

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGA CLÍNICA

INFLUENCIA DE LA RELACIÓN TRANSFERENCIAL ENTRE
MÉDICO Y PSICÓLOGO EN LA INTEGRACIÓN DEL
PSICÓLOGO CLÍNICO A LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.

(Investigación de las prácticas pre-profesionales en instituciones
hospitalarias, desde el año 2007 hasta el 2009, en la Facultad de Psicología
de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede-Quito)

DANIELA GAME B.

DIRECTORA: MSTR. PAULINA BARAHONA

QUITO, 2010

Dedicatoria

Esta investigación está dedicada a todas las personas que por pequeños o grandes espacios de tiempo me han dejado saber que puedo aportar algo a su vida.

Agradecimientos

La presente investigación es producto de mi trabajo, pero cada vez que me senté a escribir un párrafo, muchas personas me acompañaron. Siento una enorme alegría de poder agradecer por todo lo recibido.

Quiero agradecer a la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en especial a Paulina Barahona, Elsa Andrade, Jorge Flashier, Rosa Elena Vallejo, Ruth Gordillo, Astrid Dupret y Lidia Lew. También debo mi agradecimiento a quienes ya no forman parte de la facultad; Iván Sandoval y Juan Carlos Gonzáles.

No quisiera dejar de mencionar a mis compañeras de prácticas; Jenny Rivadeneira y Gabriela Pazmiño. Fueron meses de aprendizaje y amistad inmemorables.

También quiero nombrar a Pamela Idrobo, Sebastián Rosero, Verónica Rodríguez, Dolores Tito, Diana Burbano de Lara y a todos mis compañeros con los que compartí tareas, discusiones, angustias y café.

Quiero agradecer a Andrés Núñez. Llegaste en un momento de mi vida donde necesitaba encontrarme con la fuerza, la decisión, el amor y la belleza que solía extraviar con facilidad. Gracias.

A Oderay Barriga debo y quiero agradecerle por darme tanto, por soportar los golpes de la vida y darme alegría durante momentos de poca visibilidad. Por ser esa madre que no descansa y que ha sabido enseñarme cómo sorprenderme frente a las cosas más pequeñas y sin duda más hermosas, las que me llevo para dibujar ahora mi propio camino.

A mis hermanos; Fernando, Oderay, Javier, Santiago, Ma. José, Ana Isabel y Mateo. Gracias por su apoyo y su cariño enorme, incondicional y esencial, por ser el asidero del amor que ha definido tanto en mí.

A mis sobrinos; Carlos Fer, Sebastián, Nicolás, Lucía, Martín, Emilia y Fernanda. Ustedes vinieron a ser felices y a hacernos felices, a llenarnos de maravilla el mundo con su inteligencia, su talento y sus ganas de conquistarlo todo.

A Emilio y Samuel García, por dejarse amar tanto.

A mis amigos de toda la vida; Juana, Adriana, Ceci, Caro, Benitez, Gaby, Claudia, Felipe, Daniel y Pablito. La vida siempre es mejor si ustedes están cerca.

A mi abuela Julia, por darme la fuerza del origen, la familia, el nombre y el cariño.

A mi padre, donde sea que estés, gracias. Aunque no te recuerde yo sé que soy tu hija.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	1
1. La relación transferencial entre el médico y el psicólogo....	3
1.1. La transferencia según Freud.	3
1.2. El psicólogo y el médico en la institución.....	14
1.2.1. Diferencias en la concepción del paciente.....	19
1.2.2. Diferencias en el discurso.....	28
1.2.3. Diferencias en la atención de la demanda.	34
2. Factores que inciden en la integración del psicólogo clínico en la institución hospitalaria.....	38
2.1. Las manifestaciones de la relación transferencial entre médico y psicólogo en la institución hospitalaria.....	39
2.2. Factores que dificultan el ingreso del psicólogo clínico en la institución hospitalaria.....	43
2.3. Factores que facilitan el ingreso del psicólogo clínico en la institución hospitalaria.....	47
2.4. La posibilidad de lo interdisciplinario.....	49
3. Análisis de los datos de la investigación.....	54
Análisis cuantitativo.....	57
Análisis cualitativo.....	83
Conclusiones y recomendaciones.....	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

• Gráfico 1: Razones para elegir una institución hospitalaria....	57
• Gráfico 2: Tipo de recibimiento	58
• Gráfico 3: Trato con el personal médico.....	59
• Gráfico 4: Interés del personal médico.....	61
• Gráfico 5: Tipo de promoción.....	62
• Gráfico 6: Trabajo interdisciplinario.....	64
• Gráfico 7: Presencia en actividades el personal.....	65
• Gráfico 8: Asignación de espacio físico.....	66
• Gráfico 9: Presencia en Área de Emergencia	68
• Gráfico 10: Asistencia a reuniones administrativas.....	69
• Gráfico 11: Involucramiento en otras áreas.....	72
• Gráfico 12: Colaboración para el establecimiento de horarios	73
• Gráfico 13: Propuesta de trabajo al finalizar.....	74
• Gráfico 14: Trabajar de nuevo en una institución hospitalaria	75

ÍNDICE DE TABLAS

• Tabla 1: Porcentaje de casos remitidos	67
• Tabla 2: Frecuencia mensual de supervisiones.....	71
• Tabla 3: Motivos para volver a trabajar en una institución hospitalaria.....	76
• Tabla 4: Análisis de varios indicadores	78
• Tabla 5: Experiencia.....	82
• Tabla 6: Tipo de relación transferecial	85

RESUMEN O ABSTRACT

La transferencia es un fenómeno presente en todas las relaciones. Descrito por Freud a lo largo de su obra, contextualizado por el análisis de sus pacientes y su trabajo sobre la Neurosis. En el encuentro con otro, se actualizarían afectos originados en nuestras primeras imágenes amorosas.¹ Se crearía un lazo instantáneo donde se pondría de manifiesto nuestra condición de sujetos, frente al saber, la ciencia, la ideología y el amor.

Entre el médico y el psicólogo se produciría una transferencia dentro de la institución hospitalaria. Si bien las condiciones de esta relación difieren de la ubicada en la situación analítica, también darían pie a reflexiones de índole teórica y práctica, sobre todo para quien estaría en la posibilidad de reconocer la transferencia; el psicólogo clínico.

Como toda relación, los afectos encontrados serán variados; amables y hostiles, dando cuenta de las diferencias de discurso irreconciliables entre la Medicina y la Psicología y de los puntos de convergencia que generarían la producción de un trabajo interdisciplinario enriquecedor.

Los practicantes de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas pre-profesionales en instituciones hospitalarias durante los años 2007, 2008 y 2009, dieron cuenta en las entrevistas que forman parte de esta investigación, de las vicisitudes desplegadas en su relación con los médicos. Todas ellas serían parte de la transferencia influyente en la integración del practicante de Psicología Clínica a la institución. Esta influencia se hizo evidente en la medida en que los estudiantes tuvieron que trabajar respecto a la palabra del médico; ya sea para adherirse a su planteamiento o para ejercer una práctica distinta.

Numerosos aspectos se tomaron en cuenta para evaluar la transferencia entre el médico y el psicólogo. Cada uno permitió elaborar un panorama sobre las prácticas

¹ Cfr. Laplanche, Jean, Bertrand Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis, bajo la dirección de Daniel Lagache. Buenos Aires, Paidós Ibérica, 1996.

pre-profesionales en instituciones hospitalarias, proveyendo de información que sugiere la oportunidad y el desafío que presenta el ámbito médico para el quehacer psicológico.

INTRODUCCIÓN

La presente disertación está motivada por el cuestionamiento al discurso médico, generado durante los años de estudios en la Facultad de Psicología y la realización de las prácticas pre-profesionales dentro de una institución hospitalaria.

Dicho cuestionamiento proviene de los distintos conceptos donde parecería que la Medicina y el Psicoanálisis se encuentran, pero al mismo tiempo son puntos de desencuentro, necesarios para la consistencia de cada discurso. Términos como cura, paciente, enfermedad y síntoma darían cuenta de la relación entre las dos ciencias, así como también de instancias donde el médico y el psicólogo clínico (con un trabajo académico psicoanalítico), aportarían desde su formación, diferenciándose de la función del otro.

En el ámbito laboral del psicólogo clínico la aproximación al discurso médico se posibilita dentro de la institución hospitalaria. El compartir un mismo espacio regido por principios de la Medicina es un desafío para el practicante de Psicología en su primer ejercicio de la clínica. Esta experiencia daría cuenta de la necesidad de su función en el establecimiento de Salud y reconocería los límites de las disciplinas para mantener su especificidad, creando al mismo tiempo un lugar para el trabajo interdisciplinario. Tarea compleja, sin duda.

A lo largo de las prácticas pre-profesionales de Psicología Clínica realizadas durante los años 2007, 2008 y 2009, tuve la oportunidad de escuchar algunas apreciaciones sobre lo que generaba el trabajo con los médicos. Yo también fui parte de estas organizaciones y me percaté de la permanente referencia que existe hacia la figura del médico; como el que aporta y facilita el trabajo del practicante o como el que dificulta y limita su capacidad de acción. Llevar a cabo esta investigación me permitirá darle un sustrato teórico e investigativo a dichas apreciaciones, basándome por un lado en el concepto de transferencia en la obra de Freud y en diez y ocho testimonios de quienes fueran practicantes en instituciones hospitalarias durante los años mencionados. Las posibles conclusiones producirían también ciertas recomendaciones para futuras prácticas en el ámbito de la Salud.

Las motivaciones descritas plantearon la pregunta: ¿Cómo influye la relación transferencial entre el médico y el psicólogo en la integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria? Esta interrogación sería respondida por la operacionalización de la investigación que logre describir en qué medida la relación con los médicos facilitarían o dificultarían la integración del psicólogo clínico a la organización médica.

Para efectuar la investigación se realizaron diez y ocho entrevistas a quienes fueran practicantes de Psicología Clínica durante los meses de Marzo y Junio del presente año. Cada encuentro fue grabado, transcrito y resumido. La entrevista parte de los aspectos descritos en la operacionalización de la investigación, presentada en el plan de disertación y descrita en el capítulo 3.

A partir de los resultados obtenidos se efectuará un análisis cuantitativo y cualitativo de las respuestas para corroborar o negar la hipótesis: *El tipo de relación transferencial entre el médico y el psicólogo, influye directamente en el modo de integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria.*

La presente disertación consta de tres capítulos. En el primero se llevará a cabo un recorrido teórico por la obra freudiana que permita articular una definición sobre el concepto de transferencia. También se trabajarán otros textos para la descripción del trabajo del médico y el psicólogo en la institución, las diferencias entre discursos, la concepción del paciente y la atención de la demanda.

En el segundo capítulo se trabajará sobre los posibles factores que inciden en la integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria. Esta descripción se originará en la lectura de varios textos sobre el trabajo de la Psicología en establecimientos de Salud, en referencias de tratados sobre Medicina y en un primer acercamiento a las entrevistas realizadas. Dicho trabajo dará cuenta también de las manifestaciones de la transferencia entre el médico y el psicólogo y cómo estas devendrían en factores que facilitarían o dificultarían la integración del practicante a la institución hospitalaria.

El tercer capítulo contendrá el análisis cuantitativo y cualitativo de las respuestas obtenidas en las entrevistas, que permitirá responder a la pregunta planteada para la presente investigación.

1. La relación transferencial entre el médico y el psicólogo.

En el presente capítulo se abordará la definición del concepto de transferencia desde la obra freudiana. Aquello que se defina dará cuenta de varios aspectos alrededor del término que serían significativos para el desarrollo de la técnica y la teoría psicoanalíticas.

También se hará un recorrido por las diferencias entre la Medicina y la Psicología evidenciadas en el discurso que cada campo maneja y centradas en cómo se concibe al paciente y se atiende la demanda. De esta forma se articularán varias ideas sobre la relación entre el médico y el psicólogo.

1.1. La transferencia según Freud.

Desde el concepto común de transferencia se encuentra la siguiente definición:

“TRANS: algo que es llevado (del latín FERRO: llevar), acarreado, de un lado a otro, a través de otra cosa.”²

¿Qué se lleva en transferencia?, ¿a dónde se lo lleva?, ¿a través de qué se lo lleva? La transferencia vendría a ser el proceso mediante el cual el sujeto, a través de su palabra, despliega sus afectos en la búsqueda de un lugar que le permita depositar su síntoma: *“Existe, por así decir, un propósito de expresar el estado psíquico mediante uno*

² Vega, Martha. El concepto de transferencia Freudiano. En Internet: www.elpsicoanalisis.org.ar/numero5/reseniael_concepto_de_transferencia_freudiano5.htm. Acceso: 04-01-2010

corporal, para lo cual el uso lingüístico ofrece los puentes".³ La figura del analista provoca esta movilización de afectos desde "la autoridad del médico" como puntualiza Freud y desde el "sujeto supuesto saber"⁴ del que más tarde hablará Lacan. En la suposición de que otro le dirá qué es correcto para su síntoma, que responderá a su pedido de amor, el paciente habla y cree "transferirse"; colocándose de tal forma que otro pueda darle significado y traducción a su malestar o decirle la Verdad.

Desde el Psicoanálisis la transferencia se define como:

Transferencia:

*"Designa, en psicoanálisis, al proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad"*⁵

Tomar la definición de transferencia del diccionario de Laplanche y Pontalis permite articular parte de lo que Freud enuncia en su trabajo acerca de este concepto. La apelación a esta noción es constante en su obra, desde el uso común de la palabra hasta tomar dimensiones distintas a lo largo de sus textos, logrando una conceptualización más elaborada del término. A partir de la teoría psicoanalítica la transferencia se estructura como una definición, es escuchada e interpretada por el analista en el pedido de cura proferido por los pacientes. Lo acuñado por Freud en el ejercicio del Psicoanálisis no sólo define la transferencia, se podría decir también que es producto de ella.

³ Freud, Sigmund. Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. O.C. Buenos Aires, Amorrortu, 1991. Tomo III, Pag. 35

⁴ "Si el hombre habla porque el símbolo lo ha hecho hombre, el analista no es más que un "supuesto maestro": es un "practicante de la función simbólica". Lacan dirá más tarde que es un "sujeto supuesto saber". En todo caso, descifra una palabra del mismo modo que un comentador interpreta un texto".

Roudinesco Elizabeth, Plon Michel. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1998.

⁵ Laplanche, Jean, Bertrand Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis, bajo la dirección de Daniel Lagache. Buenos Aires, Paidós Ibérica, 1996.

La transferencia es planteada como un concepto desde el momento en que Freud descarta a la hipnosis como parte del tratamiento analítico al distinguir el lazo que se instaura de forma automática e inevitable entre paciente y analista en los primeros momentos del análisis.⁶ La presencia del que escucha en esta relación marcada por la palabra, parece provocar una actualización, no sólo de mociones afables sino también hostiles que se ubican en el orden de lo necesario para la iniciación del tratamiento psicoanalítico.⁷

Frente al pedido de cura posibilitado en transferencia, el analista sólo puede contar con la interpretación, con los cortes. El paciente llega con el supuesto de que otro le dirá qué hacer con su deseo, con su síntoma y si ese supuesto se encuentra con una figura con la que se instaura automáticamente un lazo transferencial, la ética del analista se pondrá a prueba al no responder al pedido de amor que presentará el paciente.⁸ *“Tendrá que ser en transferencia la interpretación porque una vez establecida el sujeto escucha, en el tiempo en que está transfiriendo, no sólo en la persona a la cual está transfiriendo.”*⁹

En la situación analítica se actualizan un sinnúmero de figuras amorosas construidas a edad temprana. Esta actualización transfiere aquello que estas antiguas imágenes provocaban hacia la nueva que viene a representarlas, lo que no se ciñe a una idea de simple recordación, de traer de la memoria lo sucedido. El pasado sufre una suerte de reescenificación en el presente. El analista se prestaría por un momento a representar a una o a varias de las primeras figuras para viabilizar el análisis sobre cómo están estructuradas las relaciones del paciente.

⁶ Cfr. Chemama Roland, bajo la dirección de. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2002.

⁷ *“En cualquier variedad de tratamiento, el médico de enfermos nerviosos no sólo deviene fácilmente el objeto a que apuntan múltiples mociones hostiles del paciente; muchas veces tiene que resignarse también a asumir, por una suerte de proyección, la responsabilidad de los secretos deseos reprimidos de los neuróticos”.* Freud, Sigmund. O.C. Sobre el psicoanálisis silvestre. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991. Tomo XI, Pag. 222

⁸ Cfr. Freud, Sigmund. O.C. Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 19991. Pag. 168.

⁹ Pueyo, Karina. “El Analista, el Paciente, el Amor.” Vigencia de Sigmund Freud. La Transferencia. Varios Autores. Conferencia dictada en la Universidad de Buenos Aires. Editorial Grupo Cero. 1996. Pag. 105

Se dice que el analista se prestaría por un momento a representar a estas imágenes porque a pesar de que se tome de la transferencia cuando se ha instalado la situación analítica, no puede estacionarse en ella, es decir; tiene que hacer algo con ella porque por si sola no tiene valor. Tiene que trabajar en transferencia. El analista debe estar atento a los signos que denoten un pedido de amor (falso amor)¹⁰ para poder trabajar con ellos de tal manera que el paciente no se estanque en una neurosis de transferencia donde asume que algún día su amor será correspondido y sus síntomas removidos.¹¹ *“El tendió el señuelo a ese enamoramiento al introducir el tratamiento analítico para curar la neurosis; es, para él, el resultado inevitable de una situación médica, ...”*¹²

Interpretar en transferencia sería evidenciar en su momento que el sujeto muestra resistencia cuando podría enfrentarse con mociones inconscientes, próximas a revelarse. Esta revelación podría dar cuenta sobre el deseo del paciente y el encuentro con material de este tipo no permitiría mantener intactas las certezas que el yo intenta sostener.¹³

La resistencia en principio contradice al progreso de cura, pero toma una función cuando el analista la enmarca en la transferencia. El resistir daría cuenta de que se ha hecho posible el trabajo en la palabra, que el paciente puede hablar de su síntoma más allá del primer motivo de consulta. En la lógica planteada por Freud, en más de una ocasión se presenta la premisa de que el inconsciente dispone de las ideas más ambiguas y contradictorias.¹⁴ El momento en que se bordea cierto material que parece ser un acceso hacia algo de la realidad

¹⁰ Freud, Sigmund. O.C. Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991. Pag. 166.

¹¹ Cfr. Laplanche, Jean y Bertrand Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis, bajo la dirección de Daniel Lagache. Buenos Aires, Paidós Ibérica, 1996.

¹² Freud, Sigmund. O.C. Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991. Pag. 172

¹³ Cfr. Schnitmann, Luis. Transferencia, Como ¿Resistencia? Vigencia de Sigmund Freud. La Transferencia. Varios Autores. Conferencia dictada en la Universidad de Buenos Aires. Editorial Grupo Cero. 1996. Pag. 109

¹⁴ Cfr. Freud, Sigmund. I. El Cuadro Clínico. Fragmento de análisis de un caso de histeria. O.C. Ed. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión Tomo VII. Pag. 49

inconsciente, surge la resistencia, tratando de que el yo quede intacto, enganchado a su ideal¹⁵ y negando la castración.¹⁶

La resistencia sería inherente a la transferencia, por lo tanto resultaría indispensable trabajar con ella, estar atento a sus signos que no sólo provienen del paciente sino también del analista, cuando este persigue únicamente la remoción del síntoma, alejándose del tratamiento analítico para centrarse en el terapéutico, (si bien el análisis puede llegar a tener efectos terapéuticos, estos no serían su fin). El analista trabaja con la resistencia porque a través de ella puede interpretar. Instalada la transferencia, el paciente se resistirá a trabajar sobre aquello que diga acerca de su inconsciente, de la sobredeterminación del síntoma al que se aferra.¹⁷

“El amor es, sin duda, un efecto de transferencia pero aparece como resistencia. Para poder interpretar, el analista debe esperar que se produzca este afecto, sabiendo que, a la vez, hace que el sujeto se cierre al efecto de la interpretación”¹⁸

La prosecución de la cura sólo es posible “...a pesar de la transferencia y a través de ella”.¹⁹ Desde el paciente, la oposición al tratamiento surgirá por varias razones, entre ellas los beneficios que trae el síntoma, el amor como efecto de transferencia que “cura todo” apareciendo como resistencia²⁰ y las particularidades del inconsciente

¹⁵ “La función sintética el yo, que posee una importancia tan extraordinaria, tiene sus condiciones particulares y sucumbe a toda una serie de perturbaciones”. Freud, Sigmund. O.C. La escisión del yo en el proceso defensivo. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión. Tomo XXIII, Pag.276

¹⁶“Castración, en el sentido psicoanalítico, significa “frustración de las posibilidades hedónicas, frustración de las posibilidades de búsqueda de placer”. Dolto, Françoise. “Psicoanálisis y Pediatría”. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, onceava edición, 1986. Pag. 14.

¹⁷ Cfr. Schnitmann, Luis. Transferencia, Como ¿Resistencia? Vigencia de Sigmund Freud. La Transferencia. Varios Autores. Conferencia dictada en la Universidad de Buenos Aires. Editorial Grupo Cero. 1996. Pag. 109.

¹⁸ Osorio, Concepción. Fenomenología de la Transferencia. Vigencia de Sigmund Freud. La transferencia. Varios Autores. Conferencia dictada en la Universidad de Buenos Aires. Editorial Grupo Cero, 1996. Pag. 99.

¹⁹ Freud, Sigmund. O.C. Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991, Pag. 167.

²⁰ Cfr. Osorio, Concepción. Fenomenología de la Transferencia. Vigencia de Sigmund Freud. La transferencia. Varios Autores. Conferencia dictada en la Universidad de Buenos Aires. Editorial Grupo Cero. 1996. Pag. 99.

de quien viene a hablar. Las resistencias podrían ser tomadas como obstáculos a vencer por medio de la interpretación si es que se procura obtener el mayor beneficio del lazo establecido en transferencia.

*Nada es más difícil en el análisis que vencer las resistencias, pero no olvidemos que estos fenómenos, justamente, nos brindan el servicio más precioso al permitirnos traer a la luz las mociones amorosas secretas y olvidadas de los pacientes, y al conferirles a estas mociones un carácter de actualidad, ya que, en definitiva, nadie puede ser muerto in absentia o in effigie.*²¹

Sería importante señalar que la transferencia no instala un recorrido lineal de la palabra o un resultado, es decir; no estaríamos en una situación donde el paciente habla, el analista interpreta a modo de explicación y se da solución al malestar sintomático. Durante el análisis se establece una suerte de re-presentación del síntoma; no se trabaja en la enfermedad como parte de la realidad objetiva, esta es conducida y re-presentada en la situación analítica por medio de la palabra, para que el paciente hable sobre ella y pueda cuestionarse más allá de su pedido.²²

Otro aspecto a tomar en cuenta en la transferencia es la repetición: *“Pronto advertimos que la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado”*.²³ A partir de las palabras de Freud, sería preciso establecer que lo que el paciente repite es su pasado, sus síntomas, su deseo inconsciente pero la repetición sólo es posible en el presente. Valdría aclarar que repetir no es volver al pasado, es traerlo, actualizarlo en las condiciones contemporáneas. La cualidad de la repetición dependerá del tipo de transferencia que esté en juego. Si ésta es positiva, aquello repetido servirá al análisis para enfrentar el origen patológico del síntoma. Sin

²¹Freud, Sigmund. O.C. Sobre la dinámica de la transferencia. Buenos Aires, Amorrortu,1991, segunda edición, segunda reimpresión. Tomo XII, Pag.105.

