



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Licenciatura en Psicología Clínica

**“La psicoterapia realizada en un hospital público y <<el
síndrome de la impaciencia>>”**

T e s i s

Que como parte de los requisitos para obtener:

La Licenciatura en Psicología Clínica

Presenta

Yeimi Arreola Domínguez

Dirigida por:

Dr. Víctor Hernández Mata

Santiago de Querétaro Qro. Agosto de 2011



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
QUERÉTARO**
Facultad de Psicología
Licenciatura en Psicología

**“LA PSICOTERAPIA REALIZADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO Y <<EL SÍNDROME DE LA
IMPACIENCIA>>”**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Título
Licenciado en Psicología Clínica

Presenta:

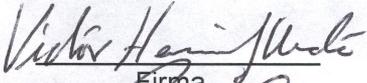
Yeimi Arreola Domínguez

Dirigido por:

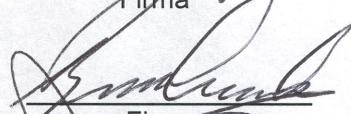
Dr. Víctor Hernández Mata

SINODALES

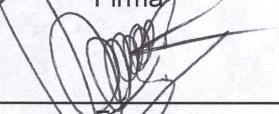
Dr. Víctor Hernández Mata
Director de Tesis


Firma

Dra. Ana María del Rosario Asebey Morales
Sinodal 1


Firma

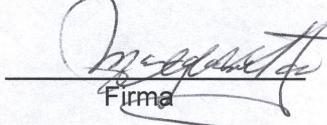
Dr. Manuel de Guadalupe Guzmán Treviño
Sinodal 2


Firma

Mtro. Rafael Enrique Ruiz y Nava
Sinodal 3


Firma

Mtra. Gabriela Margarita Barrera Aboytes
Suplente


Firma

MDH. Jaime Eleazar Rivas Medina
Director de la Facultad

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Septiembre, 2011
México.

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico primeramente a mi madre, pues fue ella la que me brindo su apoyo incondicional a lo largo de estos años de estudio, y con ello a mi hijo que me dio la fuerza necesaria para poder concluir esta primera etapa de mis estudios profesionales.

Agradecimiento

Gracias al Dr. Víctor Hernández mi asesor de Tesis, por darme la idea y además sus conocimientos para poder elaborar el trabajo que aquí presento, y con ello también al Mtro. Rafael Ruiz por haberme permitido estar en sus prácticas clínicas, pues de ellas se desprendió la idea que aquí planteo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I - III
CAPÍTULO PRIMERO	
1. EL CONTEXTO FORMATIVO Y DE PRÁCTICA PROFESIONAL	6
1.1. Facultad de Psicología, UAQ. Área clínica	6
1.2. Perfil de Ingreso	6
1.3. Campo de Trabajo	7
CAPÍTULO SEGUNDO	
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. La psicoterapia en una sesión	9
2.2. La psicoterapia en el hospital	15
2.3. La psicoterapia y la entrevista	19
CAPÍTULO TERCERO	
3. VIÑETAS CLÍNICAS	24
3.1. La subjetividad: manifestaciones de los afectos, de ciertas formas de pensamiento y de temporalidad.	24
3.1.1 Mireya	24
3.1.2 Verónica	26
3.1.3 Margaret	27
3.1.4 Fernanda	30
3.1.5 Cristian	31
3.1.6 Ernesto	31
3.1.7 Bernardo	33

3.1.8 Oscar	33
3.1.9 Felipe	34
3.1.10 Fátima	35
3.1.11 Antonia	36
3.1.12 Linda	37
3.1.13 Roxana	38
3.1.14 Claudia	38
3.1.15 Mónica	40
3.1.16 Emma	41
3.1.17 Patricia	42
3.1.18 Ernesto	42
3.1.19 Estela	43
3.1.20 Miguel	44
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	50

Introducción

En la *psicoterapia realizada en el ISSSTE de Querétaro en el 2009 e influida por el <<síndrome de la impaciencia>>*, muestro algunas de las experiencias obtenidas en el intento de tratamiento psicológico de pacientes con diversas dolencias. Luego, es un documento clínico que expresa algunas reflexiones derivadas de lo sucedido en las prácticas psicológicas con pacientes en ese espacio y tiempo. Es un documento que quiere dejar constancia de lo que parece una preocupación actual: el tiempo.

Ahora bien, partimos de que la psicoterapia consiste en la prevención, tratamiento y solución de las enfermedades mentales. Posee los conceptos que le dan referencia, los métodos y las técnicas con las cuales cobran sentido las actividades psicológicas.

Y que el <<síndrome de la impaciencia>> es una noción propuesta por Bauman¹ para designar un modo de vida actual en el que el tiempo se ha convertido en el eje rector de los modos de ser y de valorar del ser humano. En tanto forma hegemónica de mirar el mundo actual, el <<síndrome de la impaciencia>> aparece en todos y cada uno de los espacios de la actividad humana. Y, en una de esas actividades, en la que confluyen masivamente las personas, como es el caso de la atención médica y psicológica de los pacientes en un hospital público, el <<síndrome de la impaciencia>> adquiere un enorme poder y una vigencia tal que constituye uno de los factores más fuertes en el desarrollo de las actividades propias del hospital público.

El propósito de esta investigación es constatar la presencia e influencia de los modos de ser y valorar propios del <<síndrome de la impaciencia>> en la psicoterapia en el ISSSTE del Estado de Querétaro durante el 2009. Ya sea que el psicólogo acepte como algo natural y sin posibilidades de cambio tanto a la drástica reducción del tiempo de consulta como a las dificultades en la atención, comprensión y resolución de los problemas presentados por los pacientes, derivadas de esos modos de ser y de valorar el tiempo.

Adicionalmente, quiero saber si la psicoterapia en el ISSSTE del Estado de Querétaro durante el 2009, requiere de alguna modificación en sus referentes conceptuales y metodológicos, por la presencia y la participación del <<síndrome

¹ ZYGMUT, Bauman, "Los retos de la educación en la modernidad líquida", Gedisa, 2007.

de la impaciencia>> como una de las formas actuales de organizar los modos de ser y de valorar.

Las preguntas de investigación quedaron formuladas en los siguientes términos:

¿Los referentes conceptuales y metodológicos de la psicoterapia en el ISSSTE, durante el 2009, institución en la que existe una demanda del servicio psicológico muy alta, muestran la necesidad de tomar en cuenta la influencia de lo que ha dado en llamarse el <<síndrome de la impaciencia>>?

Es decir, ¿la psicoterapia en el ISSSTE, tal como ocurrió en el pasado 2009, contempla, por parte del psicólogo, el uso de los referentes conceptuales y metodológicos acordes con el modo en el que actualmente se está valorando el tiempo, es decir, el <<síndrome de la impaciencia>>?

Aún más, ¿los referentes conceptuales y metodológicos de la psicoterapia en el ISSSTE -en el que existió una demanda del servicio psicológico muy alta en el 2009-, están desarticulados con respecto a la influencia de lo que ha dado en llamarse el <<síndrome de la impaciencia>>?

Finalmente, ¿hasta qué punto los referentes conceptuales y metodológicos usados en la psicoterapia en el ISSSTE durante el 2009, incluyen la variable del tiempo en un sentido de actualidad acorde con la experiencia que se tiene de la temporalidad con el <<síndrome de la impaciencia>>?

Las conjeturas que se ofrecen a esas preguntas de investigación son:

Los referentes conceptuales y metodológicos que utiliza el psicólogo en la psicoterapia en el ISSSTE del Estado de Querétaro en el 2009 están desfasados al perder de vista la variable del tiempo. Acaso la valoración que el psicoanálisis hace del tiempo sea una alternativa ante esa situación.

Además, que la formación profesional que recibió el psicólogo en la facultad de psicología de la UAQ está desactualizada pues no contempla los cambios producidos en los consultantes por el efecto de una nueva forma de valorar el tiempo.

Y que los recursos que aportan los referentes conceptuales y metodológicos de la entrevista psicológica no siempre retoman la noción de temporalidad del psicoanálisis.

Por último, la psicoterapia con orientación en el psicoanálisis en el hospital público (ISSSTE-Querétaro) en el 2009, no pudo realizarse, en tanto proceso de

diagnóstico y de tratamiento psicológico, sino que quedó reducida a la mera descripción de los síntomas y de la historia de vida del consultante por los siguientes factores: la manera en la que la institución concibe y prescribe el tiempo de consulta; por el modo en el que el consultante hace uso del tiempo, un uso narrativo, poco interrogativo; y por la carencia en la practicante de los referentes conceptuales, metodológicos y técnicos propicios para esa situación. Lo que coincide con la prevalencia de los modos de ser y de valorar el tiempo que se conocen como el <<síndrome de la impaciencia>> a partir de Bauman.

A fin de intentar responder a esa pregunta fue que me decidí por implementar una metodología en la que pudiera presentar, analizar y discutir fragmentos del material clínico de algunos pacientes por medio de las categorías que surgieron de las experiencias clínicas y de la lectura de los textos consignados en la bibliografía.

Sé que una metodología basada en la presentación de fragmentos de la práctica clínica no es aceptada por todos. Para algunos la reserva profesional es el motivo mayor para no exponer fragmentos de la práctica clínica. Para otros, esos fragmentos pueden hacer que el lector acepte como válidas conclusiones que no tiene suficiente soporte, que se guíe sólo por lo que induce el material clínico.

Pero ante esos argumentos cabe recordar que fue Freud quién hizo posible mirar el trabajo clínico y el conceptual sobre la base de experiencias concretas, buscando en todo momento salvaguardar la identidad de sus pacientes. No siempre lo logró. Quizá porque fue el pionero de una nueva disciplina. Pero no creo que sea el caso de este trabajo. He cuidado de que la exposición de los casos sea lo más escueta posible de modo que cumpla con el propósito académico sin afectar a los pacientes. Finalmente, el lector encontrará los argumentos necesarios para juzgar si es sostenible lo que aquí se afirma.

CAPÍTULO PRIMERO

Contexto formativo y de práctica profesional

¿A quién está dirigido este trabajo? Desde luego, está dirigido a los colegas, sean psicólogos en formación o en ejercicio profesional pues constituye una experiencia digna de ser compartida. En tanto en cuanto expone una situación verdaderamente desafiante, puede permitir la apertura a una reflexión que ayude a pensar de una manera distinta el trabajo de psicoterapia en el hospital público.

¿Qué se propone? ¿Qué ofrece? Es un trabajo en el que se estudia la variable del tiempo en relación con la psicoterapia. Son variables que en la práctica de la psicoterapia, en un hospital público, resultaron significativas. En efecto, una, el tiempo, parecía contradecir a la otra, la psicoterapia. Era preciso detenernos a reflexionar sobre ello.

¿Dónde comenzar? Fue conveniente exponer primero el contexto formativo y de práctica profesional. Para hacerlo recurrí antes a algunas reflexiones sobre el proceso formativo en la facultad de psicología de la UAQ.

Un estudio, el de Ibarra¹, *La educación superior y el buen maestro*, de 1999, me hizo posible acercarme a un trabajo de investigación sobre ese contexto formativo. Dicho estudio fue realizado en la UAQ.

Las preguntas guía fueron las siguientes: ¿Quiénes son considerados como <<buen maestro>> por los estudiantes, los directivos y los otros profesores, en algunas carreras universitarias de la UAQ? ¿Y por qué los caracterizan de ese modo? Con esas preguntas, Ibarra obtuvo algunos nombres de profesores que parecían cumplir con el perfil buscado; acudió a las clases que dictaban esos profesores para indagar si cumplían con ese perfil y cómo era que alcanzaban ese estatuto; pese a su inicial postura crítica, sustentada en la visión <<reproduccionista>>, de que la educación es el medio para la reproducción de la ideología dominante, terminó asumiendo una postura más relajada y flexible de empatía; mientras observaba, sentado en el lugar de estudiante, y en apego irrestricto al método etnográfico, con el que se busca describir, interpretar y explicar el significado de las acciones de los maestros y alumnos en condiciones de tiempo y espacio específicas, el investigador pudo reformular algunas categorías y desarrollar una especie de <<ojo clínico>>.

¹ IBARRA, Luis, "*La educación universitaria y el buen maestro*", Ediciones Gernika, México, 1999.

¿Cuál es el aporte de ese estudio para la presente indagatoria sobre la psicoterapia y el tiempo? Como veremos a continuación, el trabajo de Ibarra ofrece elementos que permiten caracterizar al proceso formativo de la facultad de psicología, particularmente en lo que se refiere al modo de enseñar el psicoanálisis.

A fin de mostrar uno de los muchos méritos de la investigación de Ibarra, diré que ilustra con claridad los modos más o menos permanentes de ser y de valorar de los profesores, lo que él, siguiendo a Bourdieu² (1988), llama los *habitus* del profesor, concepto que utiliza para comprender la docencia en la UAQ. La categoría de la *illusio*, también tomada de Bourdieu³ (1990), y que complementa el esquema de Ibarra, designa los intereses que están en juego para que algo suceda. Es, pues, el estudio de Ibarra, una referencia importante para comprender las acciones de los maestros y de los estudiantes de la facultad de psicología de la UAQ.

En una brevísima descripción de la clase de psicoanálisis Ibarra anota lo siguiente: el profesor acompañaba su disertación con trazos en el pintarrón, utilizaba esquemas en los que exponía lo que iba pensando y hablando, a la manera de una elaboración artesanal que no dispone de un modelo preestablecido; anotaba palabras que servían para fijar la atención y como indicadores que detonaban la explicación de teorías, acompañado todo ello de gesticulaciones que enfatizaban las palabras. Mientras tanto, los alumnos hacían anotaciones en sus cuadernos de lo que el profesor escribía en el pintarrón, ocasionalmente hacían preguntas; en determinados momentos había sobre todo alumnas que establecían un diálogo con el profesor a veces de carácter crítico y polémico.⁴

De modo que resultan evidentes los *habitus* y la *illusio* del profesor y de los alumnos en la clase de psicoanálisis. El modo de ser y de valorar y los intereses del profesor son la de promotor de la autodisciplina en el salón de clase; son también el de intérprete de los textos pues facilita a los alumnos el acceso a ellos; son además la disposición a encarnar en su relato la experiencia clínica en la que se puede observar el uso práctico de los conceptos. Mientras que los alumnos sustentan un modo de ser y de valorar y los intereses en los que se aprestan a incorporar un discurso conceptual distinto al que comúnmente escuchan o leen; siguen con relativa atención las explicaciones, las anotaciones en el pintarrón y los ejemplos que ofrece el profesor; pero los comentarios son escasos, especialmente los críticos. Por cierto, leyendo el libro de Ibarra, con gran facilidad el lector se ve

² BOURDIEU, Pierre, "Cosas dichas". Gedisa. Buenos Aires, 1988.: Citado por Ibarra (1999).

