra afectado por la muerte de su hijo, muestra dificultad para hablar acerca del tema. Pasa de una escena a otra de forma breve y repentina.

Se encuentra con ansiedad, durante la segunda entrevista encuentra una forma de sostenerse en su discurso al mencionar que “debe seguir adelante” porque “debe y quiere”.

Se recomienda continuar el trabajo con el paciente quien está dispuesto a extender el mismo.