²² Cfr. Freud, Sigmund. O.C. Recordar, repetir y reelaborar. Buenos Aires, Amorrortu,1991, segunda edición, segunda reimpresión. Tomo XII Pag. 153.

²³ Freud, Sigmund. O.C. “Recordar, repetir y reelaborar”. Buenos Aires, Amorrortu,1991, segunda edición, segunda reimpresión, Tomo XII, Pag. 152.

embargo, si la transferencia es negativa, la repetición puede manifestarse en actos que a más de obstaculizar el curso de la cura pueden ser perjudiciales para el propio paciente.²⁴ Cabría añadir que en la situación analítica se da la convivencia entre los dos tipos de transferencia:

El tratamiento se realiza en la "transferencia", es decir, en el despliegue por parte del enfermo de una situación afectiva frente al médico, positiva, negativa o, lo que es más frecuente, mixta.²⁵

La idea de Freud sobre transferencia positiva y negativa trataría acerca de los afectos afables y hostiles que se muestran hacia la figura del médico en el curso del análisis. En el caso de la transferencia positiva, el paciente tiene un acercamiento amoroso hacia la figura del analista que favorece la cura. En la negativa, se advierte en primera instancia un cierto desalojo por parte del paciente, un alejamiento del análisis y del analista en el momento en que parece cercano el enfrentamiento con mociones inconscientes. Sin embargo, es posible, bajo intervenciones adecuadas por parte de quien escucha, que ese carácter opuesto al trabajo analítico sea aprovechado. Una suerte de beneficio que traería el cuestionar por qué se produce esta dificultad representada en los afectos adversos. Cuestionamiento trascendente si se tiene en cuenta la lógica del inconsciente donde ideas opuestas conviven y si el analista se abstiene de la emisión de juicios de valor sobre la resistencia.

En efecto, desde el momento en que el yo del sujeto desea, de buena fe, someterse al tratamiento y ayudar al médico son su mejor voluntad, al intentar el psicoanálisis disociar la pareja de fuerzas antagónicas, el sujeto despliega inconscientemente una oposición sorda, como si organizase una defensa...Este mecanismo por perturbador que sea en el curso de nuestros tratamientos e incluso para la penetración de las ideas

²⁴ Cfr. Freud, Sigmund. O.C. Recordar, repetir y reelaborar. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión. Tomo XII Pag. 155.

²⁵ Dolto, Françoise. Psicoanálisis y Pediatría. Buenos Aires. Siglo XXI Editores. Onceava edición, 1986. Pag. 22.

*psicoanalíticas, tiene, sin embargo, su utilidad: conserva el equilibrio de la personalidad.*²⁶

La cita de Doltó permitiría acentuar la importancia de la resistencia, su irremediable presencia y las posibilidades que tenemos de trabajar con ella por medio de la interpretación. El Psicoanálisis, parafraseando a la autora, está al fin y al cabo basado en el trabajo y el análisis de las resistencias.

Desde ciertas lecturas poco prolijas de los textos freudianos, parecería necesario desechar la transferencia negativa, deshacerse de ella para dar paso sólo al trabajo en la transferencia positiva. Tomando con estricto rigor lo propuesto por Freud, se llega a entender que los dos tipos de transferencia no sólo son necesarios sino propios del trabajo analítico.

Al hablar del concepto de transferencia en la vida común, cada parte de una relación es presa de su propia transferencia y no toma consciencia de ella. No hay intérprete, por lo tanto el sujeto estaría descalificado en un primer momento para reconocerla y trabajarla. Pero si es que se habla de una relación transferencial médico-psicólogo, se puede plantear a la transferencia como parte de una revisión posible en la posteridad de las prácticas pre-profesionales de Psicología Clínica. En este otro momento se podría analizar los avatares de la relación con los doctores y cómo esta interviene en el trabajo del practicante en instituciones donde rige el criterio médico.

Para los efectos del presente trabajo académico, la diferenciación entre transferencia positiva y negativa será la base para describir cómo es la relación entre el psicólogo clínico y el médico y cómo esta influye en la integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria. Al igual que en toda relación, en ésta se demostrarán afectos agradables y contrarios, situaciones favorables y desfavorables que darían cuenta de

²⁶ Doltó, Françoise. Psicoanálisis y Pediatría. Buenos Aires. Siglo XXI Editores. Onceava edición, 1986. Pag. 21.

nuestra condición de sujetos, de nuestra enajenación en el lenguaje y sobre todo de la importancia del trabajo profesional situado en el reconocimiento de las diferencias entre discursos y la importancia que cada uno mantiene.

En el presente trabajo no se pretenderá mostrar que en la relación médico-psicólogo se producen las mismas manifestaciones transferenciales que las del tratamiento psicoanalítico. Lo que se tome del trabajo analítico respecto de este término será transformado sin duda por las particularidades de la relación del practicante de Psicología Clínica con la figura del médico, en el contexto de la institución hospitalaria. Cabría recordar que la transferencia es un fenómeno universal, un lazo presente en todas las relaciones donde cada acercamiento hacia otro actualizaría las primeras imágenes amorosas y pondría en juego a la idea del objeto como aprehensible.

La transferencia involucra un pedido. En el encuentro dentro de la institución hospitalaria, el médico y el psicólogo se demandarían en principio lo mismo: ejercer su saber, lo que se supone que saben para beneficio del paciente y de los objetivos institucionales.

Desde el psicólogo, la transferencia hacia el médico no sólo estaría sostenida por sus primeras imágenes amorosas sino también por aquello que se va construyendo en su vida sobre la figura del médico. El doctor, al igual que las figuras parentales, sostiene y mantiene un discurso donde el todo es posible. *“En cuanto al papel del médico, se plantea que es en virtud de que el médico representa para el paciente un sustituto parental, que éste puede ser de gran ayuda para el paciente.”*²⁷

En este caso se hablaría de la curación, del total restablecimiento de la salud, del saber sobre el cuerpo que lograría predecir y manipular, donde no habría error y el lugar de la verdad y el conocimiento absoluto parecerían accesibles. El psicólogo en algún momento de su vida habrá

²⁷ Azubel ,Alicia. Medicina y Psicoanálisis. Evolución del concepto de Neurosis en el campo médico. Rosario-Argentina, Homo Sapiens Ediciones, 2001. Pag. 22

sido paciente de un doctor, por lo tanto habrá entrado en la lógica del discurso de la Medicina. La imagen del médico se construye desde lo social y científico y lo que se formula sobre ella es parte de la formación académica del psicólogo.

Dentro de la institución hospitalaria, no sólo se da el encuentro entre dos saberes o dos ciencias; la Psicología y la Medicina, se da también el encuentro entre dos sujetos; se produce la transferencia. Aunque cada uno mantiene una práctica organizada desde cierta teoría, ambos tienen demandas, sufren, e intentan hacer su trabajo. Ninguno de los dos es la ciencia que practica, no se podría tratar al médico como a la Medicina y el psicólogo no podría ser tratado como la Psicología.²⁸

La transferencia entre el médico y el psicólogo se podría instaurar gracias a una *presuposición*,²⁹ cada campo presupone que el otro sabe algo acerca del padecimiento que los pacientes presentan en la institución. En este acercamiento provocado por cómo cada uno trabaja con el sufrimiento, el despliegue de afectos sería inevitable debido a lo que se espera del otro, sostenido en las construcciones previas acerca de la figura del otro profesional y la actualización de antiguas emociones que ella provoca.

Sería pertinente mencionar que mucho de esta relación transferencial tiene un origen previo al encuentro en la institución hospitalaria, la propia historia de modos distintos, acerca a ambas figuras. Freud, al ser médico, tuvo un primer interés sobre la neurosis, compartido con otros médicos de su época que no se explicaban sobre esta patología. En el desarrollo de la teoría psicoanalítica, se elaboró no sólo una explicación sobre los síntomas histéricos si no una forma de pensar la subjetividad

²⁸ Cfr. Teixidó, Araceli. ¿Qué puede aportar la presencia del psicoanalista en el ámbito de la medicina? Práctica del psicoanálisis en una institución socio-sanitaria. En Internet: www.scb-icf.net/nodus/067Sociosanitari.htm. Acceso: 20-04-2009

²⁹ Cfr. Braunstein, Néstor. El Psicoanálisis y las demás ciencias. Psicología, Ideología y Ciencia. México, Siglo Veintiuno Editores, decimoquinta impresión, 1990. Pag. 67.

misma.³⁰ Se diría que el Psicoanálisis es producto de la duda médica sobre sus propias explicaciones anatómicas acerca de las patologías.³¹

El escenario de la relación transferencial médico-psicólogo es, para esta disertación, la institución hospitalaria. Aquí se produce un encuentro generado por aquello que la ciencia médica no lograría explicar. El psicólogo clínico sería llamado para actuar en un campo de la institución médica que no le correspondería al médico.³²

La mayoría de textos relacionados a este tema trabajan con mayor énfasis las diferencias entre saberes y lo que podría hacer el psicólogo dentro de la institución hospitalaria. Si bien todo esto también forma parte de una relación, los sucesos de este encuentro entre dos sujetos que forman parte de una entidad de Salud, todavía no es un tema o una reflexión de fácil acceso para quien intenta hacer una investigación teórica-práctica sobre el tema.

Desde los primeros años de la carrera de Psicología se apela a la función del médico para lograr una diferenciación con la Medicina, su discurso y su forma de concebir al paciente. Habrá que preguntarse por qué la presencia de la figura del médico vuelve a ser necesaria, pero esta vez al final de la carrera de Psicología, para la realización de las prácticas pre-profesionales en instituciones hospitalarias. ¿Qué tipo de relación transferencial mantienen el psicólogo y el médico?, ¿qué beneficios traerá reconocer esta puesta en escena de afectos hacia la figura del médico y hacia la figura del psicólogo?, ¿por qué las instituciones hospitalarias son consideradas para las prácticas pre-profesionales? Las posibles respuestas que arroje este trabajo en base a las entrevistas con los psicólogos clínicos estarán enmarcadas en el trabajo de Freud sobre la transferencia, como actualización, como

³⁰ Azubel, Alicia. Medicina y Psicoanálisis. Azubel Evolución del concepto de Neurosis en el campo médico. Rosario-Argentina, Homo Sapiens Ediciones, 2001. Pag. 49

³¹ Azubel, Alicia. Medicina y Psicoanálisis. Azubel Evolución del concepto de Neurosis en el campo médico. Rosario-Argentina, Homo Sapiens Ediciones, 2001. Pag. 51

³² Cfr. Teixidó, Araceli. ¿Qué puede aportar la presencia del psicoanalista en el ámbito de la medicina? Práctica del psicoanálisis en una institución socio-sanitaria. En Internet: www.scb-icf.net/nodus/067Sociosanitari.htm. Acceso: 20-04-2009

fenómeno universal y como lazo que produce signos a ser tomados en cuenta en las relaciones entre sujetos.

*“Desde Freud..., las enfermedades hablan en la interpretación, como pura dialéctica de la verdad en transferencia”.*³³

Todo acto, toda palabra daría cuenta de la transferencia hacia la palabra otro, hacia una ciencia, hacia una teoría. Las relaciones marcarían la vida de los sujetos.

1.2. El psicólogo y el médico en la institución.

La institución es una organización que se permite exigir y demandar a su personal en función del objetivo para el que ha sido creada.³⁴ Suele tener una figura o una instancia de autoridad; bajo su criterio se implantan procesos y normas que estructuran un orden a seguir. Esta disertación está contextualizada en la institución hospitalaria, donde el fin es la cura de los pacientes, el beneficio de la sociedad a la que sirve en los diversos aspectos que conforman la Salud. La autoridad de estas instituciones es casi siempre un médico o un directorio de médicos, apoyados en mayor o menor medida en un área administrativa.

Para el presente trabajo se ha tomado en cuenta este tipo de instituciones porque aquí se produce el encuentro entre dos profesionales; el médico y el psicólogo, el cual es posible gracias al afán de proporcionar a la población una atención integral, centrada en el enfoque médico de la persona como una unidad psico-bio-social.³⁵ A

³³ Schnitmann, Luis. “Transferencia, Como ¿Resistencia?” Vigencia de Sigmund Freud. La Transferencia. Varios Autores. Conferencia dictada en la Universidad de Buenos Aires. Editorial Grupo Cero. 1996. Pag. 112

³⁴ Cfr, Mellman, Charles. El psicoanalista en la institución. Bruselas, Hospital Brugmann, el 9 del XII de 1991. Traducción libre realizada por Raúl Silva V. Texto original de Charles Melman.

³⁵ Turchetto, Elsie y Makinistan, Ruben. Comunicación humana en medicina (segunda parte). Una propuesta para el trabajo con pacientes internados en

más de generar beneficios para la población, el acercamiento entre la Psicología y la Medicina revela un tipo de relación donde se ponen en juego expectativas, afectos y emociones que forman parte de toda relación transferencial. En este caso, la relación también develará diferencias y demandas en el trabajo que cada uno desarrollaría dentro del campo de la Salud.

El encuentro entre un médico y un psicólogo no es exclusivo de las instituciones hospitalarias, a lo largo de la historia se han producido aproximaciones, ya sea por intereses en común o desacuerdos. Si se pretendiese hacer un recorrido cronológico, encontrar al primer médico o al primer psicólogo de la historia, es posible observar algunos puntos de contacto entre ambas figuras. El médico; persona preocupada por los padecimientos del ser humano, sería localizable bajo distintos nombres, en toda civilización, desde la pre-historia hasta los tratados hipocráticos. Cuando se intenta hacer lo mismo con la Psicología, se encuentra material que ubica su origen relacionado con el principio de la Filosofía. Los tratados del alma de Aristóteles y Platón suelen ser considerados como una primera línea de trabajo para lo que hoy llamamos Psicología. ¿Pero por qué habría de buscarse estos supuestos orígenes disímiles, en qué punto resultó necesario hablar del cuerpo y del alma como relatos distintos de lo humano y por lo tanto llamar al médico para curar el padecer físico y al psicólogo para el sufrimiento de la mente? En este trabajo no se resolverán del todo estas preguntas, pero es preciso plantearlas si es que el presente capítulo se ocupará de las diferencias entre el médico y el psicólogo, escenificadas en la institución hospitalaria.

La práctica médica ha consolidado en las últimas décadas su veracidad y solvencia gracias a la evolución tecnológica que le ha permitido asir procesos que apuntan a la cura de la enfermedad, al restablecimiento de la salud. Lo hipotético puede ser demostrado actualmente con imágenes y sonidos, comprobado y verificado con experimentos y publicado en base a estadísticas presentadas como certezas si es que el cincuenta más uno coincide con el supuesto de la investigación. La

Medicina promete descubrir la etiología de todo padecimiento, su cura y prevención. Sin duda esta consolidación obedece no sólo al ímpetu propio de la ciencia médica sino también al pedido de los pacientes que exigen mayor información sobre lo que los aqueja, que pagan más por ser curados, que insisten en qué otros les digan la verdad sobre su sufrimiento y que toleran menos el dolor porque la analgesia parecería estar siempre al alcance.

El desarrollo de la Medicina da testimonio del traslado del médico de la casa del paciente a un consultorio, y posteriormente a una institución. El saber sobre el cuerpo ya no estaría ubicado solamente en el contexto del paciente, sino bajo el techo del orden institucional. La palabra del médico se ha afianzado como la última palabra, respaldada por el nombre de un establecimiento hospitalario.³⁶

*Una institución a mis ojos, en tanto que cual, presenta siempre una dimensión en su funcionamiento que es del arbitrario. Creo que no existe institución, de cualquier orden que sea, que no tenga algunos imperativos de algunos procesos que parecen escapar a la buena o mala voluntad de los participantes, del bien querer, de su generosidad, de sus sueños, etc. y que hace que una institución tenga como característica el tener un orden, que viene a imponerse con su arbitrario a lo que ella engloba.*³⁷

Por su parte, la Psicología ha tenido desarrollos diversos, se han creado varias escuelas basadas en planteamientos distintos. Por un lado la Psicología experimental de Wilhem Wundt, la reflexología de Pavlov y el Psicoanálisis de Freud, por mencionar algunas de las más importantes ubicadas entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Para los fines de esta disertación, es importante reconocer que la técnica y la teoría psicoanalíticas no han dejado de despertar curiosidad, sorpresa y oposición en nuestra cultura. Es a partir de la relación analítica que Freud establece con sus pacientes histéricas, que

³⁶ Cfr. Bennet, J. Claude. La medicina y el internista de hoy. Tratado de Medicina Interna de Cecil. México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décimo cuarta edición, 1994. PG.3.

³⁷ Mellman, Charles. El psicoanalista en la institución. Bruselas, Hospital Brugmann, el 9 del XII de 1991. Traducción libre realizada por Raúl Silva V. Texto original de Charles Melman. PG.1

aquello anteriormente calificado como magia toma sentido. Los testimonios y las manifestaciones físicas ajenas a las leyes biológicas empiezan a ser escuchados bajo la consideración de ser parte de la vida de los sujetos y que por lo tanto pueden ser puestos en palabras, trabajados, analizados y teorizados como síntomas histéricos. Freud y el Psicoanálisis son, sin duda, el punto clave para el despegue de posteriores teorías en Psicología, sobre todo aquellas que reconocen la importancia del inconsciente. Sin embargo y en estricto rigor, es el desarrollo del propio Psicoanálisis el beneficiario directo de los descubrimientos de Freud.

En términos del campo laboral de la Psicología, la institución hospitalaria no ha sido el lugar tradicional de empleo para los psicólogos en nuestro país, generalmente se ha mantenido el trabajo en la consulta privada o en lugares ajenos a una lógica institucional. Como ejemplo podemos mencionar el caso de la Provincia de Pichincha, que consta de 24 Áreas de Salud. Cada una de estas áreas contiene un conjunto de unidades de salud. Se consideran como unidades de salud a: puestos de salud, centros, sub-centros, hospitales básicos, hospitales especializados y hospitales de especialidades. Cada Área tiene mínimo dos unidades de salud. En lo que programa el Ministerio de Salud del Ecuador, está prevista la contratación de un psicólogo por área, en las más grandes podrán haber hasta 3 psicólogos. Se puede mencionar el caso de la Micro-red o Área de Salud del Nor-occidente, que abarca los sectores de La Concordia, Pedro Vicente Maldonado y Nanegalito, donde hay tres psicólogos.³⁸ Esta cifra da cuenta de que en el servicio público, la relación entre número de habitantes y psicólogos en el área pública de la Salud sería prácticamente insostenible, además de que aquellos psicólogos que se contraten tienen siempre un trabajo multifuncional, no sólo hacen consulta sino que también desarrollan proyectos, lo cual por un lado le brindaría mayor experiencia en términos de gestión, pero en términos de tiempo, la posibilidad de hacer psicoterapia disminuye.

³⁸ Entrevista a Ana Lucía Bucheli, Líder de los Programas para la Adolescencia y la Familia de la Provincia de Pichincha que desarrolla el Ministerio de Salud del Ecuador.

Las diferencias fundamentales entre el médico y el psicólogo marcan espacios de intervención exclusivos para cada uno. Sin embargo, se reconoce en nuestra época un mismo lugar que ofrece un encuentro entre estos dos profesionales; la institución hospitalaria. Este hecho obedece a la necesidad contemporánea de tratar al paciente de manera “integral”. La llegada del psicólogo es solicitada desde el área médica. Son los médicos los que registran que su quehacer especializado en los aspectos físicos se ve limitado frente a ciertos casos donde ya no les es permitido decir; “no se preocupe, es sólo una cosa nerviosa.”³⁹ A su vez, el trabajo psicológico tiene mayor exposición y aceptación en los últimos años debido a las condiciones de la vida actual que reducirían las posibilidades de hablar y ser escuchados. (Dicha aceptación también conlleva la multiplicación de propuestas que se hacen llamar “psicológicas”).

Con estos antecedentes, la institución hospitalaria invita al psicólogo a participar.

Una institución no es solo un lugar donde el psicólogo puede trabajar: es un nivel de su tarea. Cuando ingresa a trabajar en una institución (escuela, hospital, fábrica, club, etc.), lo primero que debe hacer es no abrir un gabinete, ni laboratorio, ni consultorio para la atención de los individuos enfermos que integran la institución. Su primera tarea es investigar y tratar la institución misma; ése es su primer “cliente”, el más importante.⁴⁰

Parte del trabajo del psicólogo con la institución deberá ser familiarizarse con la organización, conocer sus jerarquías, sus procesos y reglas. De esta forma el psicólogo no sólo definirá cuál es su espacio entre estos elementos, sino también sabrá actuar sobre ellos y reconocer cuando no le corresponde hacerlo.

³⁹ Dolto, Françoise. Psicoanálisis y Pediatría. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, Onceava edición, 1986. Pag. 140.

⁴⁰ Bleger, José. Psicohigiene y Psicología Institucional. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1999. Pag.38.

En la institución el psicólogo está al servicio de la comunidad, por lo tanto, el manejo que tenga de esta posición debe ser asumido como diferente al de la consulta privada, que a pesar de ubicarse también dentro de los servicios comunitarios, requiere de otro tipo de acercamiento por parte del paciente que no estaría enmarcado en la dinámica de la organización. Una institución, pública o privada está dirigida a la población, le ofrece sus servicios. El psicólogo clínico también debe procurar entrar en esta dinámica de oferta de su trabajo, lo cual desde ciertos criterios parecería ser una actividad ajena al psicólogo, pero es una de las principales vías por las que la comunidad puede conocer y acudir al Área de Psicología, así como acude a los servicios médicos dentro de la institución hospitalaria.

Se podría afirmar que no existe una institución sin conflictos porque el convivir humano no está libre de ellos. Este hecho debe ser aceptado por el practicante mas no a manera de resignación, sino de apropiación de esta dificultad para adoptar una posición dentro o fuera del conflicto, que no impida el desenvolvimiento de su trabajo. Además cabe anotar que generalmente el psicólogo es el depositario de estos conflictos.

El médico y el psicólogo no tienen un protocolo previo para trabajar en forma conjunta. El médico ya estará instalado en sus funciones antes de la llegada del psicólogo, pero su encuentro generaría más de una idea sobre la importancia de ofrecer un espacio distinto para la escucha. Se produce la transferencia entre el psicólogo y el médico porque ambos despliegan sus afectos hacia el otro. El trabajo en la institución los obligaría a tener un contacto y la cualidad de este afectaría directamente al trabajo del psicólogo clínico como practicante.

1.2.1 Diferencias en la concepción de paciente.

Para un ser humano, la imagen del cuerpo es a cada instante la representación inmanente inconsciente donde se origina su deseo.

*Siguiendo a Freud, pienso que las pulsiones tendentes al cumplimiento del deseo son de vida y de muerte.*⁴¹

Una revisión enciclopédica define a la palabra paciente como: *Enfermo que está sometido a tratamiento médico.*⁴² A partir de esta definición se vislumbra a la enfermedad ligada directamente a la categoría de paciente; ser paciente es estar enfermo. Cabría agregar que el origen de la palabra paciente proviene del vocablo griego *pathos* que quiere decir padecimiento.⁴³ Tanto el médico como el psicólogo reciben en su consulta a alguien que sufre y que pide ser curado. Las diferencias entre la Medicina y la Psicología sobre la concepción de paciente estarían marcadas entre otros aspectos, por cómo concibe cada una la enfermedad, cómo trabaja con el síntoma y cómo piensa la cura.