³ BOURDIEU, Pierre, "Sociología y cultura". Grijalbo. México, 1990.: Citado por Ibarra (1999).

⁴ IBARRA, Luis, "La educación universitaria y el buen maestro", Ediciones Gernika, México, 1999.

conducido a la clase de psicoanálisis en la facultad de psicología en cuestión, pues su descripción es tan detallada y completa que adentra vivencialmente en esa experiencia.

Puesto que la presente indagatoria no está enfocada al proceso formativo de los psicólogos sino que recurre a este tema sólo para sustentar y dar contexto al estudio de la psicoterapia en un hospital público, habré de omitir muchas de las cuestiones fundamentales de *La educación universitaria y el buen maestro*, aspectos que harían más explícitos la propuesta del libro y los alcances de su investigación. Desafortunadamente eso no es posible en este contexto. Y advierto de ese recorte que necesariamente incidirá en una comprensión y exposición parcial de ese referente para mi trabajo. Por lo que sólo me resta invitar al lector a que profundice en la revisión de ese importante libro.

En síntesis, puedo decir del resultado de la revisión del libro de Ibarra que la expectativa de los alumnos de la clase de Psicoanálisis de esa facultad de Psicología y de esa universidad, es la de que el profesor dicte clase, de ahí que conciben al <<buen maestro>> como el que expone de forma amena los conceptos del psicoanálisis.

Hecha esa precisión sobre el contexto de la facultad de psicología de la UAQ, ahora es conveniente detenernos en aspectos más específicos de la formación con el referente del psicoanálisis.

Para lo cual es pertinente atender a la visión de Tamayo⁵ sobre la formación con el referente del psicoanálisis que ofrece en su libro, *El discipulado en la formación del psicoanalista*, de 2004. Creo que es una propuesta acertada en tanto en cuanto coloca en primer término la experiencia del análisis del analista como recurso formativo. Al mismo tiempo cuestiona una formación basada simplemente en la comprensión intelectual de los conceptos del psicoanálisis. Y ante la situación de que la universidad no puede comprometerse en proporcionar las posibilidades del análisis de los alumnos, Tamayo plantea la alternativa del discipulado.

Para llegar a esa propuesta hace una revisión histórica del proceso formativo y del proceso que siguió Freud para convertirse en psicoanalista, hasta proponer el trabajo riguroso guiado por los profesores que hayan alcanzado, luego de mucho tiempo y trabajo, una visión crítica de alguna temática del psicoanálisis. Con ese procedimiento del discipulado, Tamayo considera que podría sostenerse una

⁵ TAMAYO, Luis, "El discipulado en la formación del psicoanalista, Un aporte del psicoanálisis a la pedagogía", CIDHEM (colección sello de agua), México, 2004.

enseñanza basada en el enigma, en el deseo de saber y no en el dogma, que tiene a prevalecer en la educación superior.

La tesis que defiende Tamayo es la de que Freud se debatió, en todo el proceso de constitución del psicoanálisis, entre la posición de asumirse en el papel de quien controla a los demás y a sus ideas y la posición de permitir que el <<otro>> asuma la palabra y lo que tiene para decir. Para explicar ese proceso, Tamayo recurre a la dialéctica del sujeto y del objeto propuesta por Freud y ampliada por Lacan. Con esas ideas Tamayo muestra cómo Freud toma primero al paciente en la condición de objeto, en la investigación basada en la hipnosis, para luego, con el método psicoanalítico de la asociación libre, devolverle la palabra.

Esa situación, de colocar al <<otro>> en la condición de objeto, es evidenciada por Tamayo en algunos de los casos clínicos de Freud. Lo es también en las referencias del tratamiento que dio a algunos de sus discípulos. Entonces, consideré que era un texto adecuado para que los alumnos conocieran una perspectiva desde la cual podrían mirar críticamente su formación. Es decir, que pudieran cuestionar la condición de objeto en la que los coloca la enseñanza tradicional. Y que a su vez conocieran las implicaciones del deseo de saber, del trabajo formativo basado en el enigma.

A modo de resumen puedo decir que la formación en la facultad de psicología de la UAQ no corresponde al modelo enigmático que propone Tamayo para la formación con el referente del psicoanálisis, sino al modelo dogmático. Eso contribuye desfavorablemente a una preparación profesional en la que predominan los desafíos y que por lo mismo requiere del trabajo de investigación.

Ese mismo modelo formativo, el dogmático, en tanto predomina sobre el enigmático, no aporta el incentivo del deseo de saber que llevaría a los estudiantes a realizar trabajos de investigación. Muchas veces lo que ocurre es simplemente la reproducción del saber.

1.1. Facultad de Psicología, UAQ. Área clínica

El área clínica de la facultad de psicología fue creada en 1975. En la actualidad ofrece al estudiante el título de psicólogo clínico, con una duración de carrera de 4 años, incluidos dos años de área básica.

El valor de plan de créditos es de 226.

El periodo de ingreso es en enero de cada año, posterior a haber cursado el área básica de la licenciatura.

La siguiente información habla de lo que la facultad requisita a los aspirantes a la facultad, lo que ella dice haber proporcionado a la comunidad estudiantil que egresa de sus instalaciones y el campo de trabajo que se tiene al salir de la universidad.

1.1.1. PERFIL DE INGRESO

Para iniciar el estudio de esta Carrera se deben considerar las siguientes características como óptimas:

- *Capacidad de asimilación.
- * Disciplina para el estudio.
- * Tolerancia en la frustración.
- * Sensibilidad y estabilidad emocional.
- * Actitud de honestidad.
- * Respeto frente al ser humano.
- *Estar interesado en la problemática y funcionamiento de la conducta del hombre.

No debe confundirse este interés con una necesidad de resolver los conflictos propios.

1.1.2. PERFIL DEL EGRESADO

Conocer los antecedentes teóricos de los instrumentos técnicos, metodológicos y su construcción conceptual, sus diferencias al interior del Psicoanálisis, así como la definición de las posiciones teóricas.

Aptitud para medir sus limitaciones y su valor teórico, para lograr hacer una lectura, descripción y comprensión de los fenómenos que el psicólogo tenga bajo

su observación, con el objeto de que su ejercicio no sea pragmático; es decir, que el psicólogo podrá:

- *Determinar las causas, motivos y alcances de su intervención.
- *Detectar y comprender los fenómenos de las psicosis.
- *Intervenir psicológicamente en el ámbito clínico dentro del campo de la salud-enfermedad.
- * Diseñar e implementar proyectos y programas de prevención, detección, orientación y atención, de manera individual o grupal en el campo de la Psicología Clínica en instituciones públicas y privadas.
- *Conocer la historia y problemáticas de las estructuras psicopatológicas.
- * Abordar clínicamente problemáticas que emergen en la infancia y adolescencia.
- * Acompañar desde una perspectiva psicoterapéutica a pacientes en situaciones hospitalarias, así como a su familia.
- *Manejar y diseñar instrumentos de evaluación psicodiagnóstica desde una perspectiva crítica.
- *Diseñar programas de educación en el campo de la sexualidad.
- *Coordinar grupos configurados con objetivos clínicos.
- *Diseñar protocolos y desarrollar investigación.
- *Reconocer las modalidades de extensión del psicoanálisis, sus límites y potencialidades clínicas.
- *Implementar proyectos y programas de detección, prevención, orientación y atención en la población demandante, de manera individual o grupal, así como educativo.
- * Poseer capacidad crítica a partir del estudio de la construcción teórica del Psicoanálisis, su historia y debates teóricos con otros paradigmas psicológicos y de otras disciplinas.

1.1.3. CAMPO DE TRABAJO

El Psicólogo Clínico es un profesionalista que realiza actividades tales como brindar atención psicoterapéutica, tanto en el ámbito institucional como en el privado; diseña modelos de intervención, elabora programas de educación de la sexualidad dirigidos a instituciones de educación en todos los niveles, así como a la comunidad en general; además, participa en programas terapéuticos tendientes a crear alternativas de vida para grupos de edad avanzada; también participa activamente en equipos interdisciplinarios en el ámbito hospitalario. Cabe mencionar el trabajo que realiza elaborando psicodiagnósticos en las diferentes etapas de la vida; atiende problemas de salud mental, individual y grupales. El trabajo de psicoterapia, con orientación psicoanalítica, permite resolver patologías y trastornos individuales. La investigación en el terreno clínico ayuda al

descubrimiento de métodos y técnicas psicoterapéuticas que amplían el campo de acción en las labores de prevención.

Licenciatura en Psicología. Área Clínica.

Plan Curricular
Plan Semestral

QUINTO SEMESTRE		CRÉDITOS	SEXTO SEMESTRE		CRÉDITOS
Historia del Mov. Psicoanalítico I		8	Historia del Mov. Psicoanalítico II		8
Psicopatología Descriptiva		8	Concepciones Generales de la Psicopatología Dinámica		8
Antecedentes del Método Psicoanalítico		8	Método Psicoanalítico I		8
Investigación I		8	Investigación II		8
Introducción a los Campos de Intervención		3	Prácticas Clínicas I		5
Introducción al Trabajo Clínico con Niños		8	Diagnóstico Clínico		8
Introducción al Diagnóstico Clínico		8	Introducción al Trabajo Clínico con Adolescentes		8
SÉPTIMO SEMESTRE		CRÉDITOS	OCTAVO SEMESTRE		CRÉDITOS
Teoría Psicoanalítica I		8	Teoría Psicoanalítica II		8
Psicopatología Dinámica (Neurosis)		8	Psicopatología Dinámica I (Perversiones y Psicosis)		8
Método Psicoanalítico II		8	Método Psicoanalítico III		8
Investigación III		8	Investigación IV		8
Prácticas Clínicas II		11	Prácticas Clínicas III		11
Diagnóstico Institucional		8	Diseño de Propuestas de Intervención Clínica		8
Clínica Grupal		8	Clínica Grupal		8

Listado de Docentes del Área

LA INFORMACIÓN ANTERIOR FUE RECOLECTADA EL DÍA 19 DE JULIO DE 2010. www.uaq.mx

CAPÍTULO SEGUNDO

Marco teórico

2.1. La psicoterapia en una sesión

El objetivo de iniciar con la referencia de un caso de Freud es el de mantener, en el presente documento, la coherencia y la congruencia con el proceso formativo pues en la facultad de psicología de la UAQ el referente conceptual es el psicoanálisis. El caso de Catharina fue elegido de entre los diversos casos de Freud por ser un caso atendido y resuelto en una sesión. En ese sentido es un caso que tiene particular interés para el tema de la psicoterapia y el <<síndrome de la impaciencia>>. En efecto, en ese caso se conjuga la psicoterapia y un modo específico de usar el tiempo, un uso limitado y eficiente del tiempo, una sola sesión.

¿Cuál es la relación que se pretende lograr entre la referencia freudiana, el caso de Catharina, y el problema objeto de esta investigación? Es decir, ¿es un caso que puede correlacionarse con la pregunta de si la psicoterapia en el ISSSTE, tal como ocurrió en el pasado 2009, contempla, por parte del psicólogo, el uso de los referentes conceptuales y metodológicos acordes con el modo en el que actualmente se está valorando el tiempo, es decir, el <<síndrome de la impaciencia>>?

Hay un siglo de distancia entre el caso Catharina y las experiencias de la práctica de la psicoterapia en el ISSSTE en el 2009. Esa distancia en el tiempo, hay que decirlo, es enorme. Necesariamente induce cambios sustanciales. Acaso sea que las preocupaciones de Catharina disten de ser las de las pacientes de hoy. El modo de ser y valorar el tiempo es, definitivamente, diferente. Pero de cualquier manera, la de Freud, es una primera referencia conceptual sobre una psicoterapia basada en una sesión. Lo que permite establecer una relación entre la referencia freudiana y el problema de la práctica psicológica en el hospital que fuerza a la realización de una sola sesión, por cuestiones de sobre población y escasas de personal especializado en el tema psicológico.

Veamos entonces la situación. Freud, S. y Breuer, J. publicaron algunos casos clínicos y las reflexiones que suscitaron en ellos los procedimientos utilizados. Concretamente el tratamiento de Catharina realizado por Freud en una sólo sesión, podría augurar la utilización del psicoanálisis de forma breve. Así

describe el proceso: “Nada podré objetar si en este historial clínico alguien ve menos un caso de histeria analizada que uno resuelto por mero colegir”.⁶

Entonces, el asunto es el procedimiento denominado <<por mero colegir>> opuesto al de un análisis. Esa precisión de Freud abre el campo para pensar el problema de la psicoterapia en el hospital bajo la influencia del <<síndrome de la impaciencia>>. Concretamente permite oponer ese aserto al otro más aceptado por los psicoanalistas, el de que el proceso analítico es de suyo complejo y dilatado.

Antes de continuar hay que decir que el caso Catharina no debe incluirse entre los casos de la psicoterapia breve. La psicoterapia breve nace en un contexto específico. Los psicoanalistas involucrados en su propuesta, particularmente S. Ferenczi y su <<técnica activa>>, estaban interesados en intervenir sobre la transferencia. Es decir, su preocupación era participar más allá del principio de abstinencia que proponía Freud. El tiempo no era lo central para ellos.

Recordemos que el principio de abstinencia, sostenido en el método psicoanalítico, que solicita del paciente el apego a la libre asociación y del analista la atención libremente flotante, significa dar amplia apertura al proceso del paciente, evitando, en lo posible, las interferencias del analista. En modo alguno es un procedimiento que pueda calificarse de <<pasivo>>. Lo que sí implica es la apertura al paciente, el cuidado de no estorbar con prejuicios, con la selección del material que presenta y mucho menos con modificaciones técnicas que <<hagan avanzar>> más rápido el proceso de análisis.

Ahora bien, ¿quién fue Catharina? y ¿qué se entiende por un procedimiento basado en el <<mero colegir>>?

Catharina es una muchacha de unos dieciocho años. Sus síntomas son la falta de aire, la sensación de opresión sobre los ojos, la sensación de que la cabeza se le pone pesada y le zumba, siente que alguien está detrás y que la agarrará de repente, ve un rostro horripilante. Ante este estado de cosas la consultante solicita de Freud la solución de esos síntomas. Tal consulta ocurre mientras Freud se encuentra de vacaciones en la montaña. En tales circunstancias no puede esperarse la instalación y evolución de un tratamiento psicoanalítico. De ahí que todo ocurra en una sola sesión.

⁶ SIGMUND, Freud, “*Estudios sobre la histeria*”, 1893-95. En: O.C. Vol. II. Amorrortu. Buenos Aires. 1976. pag. 148.

El procedimiento por <<mero colegir>> consiste en que Freud va formulando preguntas sobre cada uno de los síntomas. También formula conjeturas. Propone un camino para la interrogación del síntoma. Con ese fundamento Catharina reconstruye la historia de la formación de síntomas. El contexto familiar es el campo en el que se estructura esa historia.