Dentro de la institución hospitalaria estas diferencias se ponen de manifiesto sobre todo en la remisión de casos desde el área médica hasta el área de Psicología. En un primer momento se pretendería que la Psicología logre lo que la Medicina no logra, actuando de la misma manera que el médico pero además, haciéndose cargo de aquello que no entra en el registro orgánico. En este “intercambio” de pacientes desde “lo médico” hacia “lo psicológico”, el sufrimiento adquiere una dimensión distinta, por lo tanto, en la labor dentro de una institución que brinda servicios a la comunidad, resultaría en ciertas ocasiones necesario que el psicólogo explique en qué consiste su trabajo, no sólo al paciente si no también al personal médico.

A la llegada del paciente, tanto el médico como el psicólogo formularían una pregunta que obedezca a un ¿Qué le sucede? A partir de cómo se trabaje con esa primera respuesta, se marcarían importantes diferencias. Las palabras para el médico, adquirirán valor o serán seleccionadas para ubicar signos que permitan determinar un

⁴¹ Doltó, Françoise. “La imagen inconsciente del cuerpo”. Barcelona, Paidós, 1990. Pag.30.

⁴² Enciclopedia Larousse. Barcelona, Editorial Planeta, 1980.

⁴³ Padró, Jaime. La Paciencia. Internet:
<http://www.artesocial.net/detalle.php?art=16>. Acceso: 01-12-2009

diagnóstico o un procedimiento para llegar a él.⁴⁴ El médico descartaría lo que corresponde a lo subjetivo de la aflicción y se enfocaría en sujetarse a lo descrito previamente por su ciencia para darle nombre al padecimiento que se le presenta.

En primera instancia, cómo la Medicina y la Psicología piensen la enfermedad, permitiría conocer cómo cada una define al síntoma. Desde el primer contacto con el paciente, el médico tendría clara una diferencia; el síntoma es del orden de lo subjetivo, mientras que los signos son lo único verificable.⁴⁵ Él escucha acerca del síntoma, pero trabajaría en los aspectos que brinden un sustento biológico al tratamiento que indicará aplicar. El diagnóstico estaría ajustado a su concepto de enfermedad como aquello que trastoca la vida del paciente y desestabiliza al estado anterior de equilibrio de la Salud.⁴⁶

Poniendo los términos en otro orden, se puede decir que en la diferencia acerca del síntoma se vislumbra lo que cada profesión considera sobre la enfermedad. El síntoma y la enfermedad están estrechamente ligados. Cuando al médico se le presenta un paciente que habla de un síntoma corpóreo, en su registro el cuerpo no sería del orden particular, sino general, el cuerpo de la ciencia. La enfermedad sería universal, una sola, o poniéndolo en otras palabras; todos los pacientes padecerían de la misma enfermedad:

Es quizá inevitable que una enfermedad se torne simbólicamente en una entidad para el médico que debe familiarizarse con todas sus manifestaciones y apariencia.⁴⁷

⁴⁴ Cfr. Carlat, Daniel. Mind over Meds. Internet:
<http://www.nytimes.com/2010/04/25/magazine/25Memoir-t.html?th=&emc=th&pagewanted=all>. Acceso: 25-04-10

⁴⁵ Cfr. Sandoval, Iván. "El síntoma conversivo y el fenómeno psicossomático". Internet:
http://www.freudlacan.com/articles/article.php?url_article=isandoval170205. Acceso: 20-03-2010

⁴⁶ Cfr. Núñez, Silvia. Reflexiones sobre la cura. Internet:
<http://www.kennedy.edu.ar/Deptos/Psicoanalisis/articulos/ref...> - 91k. Acceso: 29-04-10

⁴⁷ Bennet, J. Claude. La medicina y el internista de hoy. Tratado de Medicina Interna de Cecil. México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décimo cuarta edición, 1994. Pag.6.

*...afroitan (los pacientes) un sistema de cuidados de la salud científicamente complejo, sobrecargado en su organización, y que por general no se orienta al paciente como persona.*⁴⁸

Para el psicólogo, el paciente sólo puede hablar de su cuerpo, como aquel “*mediador organizado entre el sujeto y el mundo*”⁴⁹. La enfermedad se viviría por parte del sujeto desde su historia y es en sus palabras donde encontraría asidero para ser historizada, dotada de sentido.⁵⁰

La Medicina se centraría en establecer una etiología de la enfermedad, mientras que la Psicología trataría de ubicar en el discurso del paciente un momento que de cuenta de un conflicto, un traspie, algo no elaborado que tendría relación con el síntoma manifestado.

En la explicación sobre la enfermedad, si el médico la ha categorizado como universal, no podría decir de ella más que en términos de cómo se produce,⁵¹ dándole así una categoría de agente externo que amenaza al sujeto. Cómo alguien enferma es una pregunta que dice de un proceso orgánico, mas no de un motivo o una función de la dolencia, como sucedería en la Psicología. Además, en lo que concierne a la lógica de la investigación científica, el cómo es una de las preguntas que permite la descripción, verificación y comprobación de la hipótesis.⁵² La Medicina estaría centrada en cómo enfermamos porque sólo así se sostiene la promesa de la ciencia médica, donde habría una explicación completa sobre lo que sucede a todos como organismo biológico.

⁴⁸ Bennet, J. Claude. La medicina y el internista de hoy. Tratado de Medicina Interna de Cecil. México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décimo cuarta edición, 1994. Pag. 1.

⁴⁹ Doltó, Francoise. “La imagen inconsciente del cuerpo.” Barcelona, Paidós, 1990. Pag. 17

⁵⁰ Cfr. Freud, Sigmund. “Recordar, repetir y reelaborar”. O.C. “Recordar, repetir y reelaborar”. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión, Tomo XII Pag. 153

⁵¹ Cfr. Chiozza, Luis. ¿Por qué enfermamos? Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008. Pag. 27

⁵² Merell, Ronald C. Historia de la Medicina. Internet: [www.uazuay.edu.ec/universidad/Historia de la Medicina](http://www.uazuay.edu.ec/universidad/Historia%20de%20la%20Medicina). Acceso: 25-04-10. Pag. 6.

*Es por eso que, en un libro de texto de medicina como éste, se hace énfasis en la manera como funcionan las cosas, lo que está mal cuando sobrevienen procesos patológicos y qué efecto tiene un tratamiento determinado para corregirlos.*⁵³

A diferencia del ¿cómo? que se cuestiona la Medicina, el por qué se produce una enfermedad estaría en el campo psicológico porque es una pregunta que lograría interpelar al paciente. Así, éste puede “adueñarse” de la enfermedad, hacer, trabajar con ella. Más allá de que sea respondida del todo, el por qué cuestiona al sujeto, no al psicólogo, no al médico (directamente). El paciente se concerniría sobre aquello que lo aflige. *“La enfermedad deja de ser el acontecimiento ajeno que irrumpe desde afuera de la propia vida, para convertirse en un drama que le pertenece por entero”*⁵⁴

Este contraste entre la concepción de enfermedad se sustentaría en el acercamiento cada vez mayor de la Medicina a las Ciencias Naturales. El proceso con el paciente que consta de diagnóstico, tratamiento y pronóstico lograría tener un sustrato verificable, un acceso directo a la materia.

*La formación intelectual que, como médicos, hemos recibido, fundamentada esencialmente en los métodos de las ciencias naturales, nos ha acostumbrado a la idea de que la materia es una realidad primaria, una evidencia, mientras que lo psíquico, en cambio, "se origina en la materia" como una realidad que debe ser inferida, secundariamente, a partir de sus manifestaciones.*⁵⁵

En lo que respecta al síntoma, para la Psicología este hablaría del sufrimiento particular del sujeto, de su historia. El síntoma sería una producción inconsciente, no sería el signo de una enfermedad, se produciría a medida que el deseo intente tener acceso a la consciencia y lo que el sujeto pueda decir sobre él en ese primer encuentro con un

⁵³ Bennet, J. Claude. La medicina y el internista de hoy. Tratado de Medicina Interna de Cecil. México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décimo cuarta edición, 1994. Pag. 1.

⁵⁴ Chiozza, Luis. “¿Por qué enfermamos?”. Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008. Pag. 30

⁵⁵ Op. Cit. Pag. 36

psicoterapeuta, viabilizaría la construcción de sentido de su padecer, posibilitado en la estructura del lenguaje. El síntoma diría sobre lo no tramitado por el sujeto y que quiere decirse mediante el cuerpo porque debido a la cualidad de su contenido, resultaría muy difícil que el sujeto lo diga, lo asuma. Aquello no dicho sería material rechazado en primera instancia, no soportado por el psiquismo.⁵⁶

La Psicología, basada en el trabajo de Freud, daría prioridad a lo que el sujeto tiene que decir sobre su malestar; la teoría del paciente sería escuchada, a diferencia del médico que posee una teoría previa sobre los trastornos del cuerpo para proporcionar un diagnóstico coherente con lo que estructura su ciencia.⁵⁷

El panorama general que ofrece la moderna medicina es que cuanto más ágil ella se torna en la explicación de las patologías del organismo a partir de los nuevos recursos tecnológicos, más excluye de una atención sistemática lo que el paciente piensa y siente en torno a su dolencia. Al mismo tiempo, se deja también de lado el interés por lo que piensan o sienten las personas que rodean al paciente acerca de sus trastornos e incluso de su persona.⁵⁸

A partir de esta cita es visible que a medida que la Medicina trabaja por un mayor sustento tecnológico y biológico, su diferencia con la Psicología es mayor en términos de cómo atiende la demanda de los pacientes. Sin embargo, también se plantearía que desde el público hay un pedido hacia la Psicología para que también haga uso de este despunte tecnológico; un intento por acercar a las dos ciencias de tal modo que ambas puedan demostrar por medio de imágenes y estadísticas que su trabajo ha sido comprobado con el rigor exigido por el positivismo de nuestro tiempo.

⁵⁶ Cfr. Ferenczi, Sandor. Síntomas transitorios en el desarrollo de un psicoanálisis (1912c). Obras completas. Madrid, Espasa Calpe, 1981.

⁵⁷ Cfr. Bennet, J. Claude. La medicina y el internista de hoy. Tratado de Medicina Interna de Cecil. México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décimo cuarta edición, 1994. Pag.11.

⁵⁸ Cfr. Courel, Raúl. La cuestión psicósomática. Buenos Aires, Manantial, 1996. Pag. 22

Retomando lo dicho anteriormente, se establece que el trabajo psicológico lograría darle un sentido al síntoma cuando este es considerado como una formación del inconsciente. Es necesario situar que el síntoma en Psicología no obedece a una causa específica, es muy complejo descifrar desde dónde y cómo se determina. *“Pues el espacio psíquico, a semejanza del espacio físico, tiene muchas dimensiones y son necesarias muchas coordenadas para determinar la posición de un punto.”*⁵⁹

Esta posición profesional por parte del psicólogo, dependería por un lado de la formación académica que haya recibido y por otro, de la ética que construya a lo largo de su ejercicio en la clínica. En el caso de la Psicoterapia de corte analítico que enmarca el presente trabajo y parafraseando a Héctor Fiorini, el sentido terapéutico de las sesiones estaría apoyado en la escucha, de tal modo que el paciente logre reconocer su conexión con la problemática que lo agobia. Además lograría tener una visión global a partir de lo vivido en el presente.⁶⁰

En estas diferencias establecidas con la Medicina sobre el síntoma se debe mencionar que dentro de las especialidades médicas, los médicos internistas poseen un interés distinto sobre el síntoma, si bien reconocerían su incapacidad para aconsejar sobre una situación emocional sintomática, se proponen estar atentos a mostrar su preocupación ante el paciente, para no desatenderlo.⁶¹

En términos de curación el trabajo de la Psicoterapia estaría en el campo lingüístico, en el sentido histórico que le da el paciente a su malestar. En la Medicina el campo de la curación estaría en la materialidad del cuerpo, en lo accesible a través de procesos físicos, químicos y electroquímicos. La cura planteada por la medicina conllevaría una promesa; el restablecimiento del equilibrio y la remoción del síntoma. *“La medicina se ve como algo que puede liberarnos del dolor inevitable, el sufrimiento y la muerte, del triste*

⁵⁹ Ferenczi, Sandor. Síntomas transitorios en el desarrollo de un psicoanálisis (1912c). Obras completas. Madrid, Espasa Calpe, 1981.

⁶⁰ Cfr., Fiorini, Héctor. Teoría y técnicas de Psicoterapia. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1994. Pag. 35

⁶¹ Cfr. Bennet, J. Claude. La medicina y el internista de hoy. Tratado de Medicina Interna de Cecil. México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décimo cuarta edición, 1994. Pag.3.

destino de la frágil condición humana".⁶² La Medicina habla de cura cuando se ha removido el trastorno. El conocimiento sobre la remisión de la lesión estaría basado en la ausencia de signos.

Desde la Psicoterapia psicoanalítica, la cura no tendría un estándar, un patrón predeterminado.⁶³ Se conoce que la ausencia del síntoma no determina necesariamente una cura, Freud advierte sobre el *furor sanandis* cuando vincula este rápido alivio y pronta desaparición del síntoma, al deseo de hacer el bien por parte del analista, idea que proviene más del ámbito médico como devolución a un estado anterior de salud.⁶⁴ Para la Psicoterapia de corte analítico, curarse sería trabajar sobre un foco (que da cuenta de nuestra producción inconsciente) y preguntarnos sobre cómo están estructuradas nuestras relaciones. Este cuestionamiento conllevaría un efecto terapéutico si es que permite al paciente trabajar sobre el asunto problemático que lo trae a consulta.⁶⁵ *"Freud es categórico, no se trata de imponer una curación basada en una propuesta adaptativa si no de abrir al sujeto a la dimensión de su verdad."*⁶⁶ Esta verdad no sería la que plantea el saber científico, sino el saber particular acerca de lo que determina al paciente como sujeto, que no le resulta fácil de apalabrar pero que promueve un acercamiento a la cura enmarcada en la Psicoterapia psicoanalítica.

A partir de estas consideraciones sobre el síntoma, la enfermedad y la curación, se pueden distinguir varias diferencias en cómo se concibe y cómo se recibe al paciente dentro de una institución hospitalaria por parte del médico y por parte del psicólogo. En ciertos casos, el psicólogo que trabaja en un ámbito médico deberá explicar a sus

⁶² Merell, Ronald C. Historia de la Medicina. Internet: [www.uazuay.edu.ec/universidad/Historia de la Medicina](http://www.uazuay.edu.ec/universidad/Historia%20de%20la%20Medicina). Acceso: 25-04-10. Pag.1.

⁶³ Cfr. Laurent, Eric. Principios Directores del acto psicoanalítico. Internet: www.elpsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=1841. Acceso: 27-04-10.

⁶⁴ Cfr. Núñez, Silvia. Reflexiones sobre la cura. Internet: <http://www.kennedy.edu.ar/Deptos/Psicoanalisis/articulos/ref...> - 91k. Acceso: 29-04-10

⁶⁵ Cfr. Fiorini, Héctor. Teoría y técnicas de Psicoterapia. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1994. Pag. 182

⁶⁶ Núñez, Silvia. Reflexiones sobre la cura. Internet: <http://www.kennedy.edu.ar/Deptos/Psicoanalisis/articulos/ref...> - 91k. Acceso: 29-04-10

pacientes en qué consiste su trabajo, establecer justamente estas diferencias porque el sujeto que acude a un lugar que forma parte de las instituciones de Salud, esperaría que todo su personal esté encuadrado en una lógica hipocrática. Expectativa lógica desde cierto punto de vista si es que se considera que en nuestra cultura el psicólogo todavía está ubicado en la consulta privada o en los hospitales psiquiátricos. De alguna forma, su lugar sigue siendo el de la marginalidad.⁶⁷

En aquello que se denominaría como el resultado del trabajo del médico y del psicólogo se puede mencionar lo siguiente: en el trabajo cotidiano con los pacientes, el enfoque médico generaría cierta dependencia, cuando ha recobrado su salud a través de varios procedimientos que no le son explicados o no entiende, el médico se adueñaría de un saber exclusivo sobre la enfermedad y su remisión, él es quien lo salva:

Dicha amenaza puede ser la muerte, la parálisis, la invalidez, la mutilación, o, simplemente un permanente sufrimiento "inútil". Cuando esta amenaza se disuelve, solemos decir que el enfermo se ha "salvado". Todos los médicos hemos saboreado, alguna vez, ese júbilo, y el sentimiento de que "servimos para algo", pero también sabemos que la historia recomienza en ese punto y que lo que una vez ha sucedido puede volver a acontecer.⁶⁸

La curación médica estaría sujeta a lo que el médico realice, apoyado en menor medida en la denominada "colaboración del paciente". En la próxima ocasión de desequilibrio, el regreso a las manos del médico estaría garantizado. Los procedimientos del psicólogo tienen que ser reconocidos por el paciente, es un trabajo que si bien por su apelación a la palabra no podría ser totalmente "transparente", plantearía una obligación mutua; el que habla y el que escucha estarían implicados.

⁶⁷ Cfr. Mellman, Charles. "El psicoanalista en la institución". Bruselas, Hospital Brugmann, el 9 XII 1991. Pag. 2. Traducción libre realizada por Raúl Silva V. Texto original de Charles Melman.

⁶⁸ Chiozza, Luis. ¿Por qué enfermamos? Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008. Pag. 42.

*El peñón más abrupto de nuestra "profesión imposible" consiste en el hecho de que al hombre enfermo, que busca un tratamiento, lo anima la idea de "volver" a un estado anterior. Pero la enfermedad, como toda pérdida de la inocencia, es siempre irreversible, y la salud sólo puede provenir de un doloroso progreso, que es totalmente opuesto a la ilusión de volver.*⁶⁹

Para finalizar este acápite resultaría necesario mencionar que tanto el médico como el psicólogo viven en una constante inquietud sobre el sufrimiento y el padecer humanos. La práctica de cada uno proviene de discursos cada vez más lejanos en muchos sentidos pero constantemente advocados a los cambios de la vida que generan nuevas formas de malestar.

1.2.2. Diferencias en el discurso

Al hablar de las diferencias entre el discurso médico y el discurso psicológico, se marcarán posiciones epistemológicas. En el caso de esta disertación se intentará definir cómo se ubica cada profesional dentro de la institución hospitalaria desde cómo conciben al síntoma, a la escucha y cómo puedan encontrarse en el denominado campo de lo Psicosomático.

La concepción del síntoma es un punto clave para la diferenciación de los discursos médicos y psicológicos. Este concepto ya fue tratado brevemente en el punto anterior respecto al paciente, pero cabe detallarlo en relación al discurso. El síntoma es lo primero que se muestra, que se presente en consulta. El paciente viene con un síntoma y la forma en que se lo trabaje, determinaría la posición epistemológica de cada profesional.

El médico trabaja con pruebas físicas, tangibles, de alguna manera asibles y eso en primera instancia le da una enorme

⁶⁹ Chiozza, Luis. ¿Por qué enfermamos? Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008. Pag.50

credibilidad. Su discurso estaría sustentado en pruebas biológicas. La palabra del médico podría ser demostrada en números e imágenes. Los sujetos se aferrarían a este tipo de comprobaciones y esta sería una de las razones por las que vemos al cuerpo como ajeno, como si los padecimientos no tuviesen nada que ver con la forma de vida de los sujetos. Es el otro, el médico, el único capaz de descifrar los procesos de la enfermedad para alcanzar su cura. Por lo tanto, este discurso no estaría solamente construido por el médico sino también por los pacientes; *“... los médicos sostienen su práctica y su discurso del Uno-Todo, y sus pacientes también, por supuesto”*.⁷⁰

Con la continua afirmación del discurso médico por parte de los pacientes, es coherente que se siga hablando de dos entidades de lo humano, de dos cuerpos podríamos decir; uno que obedece a la mente y otro que sería pura fisiología objetiva. A la Medicina le interesan los signos del síntoma porque estos le permitirían alcanzar la verificación y el pronóstico, en vía de encontrar aquello que causa la enfermedad para poder suprimirlo del cuerpo del paciente.⁷¹

En el discurso médico, todo lo que esté fuera de los límites biológicos entraría en una categoría distinta. El médico definiría su práctica en su poder de acceder directamente al cuerpo. Cuando no lo logra se presentarían los denominados trastornos afectivos, emotivos, funcionales, otorgados de una cualidad específica, distinta a las nociones de lo orgánico.

En el trabajo con el síntoma, la Psicoterapia se diferencia de la Medicina porque se le otorga un espacio de escucha al malestar. Primaría lo subjetivo. El discurso de la Psicoterapia se sustenta en concebir al síntoma como una producción inconsciente que tiene una función posible de ser descifrada. Citaremos a Françoise Doltó en su texto “Psicoanálisis y Pediatría” para ampliar este punto: “*Síntoma:*

⁷⁰ Sandoval, Iván. “El síntoma conversivo y el fenómeno psicósomático”. Internet: http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?url_article=isandoval170205. Acceso: 20-03-2010

⁷¹ Cfr. Chiozza, Luis. ¿Por qué enfermamos? Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008. Pag. 43.

*Utilización desfigurada de la pulsión reprimida. Esta aparición del síntoma libera al sujeto de su angustia y proporciona un sentimiento inmediato de bienestar.*⁷² A partir de este enunciado se puede ver cómo la aparición del síntoma para el discurso psicológico no obedecería a la casualidad, a una reacción fortuita del cuerpo frente a agentes externos. El síntoma es parte del sujeto, de su forma de vivir, de desear, aunque aparezca en un primer momento como una situación extraña. La represión no ha podido dar paso a la palabra y el inconsciente busca aparecer por medio del cuerpo. Si el cuerpo es nuestro medio para estar en el mundo, no puede no ser simbolizado, apalabrado. Su modo de moverse, de sujetarse en las relaciones, tendría un sentido que sólo es posible por medio de la palabra.⁷³

En el discurso psicológico, la relación hacia lo corpóreo difiere totalmente del campo médico. El lenguaje vendría a mediar la relación con nuestros órganos, no habría relación directa. *“El dolor, el padecer y el malestar sólo pueden ser presentados a través del símbolo, de las representaciones del lenguaje”*.⁷⁴ Tomando en cuenta la palabra como representante del sujeto, su síntoma le pertenece, sólo él estaría autorizado a hablar sobre su sufrimiento apoyado en las intervenciones, interpretaciones y cortes que haga el psicoterapeuta. Es importante contextualizar este aspecto en la institución hospitalaria. El psicólogo clínico no podría tener una actitud pasiva ante el síntoma, podría contener al paciente de tal forma que le permita hablar sobre su dolor.

Tanto el médico como el psicólogo escuchan a un paciente, el modo en que lo escuchan, determinado por el discurso que sostienen, marca una diferencia. El médico haría una selección de las palabras en función de una sintomatología aceptada previamente por la Medicina. El psicólogo escucharía atento el momento donde la palabra pueda dar cuenta sobre lo que le concierne al paciente respecto de su síntoma. Otra diferencia que se instaura con el modo de escucha es: ¿cómo se ve afectado

⁷² Dolto, Françoise. “Psicoanálisis y Pediatría”. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, Onceava edición, 1986. Pag. 17.