Sobre la base de ese procedimiento, cabría suponer el uso del procedimiento por <<mero colegir>> en la psicoterapia en el hospital. La tarea sería, en ese caso, interrogar el síntoma del consultante.

Ahora bien, para Tamayo:

“En esa época Freud seguía, básicamente, pensando en los términos propios de la medicina alopática: su objetivo era que el síntoma desapareciera. Sin embargo, y en esto se separaba de tal perspectiva, pretendía lograrlo solamente mediante su puesta en palabras”⁷.

Los aspectos que a juicio de Tamayo no están presentes en ese momento de la evolución conceptual del psicoanálisis es la utilización plena del método psicoanalítico y del recurso de la transferencia. De ahí que los resultados positivos sean temporales y estén supeditados a la relación positiva de transferencia del neurótico con el psicoanalista.

Además, el psicoanalista por momentos se considera el dueño de la voluntad del paciente y supone que el conocimiento racional del contenido oculto de los síntomas sería suficiente para la cura. Tamayo se expresa con esas ideas sobre que el analista se siente dueño de la voluntad del paciente haciendo eco del discurso del Lacan. Para este último, el análisis depende, sobre manera, de que el analista no se disponga en un lugar desde el cual habrá de decir al paciente lo que debe hacer. Tampoco pretende decirle sus verdades. Espera que sea el paciente quien se interroge y quien descubra la verdad que encarnan sus síntomas. La historia ha mostrado que eso es lo específico del psicoanálisis.

De lo anterior se desprende la idea de que una cura como la que Freud realizó con Catharina fue exitosa parcialmente. De momento suprimió el síntoma. Tal cosa ocurrió por la presencia de una transferencia positiva de Catharina con Freud. Pero no pudo hacerse un seguimiento de ese resultado. Por lo demás fue un tratamiento que no cumplió con todos los requisitos de un psicoanálisis.

⁷ TAMAYO, Luis, “*El disciplado en la formación del psicoanalista, Un aporte del psicoanálisis a la pedagogía*”, CIDHEM (colección sello de agua), México, 2004, pág. 41.

Entonces, tomar como referencia ese tratamiento de Catharina para pensar y organizar la psicoterapia en un hospital, en el que la mayoría de las ocasiones se cuenta con una sola sesión de trabajo, ¿sería retroceder en el tiempo hasta un período preanalítico? ¿Sería pues un retroceso en la evolución de la psicoterapia? Pero podríamos pensar también: ¿Acaso las nuevas condiciones en las que se realiza la práctica psicológica hacen de la psicoterapia una posibilidad irrealizable en los parámetros establecidos?

Es difícil asumir una posición al respecto. Por un lado está el proceso formativo en el que se aprende que es fundamental el establecimiento de las condiciones más propicias para el tratamiento, mientras que las condiciones reales, en tanto limitan esa situación y parecen inamovibles, impulsan en la búsqueda de nuevas posibilidades de tratamiento.

Luego, ¿cómo se relaciona el asunto del procedimiento utilizado en el caso Catharina, el del <<mero colegir>>, con el procedimiento del método catártico? Y por otro lado, ¿acaso el método catártico sea más propicio para constituir el procedimiento de psicoterapia en el hospital?

Habría que diferenciar el procedimiento <<por mero colegir>> de lo que Freud y Breuer denominan, en ese mismo trabajo de *Estudios sobre la histeria*, método de psicoterapia, del cual se dice:

“Cancela la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el decurso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal (en estado de hipnosis ligera) o al cancelar por sugestión médica, como ocurre en el sonambulismo con amnesia”⁸.

Es decir, otra alternativa ante el problema de la brevedad con la que se realiza la entrevista psicoterapéutica en el hospital (treinta minutos) podría ser el recurso del método de abreacción. Sin embargo, ha sido tan recurrentemente cuestionado ese recurso que podría dejarse de lado.

Pero, antes de dar ese paso, antes de dejar de lado el método catártico tengamos presente que, el hecho mismo de analizar el síntoma, de seguir el procedimiento del <<mero colegir>>, de descifrar el síntoma, llevará necesariamente a que la conexión entre la representación originaria reprimida, al ser unida con el afecto estrangulado, siga su camino y sobrevenga una abreacción, una descarga afectiva. Hecha esa aclaración situando los procesos

⁸ TAMAYO, Luis, “*El disciplado en la formación del psicoanalista, Un aporte del psicoanálisis a la pedagogía*”, CIDHEM (colección sello de agua), México, 2004, pág. 42

completos que se suceden en la psicoterapia, la unión entre la representación originaria y su afecto por el procedimiento de desciframiento del síntoma, podemos considerar otra posibilidad para la psicoterapia en el hospital, a saber: permitir el libre discurrir del consultante a fin de que obtenga una descarga emotiva.

Esa ha sido quizá la parte del proceso de psicoterapia que más ha favorecido la opinión de los consultantes, pues suelen dar comentarios favorables sobre la descarga de las emociones. Sin duda la sensación que vive cada paciente con ese procedimiento es positiva. Pero parece que es insuficiente. Desde los *Estudios sobre la histeria* comenzó a decirse que los resultados eran positivos sólo por un tiempo pues luego reaparecían los síntomas. Después pudo ratificarse ese resultado. No obstante ello, las terapias que proponen la descarga afectiva como el eje de su tratamiento tienen gran demanda y aceptación entre la población en la actualidad.

¿Cómo pasar de la visión freudiana de la psicoterapia a otras expresiones del pensamiento psicoanalítico posteriores a Freud? ¿Qué justifica su inclusión? ¿En qué sentido la referencia de lo que dice Dolto está relacionada con la variable del procedimiento de psicoterapia y la del tiempo?

Para dar un paso adelante a una nueva referencia, la de Dolto, decimos que las ideas de lo que implica una primera entrevista con el psicoanalista, tema en el que trabajan M. Mannoni y Dolto, ofrece un panorama interesante. No la entrevista única sino la primera, cabe aclarar. Acaso la primera entrevista con el psicoanalista contiene elementos que sean de utilidad para pensar un procedimiento de psicoterapia en el hospital que demanda eficiencia y brevedad.

Por lo pronto cabe decir que el pensamiento psicoanalítico puede mirarse en dos direcciones. Un movimiento de continuidad y otro de discontinuidad. Del primero cabe señalar el énfasis en el descubrimiento freudiano mediante el uso de los conceptos y el método psicoanalítico. Del segundo puede subrayarse el desarrollo de nuevos conceptos a partir de los freudianos.

Una de las grades manifestaciones del pensamiento postfreudiano es sin duda el pensamiento de Jacques Lacan. Una de sus seguidoras, Françoise Dolto, destacó en el psicoanálisis de niños. Buscó sustentar la enseñanza de Lacan en su práctica analítica. A fin de conocer su pensamiento, en particular algunas ideas relativas a una primera consulta y su posible relación con el problema objeto de investigación, la psicoterapia en el hospital en el tiempo que podríamos denominar del << síndrome de la impaciencia >> veamos lo que dijo con motivo de la escritura del prólogo de un libro de Mannoni. Dolto dice:

“Este libro [*La primera entrevista con el psicoanalista*] aporta también, algo que para muchos lectores será nuevo; nos referimos al descubrimiento de que en el transcurso de una sola entrevista psicoanalítica se manifiesta ya con claridad la intrincación de las fuerzas inconscientes entre progenitores, ascendientes y descendientes”⁹.

Una afirmación de ese tipo puede llevarnos a suponer que existe en la psicoterapia o el psicoanálisis la manera de encarar el modo de ser y de valorar el tiempo como el <<síndrome de la impaciencia>> pues basta con una sola entrevista para reconocer la expresión del conflicto inconsciente subyacente al síntoma psíquico. Sin embargo, no debemos confundir la idea de que con una sola entrevista puede resultar manifiesta la oposición de las fuerzas inconscientes entre los padres y de éstos con el niño, con la idea, muy distinta, de que todos ellos se puedan hacer cargo de la situación como se espera en el proceso del psicoanálisis.

Asumir la tarea del análisis puede resultar una carga muy pesada para una familia que ha negado sistemáticamente la situación de conflicto. Para una pareja puede ser más que imposible dejar de utilizar al otro para depósito de las características propias indeseables. Para los padres puede ser insostenible decir al hijo las cosas tal como suceden sin deformar ni ocultar lo que resulta inconveniente a sus ojos.

En el psicoanálisis que practican Maud Mannoni y Françoise Dolto el método psicoanalítico es el eje del tratamiento. Es por ese motivo que la especificidad de la tarea analítica está definida por la escucha. El método psicoanalítico de la asociación libre conduce a ello. Asimismo, la regla de abstinencia que asume el psicoanalista permite que el proceso sea desplegado por el paciente.

Ahora bien, sabemos que un siglo de existencia del psicoanálisis no ha promovido la modificación de sus parámetros. Aunque se habla de que no hay una cura tipo desde la enseñanza de Lacan, de cualquier forma sigue siendo el establecimiento y análisis de la transferencia el procedimiento del psicoanálisis. Lo que implica un proceso dilatado y complejo.

Quizá lo que aporta a nuestra causa las ideas vertidas por Mannoni y Dolto es que la entrevista en el hospital, en su brevedad, puede estar enfocada en la escucha de lo que el consultante trae a colación. Una escucha que poseen en sí misma cierto alivio para el consultante y que puede permitir <<colegir>>, discurrir,

⁹ MANNONI, Maud. “*La Primera Entrevista con el Psicoanalista*”. Gedisa. Barcelona. 1981. pág. 14.

clarificar cierto sentido del síntoma. Es decir, podríamos asumir que eso es lo más que puede lograrse en esas condiciones tan limitadas para la psicoterapia.

2.2. La psicoterapia en el hospital

Descrito brevemente el horizonte psicoanalítico del tratamiento de una sola sesión, del método catártico y de la primera entrevista, veamos ahora lo que se dice con respecto al tiempo y la psicoterapia en el hospital. Es un gran salto en el tiempo. Hemos pasado de una época a otra sin detenernos en la detallada consideración de la valoración de los modos de ser en relación con el tiempo. No fue posible allegarnos la información de ese proceso. Es un hueco difícil de llenar. Quizá sea un cambio imperceptible en la apreciación del tiempo.

Por otro lado, el lector tendrá que estar prevenido de que no se ofrece mucha información con respecto a la psicoterapia en el hospital y el <<síndrome de la impaciencia>>. Parece que hemos tenido dificultad para percibir ese problema. Algunos han recurrido a la propuesta de la psicoterapia grupal ante ese tipo de limitaciones. La psicoterapia breve en parte nació por esa demanda. De cualquier forma tenemos algunas breves referencias.

Allamprese dice: “Muchas veces la presión de la demanda, la cantidad de gente con la que nos vemos, no nos permite escribir algunas cosas y después nos olvidamos, no tenemos tiempo (...)” citado por Pulice, Zelis y Manson¹⁰. La autora referida está discutiendo sobre la elaboración de la historia clínica en la psicoterapia en el hospital. De manera colateral menciona la cuestión del tiempo. Pero, aún con esa mención colateral, sin duda, ofrece una visión muy clara del problema del tiempo en la actualidad. En efecto, está descrita la presión por la demanda debida a la cantidad de gente que atiende un practicante en el hospital. Ese exceso de trabajo dificulta escribir sobre la historia clínica. También induce el olvido. De ahí que sea factible pensar que sea la expresión del <<síndrome de la impaciencia>>.

Antes no estaban mencionadas esas condiciones de trabajo. En las referencias psicoanalíticas no aparece la presión por la demanda debido a la cantidad de personas que son atendidas. Es ese un problema de nuestro tiempo. El practicante comienza a sentirse abrumado. La psicoterapia es exigida ahora en su eficiencia y en su brevedad.

Pulice, Zelis y Manson dicen:

¹⁰ PULICE, G., Manson, F., y Zelis, O., “Investigar la subjetividad”. Letra viva. Buenos Aires. 2007. pág. 91.

“Sucede que a menudo, las circunstancias en que se presentan a consulta los usuarios de tales *Servicios* [de psicoterapia en el hospital] están de tal modo enmarañadas, que la atención parcial de sólo un aspecto de ellas resulta por completo insuficiente e ineficaz. Es entonces que tanto los psicólogos y psicoanalistas, como los demás profesionales implicados en esa praxis –cada uno desde sus propios saberes, sus capacidades técnicas y su ética-, se ven confrontados en su labor cotidiana con el inevitable cruce de discursos sostenidos, las más de las veces, en muy diferentes basamentos”¹¹.

Hay pues circunstancias complejas para la psicoterapia en el hospital impuestas por el consultante y por el practicante. Para el caso, los diversos discursos sostenidos por los practicantes. En efecto, ya no estamos en el consultorio del psicoanalista. Ahora, en el hospital, convergen diversos profesionales, diversas miradas sobre el psiquismo humano. Hay una estructura que pone en juego esos saberes. Todo ello no puede olvidarse al momento de pensar en la cuestión de la psicoterapia en el hospital.

Pero no es todo. Pulice, Zelis y Manson dicen también:

“Inscribimos en este sesgo [de lo singular] aquellos dispositivos, cuyo propósito no es otro que el de avanzar en la intelección de determinados obstáculos en el abordaje clínico propio de tal o cual población de sujetos, que requiere de alguna consideración especial para que su tratamiento resulte posible y eficaz –con las reformulaciones técnicas que ello implique-, renovando sin embargo la apuesta por las coordenadas éticas postuladas por Freud”¹².

El autor en cuestión y sus compañeros de equipo buscan que el tratamiento psicológico en los hospitales sea eficaz. Para lo cual se han dedicado a realizar un importante trabajo de investigación. Sin embargo, en sus pesquisas contemplan la variable del tiempo de acuerdo con los parámetros conceptuales, metodológicos y técnicos de la psicoterapia, pero no en la perspectiva del <<síndrome de la impaciencia>>. Aunque sí reconocen el problema de la técnica. Saben que el hospital impone condiciones adversas a la instalación y función del método psicoanalítico. En términos estrictos, el problema es del método. De modo que habría que pensar, es lo que nos dicen, en una reformulación metodológica, sin que haya por su parte una propuesta hasta el momento.

A fin de comenzar a discernir con mayor claridad la variable del tiempo veamos lo que dice Bauman:

¹¹ PULICE, G., Manson, F., y Zelis, O., “*Investigar la subjetividad*”. Letra viva. Buenos Aires. 2007. pág. 88.

¹² PULICE, G., Manson, F., y Zelis, O., “*Investigar la subjetividad*”. Letra viva”, Buenos Aires, 2007, pág. 121.

“El tiempo ha llegado a ser un recurso (quizá el último) cuyo gasto se considera unánimemente abominable, injustificado e intolerable; en realidad, un desaire y una bofetada a la dignidad humana, una violación a los derechos humanos”¹³.