⁷³ Cfr. Dolto, Françoise. “Psicoanálisis y Pediatría”. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, Onceava edición, 1986. Pag. 16

⁷⁴ Doltó, Françoise. Doltó, Françoise. “La imagen inconsciente del cuerpo.” Barcelona, Paidós, 1990. Pag. 16.

quien recibe al enfermo? El médico estaría preparado desde su formación, para detectar o focalizar aquello que le resulta importante de la enfermedad para que el sufrimiento del paciente no lo afecte. Esta preparación hasta cierto punto sería insuficiente porque entre subjetividades la posibilidad de no afectarse sería mínima. Ser “frío” o indiferente ante ciertos aspectos de la palabra del paciente, no deja de ser una manera de trajinar con aquello que llega al médico desde el dolor. El psicólogo estaría más dispuesto o por lo menos mejor advertido sobre la afectación implícita que soportará en el despliegue de la transferencia. Poder manejar estos efectos pondrá en ejercicio su ética, trasladando hacia un espacio adecuado, como paciente, las consecuencias que provoca su trabajo. Desde el discurso médico, el doctor sabría lo que le sucede al paciente. No estaría afectado porque conocería el desenlace. El psicólogo estaría más ubicado en el ámbito del no saber, nada es previo a la palabra del paciente, por lo tanto se atañe a la posibilidad de ser tocado por lo que escucha.⁷⁵

En estas diferencias de discurso acentuadas en las últimas décadas, se ha abierto un espacio donde parecería haber un punto de unión entre la Medicina y la Psicología; el campo de lo Psicosomático. La posibilidad de hablar de lo psicosomático estaría respaldada por el momento en que los médicos verifican que una enfermedad adquiere otra dimensión; parece ser causada, aliviada o empeorada por la vida afectiva del paciente.⁷⁶ Se debe mencionar que esto no implica necesariamente una conjunción entre la mente y el cuerpo. Lo psicosomático plantearía la posibilidad de un correlato sobre el padecer del cuerpo; un “orgánico” y otro “psíquico” vinculados de alguna forma, sin pensar sobre un solo relato, que no distinga lo corpóreo de lo mental. A partir de esta premisa se traza una nueva rama de la

⁷⁵ Cfr. Freud, Sigmund. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. O.C. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión, Tomo XII, Pag. 113 y 114.

⁷⁶ “Los primeros reconocimientos de la Medicina hacia el concepto de neurosis, advierten sobre la posible confusión de esos síntomas (neuróticos) con enfermedades orgánicas. Diferencian también a la neurosis con enfermedades psicosomáticas, resaltando que en las segundas es posible distinguir que el desorden personal precipita un síntoma, pero este desorden no se ubicaría como la causa de la enfermedad.” Azubel, Alicia. “Medicina y Psicoanálisis. Evolución del concepto de Neurosis en el campo médico”. Santa Fe-Argentina, Homo Sapiens Ediciones, 2001. Pag. 25.

Medicina; la Medicina Psicosomática que busca los efectos del psiquismo en los órganos de sujetos que estarían inadaptados a la vida.⁷⁷

*Destaquemos que la primera condición para que se califique actualmente de “psicosomática” a una dolencia suele ser que la semiología no haya permitido atribuirle una etiología orgánica o biológica exhaustiva, clara y suficientemente específica para ser reconocida como explicación científica válida y completa.*⁷⁸

Lo psicosomático sería parte de los desequilibrios de la salud pero en otro orden. Por lo tanto, para la Medicina, si bien el proceso de diagnóstico y tratamiento podrían estar modificados, más cercanos al paciente, el objetivo sería el mismo: la remoción del síntoma. La toma de conciencia combinada con el tratamiento efectivo sobre el trastorno orgánico apuntarían entonces al restablecimiento de la salud.

Desde el Psicoanálisis, lo psicosomático no tendría relación, no es lo mismo que el síntoma conversivo, donde estaría ausente toda lógica anatómica o biológica,⁷⁹ es el deseo haciéndose presente en el cuerpo. El deseo reprimido. Pensar en términos psicosomáticos desde la lógica Psicoanalítica todavía es un trabajo inacabado y que presenta dificultades desde la estructura teórica del Psicoanálisis:

Este cuerpo, cuerpo imaginario, narcisista, representación especular de sí-mismo, es el cuerpo del que se habla en el psicoanálisis. Este es el cuerpo del que se trata en el síntoma conversivo. Este es el cuerpo que no sigue las leyes de la anatomía. Este es el cuerpo que constituye una extensión del inconsciente freudiano y lacaniano. Este es, curiosamente, el cuerpo del que hablan habitualmente los pacientes

⁷⁷ Cfr. Chauchard, Paul. La Medicina Psicosomática. Buenos Aires, Paidós, 1960. Pag.75.

⁷⁸ Courel, Raúl. La cuestión Psicosomática. Buenos Aires, Manantial, 1996. Pag. 17

⁷⁹ Cfr. Sandoval, Iván. “El síntoma conversivo y el fenómeno psicosomático”. Internet: http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?url_article=isandoval170205. Acceso: 20-03-2010

*cuando consultan a su médico, ya sea por problemas conversivos o de cualquier orden, observación sagaz establecida por Jean-Michel Vappereau*⁸⁰

Aunque el presente trabajo se sitúe en una psicoterapia de corte analítico, no se puede decir que la Psicología es indiferente al fenómeno psicósomático, sin embargo, dentro de la institución hospitalaria debe reconocer que su trabajo frente a estas definiciones entraría más en el campo de la Medicina Psicosomática, donde el vínculo está dado por los estudios fisiológicos de la conciencia. La toma de conciencia de los procesos orgánicos que son un correlato de procesos psíquicos, generaría dominio y libertad sobre el cuerpo.⁸¹ Lo psicósomático se relaciona a la noción de la doble causalidad. Desde la Medicina Psicosomática se habla de una causa neurógena y otra visceral. Es preciso recordar que la Medicina es capaz de localizar todo trastorno afectivo-emotivo en la corteza cerebral, lo cual mantiene la cercanía al discurso de las Ciencias Naturales.

Las categorías de psiquis y soma, son categorías provenientes al fin y al cabo de la conciencia, de la racionalidad, por lo tanto se podría ubicarlas como un afán taxonómico para facilitar el conocimiento de los seres humanos sobre los seres humanos.⁸² Ninguna ciencia por si sola podría explicar toda la realidad.⁸³ La Medicina Psicosomática daría paso a otra forma de escuchar de los médicos, si bien se apuntaría al mismo objetivo que es la salud, se tomarían en cuenta otros aspectos antes olvidados.

Si bien todos estos argumentos sobre los psicósomático no niegan la existencia del inconsciente como base de la vida afectiva, no lo

⁸⁰ Sandoval, Ivan. "El síntoma conversivo y el fenómeno psicósomático". Internet: http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?url_article=isandoval170205. Acceso: 20-03-2010

⁸¹ Cfr. Chauchard, Paul. La Medicina Psicosomática. Buenos Aires, Paidós, 1960. Pag.76.

⁸² Cfr. Courel, Raul. La cuestión psicósomática. Buenos Aires, Manantial, 1996. Pag. 56.

⁸³ Chiozza, Luis. ¿Por qué enfermamos? Buenos Aires, Libros del Zorzal,2008. Pag. 46.

tomarían en cuenta. El discurso sobre el síntoma psicossomático no tendría relación con la noción de producción inconsciente, se toma en cuenta a los afectos para lograr determinar el cómo se produce una enfermedad, pero una vez más, les es negado el por qué; el trabajo para descifrar su función en la vida del paciente.

*Cuando admitimos que un determinado trastorno corporal es un signo que expresa o representa un particular significado inconsciente, admitimos también que toda transformación de ese significado llevará implícita una transformación del trastorno que constituía su signo.*⁸⁴

Las diferencias de discurso generarían en principio resistencias en el trabajo dentro de instituciones hospitalarias porque en el encuentro con otros profesionales de la Salud habría un deseo de trabajar sobre acuerdos.

Los discursos darían cuenta de la complejidad de la episteme de nuestro tiempo, de la diversidad de ideas y planteamientos. Las diferencias no serían un defecto, serían un desafío a enfrentar dentro de la práctica pre-profesional. Serían eventos inherentes al aprendizaje, en un primer intento de incursionar en el campo laboral.

El paciente no sería ajeno a estas diferencias en el discurso. Frente a cada profesional desplegaría su palabra de tal forma que esta calce en la manera que el otro escucha.

1.2.3. Diferencias en la atención de la demanda.

Demanda significa súplica, petición, solicitud.⁸⁵ En el medio hospitalario, el paciente viene a demandar ser curado y para el médico esta demanda estaría en el orden de la necesidad. Para el psicólogo practicante, este primer encuentro con los pacientes dentro de una

⁸⁴ Op. Cit. Pag. 39.

⁸⁵ Real Academia de la Lengua Española.

institución médica parecería enfrentarlo ante una orden: curar en el menor tiempo posible. A pesar de esta primera presión ejercida por la dinámica del ambiente, el papel del psicólogo podría sostenerse si logra reconocer el trabajo distinto que su práctica viabiliza sobre la demanda.

La Medicina acoge al paciente, desde el lenguaje se percibe esta acogida, cuando por ejemplo decimos “Casa de Salud” para reemplazar el término hospital. *“Desde los primitivos curadores nosotros siempre hemos estado ahí para cuidar.”*⁸⁶ El médico a lo largo de la historia siempre ha estado determinado por esa categoría de aquel que tiene vocación para curar y cuidar el dolor humano. La demanda por lo tanto será respondida en esta acogida, en este hacerse cargo del paciente.

*“El paciente dice: encárguese de mí, hágame sentir bien, ayúdeme a sentir cómodo, muéstreme compasión, escuche mis problemas y le daré confianza”.*⁸⁷

A partir de lo que el paciente le diga al médico, se tomaría aquello que esté en la categoría de objetivo; lo fenomenológico de la enfermedad. Lo subjetivo podrá ser escuchado para ratificar el diagnóstico o en su defecto, servir como argumento para la remisión a otras áreas donde se trabaje lo denominado como trastorno afectivo.

Para la Medicina la demanda se respondería con la determinación de un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico. El doctor estaría preparado para responder a esa primera y básica solicitud que es curar. Se puede insistir en que esta petición para él está ligada a una necesidad y su formación lo dispone a satisfacerla, esa es su oferta como profesional; poder remover los signos, síntomas y molestias de una enfermedad.⁸⁸

⁸⁶ Merell, Ronald C. Historia de la Medicina. Internet: [www.uazuay.edu.ec/universidad/Historia de la Medicina](http://www.uazuay.edu.ec/universidad/Historia%20de%20la%20Medicina). Acceso: 25-04-10. Pag.10.

⁸⁷ Bennet, J. Claude. La medicina y el internista de hoy. Tratado de Medicina Interna de Cecil. México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décimo cuarta edición, 1994. Pag.3.

⁸⁸ Cfr. Salas Villadiego, Benjamín. “Oferta y demanda en salud”. Internet: www.scribd.com/doc/221255/OFERTA-Y-DEMANDA-EN-SALUD. Acceso: 31-03-2010

“...el médico debe desear dar respuesta a las necesidades del paciente, por exigentes, cambiantes, irrazonables o falsas que parezcan”.⁸⁹

Es importante señalar que en la Medicina actual hay un manejo basado en la relación económica de oferta y demanda, donde se ofrece un servicio, no sólo de cura sino también de prevención que generaría una solicitud por parte del paciente, la cual se denomina *demanda inducida*.

⁹⁰

Lo que el paciente pide que sea removido de su cuerpo es lo que lo enferma. En Psicoterapia, el pedido de consulta permitiría establecer un foco de trabajo que sufrirá transformaciones en el curso de la terapia. El trabajo psicoterapéutico no se centraría en la satisfacción de una necesidad biológica. Lo primero que dice un paciente tendría siempre un trasfondo a ser revelado, donde aparecerá algo del deseo inconsciente, para darle cierto sentido al síntoma o lograr, en psicoterapia breve, el fortalecimiento del yo.⁹¹

En el trabajo con la demanda, tanto el médico como el psicólogo trabajan en transferencia, ambos son conscientes de que poseen cierta autoridad sobre el paciente por aquello que representan en el momento de iniciar un tratamiento; el saber, el acceso a la verdad, la curación. Conocen de la influencia de sus palabras sobre el padecer y el dolor, saben del efecto sugestivo que logran. Desde que el pedido de curación se hace presente, se estaría en el campo de la transferencia. La diferencia sería que el médico no interpreta la transferencia porque su trabajo estaría más del lado de la sugestión. El doctor sabría desde un inicio cómo manejarla porque hará uso de su intervención para

⁸⁹ Bennet, J. Claude. La medicina y el internista de hoy. Tratado de Medicina Interna de Cecil. México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décimo cuarta edición, 1994. Pag.3.

⁹⁰ Cfr. Salas Villadiego, Benjamín. “Oferta y demanda en salud”. Internet: www.scribd.com/doc/221255/OFERTA-Y-DEMANDA-EN-SALUD. Acceso: 31-03-2010

⁹¹ Cfr. Fiorini, Héctor. Teoría y técnicas de Psicoterapia. Buenos Aries, Ediciones Nueva Visión, 1994. Pag. 115

satisfacer el pedido del paciente, en la consecución de un tratamiento efectivo.

El psicoterapeuta estaría en la obligación de reconocer la transferencia; darle un tiempo para su desenvolvimiento y un sentido para no estancarse en ella, para no responder a la demanda de ese amor de transferencia manifestado por los pacientes. No tomar en cuenta las expresiones transferenciales sería limitarse a responder el pedido de cura, impidiendo así el despliegue de la palabra.⁹² Si el psicólogo no toma en cuenta a la transferencia se podría valer de esta "ignorancia" para decir qué se debe hacer, para ser directivo, impidiendo así el involucramiento de quien viene a hablar.

El psicólogo clínico que trabaja en la institución hospitalaria no estaría liberado de las preguntas sobre el tiempo del tratamiento. Es un cuestionamiento inherente a la primera demanda y el practicante debería estar preparado para manejarlo, para poder implicar al paciente en el tiempo que tome su tratamiento. Este manejo apuntaría de cierta forma a una explicación sobre el número de sesiones, intentando evitar el súbito abandono por parte de los pacientes cuando conocen que la terapia tomará más tiempo que un proceso médico.

Se puede decir que la demanda estaría previamente establecida frente a la figura del médico, es decir, el paciente se acerca a la institución hospitalaria sabiendo que lo van a curar, que su demanda será respondida porque la labor médica se ofrece al público de forma continua como capacitada de responder cabalmente a ese pedido. El acercamiento hacia el psicólogo tiene otros matices, basados su mayoría en el desconocimiento, en cierto recelo cultural que aún hoy en día vincula el trabajo psicológico con el psiquiátrico. Sería pertinente preguntar quién trae la demanda. ¿El paciente?, ¿la familia?, ¿el médico que remite el caso?, ¿la enfermera?. Identificar el origen de la demanda resultaría necesario porque si no hay pedido de consulta por parte del paciente, el trabajo psicoterapéutico se dificulta.

⁹² Cfr. Freud, Sigmund. . Sobre la dinámica de la transferencia. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión. Tomo XII, Pag.104.

Mediante la psicoterapia, la demanda se encaminaría en un proceso en el cual el paciente puede aprender de su padecimiento, por lo tanto su participación es fundamental.⁹³ El nivel de involucramiento del paciente en el proceso terapéutico sería una diferencia esencial entre la labor médica y psicológica sobre la demanda.

2. Factores que inciden en la integración del psicólogo clínico en la institución hospitalaria.

En el segundo capítulo de esta disertación se describirán ciertos ejes de la relación transferencial médico-psicólogo para constatar, en el tercer capítulo, cómo estos influirían en la integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria.

Entre estos criterios estarán las manifestaciones de la relación transferencial que podrán ser divididas en aquellas que dificultan y en aquellas que facilitan la integración del psicólogo clínico, intentando vislumbrar cómo se presenta la transferencia positiva y negativa. A partir de esta división se elaborará una reflexión en la última parte de este capítulo sobre la posibilidad de lo interdisciplinario,.

Las manifestaciones que se observen de la transferencia entre médicos y psicólogos, a pesar de no ser igual a aquella que se establece en la situación analítica, por estar desprovista de intérprete, permitirían constatar cómo se desenvuelve el trabajo de la Psicología clínica dentro de ambientes hospitalarios, donde prima el criterio de la Medicina apoyada en sus conceptos básicos de enfermedad, signos, síntoma y salud, entre otros.

⁹³ Fiorini, Héctor. Teoría y Técnicas de Psicoterapia. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1994. Pag. 41.

2.1. Las manifestaciones de la relación transferencial entre médico y psicólogo en la institución hospitalaria.

En este capítulo se plantearán posibles manifestaciones de la relación entre el médico y el psicólogo. Se hablará solamente desde la posibilidad por el poco material existente respecto al tema y para poder corroborar o negar lo planteado en el análisis de las entrevistas a realizarse en el tercer capítulo. Dentro del material bibliográfico revisado, se piensa sobre el encuentro entre estos dos profesionales y se piensa sobre todo en sus diferencias, pero al momento de la convivencia bajo el mismo techo institucional es poco lo que se ha dicho. (A excepción de lo publicado sobre instituciones psiquiátricas). Tal vez aún no se ha definido una consideración teórica sobre la transferencia entre estos dos profesionales, y en general, sobre muchas relaciones laborales. Habría que mencionar que este encuentro se manifestaría de forma variada: en acercamientos, distancias, contrastes, objetivos comunes y propuestas distintas, dentro del campo de lo que hoy se considera como el de la Salud.⁹⁴

La apertura del Área de Psicología en una organización hospitalaria, obedece en parte a un llamado originado en la preocupación del área médica sobre ciertos aspectos que no son abordados por su práctica. Desde las primeras publicaciones de la obra de Freud, los médicos toman interés por aquello que siempre pareció estar fuera de su control. *"...insuficiencia que se revelaba en la impotencia y el desconcierto ante la neurosis."*⁹⁵ Los primeros reconocimientos de la Medicina sobre el concepto de neurosis, advierten sobre la posible confusión de esos síntomas (neuróticos) con enfermedades orgánicas.⁹⁶ Es también a

⁹⁴ "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." Organización Mundial de la Salud, Septiembre, 2007.

⁹⁵ Ferenczi, Sándor. La Influencia de Freud. Medicina Psicosomática y Psicoanálisis de Hoy. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1958. Pag. 97

⁹⁶ Cfr. Azubel, Alicia. Medicina y Psicoanálisis. Evolución del concepto de Neurosis en el campo médico. Rosario-Argentina, Homo Sapiens Ediciones, 2001. Pag. 25

partir de estos primeros textos de Freud que se diferencia a la neurosis de las enfermedades psicosomáticas, resaltando que en las segundas se podría distinguir un desorden personal que precipita el síntoma. Este desorden no se ubicaría como la causa de la enfermedad.⁹⁷ Es así, como a partir del descubrimiento del inconsciente, parte de la Medicina se permitiría cierta reflexión sobre padecimientos que van más allá del orden biológico.

En el acercamiento entre la Medicina y el Psicoanálisis se gestaría una relación entre dos ciencias que daría paso a la transferencia entre sus profesionales. Tomando en cuenta este aspecto, el psicólogo podría ser recibido en la institución como aquel capaz de manejar aquello para lo que el médico no ha sido preparado. Con este antecedente, se esperaría cierto tipo de apertura, desde este “llamado” por parte de la Medicina hacia la Psicología, se instauraría la transferencia entre el médico y el psicólogo en las instituciones hospitalarias.

Para determinar aquellos momentos donde la transferencia se manifestaría, habría que hacer una referencia a las percepciones del psicólogo sobre el médico. Es decir, cómo se siente concernido por lo que representa el doctor, por como él lo mira, por lo qué le exige y por cómo le permite actuar en su lugar de trabajo. En general, cómo su relación con él afecta su práctica. Al hablar de manifestaciones estaríamos cercanos, aparentemente, a situaciones del orden de lo fenomenológico, pero cabría trazar qué cuestiones de índole profesional, teórica y por qué no, ideológica, estarían involucradas en una relación con miembros de la Medicina.

Cuando se ha elegido una institución hospitalaria como lugar para llevar a cabo las prácticas pre-profesionales, el psicólogo clínico supone de antemano que se encontrará con el médico. Este primer contacto entre los dos profesionales expondría una variedad de pre-juicios y expectativas generados por lo que cada uno representa para el otro.

⁹⁷ Cfr. Azubel, Alicia. “Medicina y Psicoanálisis. Evolución del concepto de Neurosis en el campo médico”. Homo Sapiens Ediciones, Santa Fe-Argentina, 2001. Pag. 25.

¿Qué es un médico para un psicólogo?, ¿qué es un psicólogo para un médico? Cada uno cree saber qué hace el otro o qué es lo que tendría que hacer dentro de la organización. En el caso del médico, su lugar como cabeza del medio hospitalario le permitiría suponer qué es lo que puede exigirle al psicólogo, para beneficio del espacio de salud y de los pacientes que este acoge.

Al ser la institución hospitalaria el lugar de la enfermedad, del dolor,⁹⁸ todo aquello que se manifieste en esta relación, estaría enmarcado por el hecho de que tanto el médico como el psicólogo van a trabajar con los mismos pacientes, que llegarán con la intención de depositar su malestar. Será la forma de ocuparse del padecimiento lo que marque los límites de cada práctica, insistiendo en el hecho de que en la mayoría de los casos, el sistema de preceptos profesionales del médico no es el mismo con el que cuenta el psicólogo.⁹⁹ Se podría decir que la formación de cada uno no sólo da cuenta de un trabajo académico, sino también de una forma de entender la vida.

El trabajo del médico estaría enfocado en lo que mira de la enfermedad, el psicólogo concentraría su trabajo en lo que escucha acerca de cómo el paciente vive su síntoma. Esta diferencia podría provocar cierta carencia de diálogo entre los dos profesionales. Resultaría complejo hablar de lo que se ve a alguien que escucha, y hablar de lo que se escucha a alguien que ve y que necesita, en la corroboración de su trabajo en la imagen.¹⁰⁰ Además, *“La palabra del psicólogo muchas veces irrumpe en el rigor y la estandarización de los procedimientos médicos”*.¹⁰¹

En la búsqueda de la Medicina habría acceso directo al campo de estudio; el cuerpo. En la Psicología, sobre todo en aquella con base

⁹⁸ Cfr. Foucault, Michel. El Nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI Editores, México D.F., vigésimo segunda edición, 2006. Pag. 16.

⁹⁹ Cfr. Jinich, Horacio. El paciente y su médico. Editorial Manual Moderno, México D.F., 2002. Pag. 3.

¹⁰⁰ Op. Cit. Pag. 17.

¹⁰¹ Pujó, Mario. El psicoanalista y la práctica hospitalaria. En Internet: www.edupsi.com/hospital.htm. Acceso: 03-05-09

psicoanalítica, el examen directo es inaccesible.¹⁰² El acceder al cuerpo prometería un tratamiento universal sobre todos los casos. La escucha individualizada sólo podría dar cuenta de la particularidad de cada paciente. El médico trabajaría con la enfermedad, el psicólogo intentaría trabajar con el paciente.¹⁰³

Las condiciones que el médico exigiría al psicólogo para llevar a cabo su trabajo, estarían sustentadas por cómo la institución hospitalaria concibe el padecer; lo cual se traduce en lo que consideraría debe ser la relación con los pacientes, definida desde la acogida, el trato y el procedimiento que se llevaría a cabo con quienes acuden en busca de alivio. Dichas exigencias delimitarían la marginalidad planteada por Melman¹⁰⁴. Parte de lo que se manifieste estaría basado en cómo el mismo psicólogo maneje este lugar de la marginalidad, porque si bien este podría resultar un apartamiento de la institución, también le permitiría ser un observador propositivo sobre las dinámicas y el orden institucional.