Tal es, pues, el modo de ser y valorar el tiempo que priva en el momento actual en las sociedades llamadas capitalistas. De suerte que cualquier actividad humana, entre las que incluimos a la psicoterapia, entra en esa forma de valoración. De ahí que la psicoterapia sea contextualizada en esa forma de vivir el tiempo.

Ya no se dispone de tiempo para una actividad como la psicoterapia. Esa visión la posee la institución, los médicos encargados de organizar la atención de los pacientes, los consultantes y los practicantes. Todos y cada uno de ellos coinciden, como dice Bauman, en considerar el uso del tiempo y su gasto como algo intolerable. Ya no haya tiempo para nada, mucho menos para algo tan poco relevante como la psicoterapia.

Y agrega Bauman:

“En nuestros días, toda demora, dilación o espera se ha transformado en un estigma de inferioridad. El drama de la jerarquía del poder se representa diariamente (con un cuerpo de secretarías cumpliendo el papel de directores de escena) en innumerables salas de espera en donde se pide a algunas personas (inferiores) que <<tomen asiento>> y continúen esperando hasta que otras (superiores) estén libres <<para recibirlo a usted ahora>>. El emblema de privilegio (tal vez uno de los más poderosos factores de estratificación) es el acceso a los atajos, a los medios que permiten alcanzar la gratificación instantánea”.¹⁴

Desde luego que estas ideas de Bauman ofrecen un sustento explicativo de lo que prevalece en la consulta psicológica de un hospital público, pues la demora en la atención así como la brevedad de la consulta, constituyen efectos de la desatención que se tiene a las personas que acuden allí. En contraste, la consulta en un hospital privado es expedita, no se admite la dilación. Las personas son jerarquizadas de ese modo en superiores e inferiores.

A tal grado puede ser el asunto que muchos psicólogos consideran que si no cuentan con un procedimiento rápido para la atención de los problemas psicológicos están en condiciones de inferioridad frente a los colegas que si poseen esos supuestos tratamientos vertiginosos. Desde luego que el tratamiento

¹³ ZYGMUT Bauman, *“Los retos de la educación en la modernidad líquida”*, Gedisa, 2007, pp. 21-22.

¹⁴ ZYGMUT Bauman, *“Los retos de la educación en la modernidad líquida”*. Gedisa. 2007. pág. 22.

farmacológico parece ser el contrincante más poderoso. En el discurso del mundo psicológico ese procedimiento promete un atajo, parece la vía expedita a la curación, además de ser la opción <<científica>>.

Pero es necesario que amplíemos lo dicho por Bauman:

“El <<síndrome de la impaciencia>> transmite el mensaje inverso [al propuesto por Benjamín Franklin de que el tiempo es dinero, de que es un valorpreciado que debe cuidarse]: el tiempo es un fastidio y una faena, una contrariedad, un desaire a la libertad humana, una amenaza a los derechos humanos y no hay ninguna necesidad ni obligación de sufrir tales molestias de buen grado”¹⁵.

Entonces, pensar y aceptar el proceso complejo y dilatado que implica la psicoterapia ya no es concebible ni por la institución, por el hospital, ni por los profesionales de la psicología, ni por los usuarios de la psicoterapia.

¿Acaso la psicoterapia está destinada a su extinción? En un contexto en el que el tiempo se está valorando en la forma en la que describe Bauman, quizá todo proceso que implique tiempo y esfuerzo como la psicoterapia, esté en un serio peligro. En todo caso, desde la visión actual del tiempo el problema es la insuficiencia de la psicoterapia. En modo alguno se ve por donde se pueda cuestionar ese modo de ser y valorar el tiempo propio del <<síndrome de la impaciencia>>.

Otra idea más de Bauman:

“En el mundo de la modernidad líquida, la solidez de las cosas, como ocurre con la solidez de los vínculos humanos, se interpreta como una amenaza. Cualquier juramento de lealtad, cualquier compromiso a largo plazo (y mucho más un compromiso eterno) auguran un futuro cargado de obligaciones que (inevitablemente) restringiría la libertad de movimiento y reduciría la capacidad de aprovechar las nuevas y todavía desconocidas oportunidades en el momento en el que (inevitablemente) se presenten”¹⁶.

Para Bauman, la interpretación imperante de la relación con las cosas y las personas ha caído en esa inercia de lo inmediato. Ahora bien, esa inmediatez no es lo mismo que la experiencia de mantenerse en el ahora, de mirar el devenir y de colocarse ante él. No. Es una posición distinta. Lo que priva, lo que domina es la preocupación porque el tiempo no alcanza y ya no es adecuado mirar los vínculos humanos en términos de un compromiso largo.

¹⁵ ZYGMUT Bauman, “*Los retos de la educación en la modernidad líquida*”. Gedisa. 2007. pág. 24.

¹⁶ ZYGMUT Bauman, “*Los retos de la educación en la modernidad líquida*”. Gedisa. 2007. pág. 28.

La posibilidad de que el consultante pueda mirar en sí ante otro, de que pueda localizar lo que sustenta la subjetividad, de que interroge su malestar parece ya una ocupación que no concuerda con la disposición de tiempo.

2.3. La psicoterapia y la entrevista

¿Cuál es la finalidad de hablar ahora de la entrevista? ¿En qué modo la entrevista se entrelaza con la indagatoria de la psicoterapia y el <<síndrome de la impaciencia>>?

Dado que el procedimiento utilizado en el hospital es el de la entrevista psicológica clínica, resulta pertinente detenernos en la revisión de algunos aspectos específicos de esa actividad. La entrevista psicológica es un encuentro entre dos o más personas con el propósito de realizar una exploración del psiquismo del entrevistado. Tiene algunas reglas que cumplir: el entrevistado es el que configura los temas y los problemas a tratar; el entrevistador participa con su escucha pero sin seleccionar nada de lo que el entrevistado dice; es la apretura de lo que podría ser después una psicoterapia; por eso mismo, por ser una entrada al tratamiento, en la entrevista no se busca más que la disposición del entrevistado para aclarar algo de su problemática.

La circunstancia de que la práctica clínica del psicólogo en el hospital transcurra en una sola sesión hace que la entrevista, en ese espacio, demande del entrevistador otras cuestiones ajenas a la propuesta clásica de la entrevista. Pero veamos lo que algunos de los teóricos de la entrevista han dicho para ver qué resulta apropiado para ser retomado en este trabajo.

Hemos dado ya la referencia de la primera entrevista cuando hablamos de Dolto y Mannoni. Fue incluido en el apartado dedicado al psicoanálisis. En esta sección revisaremos el tema de la entrevista psicológica. Un tema más amplio que el de la entrevista psicoanalítica pues la entrevista psicológica tiene objetivos terapéuticos, didácticos y otros más. A fin de situar ese tema en el devenir de esta investigación nos preguntamos:

¿Cuál es la finalidad de incluir lo que dice Bleger sobre el tiempo en su texto sobre la entrevista psicológica? ¿No resulta chocante con las ideas psicoanalíticas? ¿En qué momento comenzó a hablarse abiertamente de falta de tiempo?

Bleger es un clásico del tema de la entrevista psicológica en el contexto formativo de la facultad de psicología de la UAQ. Una generación tras otra lo ha

estudiado. Es pues un referente obligado en estas cuestiones de la psicoterapia en un hospital. Su visión constituye ese momento en el que el psicoanálisis entra en relación con otros saberes. Por ese motivo no es una propuesta psicoanalítica. Es una versión de la psicología clínica que ha sido influida por el psicoanálisis. Aunque hay que decirlo, no alude directamente sobre el asunto del tiempo.

Bleger dice:

“Con frecuencia se alega falta de tiempo para realizar entrevistas exhaustivas (o correctas). Aconsejo realizar bien por lo menos una entrevista en forma periódica y regular: se descubrirá muy pronto cuán útil resulta no tener tiempo y qué fácil es la racionalización y la negación de dificultades”¹⁷.

Por lo anterior puede decirse que el tiempo que se requiere para el diagnóstico psicológico es amplio, regular y periódico. A su vez, puede decirse que el tiempo puede ser, con facilidad, colocado en un lugar que facilite la racionalización y la negación de la complejidad del proceso de diagnóstico y tratamiento, tanto para el consultante como para el practicante.

¿Qué otros autores son una referencia pertinente para la indagatoria? Díaz dice:

“En la mayoría de los casos de ejercicio profesional privado, las entrevistas iniciales con el paciente constituyen ya, de hecho, el comienzo del tratamiento. En la práctica institucional el proceso terapéutico queda con frecuencia, artificialmente dividido en un proceso de recepción, evaluación, diagnóstico y lista de espera, que puede preceder en semanas o meses al tratamiento propiamente dicho, lo que corresponde a las circunstancias del servicio, no a las necesidades reales del que solicita atención”¹⁸.

La división entre ejercicio profesional privado y público no es objeto de esta indagatoria, sin embargo, es preciso hablar de ella pues es una de las condiciones que intervienen para que la psicoterapia en un hospital público sea el espacio en el que comienza a prevalecer eso que Bauman llamó el <<síndrome de la impaciencia>>, es decir, un modo de ser y valorar el tiempo en el que se establecen dos tipos de servicio de acuerdo con cierta jerarquía que separa al ciudadano de primera y de segunda.

¹⁷ BLEGER, José, 1964. “*Temas de Psicología*”. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1983. pág. 22.

¹⁸ DÍAZ PORTILLO, Isabel. Capítulo: “*La entrevista clínica*”. En: “*Técnica de la Entrevista Psicodinámica*”. edit. Pax, sexta reimpresión. México. 1998. pág. 29.

Como dice Díaz, la práctica institucional divide artificialmente el proceso. En el caso del hospital, espacio de atención médica, la práctica de la psicoterapia necesariamente será modelada por el esquema médico. La psicoterapia requiere entonces una recepción, evaluación, diagnóstico y lista de espera, pues no se permite que el practicante siga el camino abierto por el paciente. En la psicoterapia el proceso de tratamiento comienza en la primera consulta. Al momento de poner en cuestión lo que le acontece, el paciente inicia su tratamiento.

Para Díaz la práctica institucional de la entrevista y la psicoterapia no responden a las necesidades del paciente sino de la institución. No hay una mediación entre ambas necesidades. La institución impone sus condiciones sobre la base de una manera de ser y valorar el tiempo, el <<síndrome de la impaciencia>>.

¿Qué otras perspectivas serían útiles para los fines de esta investigación?

Tenemos ahora una nueva referencia que versa directamente sobre el asunto del tiempo. Se trata de un libro escrito por una pareja de psicoterapeutas que analizan y discuten el tema de cómo se decide una psicoterapia. El modo en el que presenta el problema de la decisión de una psicoterapia y el modo en el que proponen la variable del tiempo hacen que su propuesta sea una referencia importante para este trabajo.

Veamos lo que Ortigues, E. y Ortigues, M-C dicen:

“La demanda del consultante inaugura una situación que aún no se sabe cómo va a evolucionar. Aún no se sabe si a las primeras entrevistas les sucederá o no una psicoterapia. En este libro hemos decidido limitarnos al estudio de las entrevistas preliminares, a la evolución de la demanda y a las condiciones de instalación de una situación analítica”¹⁹.

Los autores citados tienen un concepto interesante del tiempo unido a las entrevistas preliminares. Para ellos el estudio de la demanda ocupa un lugar central en la consulta de psicoterapia. Pero como puede observarse, ellos cuentan con un período de tiempo amplio para la consulta.

¿Qué significa para ellos lo <<preliminar>> de las entrevistas? Quizá se refiera a que el entrevistado habrá de valorar la disposición y la posibilidad de encarar asuntos que pueden resultar adversos, en esto coinciden con lo que dicen otros psicoanalistas y psicólogos sobre el período preliminar. También los Ortigues

¹⁹ORTIGUES, M-C. & Ortigues, E. “Cómo se decide una psicoterapia de niños”. Gedisa. Buenos Aires. 1987. pág. 11.

parecen coincidir con otros profesionales de la psicología que estiman que la decisión del consultante puede ser de mayor relevancia que la del clínico.

Pero sigamos presentando el pensamiento de esos autores. Dicen también:

“Diversas vías se pueden tomar, durante el denominado tiempo <<de las entrevistas preliminares>>, para llegar a la decisión de iniciar un análisis o una psicoterapia. Querríamos demostrar por qué algunas de esas vías comprometen o imposibilitan el trayecto que va a emprenderse, por qué pueden desembocar en un estancamiento o en una ruptura”²⁰.

Es evidente que los autores colocan el tiempo como uno de los factores relevantes para iniciar un análisis o una psicoterapia. Pero su valoración del tiempo es diferente a la que hace Bauman. Puede decirse que para ellos hay tiempo suficiente, lo que contradice el modo de ser y valorar actual, evidente en el <<síndrome de la impaciencia>>.

Otra de las ideas relevantes de esos psicoterapeutas es que en el tiempo preliminar de las entrevista están en juego variables que pueden incidir de manera favorable o desfavorable en el proceso de tratamiento. A propósito de lo cual cabe preguntarse si en el espacio de la institución es posible, en esa sólo entrevista con el consultante, que él pueda abrirse a considerar un proceso en distintas fases o momentos. Que en esa ocasión atienda a lo que al consultante le parece oportuno y que en otra oportunidad vuelva sobre algún asunto que haya quedado pendiente en la primera entrevista. Desde luego que este recurso es totalmente insuficiente si se contrapone a las amplias expectativas que tiene la metodología de la psicoterapia. Sería como prescribir una aspirina ante un cáncer. Pero, por otro lado, es necesario seguir pensando en alternativas ante la demoledora presencia del <<síndrome de la impaciencia>>.

Todavía más. Agregan los Ortigues, E. y Ortigues, M-C:

“Para que los consultantes lleguen a tomar una decisión que sea *la suya*, generalmente necesitan mucho más tiempo que las dos, tres o cuatro citas habituales. Toda demanda, sea de urgencia o no, moviliza las posiciones libidinales o identificatorias, las defensas de unos y otros así como la dinámica propia del grupo familiar. La complejidad de semejante movilización sólo rara vez puede ser descifrada en este momento, quizá no deba serlo, pero es útil que tenga tiempo para manifestarse”²¹.

²⁰ ORTIGUES, M-C. & Ortigues, E. “Cómo se decide una psicoterapia de niños”. Gedisa. Buenos Aires. 1987. pág. 17.

²¹ ORTIGUES, M-C. & Ortigues, E. “Cómo se decide una psicoterapia de niños”. Gedisa. Buenos Aires. 1987. pág. 20.

Cabe puntualizar dos cosas: la necesidad de contar con el tiempo suficiente para que la demanda se despliegue y el consultante pueda aprovechar ese proceso para promover su decisión de iniciar una psicoterapia o un psicoanálisis; y las reservas de los autores ante un desciframiento <<precoz>> de la complejidad que envuelve la demanda.