*Es decir que se advierte la subjetividad en las márgenes de los signos que la institución recibe o admite, apareciendo en significantes distintos de los que el fenómeno psicossomático apelmaza, y que recorren la red institucional sobre la que se establece la transferencia.*¹⁰⁵

Vendría a ser necesario prestar atención a las manifestaciones de la transferencia, para poder determinar cómo esta afecta el trabajo del psicólogo en una institución regida por los criterios de la Biología, alejados de la palabra. No sería posible calificar esta relación médico-psicólogo como buena o mala. Habría que tomar en cuenta todo lo que

¹⁰² Cfr. Ferenczi, Sándor. La Influencia de Freud. Medicina Psicossomática y Psicoanálisis de Hoy. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1958. Pag. 98

¹⁰³ Op.cit. Pag. 107

¹⁰⁴ Cfr, Mellman, Charles. El psicoanalista en la institución. Bruselas, Hospital Brugmann, el 9 del XII de 1991. Traducción libre realizada por Raúl Silva V. Texto original de Charles Melman.

¹⁰⁵ Neuburger P. Roberto. Pequeña (pre)historia de la Interconsulta psicoanalítica (2da.Parte) La intersección psicoanálisis/medicina. En Internet: <http://rneuburger.tripod.com/historia.html>. Acceso: 31-05-10

está envuelto en ella. Al fin y al cabo de esta relación no sólo dependería la práctica pre-profesional del psicólogo y su trato con los doctores, sino también el trabajo que se logre con los pacientes. Es posible hablar de transferencia porque estarían situados dos sujetos, por lo tanto dos inconscientes, cada uno proyectado en el otro, como en toda relación.

2.2. Factores que dificultan el ingreso del psicólogo clínico en la institución hospitalaria

Dentro de las posibles manifestaciones de la transferencia entre el médico y el psicólogo, se presentarían aquellas que dificultarían la integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria. Éstas darían cuenta de la transferencia negativa, evidenciada en mociones hostiles pronunciadas hacia el psicólogo o hacia el médico, dificultando así el trabajo del practicante en la institución.

Actualmente, en la mayoría de las instituciones hospitalarias de nuestra ciudad no existe un área de Psicología.¹⁰⁶ Las nuevas áreas de Psicología serían parte de un equipo de Salud, de un servicio a la comunidad. En general, los pacientes no acuden a un hospital para ser atendidos por un psicólogo, pero es dentro de estas instituciones y su aparataje que se puede introducir la idea de “hablar” con alguien sobre

¹⁰⁶ Entrevista a Ana Lucía Bucheli, Líder de los Programas para la Adolescencia y la Familia de la Provincia de Pichincha que desarrolla el Ministerio de Salud del Ecuador.

su malestar, si bien esta premisa sería aún ambigua y confusa dentro de nuestra cultura.

Lo detallado en el párrafo anterior también daría cuenta de una falta de definición del rol del psicólogo en las instituciones hospitalarias. A consecuencia de esta indeterminación, se pretendería que el practicante de Psicología desempeñe más de una función, lo que crearía confusión no sólo para los pacientes sino para el propio practicante que se enfrentaría por primera vez a una situación laboral. Se consideraría que no sólo es capaz de diagnosticar a los pacientes, sino a la propia institución. Si bien el psicólogo podría detectar ciertas situaciones sintomáticas, estas no deberían ser utilizadas para convertirlo en un asesor si es que ya es el encargado de un área específica.

Al inicio de las prácticas podría mostrarse cierta desconfianza por parte del personal médico hacia el psicólogo. Si bien es común que la propia institución haga un llamado a su presencia, el hecho de que sean jóvenes practicantes de una ciencia que no tendría el mismo nivel de comprobación biológica que la Medicina, generaría de entrada un ambiente un tanto adverso, de cierta sospecha.¹⁰⁷ Hasta no conocer el trabajo que hacen los psicólogos, hasta no ver resultados. *“...supongo que a través del trabajo que nosotros hicimos, porque la comunidad empezó a preguntar, entonces empezó a tomarnos más en serio...”* Dice una de las entrevistadas acerca de cómo fue su relación con el médico director de sus prácticas.¹⁰⁸

Ciertas dificultades ubicadas de entrada estarían apoyadas en la pre-concepción de la Medicina sobre el trabajo del psicólogo. La Psicología está considerada como una rama de las ciencias de la Salud, por lo tanto, el médico esperaría que el psicólogo reciba a los pacientes del mismo modo que él lo hace. Es decir, que lo acoja con la disposición de satisfacer, en el menor tiempo posible, su motivo de consulta, de

¹⁰⁷ Cfr. Alonso, Alicia. La positiva transferencia negativa. En Internet: <http://www.puertasabiertas.com.ar/descargas/positiva-transf->. Acceso: 29-06-10

¹⁰⁸ Anexo 3.

curarlo. (Cabría recordar que el concepto de salud viene desde la Medicina¹⁰⁹). Si bien el psicólogo acogería al paciente desde el momento en que lo escucha, su actitud rompería muchas veces esta pre-concepción porque su disposición a la escucha generaría, por el contrario, que el paciente pueda verse más involucrado en su padecer. Aquello que lo aqueja no sería depositado en manos del cuerpo médico. Dificultad que se presentaría cada vez que el psicólogo intente integrar al paciente dentro del proceso de cura, tomando en cuenta quién es el paciente, sin centrarse únicamente en la enfermedad que padece.

Otra de las diferencias que podría causar dificultades para el psicólogo a la hora de integrarse a la institución es aquella referente a la terminología. El psicólogo no estaría del todo familiarizado con el lenguaje médico y en los casos remitidos, este desconocimiento podría resultar en detrimento de su trabajo, por no comprender del todo desde qué discurso viene la demanda. Dentro de una institución hospitalaria, el practicante podría intentar familiarizarse e interesarse por la nosología médica, que al fin y al cabo convivirá con él durante sus prácticas. Acercarse a estos términos no sólo permitiría la comprensión de ciertos casos o diagnósticos, sino también proporcionaría un alcance del pensamiento médico sobre sus pacientes.

"...dentro del poco contacto que tengo con los médicos, a veces sí he notado como esa especie de discriminación que hay al psicólogo porque no sabe esos términos médicos que ellos utilizan o los procedimientos que ellos utilizan..."¹¹⁰

Cabría reflexionar sobre el hecho de que al fin y al cabo, el psicólogo se traslada al ámbito médico, donde se maneja un discurso diferente y

¹⁰⁹ **Salud** (del latín "salus, -ūtis") es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades, según la definición de la Organización Mundial de la Salud realizada en su constitución de 1946.1 También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto. En internet: <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>. Acceso: 23-06-10.

¹¹⁰ Anexo 12.

sería parte de su deber para incorporarse, el enterarse y entender esta nueva terminología.

Es posible que entre las resistencias, dificultades y temores que generaría la presencia del psicólogo se produzcan porque el psicólogo clínico sería en cierto sentido un observador; alguien que se situaría de tal forma que detectaría aspectos sintomáticos de la organización, como ya se dijo anteriormente. De esta forma, se visualizaría al practicante como el que ostentaría un saber sobre la institución. Parte de la transferencia estaría sostenida en ese saber.¹¹¹ El trabajo del psicólogo en las instituciones hospitalarias podría ser el manejar todas estas reacciones del personal, las autoridades y los mismos pacientes, volviendo constante el uso de su palabra para ubicar cuál es su lugar, su rol, qué podría hacer frente a estas situaciones problemáticas y que no. Este trabajo debería quedar de cierta forma establecido desde el inicio de las prácticas, con el taller que se recomienda realizar sobre el papel del psicólogo en la institución.

En este tipo de dificultades relacionadas con la dinámica institucional, se manifiesta que no sólo los pacientes a quien el psicólogo atenderá, sino la propia estructura institucional vive problemas y conflictos que podrían en su momento ser trasladados a los nuevos practicantes. Se les pediría una solución, un trabajo para mejorar el escenario complejo. En este tipo de situaciones, la labor del practicante podría desarrollarse en dos campos; la Psicoterapia individual o grupal y la Psicología Institucional. Este dualismo presentaría una dificultad para los estudiantes que realizan sus prácticas. Desde un criterio riguroso, la Psicología Institucional y la Psicoterapia dentro de la institución manejan objetivos distintos, aquí se mezclarían funciones y el practicante podría caer en la posición de aquel capaz de solucionarlo todo. Además, cabe asumir que para los efectos de las prácticas pre-profesionales, los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad

¹¹¹ Cfr. Alonso, Alicia. La positiva transferencia negativa. En Internet: <http://www.puertasabiertas.com.ar/descargas/positiva-transf->. Acceso: 29-06-10

Católica del Ecuador, Sede Quito, no estarían preparados para realizar un trabajo de Psicología Institucional.¹¹²

Solucionarlo todo permitiría observar el carácter mesiánico que se le habría otorgado a las profesiones del sector de la Salud. El psicólogo clínico, enmarcado en el ambiente hospitalario no estaría libre de este pre-juicio que se ha construido sobre la Psicología, como la ciencia salvadora y garantizadora de la felicidad. “Yo vengo para ver si me da una pastilla para ser feliz”, dijo “Walter” a uno de los estudiantes entrevistados, que realizó sus prácticas en el año 2007.¹¹³

Como ya se mencionó anteriormente, la definición de los límites y la función del psicólogo sería necesaria no sólo frente al personal médico de la institución, sino también y en varias ocasiones, frente a los pacientes.

“...creo que la base de la complicación ahí fue el desconocimiento de los médicos, o sea por más que los médicos sepan un millón de cosas, creo que desconocen mucho de la función del psicólogo como tal, entonces es como bien complicado de alguna manera poner un límite también...”¹¹⁴

La transferencia negativa estaría sostenida en la sospecha, en la desconfianza. Se esperaría una transferencia de este tipo por parte del personal médico porque frente a la llegada de estudiantes que vienen por primera vez a realizar un trabajo profesional, habría cierto recelo, una duda de quiénes son y qué son capaces de hacer. Este tipo de

¹¹² **Psicología Institucional:** Es un campo de investigación y una práctica profesional consistente en abordajes o intervenciones en instituciones que consultan por conflictos en las relaciones interpersonales y en la tarea. Dado que su objeto son las instituciones debe sintéticamente puntualizarse una diferenciación. Existe una doble acepción del término institución:

- 1) En sentido amplio alude a la sociedad que mediante sus marcos regulatorios (jurídicos, políticos, económicos, etc. Predetermina formas de actuar y pensar de los individuos en las organizaciones.
- 2) En sentido restringido es sinónimo de organización o establecimiento. En Internet. <http://psicopsi.com/Diccionario-psicologia-letra-P-psicologia-institucional-terminos-psicologia>. Acceso: 27-12-10

¹¹³ Sujeto 18

¹¹⁴ Anexo 16.

transferencia estaría determinada por quién se creería es el psicólogo y el médico; las personas que sostienen la relación.¹¹⁵

Los factores que dificultarían la integración del psicólogo clínico a la institución serían las manifestaciones de una transferencia negativa que imposibilite el trabajo, convirtiéndose en resistencias que a su vez, enfrentarían al psicólogo a desafíos laborales importantes para su formación¹¹⁶.

2.3. Factores que facilitan el ingreso del psicólogo clínico en la institución hospitalaria.

Al hablar de los factores que facilitarían la integración del psicólogo, se trataría sobre lo que de cuenta de la transferencia positiva, por medio de manifestaciones de afecto y de ciertas circunstancias donde la institución se prestaría a ser ese lugar de aprendizaje y formación para el practicante.

En contraposición a las manifestaciones de transferencia negativa, las provenientes de una transferencia positiva entre el médico y el psicólogo darían cuenta no sólo de una relación afable, de confianza y generadora de un ambiente propicio para el trabajo, sino también de posibles herramientas que permitirían sortear las dificultades y resistencias propias de la relación.

¹¹⁵Cfr. Alonso, Alicia. La positiva transferencia negativa. En Internet: <http://www.puertasabiertas.com.ar/descargas/positiva-transf->. Acceso: 29-06-10

¹¹⁶Cfr. Gayó, Rosa y Bustos, Claudio. Transferencia y Contratransferencia. En Internet: <http://www.apsique.com/wiki/PersTransferencia>. Acceso: 07-09-10

Entre estas manifestaciones, se podría mencionar aquella que facilitaría la integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria y que podría ser llevada a la categoría de condición para las prácticas, y es que tanto la institución como el psicólogo tengan objetivos comunes a la hora de tratar un paciente. Si bien la teoría y la técnica variarían del médico al practicante, sería importante para la integración del psicólogo que ambos profesionales se reconozcan en cómo se acoge al paciente, desempeñándose cada uno desde su ética y brindando una atención adecuada en beneficio de la comunidad a la que atienden. Si es que se logra esta identificación en los objetivos, se generarían manifestaciones transferenciales que faciliten el trabajo del psicólogo clínico.

En términos del aprendizaje que alcanzaría el psicólogo clínico, cabría decir que la institución hospitalaria permite un acercamiento a problemáticas de categoría social y comunitaria. Si bien al atender a un paciente en consulta se daría un acercamiento al orden social, hay ciertas situaciones que sólo en el trabajo dentro de instituciones de este tipo, favorecen al psicólogo para su acercamiento con la organización institucional y la estructura de la comunidad.

Otro factor que facilitaría la integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria sería la oportunidad de realizar una investigación propia o por pedido. Las instituciones tendrían una estructura propicia para el trabajo investigativo, sobre todo si hablamos en términos de acceso a información, reconocimiento público, relaciones con otras instituciones para la generación de fondos y espacio para la publicación de los resultados.

Cabría preguntarse desde lo teórico qué beneficio traería detectar estas manifestaciones de transferencia positiva. Retomando lo planteado por Freud, para quien este tipo de transferencia jugaría a favor del desciframiento del inconsciente,¹¹⁷ se podría transformar esta idea en el contexto del trabajo pre-profesional donde también se produciría una suerte de desciframiento, sin intérprete, sólo a través del trabajo, donde

¹¹⁷ Cfr. Alonso, Alicia. La positiva transferencia negativa. En Internet: <http://www.puertasabiertas.com.ar/descargas/positiva-transf->. Acceso: 29-06-10

se iría articulando cuál es el papel del psicólogo en la institución hospitalaria y sus efectos.

El prestar atención a los signos de la transferencia, en su faceta negativa y positiva, no sólo llevaría a calificar la relación entre el médico y el psicólogo. Lo importante del análisis de la transferencia sería poder determinar qué elementos serían influyentes en la práctica pre-profesional y cómo estos podrían ser trabajados.

2.4. La posibilidad de lo interdisciplinario

El encuentro entre dos o más ciencias bajo un mismo techo institucional exigiría el establecimiento de un modelo de trabajo que permita coordinar el desempeño de cada profesional, cumpliendo con los objetivos de la institución.

Cabría realizar una revisión de los tipos de trabajo científico en los que podría enmarcarse el encuentro entre médicos y psicólogos clínicos. Habría que advertir que en ciertas ocasiones se entiende a estos modelos de trabajo como los indicados para eliminar diferencias entre disciplinas, es decir, como si las divergencias entre ciencias perjudicase a la práctica científica.¹¹⁸

¹¹⁸ Cfr. Follari, Roberto. Relevo en las ciencias sociales latinoamericanas. Estudios culturales transdisciplinariedad y multidisciplinariedad. En Internet: www.dialogosfelafacs.net. Acceso: 12-07-10

“Las ciencias no se constituyen desde el continuum de lo real, sino desde la discontinuidad de los puntos de vista racionales que estatuyen los objetos teóricos referenciales”¹¹⁹

En la relación entre médicos y psicólogos las diferencias se presentarían permanentemente. Éstas no podrían ser borradas por un modelo, lo que plantearía la posibilidad de buscar un tipo de trabajo que permita a cada ciencia, desplegar su práctica en beneficio de los pacientes, sin dejar de tomar en cuenta el trabajo y la palabra del otro profesional. En todo modelo se generarían conflictos y problemas porque cada disciplina obedece a una especificidad marcada desde su propio desarrollo epistemológico.¹²⁰ No habría una ciencia que abarque a la Psicología y a la Medicina, ni un modo único de tratar a los pacientes.

Al hablar de modelos disciplinarios, se podría empezar describiendo aquel que daría cuenta de un contacto mínimo entre disciplinas; la Multidisciplinariedad; en este tipo de trabajo no se daría una integración entre ciencias. Cada una conservaría sus métodos y desarrollaría su práctica aisladamente. El contacto entre profesionales bajo este modelo, se daría a modo de colaboración para cumplir con objetivos comunes.¹²¹

En la intención de generar un trabajo científico donde exista mayor integración, se ha planteado el modelo Interdisciplinario; como aquel capaz vincular varias disciplinas, proporcionando una visión multidimensional de los fenómenos. Es decir que, sobre un mismo objeto, se integran varios modos de tratarlo, respetando el origen de las diversas teorías y métodos.¹²²

Por último, un modelo que plantea un trabajo donde se integrarían completamente las disciplinas es el Transdisciplinario. Dicha integración

¹¹⁹ Op.cit.

¹²⁰ Op.cit.

¹²¹ Cfr. Jaúregui, Jorge Mario. Urbanismo y Transdisciplinariedad. Intersecciones. En Internet: www.jauregui.arg.br/transdisciplinariedad.html. Acceso: 12-07-10

¹²² Cfr. Tamayo y Tamayo, Mario: Diccionario de la investigación científica. México, Editorial Limusa, 2004. Pag. 172.

se produciría por la conjugación de los distintos métodos científicos, llegando a la producción de conocimiento científico y experiencias más allá de las ciencias y apuntando a la resolución de problemas orientada hacia aspectos del mundo real.¹²³

A partir de los tres modelos descritos, se podría apuntar a uno donde la relación entre las disciplinas del médico y del psicólogo articulen un trabajo con cierto orden dentro de instituciones hospitalarias. En esta búsqueda por un modelo de trabajo, habría que tomar en cuenta la premisa de que ambos discursos no podrían unificarse en un intento de borrar sus diferencias.

La experiencia muestra que el diálogo entre los médicos que diagnostican procesos y prescriben medicamentos o procedimientos, y aquellos otros que interpretan significados inconcientes y procuran curar mediante la palabra, suele ser difícil. La gran mayoría de los malentendidos que dificultan ese diálogo sucede porque cada uno asume, y da por sentados, conceptos fundamentales distintos, sin tener en cuenta que su interlocutor parte de otros presupuestos¹²⁴

En el análisis de cada modelo se podría mencionar lo siguiente: La multidisciplinariedad estaría ya dispuesta dentro de las instituciones hospitalarias cuando se invita a practicantes de Psicología Clínica. Convivirían varias disciplinas en un mismo lugar y la colaboración se daría en la medida en que todas cumplan con su trabajo y atiendan a sus pacientes. Sería necesario para la relación médico-psicólogo, intentar definir de qué modo se efectuaría esta colaboración; en reuniones sobre casos, remisión de pacientes o simplemente en el trato cordial dentro de las instalaciones. Las necesidades de los pacientes no estarían del todo integradas, es decir, para cada síntoma tendría que acercarse al especialista indicado. Este modelo sería el más accesible de entrada para el psicólogo clínico porque le permitiría el ingreso a la institución de forma independiente y un tanto marginal, lo cual no

¹²³ Cfr. Carta de la Transdisciplinariedad. Convento de Arrábida, 1994. En Internet: <http://www.filosofia.org/cod/c1994tra.htm>. Acceso: 12-07-10

¹²⁴ Chiozza, Luis. ¿Por qué enfermamos? Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008, Pag. 34

siempre significaría integrarse a la organización y presentaría dificultades a la hora de plantear proyectos que abarquen a todo el personal.

En las entrevistas realizadas para la investigación es notorio que la realidad de nuestras instituciones se acerca al modelo multidisciplinario.

*Mi trabajo sólo era a partir de la ficha clínica, es decir, yo me enteraba por un lado por la palabra de los pacientes, de lo que trabajaban con el médico, por otro lado por lo que el médico escribía en las fichas clínicas, por otro lado por las enfermeras, por lo que me decían que trabajaban con el médico y eso a mí me parecía un lugar en donde yo me desubicaba en primera instancia y a partir de eso me fui ubicando un poco más...*¹²⁵

Pasando al modelo interdisciplinario, este procuraría un trabajo donde el criterio del médico y el psicólogo se encuentren respecto a un mismo caso. Cada uno desde su formación trabajaría para un fin común; el trabajo con el paciente. Este tipo de colaboración permitiría que cada profesional trabaje desde su disciplina, tomando en cuenta las definiciones del otro en tanto estas puedan ofrecerle al paciente una mejoría. Dicho trabajo se lograría a través de reuniones de supervisión de casos dentro de las instituciones, donde tanto el médico y el psicólogo puedan vislumbrar de qué modo aportarían a la atención de ciertos casos.

*Lo interdisciplinario también deviene de la idea de dar una atención integral, sin separar al hombre en segmentos emotivos, físicos, afectivos y sociales, considerándolo como una unidad, una denominada "Medicina de la totalidad", por lo tanto estaríamos hablando de una medicina que se apoya en la multicausalidad.*¹²⁶

Desde la transdisciplinariedad se trabajaría atravesando las particularidades de cada disciplina. Llegando a "...la unificación semántica y operativa de las acepciones a través y más allá de las

¹²⁵ Anexo 14

¹²⁶ Bleger, José. Psicohigiene y Psicología Institucional. Buenos Aires, Paidós. 1999. Pag. 8

*disciplinas...*¹²⁷ Es decir, apuntando hacia la unificación de métodos y técnicas que puedan manejarse dentro de un solo discurso. En el trabajo dentro de instituciones hospitalarias, este modelo generaría dificultad porque tanto la Medicina como la Psicología trabajan bajo estructuras formales de pensamiento, que definen al paciente con el que trabajan. Para el movimiento transdisciplinario esto significaría una disolución del sujeto.¹²⁸

En la tendencia transdisciplinaria, la convivencia de definiciones divergentes como las que pertenecen a la relación médico-paciente, presentaría un enorme desafío; el diagnóstico unificado. Habría que tomar en cuenta que en todo ambiente hospitalario cualquier ejercicio profesional que se proponga giraría en torno a lo que los médicos hagan u opinen, por lo tanto su criterio podría prevalecer frente al de los demás a la hora de tratar a un paciente bajo un modelo “trans”.

Después de estas reflexiones y bajo el título de este acápite se plantearía que el modelo más apropiado para el trabajo entre médicos y psicólogos sería el interdisciplinario. Éste permitiría la conformación de un equipo asistencial donde cada disciplina, desde su academia y su discurso, le proporcione a la institución la posibilidad de coordinar distintas actividades sostenidas en la interconsulta.¹²⁹ Así, el personal se alimentaría de diversas formas de pensamiento y los pacientes se beneficiarían al ser recibidos por profesionales comprometidos no sólo con la eficacia de su especialidad, sino también con la eficiencia de todo un sistema de Salud. “...la interconsulta volverá a poner en juego la historia particular de la diferenciación con el discurso del que ha surgido.”¹³⁰

La interconsulta parecería ser uno de los caminos por el cual la Medicina y la Psicología llegarían a mantener un diálogo, donde las

¹²⁷ Cfr. Carta de la Transdiscipliniedad. Convento de Arrábida, 1994. En Internet: <http://www.filosofia.org/cod/c1994tra.htm>. Acceso: 12-07-10

¹²⁸ Op.cit.