Sin duda los Ortigues realizan el trabajo de psicoterapia en condiciones en las que parece estar ausente el modo de ser y valorar el tiempo que señala Bauman. O puede ser que su práctica esté orientada sobre la consulta privada, en donde el tiempo es utilizado de otra manera. Donde el consultante puede recibir una atención esmerada.

Pero debemos estar advertidos de que el señalamiento más importante que hacen es el de que no haya un desciframiento <<precoz>> de la complejidad que envuelve a la demanda pues eso puede incidir en la evolución del tratamiento, en su estancamiento o ruptura. De donde se sigue que las posibilidades de la psicoterapia en un hospital tendrán que buscarse ya no en la metodología de intervención sino en las condiciones del servicio que presta, ampliando la cobertura y la disposición de personal suficiente. Pero definitivamente eso escapa al área de competencia del psicólogo.

A tal punto resulta complejo el asunto que Mannoni cita a Dolto:

“Los ejemplos proporcionados por Maud Mannoni muestran este fenómeno [el valor estructurante sano o patógeno de la dinámica inconsciente padres-hijo] inducido en la escucha analítica, y muestran también la imposibilidad de la comunicación de ir más allá de determinados umbrales. Donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta; cuando se trata de niños perturbados, es el niño quien, mediante sus síntomas, encarna y hace presentes las consecuencias de un conflicto viviente, familiar o conyugal, camuflado y aceptado por sus padres”²².

Entonces, el proceso es de tal modo complejo, involucra no sólo al niño sino a su familia, y es tan difícil la comunicación, que no puede esperarse un procedimiento de psicoterapia acorde con la idea prevaleciente del tiempo, esa idea que hace suponer que todo podría ser resuelto en un instante.

²². MANNONI, Maud. “*La Primera Entrevista con el Psicoanalista*”. Gedisa. Barcelona. 1981. Pag. 15.

CAPÍTULO TERCERO

Viñetas clínicas

¿Cuál es la finalidad de presentar fragmentos de casos clínicos?

La intención de exponer, en esta indagatoria sobre la psicoterapia en un hospital público, lo que algunos pacientes llevaron a la consulta, es la de buscar la relación entre esa experiencia y lo que los referentes conceptuales ofrecen como marco de explicación.

Algunas voces dirán que es preciso guardar el secreto profesional. Que lo que los pacientes dicen en la consulta, ahí debe quedarse. Posición con la que estoy de acuerdo. Quizá exceptuando la exposición de trabajos de investigación, en los que se hace necesario dar ciertos detalles de la vida de los pacientes pero guardando la confidencialidad.

Dado que resulta muy difícil exponer las ideas del campo psicológico sin relatar historias de vida, con gran facilidad puede caerse en tal nivel de abstracción que los asuntos que se quieren discutir ya no son asibles.

Pero también existe el riesgo contrario, de que las historias sean supuestamente tan evidentes que hablen por sí solas, llevando a la posición de no considerar necesario dar argumentos para probar las ideas.

3.1. La subjetividad: manifestaciones de los afectos, de ciertas formas de pensamiento y de temporalidad.

3.1.1. Mireya, 35 años

La paciente ingreso al hospital debido a que fue atropellada. Sin un sentido preciso o lógico, ella insistía en hacer referencia a que había sido atropellada por una camioneta de color blanco. En su conversación, hacía mención de que si volteaba hacia el lado izquierdo, sentía que veía nuevamente el color blanco de la camioneta. Tenía la expectativa de que la ayudara a que desapareciera esa visión del color blanco.

Su conversación fue muy detallada en lo que se refiere al accidente, me conto que ella venía de su trabajo y al tener que cruzar la calle no se percató de que venía una camioneta, y por esta razón, esta última la <<aventó>> al ir cruzando la calle. Y, lo extraño del caso, fue que Mireya no se cayó al suelo, sino que más bien, del impacto salió volando y regreso al suelo de pie. Cuando se dio cuenta de que no estaba tirada en el suelo, notó que toda la gente que estaba a su alrededor la miraba extrañamente. Ella no se podía mover del lugar del accidente.

Fue hasta que los paramédicos llegaron que la pudieron mover de la calle, cargándola en la posición en la que la encontraron; en cierto momento noto que su sweater estaba muy flojo del brazo izquierdo, pero aun así no había visto que estaba dislocado, fuera de su lugar; el paramédico, al notar el estado físico del brazo se dispuso a acomodarlo.

Mireya aparentaba estar muy espantada, quizá envuelta en una intensa reacción psíquica, emocional e intelectual, por el impacto del atropellamiento, pues antes de terminar la conversación, me pregunto muy angustiada: “¿cómo le hago para ya no tener presente la camioneta blanca, pues constantemente al voltear hacia el lado izquierdo, veo los faros, como si la camioneta estuviera a mi lado?”.

Tal pregunta denotaba el efecto psicológico del atropellamiento en lo que Freud²³ denominó la compulsión de repetición. Era evidente también que la intensidad de la experiencia se mantenía vigente, como sí el hecho tuviera una duración, en el psiquismo de Mireya, más allá del tiempo y el espacio específicos del accidente. Supongo que la respuesta afectiva y de pensamiento hacían que ese efecto se mantuviera; es decir, que la memoria, sustentada en los pensamientos y las emociones reproducía de continuo la experiencia. De hecho, todos sabemos que el planteamiento del psicoanálisis es que el psiquismo guarda en sí mismo ciertos acontecimientos significativos que busca <<descargar>>, dado un incremento inusual en la intensidad de los estímulos; y que la forma del tiempo en el psiquismo no es necesariamente la cronológica. Es decir, los acontecimientos significativos parecen tener continuidad más allá de la cronología.

Cabe agregar que su semblante se tornaba diferente al final de la sesión, pues en un principio su rostro tenía una expresión de espanto y preocupación, y al final su mirada era más brillante y ya no apretaba la mandíbula ni fruncía el ceño. Además estaba menos angustiada.

Atendí a Mireya en una sola entrevista. Enfoque la entrevista en el relato del accidente. Busque que se configurara el campo mediante las variables de la paciente, como indica Bleger²⁴. Es decir, me propuse escuchar el relato como el modo de acceder a lo que era más relevante para ella. Tal relato expresaba el desconcierto de Mireya ante el accidente; era también el intento de elaborarlo, de procesarlo psíquicamente, de que ya no tuviera la sensación de que al voltear al lado izquierdo viese de continuo el color blanco.

²³ FREUD, Sigmund. 1920. “*Más allá del principio del placer*”. En: O.C. Vol. XVIII. Amorrortu. Buenos Aires. 1976.

²⁴ BLEGER, José, 1964. “*Temas de Psicología*”. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1983.

El proceso clínico con Mireya me deja claro que era necesario y conveniente volver a verla. Sin embargo, eso no fue posible. De suerte que no supe en qué situación psicológica quedó. Sería del todo conveniente tener una práctica hospitalaria distinta, una en la que hubiese seguimiento. Es decir, que si el tratamiento médico tiene continuidad, también lo tuviese el psicológico.

Ahora bien, esta cuestión del tiempo en la práctica psicológica, esta suerte de urgencia por dar por concluido el proceso, requiere de una profunda reflexión. A fin de encauzar su revisión, propongo las siguientes ideas:

“En el mundo de la modernidad líquida, la solidez de las cosas, como ocurre con la solidez de los vínculos humanos, se interpreta como una amenaza. Cualquier juramento de lealtad, cualquier compromiso a largo plazo (mucho más un compromiso eterno) auguran un futuro cargado de obligaciones que (inevitablemente) restringiría la libertad de movimiento y reduciría la capacidad de aprovechar las nuevas y todavía desconocidas oportunidades en el momento en que (inevitablemente) se presenten” Bauman²⁵.

Lo anterior me hace pensar que la práctica clínica ocurre en un contexto en el que el compromiso con el paciente está seriamente cuestionado. ¿El clínico y el paciente estarían envueltos en esa forma de subjetividad moderna? ¿Estarían inmersos en esa suerte de <<síndrome de la impaciencia>>?

3.1.2. Verónica, 34 años

La paciente parecía tener una apariencia temerosa, nerviosa, sus manos temblaban, la mayor parte de la sesión las tuvo unidas junto a su pecho, su tono de voz a un principio era bajo. Cuando le pregunte el motivo de su hospitalización, la respuesta fue que ella no sabía nada y que del accidente no recordaba nada. La queja principal eran los mareos que la acompañaban todo el tiempo y por ello temía sufrir un accidente muy grave, pues para trasladarse a su trabajo tenía que atravesar muchas carreteras y con el mareo podría caerse y ser arrollada por algún automóvil. Antes del percance nunca se había sentido así, aunque a mí me daba la impresión de ser una mujer temerosa e insegura.

Hizo una leve referencia de los problemas con su pareja, e inmediatamente cambio el tema y comenzó de nuevo la queja de los mareos y el miedo a tener algo más grave. A Verónica le practicaron una cirugía en la cabeza para quitar el coagulo que se le había formado a raíz del impacto que recibió al momento del accidente, pero, aun así, ella creía que no había quedado bien.

²⁵ ZYGMUT Bauman, *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Gedisa. 2007. pág. 28.

Hablaba mucho de unas medicinas, de las cuales yo le pregunte cuál era la indicación médica y ella me contestó que no sabía para qué servían.

Era claro que Verónica, hacia un intento por reelaborar lo acontecido en el accidente, pero la atemporalidad de los hechos hacían que ella siguiera con la sensación de la muerte y el malestar provocados por el impacto. Al ser una entrevista única, se vuelve a mostrar la necesidad de incluir una terapia psicológica a los pacientes que han sufrido algún accidente automovilístico, pues Verónica ya tenía varios meses de haber experimentado esta situación y seguía viviendo día a día ese acontecimiento.

Los modos de ser y valorar el tiempo en la actualidad chocan con las necesidades de elaboración de las experiencias traumáticas. Pues a pesar de que la noción de tiempo de Bauman: “En nuestros días, toda demora, dilación o espera se ha transformado en un estigma de inferioridad”²⁶, puede constatarse en el caso de la paciente, que es una mujer incapaz de desarrollar nuevamente sus labores. Todo el proceso da cuenta de la <<atemporalidad>> de los hechos para el psiquismo. Freud lo describe así:

“Los procesos del sistema *lcc* son *atemporales*, es decir, no están ordenados con arreglo al tiempo, no se modifican por el transcurso de este ni, en general, tiene relación alguna con él”²⁷.

La situación descrita muestra a una paciente intentando reelaborar lo que ese impacto inesperado provocó a su subjetividad. Así como el tratamiento médico lleva un seguimiento en estos casos donde los golpes pudieran mostrar sus secuelas después de pasar algún tiempo, de esa forma podría pensarse el tratamiento psicológico donde la paciente irá resolviendo esa situación poco a poco.

3.1.3. Margaret, 60 años

Margaret vive en Texas. Sus padres fallecieron hace varios años. La mayor parte del tiempo siente miedo y <<nervios>>, dice no saber por qué le pasa, pero al cabo de unos minutos agrega: “es la primera vez que me pasa” (miedo y nervios). Parece que Margaret separa sus pensamientos y la temporalidad. No sé decir, por falta de información, si lo anterior es una reacción a algún acontecimiento guardado en su memoria, o si es una reacción a la situación de estar en un país ajeno y lejos de su casa o ambas cosas.

²⁶ ZYGMUT Bauman, *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Gedisa. 2007. pág. 22.

²⁷ FREUD, Sigmund. 1915. “*Lo inconciente*”. O.C. En: O.C. Vol. XIV. Amorrortu. Buenos Aires: 1976. pág. 184.

Ella sólo tiene un hermano, el cual vive en Hawái, está casado, no tiene hijos, la paciente tampoco tiene hijos y recalca que ahora menos podría tenerlos.

Su padre es el fundador de la religión que ella practica. Margaret tenía consigo una oración que no dejaba de rezar. A raíz de que su padre fue el fundador de la religión siempre hubo mucho dinero y, al morir ambos padres, todo el dinero pasó a manos de ella. Actualmente no trabaja, ella dice que no tiene la necesidad de hacerlo, se dedica a viajar y a trabajar de voluntaria, por esta razón se encontraba en México dando clases de inglés en una universidad privada.

El motivo de la hospitalización fue una infección en el estómago, que le causó diarrea y vómito, debido a esto tenía la presión alta acompañada de una fuerte crisis de ansiedad, todo el tiempo quería tener la pulsera que mide la presión arterial para estarla observando cada minuto. Quizá éste haya sido el motivo que la alteraba más.

Tenía miedo a morir. Todavía más, ya se imaginaba muerta. Constantemente, en su conversación, decía que pronto se moriría, y agregaba que tenía pensado que la incineraran. Su gran preocupación era que cuando ella ya no estuviera viva su hermano no sabría qué hacer con sus cosas, principalmente con sus animales. Al hablar de eso lloraba amargamente. Tenía miedo de salir del hospital pues pensaba que al llegar al hotel donde estaba hospedada le subiría nuevamente la presión y se moriría.

Toda la sesión se mostró temblorosa, no quería moverse de lugar ni de posición, pues decía que tenía miedo, parecía tener una mirada de espanto, sus manos no las movía de su pecho.

Al día siguiente, la sesión versó sobre el tema de la muerte de los padres. Su madre murió de un paro cardíaco, y su padre murió a causa de la presión alta. Casualmente la paciente decía tener esos dos síntomas, que posiblemente los asociaba a la muerte de sus padres. Por mi parte, no era la primera vez que testificaba que los síntomas de los que se quejaba el paciente estaban asociados a los síntomas que condujeron a la muerte a un ser querido. Parece que eso ocurre por medio de la identificación, así lo menciona Freud:

“... en primer lugar, la identificación es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto; en segundo lugar, pasa a sustituir a una ligazón libidinosa de objeto por la vía regresiva, mediante introyección del objeto en el Yo, por así decir; y, en tercer lugar, puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales. Mientras más

significativa sea esa comunidad, tanto más exitosa podrá ser la identificación parcial y, así, corresponder al comienzo de una nueva ligazón²⁸”.

El paciente se pone en el lugar del fallecido. En su síntoma psicológico reproduce la escena de la pérdida. A su vez, es el modo de revivir el dolor psíquico de ese acontecimiento. Probablemente, al encontrarse sola, reviviera la experiencia de soledad por la muerte de sus padres.

Dadas las circunstancias en las que se encontraba la paciente, intenté trabajar con ella una técnica de relajación, pero no funcionó. Seguía muy angustiada y temerosa de su muerte. El recurso que mejor funcionó fue desviar el tema que traía contantemente, el tema de la muerte, y cambiarlo por lo contrario, que eran sus experiencias agradables y su vida tranquila en Texas.