¹²⁹ Fiorini, Héctor. Teoría y técnicas de Psicoterapia. Buenos Aries, Ediciones Nueva Visión, 1994. Pag. 30

¹³⁰ Cfr. Neuburger P. Roberto. Pequeña (pre)historia de la Interconsulta psicoanalítica (1a.Parte) La intersección psicoanálisis/medicina. En Internet: <http://rneuburger.tripod.com/historia.html>. Acceso: 31-05-10

diferencias no serían eliminadas y apuntarían a un mejor entendimiento del malestar de los pacientes para establecer métodos más efectivos de atención.

3. Análisis de los datos de la investigación.

El análisis que se llevará a cabo a continuación, se basa en dieciocho entrevistas realizadas a quienes fueran practicantes de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Quito en instituciones hospitalarias, durante los años 2007, 2008 y 2009.

La metodología utilizada para la investigación fue la entrevista a profundidad. Posteriormente se hizo una transcripción y para efectos de esta disertación se presentará un resumen de cada encuentro. Se pudo ubicar a los ex-alumnos por medio de listas existentes en el Centro de Psicología Aplicada e información otorgada por supervisores de prácticas. Cada sujeto fue contactado vía telefónica, se pactó un lugar de encuentro y se llevó a cabo la entrevista. El promedio de duración de cada una fue de treinta minutos. En principio se contactó a veintiún ex-alumnos, pero por diversos motivos no se pudo concretar una cita con tres de ellos, definiéndose así el número final de sujetos de la investigación en dieciocho.

Del número total de entrevistados, seis realizaron sus prácticas desde Octubre del 2006 hasta Julio del 2007. Nueve ex-alumnos cumplieron el mismo período de tiempo iniciando en el año 2007 y terminando en el 2008. Tres llevaron a cabo su práctica pre-profesional durante el año 2009. Estos tres últimos sujetos trabajaron bajo la nueva modalidad de prácticas, en donde se asiste a una institución cada semestre, llegando a realizar su trabajo en dos tipos de organizaciones.

El desarrollo de las entrevistas tomó lugar entre los meses de Marzo y Mayo del presente año. Fue una experiencia en donde se corroboró cuan implicada está la relación con los médicos al momento de intentar generar un espacio de Psicología en instituciones hospitalarias. Un espacio que para todos los entrevistados, significó la posibilidad de

ofrecer a los pacientes una forma de escucha sobre el malestar distinta a la que puede ofrecer el médico.

La principal motivación para realizar estas entrevistas ha sido articular un análisis de cómo la transferencia entre el médico y el psicólogo, puede influir o no en la integración del practicante de Psicología a una institución hospitalaria. La relación de la Psicología con la Medicina ha tenido y tendrá un sinnúmero de aspectos que vale la pena revisar en tanto este ejercicio permita una reflexión sobre la clínica que cada uno promueve, sobre el delicado desafío que implica trabajar con pacientes que acuden día a día en busca de ayuda.

Respecto a la pregunta: ¿Cómo influye la relación transferencial entre el médico y el psicólogo en la integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria? Se pudo observar en todos los testimonios, que varios segmentos de la práctica clínica dependerían del tipo de relación que mantenga el practicante con los médicos.

Para efectos de identificación de las entrevistas, cada sujeto será numerado del 1 al 18.

La operacionalización de la investigación se organizó de la siguiente manera:

HIPÓTESIS: El tipo de relación transferencial entre el médico y el psicólogo, influye directamente en el modo de integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria.

Se llevaron a cabo tres preguntas introductorias:

1. ¿Por qué eligió usted a una institución hospitalaria entre las opciones para realizar las prácticas pre-profesionales?
2. Describa su experiencia de haber realizado sus prácticas pre-profesionales en una institución hospitalaria.
3. ¿Cómo se dio la relación transferencial entre usted y el médico?

Posteriormente se evaluó la **VARIABLE INDEPENDIENTE:** La relación transferencial entre el médico y el psicólogo.

Indicadores sobre la variable independiente:

Evidencias de transferencia positiva:

1. Recibimiento afectuoso por parte del médico-director de las prácticas. 2.
- Trato cordial con el personal médico.
3. Manifestación de interés en las actividades del psicólogo practicante.
4. Apoyo para la promoción del Área de Psicología.
5. El psicólogo fue tomado en cuenta para tratar ciertos casos del área médica.
6. Acogida al psicólogo dentro de las actividades del personal de la institución (jornadas de integración, seminarios, eventos sociales, etc)

Evidencias de transferencia negativa:

1. Ausencia de recibimiento por parte del médico-director de las prácticas 2.
- Ausencia de un trato cordial con el personal médico
3. Poca o ninguna manifestación de interés en las actividades del psicólogo practicante
4. Falta de apoyo para la promoción del Área de Psicología
5. El psicólogo no fue tomado en cuenta para tratar ciertos casos del área médica
6. Falta de acogida al psicólogo dentro de las actividades del personal de la institución (jornadas de integración, seminarios, eventos sociales, etc)

VARIABLE DEPENDIENTE: La integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria

Indicadores de la variable dependiente:

1. Asignación de un espacio físico.
2. Porcentaje de casos remitidos desde el área médica
3. Solicitud de la presencia del psicólogo en casos de emergencia
4. Presencia del psicólogo a las reuniones de todo el personal de la institución
5. Número de reuniones de supervisión de casos
6. Pedido de involucramiento en otras áreas de la institución

7. Colaboración para el establecimiento de horarios de atención
8. Propuesta de trabajo en la institución al finalizar las prácticas

Para finalizar la entrevista se realizaron tres preguntas extra:

- ¿Cuál consideras es el papel de un psicólogo clínico dentro de una institución hospitalaria?
- ¿Qué fue lo más importante de realizar las prácticas pre-profesionales en una institución hospitalaria?
- ¿Quisieras volver a trabajar en una institución hospitalaria? ¿Por qué?

Las entrevistas efectuadas dentro de este trabajo contienen relatos de todo tipo, desde reflexiones teóricas hasta anécdotas jocosas que ocurren durante las prácticas pre-profesionales.

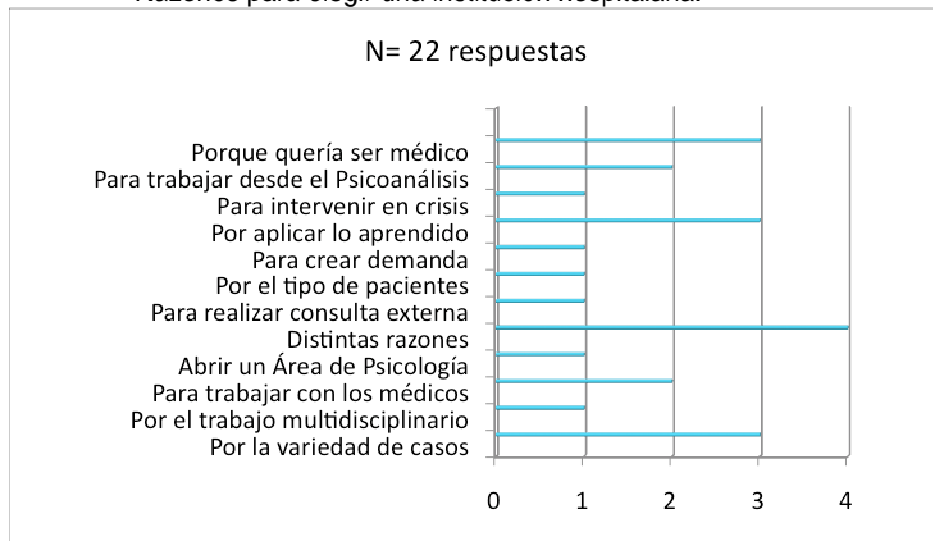
Análisis cuantitativo

A continuación se llevará a cabo un análisis estadístico de aquellas preguntas de la entrevista que permiten cuantificar aspectos sobre la transferencia y la integración del psicólogo a la institución.

Como primera pregunta introductoria se planteó a los sujetos:

- 1. ¿Por qué eligió usted a una institución hospitalaria entre las opciones para realizar las prácticas pre-profesionales?**

Gráfico 1
Razones para elegir una institución hospitalaria.



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

El gráfico 1 permite observar que el 18% de ex-alumnos realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias por distintas razones ajenas a su decisión. Entre estos motivos se encontraban el haber reemplazado a un compañero que antes trabajó en la institución, la cercanía al hogar o no haber podido estar presente el día de elección del lugar de prácticas por causas de fuerza mayor. Este porcentaje no resultaría del todo representativo si se toma en cuenta el resto de respuestas, (18) que estarían más ligadas a la experiencia de la clínica en el medio hospitalario.

Entre otras razones importantes se observa que el 14% de sujetos quisieron ser médicos antes de ser psicólogos. A otro 14% le pareció que la institución hospitalaria era el lugar idóneo para aplicar lo aprendido desde su formación académica. También se observa que para un 14%, estas instituciones ofrecían la oportunidad de trabajar con una variedad importante de casos.

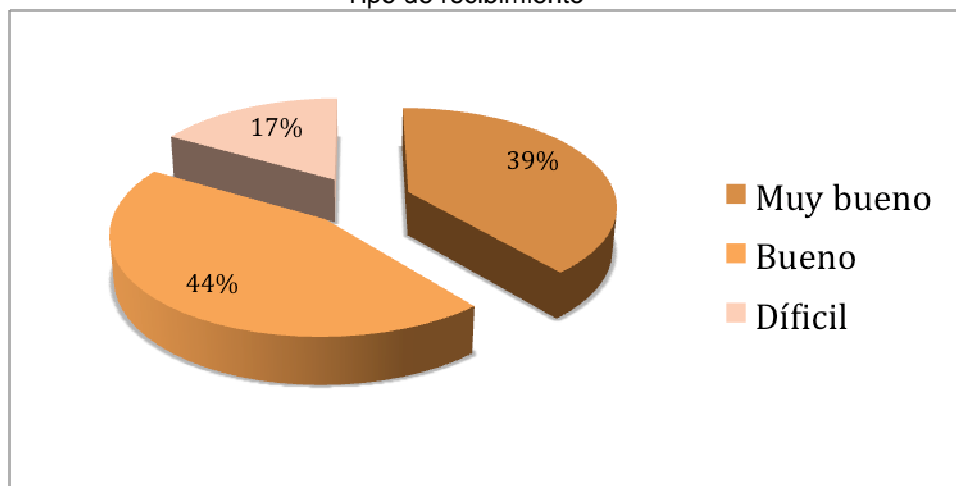
En un menor porcentaje; el 9%, le resultó interesante el poder trabajar con los médicos y para otro 9%, este espacio permitía realizar una intervención desde el Psicoanálisis.

Otras respuestas que tuvieron menor representación (menos del 5%), fueron la posibilidad de intervenir en crisis, el poder crear una demanda de atención psicológica dentro de instituciones hospitalarias, el tipo de pacientes que se presentarían en estos establecimientos, la oportunidad de trabajar en consulta externa, crear un Área de Psicología y poder trabajar bajo un modelo interdisciplinario.

Sobre la variable independiente:

1. ¿Cómo fue el recibimiento en la institución, por parte del médico-director de las prácticas?

Gráfico 2
Tipo de recibimiento



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

En las respuestas a esta pregunta se observa que el 83% de ex- alumnos calificaron al recibimiento como “bueno” y “muy bueno”. Esta calificación estuvo sustentada en la apertura que percibieron por parte del médico que dirigió sus prácticas y también en la expectativa que genera la presencia de psicólogos en instituciones hospitalarias, cuando se espera que procedan de forma distinta a la de los médicos o que logren aquello que la Medicina no podría lograr.

Cabe anotar que de estos dieciocho casos, tres no tuvieron un médico como director de prácticas. Uno fue psicólogo clínico,¹³¹ otra administradora¹³² y una licenciada en otra materia¹³³.

Para el 17% a quienes el recibimiento les resultó “difícil”, pudieron observar un rechazo hacia los psicólogos en primera instancia. El 33% de este porcentaje observó que la actitud negativa cambió al momento de verificar el buen trabajo del practicante, la demanda que había generado y el incremento en el número de pacientes durante su estadía.

El 39% de todos los sujetos mencionaron que a pesar de haber tenido un buen recibimiento por parte del médico director, esta acogida no fue similar por parte del resto del personal de la institución. Quien dirigía las prácticas no siempre hacía una presentación oficial con los trabajadores, lo que en ciertos casos dificultó la integración al personal de planta.

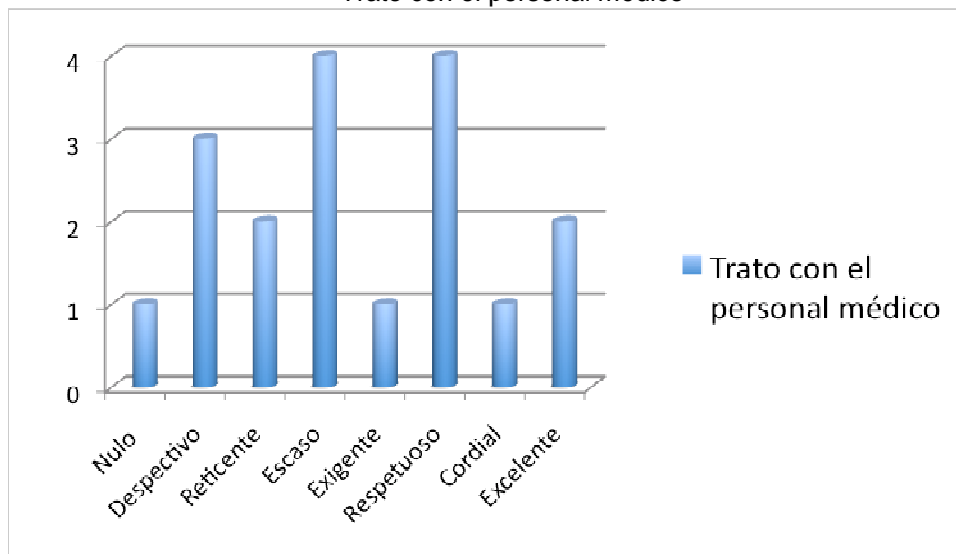
2. ¿Cómo era el trato con el personal médico?

¹³¹ Anexo 9

¹³² Anexo 5 y 10

¹³³ Anexo 14

Gráfico 3
Trato con el personal médico



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

Las respuestas que proporcionaron los practicantes tendría relación con lo manifestado por el 39% de los sujetos en la primera pregunta; el trato con el director no era siempre el mismo que se mantuvo con el personal médico. Se observa siete casos de los dieciocho calificaron a este trato como “despectivo” y “escaso”. La segunda respuesta, no denotaría necesariamente un mal trato, sino una dinámica institucional que impedía mantener un contacto permanente entre los distintos profesionales,.

Por otro lado el 11% calificaron al trato como reticente, matiz de desconfianza no sólo por parte de los médicos sino también de las enfermeras, hecho que sería parte de la transferencia negativa, descrita en el capítulo dos. Expresaron que la falta de confianza provenía del desconocimiento de la labor del psicólogo. No se conocía sobre su labor o no había interés en saber en qué consistía su trabajo. También se encontraron con falta de normas dentro de la institución que dio paso a situaciones incómodas que iban desde preguntar si una mesa en el pasillo sería suficiente para el trabajo psicológico,¹³⁴ hasta casos en que hubo flirteos por parte de médicos.¹³⁵ Sin embargo, uno de estos cuatro sujetos citados observó un cambio positivo al finalizar

¹³⁴ Anexo 3

¹³⁵ Anexos 3, 15 y 16

sus prácticas, donde tal como se mencionó en la pregunta anterior, fue consecuencia de los beneficios aportados a la institución por el trabajo de los practicantes.

Un 22% de los sujetos entrevistados manifestó que el trato fue respetuoso. El 6% afirmó que fue cordial y el 11% lo calificaron como excelente, características que permitieron tener más apertura a la hora de proponer talleres o proyectos.

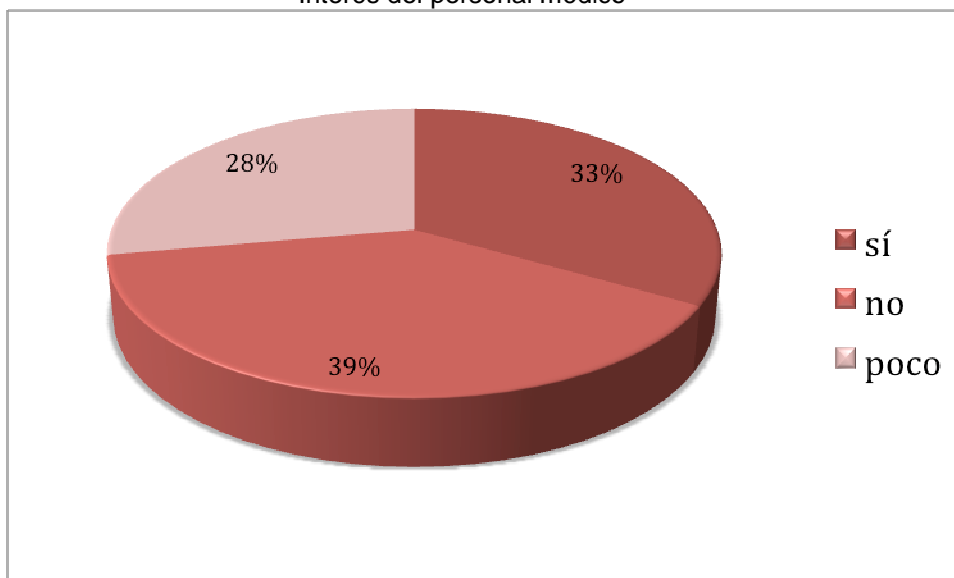
Otro 6% (1 sujeto)¹³⁶ que no tuvo trato con el personal y lo calificó como nulo, explicó que la propia estructura de la institución no permitió un contacto con los médicos porque el psicólogo trabajaba lejos de los consultorios y mantenía una relación mínima por medio de fichas médica.

Otro aspecto del trato con el personal médico que podría dar cuenta del tipo de transferencia se evaluó por medio de la pregunta:

3. ¿El personal médico se interesaba en las actividades del psicólogo practicante?

¹³⁶ Anexo 14

Gráfico 4
Interés del personal médico



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

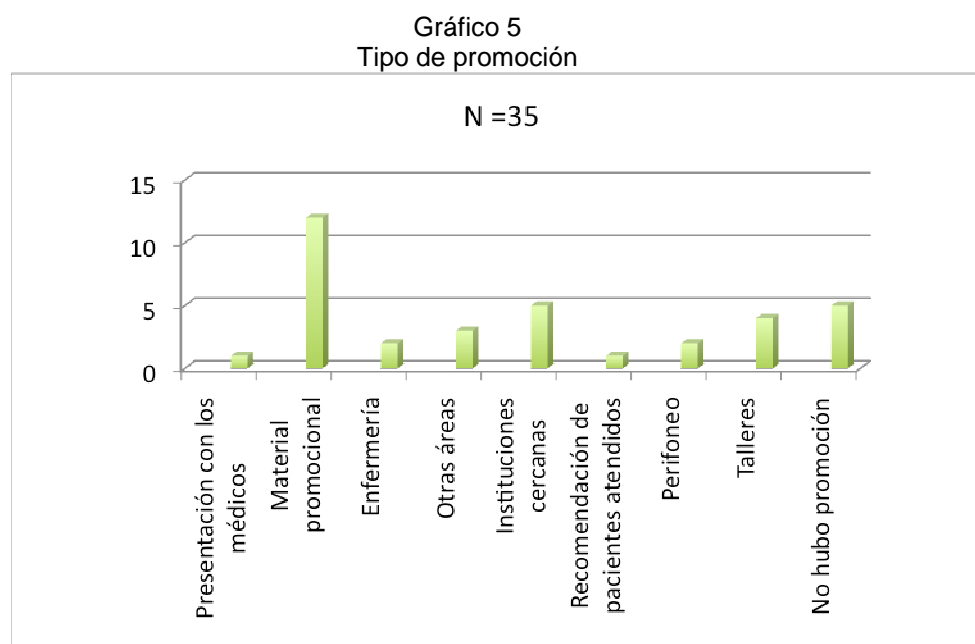
Acerca de esta pregunta, los entrevistados manifestaron en un 39% que no percibieron interés por parte del personal médico hacia las actividades que realizaron. Cabría puntualizar que cerca del 30% de esta mayoría vivió un cambio en este aspecto hacia el final de las prácticas, cuando percibieron acercamiento por parte de los doctores después de que los pacientes tratados por los practicantes mostraron una asistencia regular e interés por el espacio psicológico.

El 28% que observó “poco” interés por parte del personal médico, sostuvo que el director de las prácticas fue el único en dar cuenta de cierto afán en conocer qué hacen los psicólogos y cómo trabajan .

El 33% de los ex-alumnos que respondió sí haber apreciado interés por parte del área médica, argumentó que este se sostenía en los médicos que querían conocer acerca del manejo de la angustia en ciertas problemáticas propias de la institución. Un mayor interés también se manifestó cuando se incrementó el número de pacientes remitidos desde el área médica. En otras instituciones los médicos estuvieron prestos a las actividades que realizaba el Área de Psicología porque desde un inicio se construyeron muchas expectativas sobre el quehacer profesional de los practicantes.

La promoción del Área resulta fundamental a la hora de establecer la práctica clínica. Para evaluar este punto de la relación con la institución se preguntó:

4. ¿Qué tipo de promoción se realizó para el Área de Psicología?



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

El gráfico 5 revela que los practicantes llevaron a cabo múltiples actividades a la hora de promocionar su área. Se produjeron 35 respuestas que iban desde presentación con el personal médico, material promocional, conversaciones con las enfermeras, presencia en otras áreas como salas de espera, visitas a instituciones cercanas, recomendación de los propios pacientes que atendieron, talleres y hasta perifoneo.

De los medios de promoción mencionados, el 34% se centró en la repartición de material promocional; carteles, volantes, hojas informativas, publicación de horarios y anuncios donde se motivaba a acudir a un espacio confidencial donde se podían trabajar situaciones problemáticas.

Otro medio que tuvo buenos resultados fue la visita a instituciones cercanas, el 14% de ex-alumnos se puso al servicio no sólo de la institución hospitalaria, sino también al servicio de la comunidad.

Los talleres de presentación fueron realizados por el 11% de los practicantes y la presencia en otras áreas del establecimiento que llevó a cabo el 9% de los sujetos, también resultaron efectivas a la hora de promocionar el Área de Psicología. A través de estas actividades llegaban a un mayor número de personas y tenían la oportunidad de explicar de qué se trataba el trabajo de los psicólogos clínicos.

Del 73% de entrevistados que realizó una promoción activa, 23% estuvo apoyado por la institución a través de publicaciones o material escrito financiado internamente.

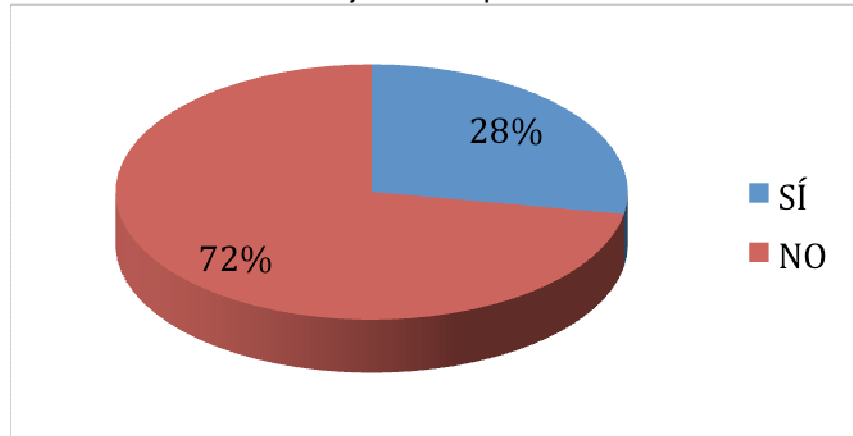
El 28% de sujetos manifestó no haber realizado ningún tipo de promoción porque no les resultó necesaria. La propia organización institucional les proporcionaba un buen número de pacientes porque era obligado el paso por Psicología, o porque se manejaba un buen sistema de remisión, sobre todo en el caso de fundaciones. (Fundación Hospital de los Valles, Metrofraternidad y Fundación para la Distrofia Muscular)

Se pudo apreciar que todas las actividades realizadas por los practicantes para la promoción de su Área tuvieron efectos positivos. Los entrevistados constataron que los pacientes habían leído el material promocional; carteles y afiches. En otros casos habían llegado por recomendación de los primeros pacientes que atendieron los practicantes. También se habló del interés de establecimientos cercanos en remitir casos, la trascendencia de los talleres sobre la función del psicólogo en la institución hospitalaria y la visita a otras áreas del hospital como sala de espera o emergencias.

El trabajo interdisciplinario sería un factor importante de la relación transferencial con los médicos. Se planteó la pregunta:

5. ¿Fue parte de reuniones interdisciplinarias durante sus prácticas en la institución?

Gráfico 6
Trabajo interdisciplinario



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

La distribución porcentual de las respuestas a esta pregunta, Sí en un 28% y No en un 72%, daría cuenta no sólo de la falta de trabajo de los médicos con los psicólogos, sino de una falencia general de trabajo interdisciplinario dentro de las instituciones hospitalarias. El 72% que dijo no haber sido parte de reuniones interdisciplinarias, sostuvo que no se dieron encuentros con los profesionales de la Medicina donde se compartiesen cuestionamientos o intereses por determinados casos o situaciones institucionales. El 30% de quienes afirmaron no haber asistido a este tipo de reuniones, puntualizaron que no había una formalidad dentro de la institución para establecerlas, que no era una forma de trabajo usual. Un 15% de dichos practicantes señaló que esta falta de encuentros era efecto del trato hostil que sentían por parte de los médicos.

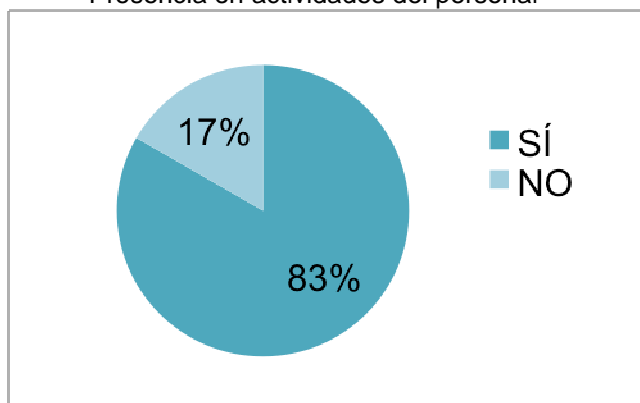
El 8% de este 72%, manifestó que sí hablaron sobre algunos casos con los médicos pero que este diálogo era informal; en la hora del café o en los pasillos. Esta informalidad no permitía realizar un verdadero vínculo entre disciplinas a nivel teórico y clínico. Además, este tipo de conversaciones podían poner en riesgo la confidencialidad de los pacientes.

Del 28% de ex-alumnos que respondieron sí haber mantenido reuniones interdisciplinarias, un 20% dijo haber estado presente en muy pocos encuentros durante sus prácticas. Por otro lado, el 60% de este total, mantuvo una importante frecuencia de reuniones de este tipo donde sintieron que su opinión fue siempre tomada en cuenta, además experimentaron una gran responsabilidad porque su criterio era demandado en nombre de la Psicología: “¿Qué tiene que decir la Psicología sobre...?” Otro 20% de quienes respondieron sí haber asistido a reuniones interdisciplinarias, no trabajó bajo este modelo con los médicos; los encuentros se produjeron con trabajadoras sociales o administradoras que estaban más involucradas con las prácticas de Psicología por ser supervisoras de prácticas o compartir actividades dentro de la comunidad.

Parte de la relación con el personal médico se basa en la presencia de los estudiantes en actividades sociales o de recursos humanos, por lo que se planteó la siguiente pregunta:

6. ¿Hubo apertura hacia el psicólogo dentro de las actividades del personal de la institución? (jornadas de integración, seminarios, eventos sociales, etc)

Gráfico 7
Presencia en actividades del personal



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

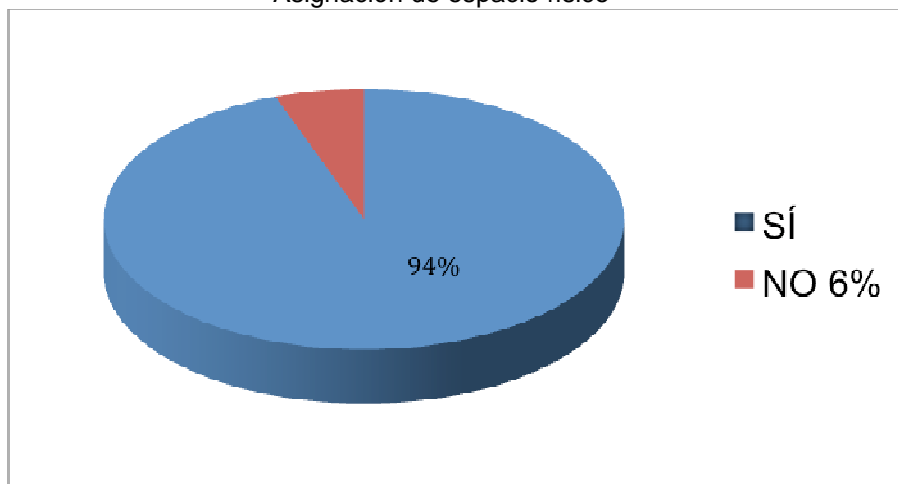
Sobre este aspecto se observa que el 83% sí se involucró en las actividades del personal. Eran invitados para fechas conmemorativas y charlas, sin embargo, en aquellos eventos que requerían de cuota, era difícil para la institución integrarlos por su condición de pasantes. El 6% declaró¹³⁷ que su participación e iniciativa eran necesarias a la hora de ser tomados en cuenta. No se podía esperar que los inviten si es que no mostraban algún tipo de interés en dichos programas.

El 12% del 17% que no fue integrado a estas actividades menciona que no eran invitados de forma deliberada, que estaba todo el personal presente menos ellos. Se sentían aislados, ya sea por no ser llamados a estos eventos o por la distancia física que había de su consultorio con los espacios del resto.

Sobre la variable dependiente.

1. **¿Se le asignó un espacio físico para su trabajo en la institución?**

Gráfico 8
Asignación de espacio físico



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

Cabría señalar que al final de las prácticas todos los ex-alumnos tuvieron un espacio físico para su trabajo. El 6% que respondió no haber

¹³⁷ Anexo 5

tenido un lugar de inicio, manifestó que posteriormente sí tuvo un consultorio.

Este importante factor fue matizado por los entrevistados al momento de describir el lugar en el que trabajaban. El 50% del total de los sujetos lo retrató como alejado, peligroso y no exclusivo. El hecho de que no fuese un lugar propio del Área de Psicología permitía que la institución le de varios usos al espacio; contenían artefactos médicos que en muchas ocasiones desubicaban a los pacientes al ver camillas, jeringas y otro tipo de elementos que no se espera ver en un consultorio psicológico.

El otro 50% de los entrevistados describió su espacio como adecuado, cómodo y con suficiente privacidad para las sesiones.

En el trabajo con pacientes fue importante valorar la integración a partir del porcentaje de casos remitidos.

2. ¿Qué porcentaje de casos fueron remitidos desde el área médica?

Tabla 1
Porcentaje de casos remitidos

Sujeto 1	30%
Sujeto 2	60%
Sujeto 3	10%
Sujeto 4	23%
Sujeto 5	0%
Sujeto 6	5%
Sujeto 7	80%
Sujeto 8	100%
Sujeto 9	50%
Sujeto 10	0%
Sujeto 11	20%
Sujeto 12	20%
Sujeto 13	5%
Sujeto 14	100%
Sujeto 15	10%
Sujeto 16	20%
Sujeto 17	5%
Sujeto 18	25%
PROMEDIO	31%

Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

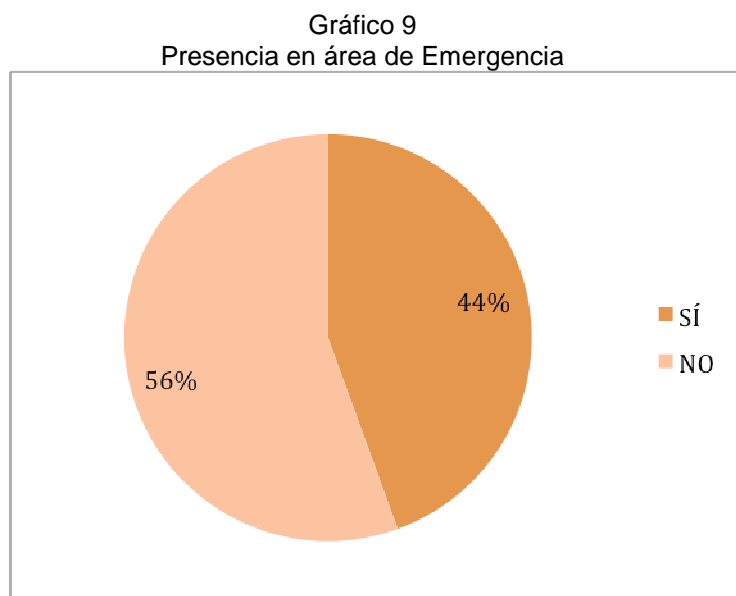
Sobre las respuestas a esta pregunta cabría detallar los porcentajes por las importantes diferencias encontradas. Se aprecia que del 100% de casos atendidos por los practicantes, 31% fueron casos remitidos desde el área médica (en promedio).

En dos casos¹³⁸ se observa que el 100% de los pacientes tratados fueron remitidos desde el área médica. Esta cifra está determinada por el hecho de que ambos ex-alumnos trabajaron bajo dinámicas donde el paso por Psicología era obligatorio. Si se excluye estos dos valores, el promedio total de remisión de pacientes llegaría a un 20%. Estas cifras denotarían que la remisión por parte de los médicos no fue la primera fuente de pacientes para el 89% de los practicantes. También daría cuenta que los ex-alumnos lograron construir un espacio que creó una demanda propia de atención, sin tener que pasar primero por la consulta médica.

¹³⁸ Anexo 8 y 14.

Otro aspecto vinculado al lugar que le daban los médicos a los psicólogos, fue el trabajo en el área de Emergencias.

3. ¿Fue solicitada la presencia del psicólogo clínico en casos de emergencia?



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

El gráfico 10 permite observar que una mayoría del 56% no atendió casos de emergencia, sobre lo cual es necesario puntualizar que de este total el 70% pertenecía a instituciones que no recibían emergencias. El 30% restante sí trabajó en organizaciones que contaban con este tipo de atención, pero no fueron llamados para atender ningún caso.

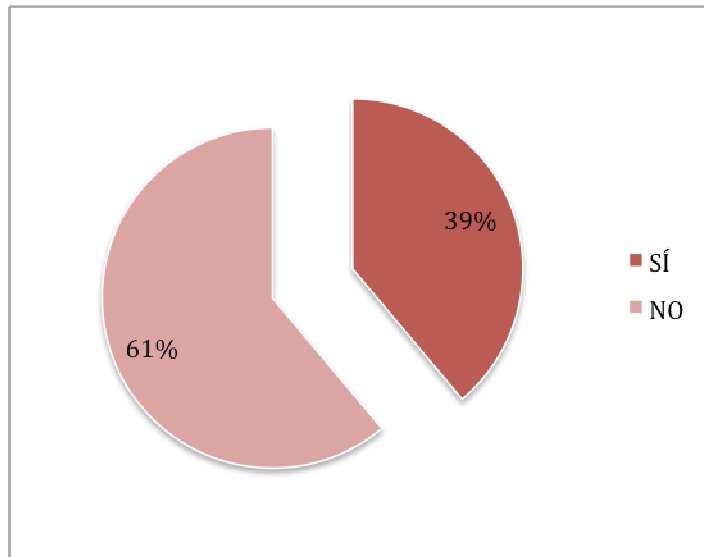
Del 44% que sí atendió casos emergentes, el 20% del total lo hicieron a nivel de intervención en crisis o sesiones pre-operatorias.

Un 11% manifestó que hubiese querido trabajar en Emergencias porque consideran que debido a la rapidez con la que los médicos y las enfermeras deben trabajar, muchas veces se dejan desatendidos varios aspectos del paciente o su familia.

Otro aspecto de la integración fue la asistencia a reuniones administrativas.

4. ¿El psicólogo clínico asistía a las reuniones de todo el personal de la institución? (De índole administrativa)

Gráfico 10
Asistencia a reuniones administrativas



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

Dentro del 61% que respondió no haber asistido a reuniones administrativas del personal, un 10% mencionó que su presencia no era necesaria por el hecho de ser pasantes. Añadieron que no estaban incluidos porque ese tipo de encuentros se manejaban entre el personal de mayor jerarquía de la institución.

Otro 10% expresó que creían no haber estado incluidos porque hay cierto recelo hacia el psicólogo y lo que pueda decir respecto de problemas institucionales.

El 39% que sí asistió a estas reuniones, describió que no siempre resultaba indispensable la presencia de los psicólogos porque se tomaban decisiones donde no correspondía la intervención del practicante.

Sobre el trabajo de casos con los médicos se preguntó:

- 5. ¿Con qué frecuencia se mantenían reuniones con el área médica para la supervisión de casos atendidos por los practicantes de psicología clínica?**

Para lograr exponer los resultados que arrojó esta pregunta se intentó establecer una frecuencia mensual de reuniones de supervisión.

Tabla 2
Frecuencia mensual de supervisiones

Sujeto 1	0
Sujeto 2	0
Sujeto 3	0.5
Sujeto 4	0
Sujeto 5	0
Sujeto 6	0
Sujeto 7	3
Sujeto 8	4
Sujeto 9	16
Sujeto 10	0
Sujeto 11	0
Sujeto 12	0
Sujeto 13	8
Sujeto 14	1
Sujeto 15	0
Sujeto 16	0
Sujeto 17	0.1
Sujeto 18	2
PROMEDIO	1.92

Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

A partir de lo que muestra la tabla 2, se observa que fue poca la frecuencia mensual de supervisión de casos con los médicos, al establecerse un promedio de 2 reuniones por mes. El sujeto que manifestó haber mantenido una frecuencia diaria de supervisiones,¹³⁹ detalló que estas reuniones fueron en su mayoría planteadas por él y que sucedían informalmente; en los pasillos o encuentros casuales dentro del establecimiento. Exceptuando la información de esta estudiante se mantendría un promedio de supervisiones de 1 vez por mes.

Habría que tomar en cuenta que el 56% de practicantes nunca mantuvo sesiones de este tipo, pero también cabría mencionar que todos los practicantes tuvieron reuniones de supervisión en la Universidad, lo que les

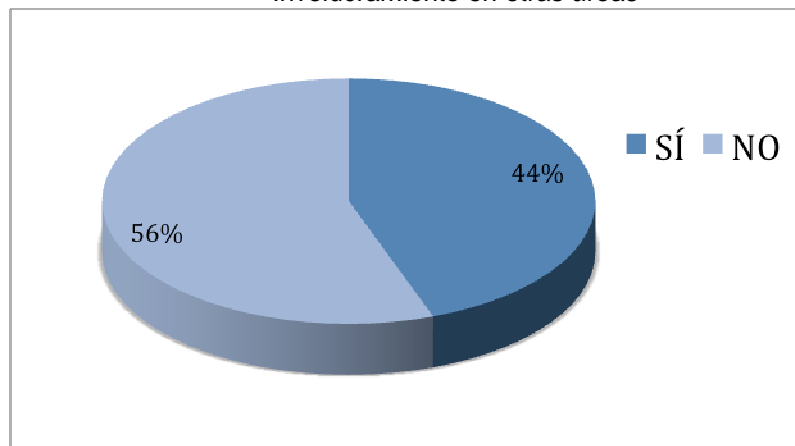
¹³⁹ Anexo 9

proporcionaba el respaldo profesional que no tenían en la institución o que ellos mismos no buscaron en su lugar de prácticas.

Se consideraría que parte de integrarse a una institución sería el poder participar no sólo en el área que a cada profesional le corresponde, sino aportar a otros sectores. En el caso de los practicantes esta presencia en otras áreas dependió del lugar que les otorgase el director de las prácticas, por este motivo se preguntó:

6. ¿Existió un pedido de involucramiento en otras áreas de la institución por parte del área médica hacia los psicólogos?

Gráfico 11
Involucramiento en otras áreas



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

El 56% de los sujetos expresó no haber recibido un pedido de involucramiento en otras áreas por parte del área médica. Sin embargo, un 10% de este grupo afirma que los médicos fueron receptivos a la hora de escuchar propuestas por parte de los practicantes para iniciar actividades en otros sectores. Otro 10% de este mismo grupo determinó que su trabajo como psicólogos clínicos no les permitía incursionar en otras actividades por falta de tiempo; mantuvieron llenos sus horarios de atención

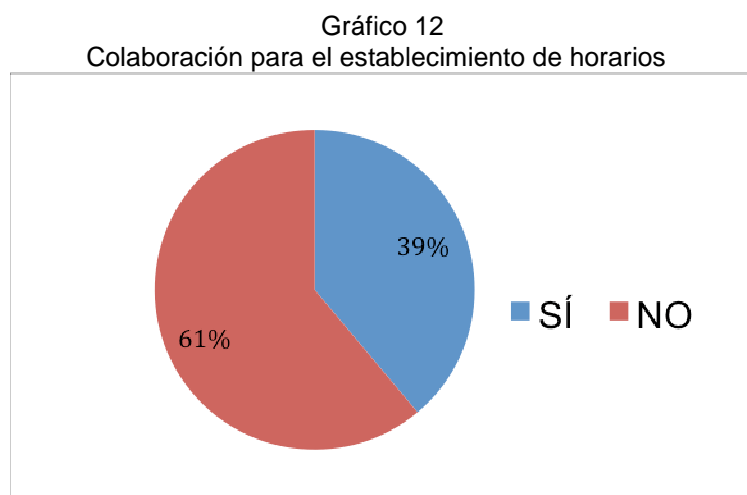
Otro 10% de quienes no se involucraron en otras áreas, admitió haberse sentido intimidado por la actitud de los médicos, lo que los llevó a abstenerse de proponer actividades.

El 44% de los ex-alumnos que sostiene haber sido solicitado para trabajar en otras áreas, define que su principal actividad fue la realización de talleres para la comunidad y el personal de la institución.

La ausencia en otros sectores institucionales fue adjudicada también al hecho de que los médicos no siempre conocen del todo las destrezas de los psicólogos.

Para toda práctica pre-profesional, horarios de atención coordinados con la institución serían un elemento indispensable, por este motivo se preguntó:

7. ¿Hubo colaboración por parte del área médica para el establecimiento de horarios de atención?



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

En las respuestas a esta pregunta cabría distinguir que a pesar de que el 61% respondió no haber recibido colaboración por parte del área médica para el establecimiento de horarios, este hecho no daría cuenta de una transferencia negativa o una falta de integración a procedimientos institucionales. En el 80% de los casos no fue necesaria dicha colaboración porque los mismos practicantes pudieron establecer sus horarios con flexibilidad y libertad, ellos manejaban su propia agenda. Un 20% de estos

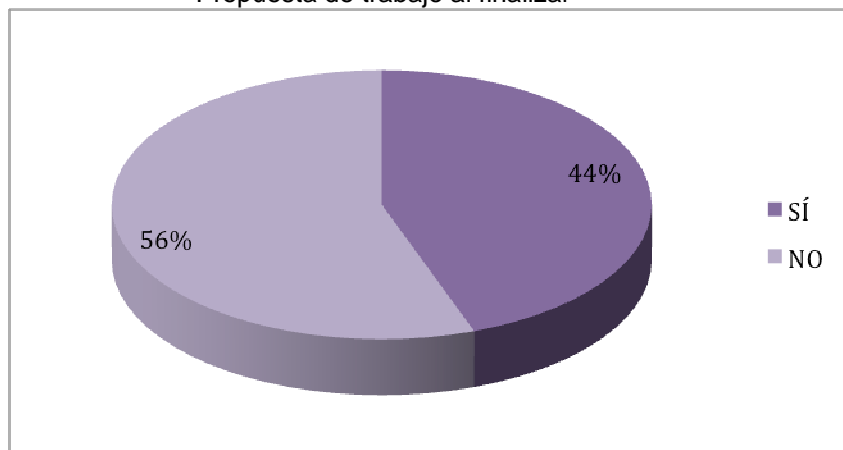
sujetos sí manifestaron que hubiese sido de gran ayuda que el director de las prácticas designase a una persona del área administrativa para tomar citas del Área de Psicología. Los practicantes no estaban permanentemente en la institución y hubo ciertos pacientes que no pudieron tomar citas al no encontrarse con el psicólogo.

El 39% de los entrevistados que sí recibieron colaboración eran en su mayoría dependientes de los horarios de los médicos. El tipo de pacientes con los que trabajaron debían ser atendidos primero por el área médica. Agregaron además que sí hubo quien maneje sus horarios desde la recepción.

La integración a la institución al final de las prácticas también pudo ser evaluada por la presencia o ausencia de una propuesta de trabajo formal.

8. ¿Hubo una propuesta de trabajo dentro de la institución al final de las prácticas?