Otro punto importante de su relato fue el tema de su pareja sentimental. Él es paralítico a causa de un accidente automovilístico que ocurrió hace 20 años. Decía que nunca lo dejaría pese a su condición de paralítico, aunque desde ese momento su vida de pareja había cambiado pues ya no tenían vida sexual activa pero a ella no le importaba; además, su religión no le permitía relacionarse sexualmente con otros hombres.

Atendí a Margaret en dos ocasiones. La entrevista estuvo enfocada a su malestar físico, el cual estaba acompañado de la expresión de las emociones de ansiedad y tristeza. Después, Margaret intercaló los temas que para ella eran importantes o necesarios, la muerte de los seres queridos y la relación de pareja. Trate, pues, que el campo de que la entrevista fuera configurada con las variables de Margaret Bleger²⁹.

Con respecto al proceso clínico de Margaret, pienso que era necesario tener un seguimiento pues su estado de ansiedad lo ameritaba. Pero ya no pude saber qué sucedió con ella, ¿cómo logró salir del hospital? Será una interrogante sin respuesta para mí. Por cierto, es común que el psicólogo no sea notificado ni consultado para dar de alta a un paciente. Tales prácticas institucionales, sin duda poco profesionales, constituyen la evidencia de que vivimos en una cultura que separa el cuerpo y la mente, cuestión que no comparte el psicoanálisis.

²⁸ FREUD, Sigmund. 1921. “*Psicología de las masas y análisis del yo*”. En: O.C. Vol. XVIII. Amorrortu. Buenos Aires. 1976. pág. 101.

²⁹ BLEGER, José, 1964. “*Temas de Psicología*”. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1983.

3.1.4. Fernanda, 16 años

Fernanda ingreso al área de urgencias debido a que en la escuela sufrió un desmayo y se convulsionó, al parecer no había nada grave. Cuando los médicos me pidieron que acudiera con ella, su semblante parecía denotar gran angustia, al preguntarle a la paciente el motivo de su hospitalización, inmediatamente comenzó a platicarme que tenía miedo de morir, ya que su hermano menor tenía cáncer y ella sospechaba que algo andaba mal con ella, presentía que se podía morir, le sudaban las manos, y movía mucho los pies.

Constantemente repetía que se moriría, que no quería eso porque ella era muy joven y quería vivir muchas cosas, no deseaba que sus amigos se enteraran de “eso”, según la paciente era la primera vez que le sucedía algo así. Además, hacia poco tiempo que se enteraron de la enfermedad de su hermano.

Aseguré que siempre se sentía muy nerviosa y temerosa ante cualquier enfermedad, pero que ahora, los eventos del desmayo y la convulsión, no se los podían explicar y por ello tenía mucho miedo. La mayor parte del tiempo se la paso llorando y era recurrente el tema de la muerte, aunque pasara el tiempo ella seguía aferrada a ese tema.

Comenzare diciendo que en este caso los médicos y la madre de Fernanda me pedían una explicación y una solución rápida a lo que le acontecía a la paciente. Me exigían una solución rápida y mágica. Pero no había ningún compromiso de ayuda psicológica paciente-terapeuta que pudiera llevar a la paciente a encontrar una respuesta y la solución a sus malestares.

No era posible iniciar el procedimiento del <<mero colegir>> del que habla Freud. El síntoma no podía ser interrogado. De acuerdo con las ideas de Dolto y Mannoni, no era posible reconocer la presencia de fuerzas psíquicas en torno al síntoma.

Si tratara de situar esas cuestiones en las ideas de Bauman, citaría lo siguiente:

“En el mundo de la modernidad líquida, la solidez de las cosas, como ocurre con la solidez de los vínculos humanos, se interpreta como una amenaza. Cualquier juramento de lealtad, cualquier compromiso a largo plazo (mucho más un compromiso eterno) auguran un futuro cargado de obligaciones que (inevitablemente) restringiría la libertad de movimiento y reduciría la capacidad de

aprovechar las nuevas y todavía desconocidas oportunidades en el momento en que (inevitablemente) se presenten”³⁰.

En este caso, la paciente no mencionó en ningún momento querer seguir el tratamiento, ella quería dejar de sentir miedo.

3.1.5. Cristian, 18 años

Cristian llevaba 10 días hospitalizado, pues le estaban practicando diversos análisis para conocer su padecimiento, los médicos no sabían si era leucemia o cáncer en los <<linfas>>. Cristian sólo presentaba temperaturas muy altas cada tres horas, las cuales bajaban solamente con la ayuda de compresas de agua fría.

Cristian tenía una gran desesperación por salir de la clínica, quería ir a estudiar para su examen de ingreso a la universidad. Sentía una gran preocupación de no pasar el examen, su semblante parecía expresar una gran tristeza, parecía tener la sospecha de que no iba a ser agradable el diagnóstico. Es posible que el paciente tratara de asimilar su situación por medio de la negación. Sobre eso dice Freud:

“Por tanto, un contenido de representación o de pensamiento reprimido puede irrumpir en la conciencia a condición de que se deje *negar*. La negación es un modo de tomar noticia de lo reprimido”³¹.

De ahí que fuera, aparentemente, más importante para el paciente el examen que recibir su diagnóstico. Pues de esa forma era negada la posibilidad de ser portador de una enfermedad terminal. Al final de la entrevista, su semblante estaba menos pálido e inclusive sonreía un poco, dijo que le hacía falta hablar con alguien de lo que le estaba pasando en esos últimos días.

3.1.6. Ernesto, 38 años

Ernesto parecía tener un aplanamiento emocional al comienzo de la entrevista, decía estar muy bien, aunque admitía que en momentos se preguntaba ¿Por qué me pasó a mí? Una parte de la conciencia del paciente intentaba asumir lo que le había pasado a su cuerpo, pero la otra, haciendo un gran esfuerzo, trataba de dar cuenta de su estado emocional, pues había sufrido la pérdida de un órgano quizá muy importante para él.

³⁰ ZYGMUT Bauman, *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Gedisa. 2007. pág. 28.

³¹ FREUD, Sigmund. 1925. “*La negación*”. En: O.C. Vol. XIX. Amorrortu. Buenos Aires. 1976. pág. 252.

Al paciente le quitaron un testículo, no esperaba la cirugía pues solo había acudido al médico a consulta, debido a que su testículo había crecido mucho y tenía una consistencia dura.

La siguiente cita da cuenta de que en esta época toda espera es un fastidio, ya que Ernesto había sufrido una pérdida pero no había tiempo para trabajar en ello, ya que la medicina sólo se enfocó a que sanara la herida física del paciente, pero en ningún momento se pensó en trabajar la herida emocional que había quedado tras la cirugía.

El “síndrome de la impaciencia” transmite el mensaje inverso:

“El tiempo es un fastidio y una faena, una contrariedad, un desaire a la libertad humana, una amenaza los derechos humanos y no hay ninguna necesidad ni obligación de sufrir tales molestias de buen agrado” Bauman³².

Lo que parece explicar la conducta de los hospitalizados, pues en su mayor parte sienten gran urgencia de abandonar el hospital, sin expresar la necesidad de recibir ayuda emocional, tras haber pasado por alguna situación que no sólo pudiera ser dolorosa físicamente.

Ernesto admitió que dejó pasar mucho tiempo para acudir al médico. Su primer cirugía fue a causa de un balazo en el estomago durante una riña en una fiesta. En otra ocasión, le extrajeron la vesícula. Su mirada parecía expresar miedo e inseguridad, quizá por su salud en el futuro, aunque él decía estar confiado en haber sanado totalmente. Dijo estar confiado en que todo marcharía normalmente. Aunque sentía el malestar de haber sufrido una cirugía que lo había dejado sin testículo. Tenía miedo de hablar sobre el tema de las relaciones sexuales, todo el tiempo de la sesión se tocaba la cabeza. Cuando su pareja se acercó a la camilla, ya no quiso seguir hablando y me dijo que tenía miedo.

Los acontecimientos que relata esta viñeta dejan ver con claridad que el contexto donde se realizó la sesión no ayudó a que se llevara en las mejores condiciones, pues al haber una interrupción, Ernesto ya no quiso seguir hablando. Lo que da cuenta de la necesidad de que en un hospital se tenga un espacio privado para que los pacientes puedan hablar libremente sin el temor a ser escuchados.

³² ZYGMUT Bauman, *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Gedisa. 2007. pág. 24.

3.1.7. Bernardo, 49 años

Bernardo comenzó a perder la vista del ojo derecho, además el ojo izquierdo se estaba inflamando demasiado, motivo por el cual fue llevado de emergencia al hospital, su riñón derecho ya no funcionaba por la diabetes e hipertensión.

Valoración psicológica:

Bernardo tenía un pensamiento funcional con orientación de tiempo y espacio, su lenguaje era bajo, su atención era fija, su pensamiento fue circular y recurrente en relación a la pérdida de la vista, tenía una fuerte sensación de acortamiento del futuro, muy intranquilo, periódicamente presentaba náuseas y vómito, tensión muscular por la falta de actividad, baja autoestima, devaluación pues se nombraba <<costal de papas>>, sentía gran impotencia ante sus padecimientos, un sentimiento de inutilidad, la tristeza lo acompañaba todo el tiempo pues decía que ya no servía para nada.

Dado que se siente inútil para todo, él espera ser atendido pues se siente incapaz para hacer las cosas, su mayor preocupación es su esposa pues ella padece <<lupus>>. Él argumenta que su pareja está muy mal de salud como para que lo cuide y eso le angustia pues se siente incapaz de sobrevivir sin la ayuda de otro.

Cuando me acerque a su camilla el paciente decía tener muchas náuseas, al final de la entrevista ya no sentía asco, su semblante se notaba más tranquilo.

Bernardo nos recuerda, con las manifestaciones somáticas de la angustia, como las náuseas por ejemplo, que entre el cuerpo y la mente existe una íntima relación. Muestra también que uno de los efectos de la enfermedad orgánica es la alteración de la propia estima. Enfermo y desvalido, su estima desciende hasta los suelos.

3.1.8. Oscar, 67 años.

Oscar decía tener fuertes ardores estomacales, inclusive no pasaba la saliva, la escupía porque argumentaba no soportar el dolor, se quejaba de contracciones en el cuello y espalda, casi todo el tiempo de la entrevista estuvo agachado porque sólo con esa posición tenía menos molestias.

Dijo sentirse muy solo. Comenta que cuando lo jubilaron, él extrañaba mucho las órdenes de su patrón. Curiosamente al poco tiempo de su jubilación comenzó a enfermar y ahora ya no tienen interés en convivir con su familia.

La historia de vida no está separada de la enfermedad orgánica ni del conflicto psíquico. Una posición contraria al sujeto puede emerger ante un cambio sustantivo en la forma de vida y viceversa. La disposición narcisista y hacia el objeto libidinal pueden colapsar con la enfermedad orgánica colocando al sujeto en una situación de aislamiento afectivo.

Ahora bien, lo anterior no está separado de la experiencia del tiempo que describen los pacientes. Como he reiterado en este trabajo, las ideas de Bauman³³ hablan del significado del tiempo en estos tiempos modernos, donde ya no son bien tolerados los tiempos libres y de descanso. En efecto, dice él que el tiempo parece un recurso cuyo gasto se considera unánimemente detestable, injustificable e intolerable. En suma, un desaire y una bofetada a la dignidad humana. Es posible que Oscar este experimentando un sentimiento parecido a lo que Bauman³⁴ llama <<síndrome de la impaciencia>>, pues su vida ha tomado un rumbo diferente, ahora dispone de tiempo libre de la rutina de trabajo, y es posible que no sepa que hacer o se sienta incapaz de hacer algo nuevo, de suerte que el camino más fácil para llevar esa carga sea el de la enfermedad física.

Por otro lado, la evolución de la entrevista fue semejante a lo que se ve en la mayoría de las entrevistas. En casi todas, el paciente muestra al final más interés en participar de la entrevista, le es más fácil relatar su estado de ánimo. Inclusive, Oscar me miro a los ojos varias veces y me agradeció el haberlo escuchado. Mientras que durante la mayor parte del tiempo de la entrevista, tuvo la mirada hacia el suelo.

Es preciso reconocer los resultados de la entrevista. Aunque mínimos, constituyen un avance. Es probable que un estudio sistemático de los efectos que produce la psicoterapia en el estado de salud del paciente pudiera justificar una forma distinta de tratamiento psicológico en el hospital.

3.1.9. Felipe, 34 años.

Fue hospitalizado por un dolor de cabeza muy fuerte, el cual le provocaba no poder hablar, al cabo de un tiempo después de administrarle el medicamento adecuado el dolor estaba cediendo y pude hablar con el paciente. Además, tenía diarrea la cual ya habían controlado. Es un paciente que tiene VIH/sida.

³³ ZYGMUT Bauman, *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Gedisa. 2007.

³⁴ ZYGMUT Bauman, *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Gedisa. 2007.

Valoración psicológica:

El paciente tenía un pensamiento funcional, orientación de tiempo y espacio, en cuanto a su lenguaje su tono era bajo, su atención fue fija todo el tiempo, presentaba una sensación de preocupación con respecto a cuanto tiempo de vida le queda. Presenta diversos trastornos somáticos como fatiga, cefaleas, desmayos, sudación, temblor muscular. Dijo sentir una gran tristeza y temor a la muerte.

Con respecto a su temor a la muerte, lo que más le dolía era que tenía que dejar a la persona que él quería, pues sabía que en cualquier momento se iba a poner muy mal y los medicamentos no le iban a ser de gran ayuda. Recordó ahí conmigo que él cuidó a su anterior pareja hasta que ya no pudieron hacer nada y falleció.

Resultado de la entrevista:

Estaba más contento y agradecido por haberlo escuchado, se quedó muy tranquilo en la cama.

La situación de Felipe me hace pensar que el tratamiento para las personas que padecen un problema como el VIH/sida requiere de una visión distinta del tratamiento psicológico. Sería preciso y necesario un tratamiento continuo y prolongado que le permitiera una mayor calidad de vida y que en su momento fuera un acompañamiento antes de morir.

3.1.10. Fátima, 80 años.

La señora se queja de dolores por todo el cuerpo, y en el hospital la querían convencer de empezar el tratamiento para sus riñones pues la señora se niega rotundamente y ambos le fallan.

Valoración psicológica:

La señora tenía un pensamiento funcional, orientación de tiempo y espacio, su lenguaje era rápido con un tono alto, su atención era dispersa, tenía un pensamiento circular y recurrente pues todo el tiempo se la paso diciendo que ya quería morir para descansar, presentaba disminución del apetito, tenía diversos trastornos somáticos como cefaleas, fatiga, sensación de opresión, sudación, taquicardia, tensión muscular. En cuanto a su conducta, tenía agresión activa, respuesta de alarma exagerada, presentaba demasiado enojo, irritabilidad.

Era por demás evidente que la señora estaba muy enojada por la enfermedad. Repetía constantemente que ya estaba harta de vivir. Lo que más

deseaba era morir para descansar de los dolores que sentía en todo el cuerpo. Según ella, ya eran muchos años de estar sufriendo y sólo la muerte le iba a dar el descanso que tanto quería.

Resultado de la entrevista:

Todo el tiempo tuvo una actitud defensiva y de enojo, pero al final, haciendo un espacio en su expresión habitual, se despidió de mí muy amable. Pero el cambio duró muy poco. Casi de inmediato volvió a su semblante de enojo. Era evidente que la reacción emotiva constituía ya su condición subjetiva permanente.

Creo que la enfermedad orgánica configura formas específicas de conducta y de personalidad. Parece una respuesta de acomodo a esa circunstancia. Tal como se forma un tejido duro ante una astilla enterrada, así la personalidad parece responder a la enfermedad. Quizá la dureza sea una medida defensiva. Siempre será pertinente preguntarse sobre la justificación de pretender modificar esa barrera defensiva. Acaso al sujeto le resulta la opción más próxima a sus condiciones de vida.

3.1.11. Antonia, 43 años

La señora se quejaba de fuertes dolores abdominales y en el hombro, además pedía que le revisaran sus anteriores operaciones que según ella de repente le producían molestias, la paciente tenía un diagnóstico de <<osteocondritis hipocondríaca>>.

Valoración psicológica:

La paciente presentaba un pensamiento funcional, con orientación de tiempo y espacio, su lenguaje era rápido con un tono bajo, estaba verborreica ante sus diversos dolores; tenía la sensación de perjuicio constante, sensación de inseguridad y preocupación; padecía insomnio; presentó diversos trastornos somáticos como sudación, taquicardia, temblor en las manos, cefaleas, tensión muscular, hiperactividad, angustia y ansiedad.

Por cierto, tenía mucho miedo a enfermar. Ante eso, solía ir al área de urgencias sin avisarle a su familia. Les inventaba cualquier pretexto para salir. Era el hospital el que avisaba a la familia que Antonia nuevamente había acudido con ellos. Además, decía que cuando se acostaba a descansar se sentía muy mal pues creía que era muy floja, entonces, en respuesta a ello y para contradecir esa creencia, se levantaba de la cama a limpiar la cocina de su casa, ese era el motivo que le impedía poder dormir.

Resultado de la entrevista:

Dejo de temblar de las manos y el dolor de cabeza disminuyo, además hablaba más lento. Quizá la breve entrevista en modo alguno modificó su condición psíquica. Probablemente los síntomas hipocondríacos continuarían. Es probable también que Antonia continúe organizando su vida en torno a supuestas enfermedades. Quizá, también, el hospital la siga recibiendo sin poder responder de manera más específica a la problemática psíquica de la paciente pues el paradigma médico vigente ahí se lo impide.

3.1.12. Linda, 24 años

La joven llegó a urgencias por un fuerte vómito, además su cuerpo no dejaba de temblar y decía que si giraba su cabeza de lado izquierdo se mareaba.

Valoración psicológica:

La paciente tenía un pensamiento funcional, orientación de tiempo y espacio, su lenguaje era lento con un tono bajo, su atención era dispersa, tenía la sensación de inseguridad y preocupación, trastornos digestivos como nauseas y vómito, presentaba tensión muscular, temblor en las manos, cefaleas, conductas dependientes hacia sus padres, llanto, angustia y ansiedad si no estaban sus padres.

Foco de atención:

Sentía mucha angustia y miedo de dejar a sus padres. Ella trabaja en San Juan del Río y viajaba todos los días allá porque decía que no quería dejar la casa de sus padres, pues con ellos se siente protegida y segura.

Por otro lado, le daba mucho miedo quedarse dormida en la clínica porque pensaba que los médicos le observarían su cuerpo.

Resultado de la entrevista:

Al final estaba más tranquila pues al principio hablaba muy bajo y no se entendía bien lo que decía. Pero luego eso cambió, se podía escuchar muy bien lo que decía. Por último, agradeció el espacio para platicar de sus miedos.

3.1.13. Roxana, 45 años

Un cólico abdominal en estudio. Era probable que le hicieran cirugía, pues se sospechaba que tuviera muchas piedras en la vesícula.

Valoración psicológica:

La paciente tenía un pensamiento funcional, orientación de tiempo y espacio, su atención era fija, tenía sensación de preocupación por su hijo menor de 16 años, tenía tensión muscular, temblor en las manos, llanto, angustia por la posible cirugía y temor por la muerte.

Foco de atención:

Gran preocupación por su hijo de 16 años, la señora comenta que este joven sólo sale de su casa si ella lo acompaña, además va a la escuela si su mamá lo lleva. Para la paciente las cosas se mezclaban. Los motivos de miedo eran la cirugía y dejar solo a su hijo. Sentía que de morir ella no habría quién atendiera a su hijo. Parecía que la posibilidad de la cirugía y la respuesta psicológica a ella, una respuesta de preocupación, era justificada por ella sobre la base de la preocupación por el hijo.

Resultado de la entrevista:

Al final se tranquilizó mucho. Cuando llegué con ella estaba muy angustiada, llorando, sus manos temblaban. Pero luego su respiración era más tranquila y sus manos ya no temblaban. Sin duda hablar con otro promueve que la angustia disminuya. Hablar parece el medio por el cual la ansiedad queda adscrita a ciertos pensamientos, o a una transformación de ellos. Puede ser que el pensamiento predominante de angustia sea movido de lugar cuando se habla.

3.1.14. Edgar 2 años

Claudia (madre) 29 años

El niño se recuperaba de una pulmonía muy fuerte. Tenían que drenar agua de sus pulmones. Por lo que pude ver en el hospital, ese tipo de experiencias son algo difícil de sobre llevar para una madre.

Valoración psicológica:

La señora tenía un pensamiento funcional, orientación de tiempo y espacio, su lenguaje era rápido con un tono alto, presentó verborrea pues no paraba de relatar lo sucedido. También hacía alusión a su vida, su atención era fija en algunos

momentos, tenía tensión muscular, fatiga, impotencia ante el estado de salud de su hijo.

Puede pensarse que al hablar el individuo no sólo comparte lo que le sucede. También alcanza una descarga emotiva. Al hablar es posible pensar. Hablar, pensar y sentir al mismo tiempo puede propiciar la articulación del sentido de lo que se está viviendo.

Foco de atención:

La señora expreso varias veces que necesitaba regresar a sus actividades de trabajo. Es decir, la señora añoraba en ese momento su vida laboral. Decía que ahora con sus dos hijos sólo se dedica a la casa y eso le angustiaba y desesperaba mucho, pues dijo que las enfermedades no se pueden predecir. Ahora le había tocado enfermar a su hijo y nunca pensó que fuera tan grave, pero aun así extraña su vida de antes.

Claudia hace un contraste entre su vida laboral y su vida como madre. Sin duda por lo que dice, la primera le resulta más fácil de sobre llevar. La enfermedad de su hijo resultó una experiencia sumamente confrontante.

Temas de la entrevista:

La enfermedad de su hijo, lo cuidados que ha llevado el niño, su trabajo anterior, la relación con su pareja, sus amigos de trabajo, su vida en casa, el sentimiento que despierta en ella las diferentes situaciones.

Resultado de la entrevista:

Su respiración se tranquilizo, su habla era más lenta, agradeció el que yo la escuchara pues pensaba que estaba muy bien y al estar relatando los acontecimientos de su vida se dio cuenta que necesitaba hablar con alguien para sentirse menos tensa. Lo anterior es algo digno de notarse y de detenerse a reflexionar. A veces, es hasta que hablamos que algo se vuelve evidente. La señora lo dijo muy claro, no había notado que estaba tensa hasta que habló.

3.1.15. Mónica, 17 años

La paciente tuvo un desmayo, por una fuerte discusión con su madre. Comentó que antes del desmayo sintió muy caliente su cabeza y comenzó a darle vueltas todo a su alrededor y cuando despertó estaba en la ambulancia del hospital.

Dijo que la relación con su madre era muy mala y todo el tiempo se la pasaba peleando con ella y no sabía porque esta discusión la llevó al desmayo.

Valoración psicológica:

La paciente tenía un pensamiento funcional, orientación de tiempo y espacio, su lenguaje era de volumen bajo y lento, atención fija, tenía la sensación de inseguridad y preocupación, tenía disminución del apetito, presentaba tensión muscular, temblor en las manos, aislamiento pues no le gusta salir con nadie, prefiere estar sola en su recámara siempre. Además, presentaba conductas dependientes hacia su madre, no puede salir a ningún lado si su mamá no va con ella. Presentaba llanto, baja autoestima, se degrada mucho, inseguridad en todo lo que hace.

Foco de atención:

Todo el tiempo está pensando en lo que ella cree que la gente piensa de ella, argumenta no gustarle su cuerpo. ¿Será eso una manifestación propia de la edad? Mónica presenta diversos signos que alertan sobre su condición psicológica. La relación con la madre servía de canalización de esa situación. Además, las emociones intensas en las que se debatía eran la condición del desmayo.

Resultado de la entrevista:

La ansiedad le bajo considerablemente, argumento sentirse muy desahogada, pues dice que soltó una parte de ella, pues ya no podía con tanto peso. Es oportuno llamar la atención sobre la función de descarga que posee el habla. Claro que no es simplemente hablar sino hablar de aquello que nos preocupa. Tampoco debe olvidarse que el habla se complementa con la escucha. Puede decirse incluso que es la escucha la que promueve el habla. No sé si hablando Mónica evitaría el desmayo, pero existen altas posibilidades de que así fuese. Seguramente la relación con la madre se vería seriamente favorecida si pudieran hablar sus desacuerdos.

3.1.16. Emma, 56 años

La paciente seguía presentando complicaciones, ahora tenía mucha temperatura y no sabían su causa, le estaban sacando muestras de sangre para saber el porqué. Respecto de la condición que prevalecía en su pulmón ya estaba mejor. Y en cuanto a la comida, tenía una dieta muy específica porque la dieta líquida le provocó diarrea.

Valoración psicológica:

La paciente presentaba un pensamiento funcional, orientación de tiempo y espacio, lenguaje lento y bajo, atención dispersa, sensación de acortamiento de futuro, sudación y baja autoestima.

Foco de atención:

Ella cree que lo único que puede hacer es cuidar a su padre de 95 años. Argumenta que no está hecha para el matrimonio, pues ya está muy grande, su madre y padre le dijeron que ella no debía casarse, aunque su madre antes de morir le dijo que tuviera un hijo pero ella se enojó mucho porque ya era demasiado tarde para darle el permiso. Es curioso que la estancia en el hospital y la condición de enfermo no limite a la persona del contexto biográfico e histórico de la familia. Emma, en su condición de paciente, sigue inmersa en la historia familiar, sigue cumpliendo mandatos. ¿Acaso la enfermedad orgánica está separada de esas condiciones? ¿No es más bien su magnificación?

Temas de la entrevista:

Habla de su estado de salud, de cómo se sentía en relación a ello, de su vida en familia, de la relación con su padre, madre, y hermanos, lo que quería hacer después de salir de la clínica. ¿Cómo intercalar en ese contexto la enfermedad? ¿Sería el momento propicio para interrogar el síntoma orgánico? ¿Y el psicológico?

Resultado de la entrevista:

Se sintió mejor de haber platicado un rato, dijo que seguiría echándole muchas ganas para mejorar su estado de salud. Pero, Emma ha respondido a las expectativas de los padres, ¿cómo hacer un espacio para decidir por sí misma? ¿Sería la enfermedad una nueva oportunidad para abrir ese espacio de autonomía?

3.1.17. Patricia, 56 años

La paciente tenía un muy fuerte dolor en las piernas, el cual no le permitía caminar, además a causa de este dolor se le estaba subiendo mucho la presión, y por esta razón estaba hospitalizada

Valoración psicológica:

La paciente presentaba un pensamiento funcional, orientación de tiempo y espacio, lenguaje lento y bajo, atención dispersa, sensación de acortamiento de futuro, sudación y baja autoestima.

Foco de atención:

Creía que sus hijos y esposo sólo la veían como una proveedora de alimentos y cosas materiales, se sentía poco valorada y sola.

Temas de la entrevista:

Su estado de salud, como se sentía en relación a ello, su vida en familia, la relación con su padre, madre y hermanos, lo que quería hacer después de salir del hospital.

Resultado de la entrevista:

Se sintió escuchada, y se notaba más alegre y tranquila.

3.1.18. Ernesto 65 años

Al señor le extirparon un tumor en la parte superior de la cabeza, además le injertaron piel de la pierna derecha ahí mismo para que pudiera cicatrizar.

Él comenzó con un grano en la cabeza que le daba mucha comezón, acudió al médico hasta que creció mucho y le daba molestias. El médico le dijo que había que operarlo de emergencia para que el tumor no llegara al hueso, y así saber si era maligno o benigno, se encontraba en terapia debido a que sí le detectaron cáncer.

Valoración psicológica:

El paciente tenía un pensamiento funcional, orientación de tiempo y espacio, su lenguaje era bajo y lento, su atención era fija, su pensamiento tenía recuerdos desagradables, en cuanto a sus emociones presentaba negación de afectos.

Foco de atención:

El señor se mantuvo tranquilo hasta que abordamos el tema de su hijo que falleció a los 18 años, se puso un poco triste admitiendo que se había cambiado a Querétaro, porque no quería estar donde tuviera objetos y lugares que le recordaran a su difunto hijo, el paciente y su esposa son del D.F.

Temas de la entrevista:

Su estado de salud después de la operación, el origen de su tumor, que espera a futuro, como fue la muerte de su hijo y como se siente respecto a ese tema.

Resultado de la entrevista:

El señor se quedó muy tranquilo y a la vez pensativo a raíz de todo lo que me platicó acerca de su hijo. En cuanto al cáncer, si tiene miedo a la muerte.

3.1.19. Estela, 27 años

La paciente estaba callada, al principio no respondía a ninguna de mis preguntas, tenía la mirada ausente, parecía escurrirse en la silla. A un lado tenía un charco de sangre. No parecía haberla perdido ella pero creaba una escena impactante. Tiempo después supe que la sangre provenía de la madre, quién sangró del cuero cabelludo luego de que Estela, su hija, le jaló el cabello provocándole esa lesión. De repente comenzó a decirme que tenía una niña de 1 año 8 meses llamada Jimena, y que trabajaba limpiando casas alrededor de 4 a 5 horas diarias. Mientras relataba eso, su mirada seguía perdida. Observaba de continuo el televisor que se encontraba apagado. Cuando hablaba su garganta temblaba mucho, daba la impresión de una escena de <<posesión>> demoníaca. Otro efecto desconcertante que experimenté al principio fue la sensación de que se acercaría para golpearme, por ese motivo yo me ubiqué cerca de la puerta. Afortunadamente eso no ocurrió. Pero si le ocurrió a un paramédico que la atendió enseguida de mí.

Prosiguió su relato. Dijo que no vivía con su madre -quien la acompañaba-, que vivía con su esposo; que le era muy difícil cuidar a su hija. Al cabo de un tiempo se sentó y no se movía para nada, tenía las piernas abiertas y los brazos cruzados, sólo me miraba de reojo. Pese a su dicho de que no comía, su complexión es robusta, un poco pasada de peso, su rostro tenía un poco de paño, me dijo varias veces que no sentía apetito, y que estaba muy cómoda en el hospital, aunque el medicamento administrado le producía mucho sueño.

Dijo también, en un modo sorpresivo, como que los temas le venían de repente, en cierto modo desconectados, que la vida con su esposo era muy difícil

porque no la entendía y tenía otras mujeres. Lo mismo sentía de su mamá, decía que no la entendía, por esa razón agredía a su esposo y a su familia.

Continuo el relato, dijo que siempre se sentía nerviosa y desesperada, pues el llanto de su hija le molestaba mucho y siempre sentía miedo. Yo le pregunté que si sabía por qué le pasaba eso, y ella respondió que no sabía. A estas alturas de la entrevista me iba formando la idea de que Estela presentaba un problema psíquico severo. Éste se manifestaba sobre todo con conductas violentas, con manifestaciones afectivas intensas y sin control, con dificultad para comprender el sentido de las cosas y las circunstancias.

Noté que cuando hablaba sobre su hija sonreía y era fácil que contestara, pero en cuanto a su pareja y su familia su rostro se tornaba diferente tenía una expresión de enojo y su mirada perdida.

En el curso de la sesión lleve a cabo una actitud atenta y silenciosa, así como lo menciona Nahoum “La táctica clínica o no directiva permitiría al sujeto expresarse libre y completamente en el marco de su experiencia y su personalidad”³⁵.

El discurso de la paciente no tenía un orden lógico, pero aún así yo la escuchaba atentamente.

3.1.20. Miguel, 37 años

Miguel se encontraba como todos los días limpiando las oficinas de su trabajo cuando de repente comenzó a sentirse muy cansado, con bastante sueño al grado de no poder sostenerse de pie, sus compañeros de trabajo se percataron de que Miguel no se sentía bien y decidieron llevarlo al hospital al área de urgencias.

Miguel comenzó diciendo que la mayoría del tiempo sentía que lo observaban sus compañeros de trabajo y además lo criticaban, esta situación lo enojaba mucho y le provocaba muchas ganas de gritarle a sus compañeros y de agredirlos físicamente, por ésta razón evitaba hacer amistad con ellos.

Me contó que había intentado suicidarse dos veces cortándose las venas de las manos de manera horizontal, ya que no soportaba los recuerdos de que un tío abusaba sexualmente de él (descripción detallada de la violación). El paciente dice no soportar los recuerdos, los cuales se colocarían en la atemporalidad, en esa forma del tiempo que se ha estudiado en el psicoanálisis, donde un recuerdo es vivido como actual, acompañado de sus expresiones emocionales.

³⁵ NAHOUM, Ch. “*La entrevista psicológica*”. Kapelusz. Argentina. 1961. pág. 39.

Actualmente está separado de su esposa y raramente ve a su hija. Miguel dice que su mujer lo engañaba con muchos hombres y que por ese motivo la dejó. Él ahora vive con una mujer que según comenta no entiende que la gente lo critica y lo quiere agredir.

Al hacer el relato detallado de las violaciones que sufrió, no parecía mostrar ningún sentimiento de dolor, se mostraba muy tranquilo. Sin embargo, cuando yo me levante de la silla, mis piernas temblaban sin que yo pudiera controlarlas. Al dar por terminada la sesión, Miguel decía tener sueño y muchas ganas de salir del hospital.

En el caso de Miguel, traté de que la entrevista abordara los temas que él considerara importantes en ese momento, mi actitud la mayoría del tiempo fue atenta a lo que me iba diciendo, así como la menciona Nahoum³⁶ en la siguiente cita: “el entrevistador no es un educador, un consejero, ni un propagandista, sino un oyente benévolo. No debe expresar sus sentimientos y opiniones (no denotará sorpresa ni desaprobación), que podrían inhibir al sujeto o conducirlo a adoptar actitudes defensivas”.

³⁶ NAHOUM, Ch. “*La entrevista psicológica*”. Kapelusz. Argentina. 1961. pág. 40.

CONCLUSIONES

1. Pudo comprobarse que los modos de ser y de valorar prevalecientes en el contexto de la psicoterapia en el ISSSTE de Querétaro son los del <<síndrome de la impaciencia>> que Bauman³⁷ ha descrito para la época contemporánea. Es decir, en estos modos de ser y valorar, el tiempo es un fastidio del cual tenemos que librarnos, donde todo necesariamente tuviera que ser rápido para considerarlo eficiente, certero y con alguna posibilidad de utilidad. Quien esto escribe, en la función de psicóloga, aceptaba como algo natural y sin posibilidades de cambio tanto a la drástica reducción del tiempo de consulta como a las dificultades en la atención, comprensión y resolución de los problemas presentados por los pacientes, derivadas de esos modos de ser y de valorar el tiempo. Lo mismo ocurrió con la institución.

2. Pude saber que la psicoterapia en el ISSSTE del Estado de Querétaro durante el 2009, requiere de algunas modificaciones en los referentes conceptuales y metodológicos, por la presencia y la participación del <<síndrome de la impaciencia>> como una de las formas actuales de organizar los modos de ser y de valorar. Una primera modificación sería que los conceptos que se revisan en las aulas universitarias en relación al tiempo de terapia, al encuadre, al contenido de la entrevista, estén en relación directa con el modo de percibir el tiempo en la actualidad. Por cierto, con los pacientes atendidos en el hospital, había la sensación de no haber logrado mucho, como si hubiera sido una simple charla. Por otro lado, en la asesoría se trabajaba con la información que se traía a colación para poder darle un sentido a lo trabajado en el hospital, pero indiscutiblemente no alcanzábamos a darle el lugar de prioridad que tiene el tiempo en la actualidad.

Pude corroborar también que entre el tiempo y la psicoterapia nace un movimiento de contradicción. La segunda demanda un proceso dilatado que difícilmente puede ofrecerse en un hospital público.

De acuerdo con la indagatoria realizada sobre el proceso formativo de la facultad de psicología puedo concluir que existe un predominio de la enseñanza de conceptos sobre el psicoanálisis, razón por la cual no es fácil enfrentar satisfactoriamente los problemas que presenta la práctica pues ésta no se adecúa a los conceptos que se revisan. Por lo mismo, tampoco se desarrolla la habilidad para investigar los problemas acuciantes de la práctica profesional.

³⁷ ZYGMUT Bauman, *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Gedisa. 2007.

Entre otras cosas, quedó claro que el paciente en el ISSSTE queda colocado en el lugar de objeto. La severa restricción del tiempo disponible para la atención del paciente impide que pueda desplegarse su potencialidad subjetiva.

3. Revisadas dos referencia freudianas, el caso Catharina (en el que se hace referencia al procedimiento del <<mero colegir>>) y el método catártico, pude concluir, en un primer momento, que las condiciones de tiempo que impone la práctica en el hospital público parecen conducir a la decisión de tomar esas formas de terapia preanalíticas como alternativa, pero luego, una reflexión más profunda, me indicó que es necesario continuar buscando una metodología más acorde al modo de ser y valora el tiempo en la actualidad. Por ejemplo, queda como una alternativa para seguir indagando, la interrogación del síntoma, procedimiento plenamente freudiano en el que converge, sin que sea esa la finalidad, una descarga afectiva. De ese modo se articularían diversos aspectos metodológicos en una disposición más acorde a la valoración impaciente del tiempo.

4. De las ideas vertidas por Mannoni y Dolto³⁸ sobre la primera entrevista con el psicoanalista, puedo concluir que la entrevista en el hospital, en su brevedad, puede estar enfocada en la escucha de lo que el consultante trae a colación. Una escucha que poseen en sí misma cierto alivio para el consultante y que puede permitir <<colegir>>, discurrir, clarificar cierto sentido del síntoma, tal como lo decía en el párrafo anterior. Es decir, podría asumir que eso es lo más que puede lograrse en esas condiciones tan limitadas para la psicoterapia.

5. De acuerdo con Allamprese (2007) la demanda actual es excesiva. Los efectos son desfavorables en todo sentido. Pero, en la reflexión que hace, no es evidente alguna alternativa. Sólo es evidente que en el hospital convergen diversas miradas disciplinarias que requieren de una metodología que haga algo con ellas.

6. De las ideas de Bauman obtuve un sustento explicativo de lo que sobresa en la psicoterapia en un hospital público. Así, la demora en la atención así como la brevedad de la consulta, sin duda, efectos de la desatención que se tiene a las personas que acuden allí, están asociadas con los modos de ser y valorar el tiempo. Por el contrario, la consulta en un hospital privado es rápida, no se admite la dilación. De donde se sigue que la persona sea jerarquizada de ese modo en superior e inferior.

³⁸ Mannoni, Maud. *“La Primera Entrevista con el Psicoanalista”*. Gedisa. Barcelona. 1981.

Otro efecto del síndrome de la impaciencia es el supuesto de muchos psicólogos, quienes consideran estar en condiciones de inferioridad como resultado de no contar con un procedimiento rápido para la atención de los problemas psicológicos, mientras que otros colegas si poseerían esos supuestos tratamientos vertiginosos.

Desde luego que el tratamiento farmacológico parece ser el contrincante más poderoso. En el discurso del mundo psicológico, ese procedimiento promete un atajo, parece la vía expedita a la curación, además de ser la opción <<científica>>.

7. La exposición de fragmentos clínicos hizo posible dilucidar hasta qué punto está cuestionado el compromiso con el paciente por el efecto del <<síndrome de la impaciencia>>. Se comprueba la prevalencia de una suerte de urgencia en el trato de los problemas psicológicos. Se arguyen motivos de eficiencia pero en realidad se quiere negar la naturaleza propia de lo psíquico.

El hospital alberga muchos casos de trauma psíquico. Esperar que ese tipo de casos se resuelvan rápidamente, es poco objetivo. Aun cuando exista la intención de revisar la metodología de la psicoterapia, a fin de adecuarla a las condiciones prevalecientes del manejo del tiempo, es improbable que esos casos de trauma psíquico sean factibles de elaboración en un corto tiempo pues llevan consigo su propio proceso.

La práctica hospitalaria está disociada. Separa la mente y el cuerpo. Así, la psicoterapia se ve confinada a un segundo plano. Difícilmente se integra la motivación psicológica a las determinaciones de la enfermedad orgánica. Mucho menos se ve en la enfermedad orgánica la manifestación de procesos psíquicos como la identificación.

El paciente experimenta los síntomas desde el <<síndrome de la impaciencia>>. Quiere librarse de ellos pero no quiere hacer un esfuerzo. Dedicar tiempo a eso le resulta poco menos que imposible.

El paciente utiliza todos los recursos a su alcance para encarar la enfermedad orgánica y sus consecuencias. Niega y reprime la situación de la enfermedad orgánica.

El hospital dista de ser un espacio adecuado para la consulta psicológica. La importancia y trascendencia de la atención médica, aséptica y objetiva, la ideología que separa la mente y el cuerpo, los discursos disciplinarios, entre otras cosas, intervienen en la poca disposición del hospital y sus administradores para otorgar un lugar adecuado a los psicólogos. Sin duda, en todo ello interviene la

ideología impuesta por el <<síndrome de la impaciencia>> pues se considera que no hay forma de distraer el tiempo que urgentemente demanda el tratamiento médico.

La enfermedad orgánica repercute, las más de las veces, en la propia estima del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- BLEGER, José, 1964. *Temas de Psicología*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1983.
- BOURDIEU, Pierre, 1988. *Cosas dichas*. Gedisa. Buenos Aires: Citado por Ibarra (1999).
- BOURDIEU, Pierre, 1990. *Sociología y cultura*. Grijalbo. México: Citado por Ibarra (1999).
- DÍAZ PORTILLO, Isabel. Capítulo: *La entrevista clínica* En: *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*. edit. Pax, sexta reimpresión. México. 1998
- FREUD, Sigmund. 1915. *Lo inconciente*. O.C. En: O.C. Vol. XIV. Amorrortu. Buenos Aires: 1976.
- FREUD, Sigmund. 1920. *Más allá del principio del placer*. En: O.C. Vol. XVIII. Amorrortu. Buenos Aires. 1976.
- FREUD, Sigmund. 1921. *Psicología de las masas y análisis del yo*. En: O.C. Vol. XVIII. Amorrortu. Buenos Aires. 1976.
- FREUD, Sigmund. 1925. *La negación*. En: O.C. Vol. XIX. Amorrortu. Buenos Aires. 1976.
- IBARRA, Luis, *La educación universitaria y el buen maestro*. Ediciones Gernika. México. 1999.
- MANNONI, Maud. *La Primera Entrevista con el Psicoanalista*. Gedisa. Barcelona. 1981.
- NAHOUM, Ch. *La entrevista psicológica*. Kapelusz. Argentina. 1961.
- ORTIGUES, M-C. & Ortigues, E. *Cómo se decide una psicoterapia de niños*. Gedisa. Buenos Aires. 1987.
- PULICE, G., Manson, F., y Zelis, O., *Investigación ◇ Psicoanálisis. De Sherlock Holmes, Dupin y Peirce a la experiencia freudiana*. Letra viva. Buenos Aires. 2000.
- PULICE, G., Manson, F., y Zelis, O., *Investigar la subjetividad*. Letra viva. Buenos Aires. 2007

SIGMUND, Freud, 1893-95. "*Estudios sobre la histeria*". En: O.C. Vol. II. Amorrortu. Buenos Aires. 1976.

SIGMUND, Freud, 1911. "*Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia Paranoides) descrito autobiográficamente*". En: O.C. Vol. XII. Amorrortu. Buenos Aires. 1976.

SIGMUND, Freud, 1911-1915. "*Trabajos sobre técnica psicoanalítica*". En: O.C. Vol. XII. Amorrortu. Buenos Aires. 1976.

TAMAYO, Luis. "*El discipulado en la formación del psicoanalista*". *Un aporte del psicoanálisis a la pedagogía*. CIDHEM (colección sello de agua). México. 2004.

ZYGMUT Bauman, *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Gedisa. 2007.

PAGINA WEB

INEGI, 19 de julio de 2010, disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/ce2009/default.asp?s=est&c=14>

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO, 19 de julio de 2010, disponible en www.uaq.mx , licenciaturas (Psicología), Plan Curricular Área Clínica.