Gráfico 13
Propuesta de trabajo al finalizar



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

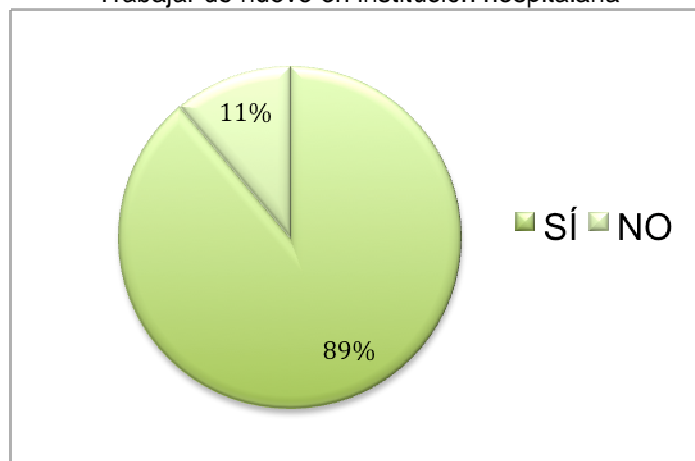
Para el análisis del gráfico 13 cabría realizar algunas distinciones. A pesar de que el 56% mencionó no haber recibido una propuesta de trabajo al final de las prácticas, la mitad de este grupo adujo este hecho a que la institución no contaba con un presupuesto para el Área de Psicología y le resultaba más conveniente trabajar con pasantes. Por lo tanto, si se suma aquellos que sí

recibieron una propuesta, el 44% más la mitad de los que no pudieron recibirla, se podría decir que el 72% hubiese sido solicitado para quedarse trabajando formalmente. Parte del trabajo de los practicantes sería generar una demanda de atención por parte de los pacientes que acuden a la institución, para la creación de un Área de Psicología permanente.

Al final de la entrevista se realizaron tres preguntas extra con el objetivo de obtener apreciaciones acerca del rol del psicólogo en la institución, lo más importante de su experiencia pre-profesional y si volverían a trabajar en este tipo de establecimientos. La última pregunta de esta sección será analizada cuantitativamente:

¿Quisieras volver a trabajar en una institución hospitalaria? ¿Por qué?

Gráfico 14
Trabajar de nuevo en institución hospitalaria



Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

El presente gráfico revela de forma consistente que la gran mayoría, el 89%, desearía volver a trabajar en una institución hospitalaria. Las razones para esta afirmación son variadas y todas aportan una importante reflexión sobre el trabajo dentro de estos establecimientos, por lo tanto se enumerará un resumen cada una de estas respuestas.

Tabla 3
Motivos para volver a trabajar en una institución hospitalaria

Sujeto 1	SÍ	Continua nueva experiencia
Sujeto 2	SÍ	Variedad de casos
Sujeto 3	SÍ	Porque puedes ir más allá de la enfermedad
Sujeto 4	SÍ	Para trabajar como nutricionista
Sujeto 5	SÍ	Para abrir un Área de Psicología
Sujeto 6	SÍ	Por la necesidad de atención psicológica que existe
Sujeto 7	SÍ	Porque tienes contacto con muchas personas
Sujeto 8	SÍ	Porque quise ser médico
Sujeto 9	NO	Porque las problemáticas son muy fuertes y no me gusta como intervienen los médicos
Sujeto 10	SÍ	Porque puedes realizar un trabajo terapéutico sobre la enfermedad
Sujeto 11	SÍ	Porque ahí está "lo duro del maduro"
Sujeto 12	SÍ	Porque puedes actuar cuando la Medicina ya no tiene qué hacer.
Sujeto 13	SÍ	Porque el enriquecimiento que brinda conocer otra perspectiva
Sujeto 14	SÍ	Porque es un lugar para aprender
Sujeto 15	NO	Porque no sentí aceptación por parte del personal
Sujeto 16	SÍ	Porque el psicólogo puede ofrecer un trabajo importante en este medio
Sujeto 17	SÍ	Porque la posición del ps.cl. Requiere ser replanteada dentro de la inst. hospitalaria
Sujeto 18	SÍ	Porque aún hay mucho por hacer en estas instituciones

Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

Las respuestas de esta tabla darían cuenta del valor que los ex-alumnos dan a sus prácticas dentro de instituciones hospitalarias. Es visible que a pesar de las dificultades que algunos tuvieron que sortear durante sus prácticas, consideran a estas instituciones como propicias para el trabajo psicológico.

La respuesta del sujeto 9 habla de la realidad de los casos que se presentan en instituciones hospitalarias, ligados al real del cuerpo; la enfermedad, la muerte, la fragilidad, hechos que no serían fáciles de tramitar para este sujeto. Esta respuesta también está relacionada a las

problemáticas sociales que se escenifican en el contexto hospitalario. En general, el malestar humano se desplegaría con intensidad dentro de los establecimientos de Salud, hecho que requiere de una disposición especial para trabajar. La respuesta del sujeto 15 muestra lo complejo que resulta insertarse dentro del ámbito laboral médico, donde toda la organización depende del criterio de la Medicina que como se ha revisado, difiere del criterio de la Psicología en varios aspectos.

Para finalizar este análisis cuantitativo se presentará una tabla para cruzar información de aquellos indicadores de la entrevista que muestren en qué medida la transferencia con los médicos afecta la integración del psicólogo a la institución hospitalaria.

TABLA 4 ANÁLISIS DE VARIOS INDICADORES														
VARIABLE INDEPENDIENTE		VARIABLE DEPENDIENTE												
5	II. TIPO DE RECIBIMIENTO POR EL DIRECTOR	III. TRATO CON EL PERSONAL MÉDICO	IV. DEL PERSONAL MED. SE INVOLUCRABA?	V. ¿FUE PARTE DE REUNIONES INTERDISCIPLINARIAS?	VI. PARTICIPACIÓN EN ACT. DEL PERSONAL	VII. ¿SE LE ASIGNÓ UN ESPACIO FÍSICO?	VIII. % DE CASOS REMITIDOS	IX. PRESENCIA EN EMERGENCIAS	X. ASIST. A REUNIONES ADMINISTRATIVAS	XI. FRECUENCIA MENSUAL DE SUPERVISIÓN DE CASOS	XII. PEDIDO DE INVOLUCRAMIENTO EN OTRAS ÁREAS	XIII. COLABORACIÓN POR PARTE DE LOS MED. EN ESTBL. DE HORARIOS	XIV. PROPUESTA DE TRABAJO	XV. ¿VOLVERÍAS A TRABAJAR EN UNA INST. HOSPI?
1	Muy bueno	Despectivo	Poco	NO	SI	SI	30%	NO	NO	0	NO	NO	NO	SI
2	Bueno	Respetuoso	Poco	NO	SI	SI	60%	NO	NO	0	SI	NO	SI	SI
3	Difícil	Respetuoso	Poco	NO	NO	SI	10%	NO	NO	0.5	NO	SI	NO	SI
4	Difícil	Escaso	NO	NO	SI	SI	23%	NO	NO	0	NO	NO	SI	SI
5	Muy bueno	Nulo	NO	NO	NO	SI	0%	NO	NO	0	NO	NO	NO	SI
6	Muy bueno	Ordial	Poco	NO	SI	SI	5%	SI	SI	0	SI	NO	SI	SI
7	Muy bueno	Excelente	SI	NO	SI	SI	80%	SI	SI	3	NO	NO	NO	SI
8	Muy bueno	Respetuoso	NO	NO	SI	SI	100%	SI	NO	4	SI	SI	NO	SI
9	Difícil	Exigente	SI	SI	SI	SI	50%	SI	NO	16	SI	NO	NO	NO
10	Bueno	Respetuoso	NO	NO	SI	SI	0%	NO	SI	0	NO	SI	NO	SI
11	Bueno	Escaso	Poco	NO	SI	SI	20%	SI	NO	0	SI	NO	NO	SI
12	Bueno	Despectivo	NO	SI	SI	NO	20%	SI	SI	0	NO	NO	SI	SI
13	Bueno	Escaso	SI	NO	SI	SI	5%	NO	SI	8	SI	SI	SI	SI
14	Muy bueno	Escaso	NO	SI	SI	SI	100%	SI	NO	1	NO	SI	SI	SI
15	Bueno	Despectivo	NO	NO	NO	SI	10%	NO	NO	0	SI	NO	NO	NO
16	Bueno	Respetuoso	Poco	NO	SI	SI	20%	NO	NO	0	NO	SI	NO	SI
17	Bueno	Respetuoso	SI	SI	SI	SI	5%	NO	SI	0.1	NO	NO	NO	SI
18	Muy bueno	Excelente	SI	SI	SI	SI	25%	SI	SI	2	SI	SI	SI	SI

Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

La tabla 4 permite visualizar cómo el tipo de transferencia establecida en el recibimiento por parte de los médicos-directores. Se han tomado 14 preguntas de la entrevista para relacionar los indicadores; 5 de la variable independiente y 9 de la variable dependiente, cada una identificada con una letra, de la *a* hasta la *n*.

Comparando los indicadores *a* y *b* se infiere que en un 56% de los casos la relación con el doctor-director de las prácticas no fue coherente con la relación mantenida con el resto del personal médico. Por ejemplo en el caso 1; el recibimiento y trato por parte de quien dirigía el trabajo del practicante fue calificado como muy bueno, mientras que el trato con el resto de miembros médicos fue definido como “despectivo”. Incoherencia o diferencia que se asentúa cuando comparamos el indicador *a* con el indicador *c*, donde se muestra que un 61% de los casos no hay coherencia con el tipo de recibimiento y el interés de los médicos en las actividades de los practicantes.

Al relacionar los indicadores *a* y *d* se observa que sólo en un 17% el buen recibimiento por parte del médico director de las prácticas tuvo una relación directa con el hecho de que se realizasen reuniones de trabajo interdisciplinario. El 62% que mostró una transferencia era positiva con quien los dirigió, no mantuvo ningún tipo de encuentros entre disciplinas.

Cuando se relacionan las respuestas del indicador *a* con las del indicador *f* se deduce que hubo una mayor relación entre el tipo de recibimiento y la asignación de un espacio físico. En el 100% de los casos era el director de las prácticas quien proporcionaba a los estudiantes de un consultorio. El 78% de los sujetos que establecieron de entrada una transferencia positiva,

pudo trabajar en un espacio físico exclusivo, a pesar de ciertas limitaciones como se describió a partir del Gráfico 8.¹⁴⁰

Al momento de observar si fue influyente el tipo de recibimiento por parte del director en el porcentaje de casos remitidos desde el área médica (indicadores *a* y *g*), se observa que del 83% de sujetos que manifestó haber sido recibido de una manera positiva, el 53% atendió un porcentaje considerable de pacientes remitidos desde por los médicos.

El mismo porcentaje se evidencia al momento de relacionar *a* y *h*. Del 83% que fue bien recibido por el director, el 53% sí atendió casos en emergencias. Sin embargo, cabe recordar que el 37% de estos sujetos no trabajó en instituciones que tuviesen área de Emergencias. Del 17% que definió su recibimiento como difícil, el 33% sí pudo trabajar en este sector, dando cuenta de que en algunos aspectos la práctica pre-profesional se llevó a cabo a pesar de la negativa mostrada de entrada.

En la asistencia a reuniones administrativas por parte de los practicantes, se observa que el 53% de los ex-alumnos que fueron recibidos positivamente por parte del director de las prácticas, sí asistió a estos encuentros. (indicadores *a* e *i*).

Cuando se relaciona la frecuencia mensual de reuniones de supervisión con el tipo de transferencia establecida al iniciar las prácticas, indicadores *a* y *j*, se infiere que el 61% del total de sujetos muestra una contradicción. De aquellos que percibieron un buen recibimiento, el 73% mantuvo una frecuencia mensual escasa de supervisión de casos con los médicos. Apenas alcanzaron a tener en promedio una reunión por mes.

En el pedido de involucramiento en otras áreas se observa que el 50% de todos los sujetos mantuvo una coherencia entre su tipo de recibimiento y el pedido de involucramiento en otras áreas, mientras que el otro 50% mostró contradicción al comparar los indicadores *a* y *k*.

Entre a y l no se manifiesta una relación directa pero cabría recordar que lo óptimo para los estudiantes fue manejar su propia agenda debido a que sus horarios tenían ciertas particularidades por el hecho de ser pasantes.

Al momento de relacionar a con m cabe dejar a un lado los casos 1, 3, 5 y 9 por no haber recibido una propuesta de trabajo por motivos económicos, mas no por el resultado de sus prácticas. Por lo tanto, sí hay una relación directa entre el tipo de recibimiento y una propuesta de formalizar el espacio psicológico al final del período de pasantías pre-profesionales.

La relación entre a y n está descrita a partir de los resultados que arrojó la tabla 3¹⁴¹, pero cabe resaltar que hay una relación directa entre el tipo de recibimiento en la institución hospitalaria por parte del director y una propuesta de trabajo al finalizar las prácticas pre-profesionales. Llama la atención que el 89% de los entrevistados sí volvería a trabajar en una institución hospitalaria, tomando en cuenta que de este grupo, el 19% tuvo una entrada difícil a sus prácticas.

¹⁴¹ Pag. 77.

Análisis cualitativo

Sobre el resto de preguntas realizadas durante las entrevistas, se articulará un análisis cualitativo. Se iniciará este análisis a partir de la segunda pregunta de la parte introductoria de la entrevista.

Describe la experiencia de haber realizado sus prácticas pre-profesionales en una institución hospitalaria.

Tabla 5
Experiencia

Sujeto 1	Permite acercarse a la realidad de la clínica
Sujeto 2	Enriquecedora
Sujeto 3	Un poco difícil
Sujeto 4	Buena
Sujeto 5	Útil
Sujeto 6	Bastante buena
Sujeto 7	Bastante buena
Sujeto 8	Grata
Sujeto 9	Valiosa
Sujeto 10	Compleja y buena
Sujeto 11	Constructiva
Sujeto 12	Interesantes
Sujeto 13	Enriquecedora
Sujeto 14	Muy buena
Sujeto 15	Fácil
Sujeto 16	Complicada
Sujeto 17	Interesante y gratificante
Sujeto 18	Importante y valiosa

Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

Los calificativos observados en la tabla 5 estuvieron contextualizados por descripciones que denotaron el inestimable aprendizaje adquirido durante los meses de estancia en estas organizaciones.

El 17% de psicólogos que percibieron factores que dificultaron su integración a la institución, manifestaron que estos obstáculos pudieron ser sorteados por su interés en sostener un Área de Psicología que brindase un buen servicio a la comunidad. El rechazo que percibieron de inicio fue morigerado porque lograron generar confianza, no sólo en sus pacientes sino también en parte del personal que se había mostrado más renuente a la presencia de practicantes de Psicología Clínica. Como se puntualizó anteriormente, la confianza en el personal médico se produjo por el aumento de pacientes atendidos por los practicantes, gracias al buen trabajo de sus primeras sesiones. A pesar de que en algunos casos ciertas manifestaciones resistentes por parte de los médicos se mantuvieron, estas no llegaron a impedir el desarrollo de las prácticas.

Desde el aspecto teórico y epistemológico, los practicantes pudieron dar sentido a lo aprendido en la facultad. Este primer ejercicio en la clínica se pudo vincular con el recorrido teórico de los años de estudio. También lograron percatarse de que podían escuchar más allá del malestar físico, más allá del primer motivo de consulta.

El 95% pudo atender un número importante de casos durante sus prácticas. Varios entrevistados contaron que al final de su estadía mantuvieron horarios llenos de pacientes. Trabajaron una variedad de problemáticas que fue una de las razones por las que eligieron este tipo de instituciones.

En aquellos establecimientos donde los practicantes abrieron por primera vez un espacio de Psicología, las experiencias fueron descritas como exitosas. La nueva área llegó a ser reconocida como parte de la institución, los pacientes en muchos casos acudían directamente a pedir cita con los psicólogos, así las prácticas no dependieron exclusivamente de la remisión de casos desde el área médica.

El 39% de los entrevistados afirmaron que sintieron apertura por parte de los médicos directores de las prácticas y del personal hospitalario. Lo que

describieron como libertad en algunos casos, se manifestó en una falta de orden a la hora de trabajar. Esta falencia fue tomada por los practicantes como un reto a la hora de organizar un departamento de Psicología, donde tuvieron que poner a prueba su esfuerzo y creatividad para estructurar procesos de atención.

Se inferiría a través de estas respuestas que la influencia de la relación con los médicos en la integración a la institución hospitalaria es importante, sobre todo en el **ingreso** a la prácticas. Tal como el médico director tuvo preconcebido el papel del psicólogo, es como se definieron las trayectorias de trabajo de los ex-alumnos, ya sea porque tuvieron que cambiar esa concepción o porque les resultó mejor mantenerse en ella. En todos los casos se logró constituir un trabajo más cercano a aquello que su formación universitaria les había proporcionado, con las variaciones aportadas desde las particularidades de cada sujeto.

Como parte de la evaluación de la transferencia con los médicos se preguntó:

¿Cómo se dio la relación transferencial entre usted y el médico?

Para el análisis de esta pregunta se presentará una tabla que muestre cómo los sujetos percibieron la transferencia que lograron establecer con los médicos durante sus prácticas pre-profesionales.

Tabla 6
Tipo de relación transferencial

Sujeto 1	MIXTA
Sujeto 2	MIXTA
Sujeto 3	NEGATIVA
Sujeto 4	NEGATIVA
Sujeto 5	MIXTA
Sujeto 6	POSITIVA
Sujeto 7	POSITIVA
Sujeto 8	POSITIVA
Sujeto 9	MIXTA
Sujeto 10	MIXTA
Sujeto 11	MIXTA
Sujeto 12	MIXTA
Sujeto 13	MIXTA
Sujeto 14	MIXTA
Sujeto 15	MIXTA
Sujeto 16	MIXTA
Sujeto 17	POSITIVA
Sujeto 18	POSITIVA

Fuente: Elaborado por autora en base a los resultados obtenidos de entrevistas realizadas a ex- alumnos de Psicología Clínica que realizaron sus prácticas en instituciones hospitalarias.

Se afirma desde lo detallado en la presente tabla que todos los entrevistados hablan de transferencia con los médicos. Los dos sujetos¹⁴² que manifestaron haber tenido una transferencia negativa aducen esta calificación al escaso contacto que tuvieron con los médicos, ya sea porque los procesos institucionales impedían establecer una relación, porque los doctores estaban en un sector lejano del establecimiento y remitían pacientes sólo a través de las fichas, porque “cada uno hacía su trabajo”¹⁴³, o porque los médicos no mostraron disposición para escuchar a los nuevos practicantes.

Quienes hablaron de transferencia positiva y mixta, describieron una relación con el médico director de las prácticas más elaborada y compleja por el mayor tiempo que compartieron con esta persona. Anotaron otro tipo de transferencia con el resto de doctores, a través de remisiones de casos o encuentros en la institución. Por último comentaron también acerca de su contacto con el área de Enfermería, diferente de su contacto con los médicos porque las enfermeras suelen tener un trato más cercano y continuo con los pacientes. La diferencia entre las relaciones con distintos sectores del personal médico, llevó al 56% de los sujetos a hablar de una transferencia mixta.

Cada tipo de transferencia se desplegaría a partir de las expectativas, creencias e imágenes anteriores que tenía el psicólogo sobre el médico y viceversa. Hubo entrevistados que miraban al doctor como el que sabe sobre el funcionamiento biológico del cuerpo y sus enfermedades, como el que dirige y vigila las prácticas, como el que remite pacientes o como el que no entiende de lo que habla el psicólogo. Estas ideas previas determinaron en principio la forma de acercarse del practicante a la institución. Ciertos ex-alumnos llegaron a cuestionarse sobre sus concepciones acerca de los médicos. Otros sujetos, se mantuvieron aferrados a sus ideas sobre el trabajo de la Medicina, lo que produjo efectos limitantes a la hora de integrarse a la institución.

En general la transferencia con los médicos mostró, como toda relación transferencial, manifestaciones de afecto positivas y negativas. Los ex-

¹⁴² Anexo 3 y 4

¹⁴³ Anexo 12

alumnos pudieron presenciar, en el encuentro entre dos disciplinas dentro de un ambiente que obedece al criterio de una de ellas, que las diferencias teóricas y clínicas pueden provocar choques, así como también puntos de enlace en donde prima el buen funcionamiento institucional en beneficio de la atención a los pacientes.

Las muestras negativas de afecto se centraron principalmente en la desconfianza manifestada por los médicos en 17% de los casos, focalizada en el desconocimiento de la función del psicólogo y la poca credibilidad que para algunos doctores tendrían los jóvenes estudiantes. Estos hechos generaron un ambiente de entrada un tanto hostil para algunos practicantes. Por otro lado, pocas instituciones amparaban en su estructura un área de Psicología porque no tenían presupuesto para hacerlo o porque no la consideraban indispensable. Este último hecho, más allá de dificultar el trabajo de los practicantes, lo motivó en la medida en que tuvieron que demostrar que a pesar de su juventud e inexperiencia, eran capaces de promover un espacio de escucha serio y necesario para los pacientes.

Otras manifestaciones de transferencia negativa se mostraron a partir de que la sola presencia de psicólogos clínicos en instituciones hospitalarias cuestiona al criterio médico por trabajar en registros distintos a los biológicos. Cuestionamiento que no desvirtuaría la formación y el actuar de la Medicina, sin que abra otra posibilidad de escucha con los pacientes para que pudiesen relacionarse de otra forma con su síntoma y su malestar, sin depositarlos en las manos de los médicos. Sin embargo, en algunas ocasiones, cuando los practicantes ya pudieron dar muestras certeras de su trabajo, esta diferencia pudo abrir paso a cierto tipo de encuentro interdisciplinario, que fue escaso pero importante sin duda.

En lo que respecta a las manifestaciones de una transferencia positiva, la mayoría de los practicantes percibieron a su llegada significativa apertura hacia su trabajo, sobre todo por parte de los médicos directores de las prácticas que se mostraron interesados en cómo actuarían los estudiantes y en cómo podrían apoyarlos para promover el Área de Psicología.

Los entrevistados consideraron que la principal muestra de transferencia positiva fue la remisión de casos desde los médicos a los psicólogos. A pesar

de que el promedio de casos remitidos fue de un 31%, los ex-alumnos valoraron este procedimiento como una muestra de confianza y validación de la consulta psicológica por parte del Área Médica. Cabría anotar que estos procedimientos no fueron del todo formalizados y que la discriminación de las patologías médicas de las psicológicas se sostuvo en aquello que los médicos no quieren escuchar del síntoma, lo que estaría “más allá” de su proceder, el reconocido “vaya a conversar con el psicólogo”.

En la sección de preguntas extra de la entrevista, se plantearon temas que también entrarían en el análisis cualitativo de la investigación, tal como:

¿Cuál consideras es el papel de un psicólogo clínico dentro de una institución hospitalaria?

Los entrevistados coincidieron en que el papel del psicólogo dentro de una institución hospitalaria residiría en brindar una escucha diferente a los pacientes. Ésto significaría otorgarle una relación distinta al sujeto con su síntoma, permitiendo que se reconozca en su malestar, que pueda responsabilizarse en cierta medida sobre lo que lo aqueja. La diferencia sería frente a la escucha que proporciona el médico, en donde el paciente deposita su sufrimiento, sabiendo que recibirá un diagnóstico para ser curado.

Para alcanzar esta diferencia, el psicólogo debe trabajar en dar a conocer su función. Explicar a la población y al personal médico qué beneficios trae el trabajo de la consulta psicológica y cómo se maneja la clínica desde la Psicología, plantear procesos donde los médicos sepan cuando remitir un caso, ganarse un espacio dentro del sistema de Salud por medio del trabajo y la creación de una demanda. Estas tareas podrían ser manejadas dentro de los talleres que los estudiantes deben organizar y que todos los entrevistados consideraron de gran importancia a la hora de incorporarse en la institución.

Otros aspectos que para criterio de los entrevistados deberían ser parte del trabajo del psicólogo son la contención de los pacientes y la intervención en crisis. Esta parte de la labor vino a ser necesaria ¹⁴⁴ para los practicantes en

¹⁴⁴ Anexo 14.

áreas como las de Emergencia, en casos donde se enfrentaron a la muerte, operaciones de urgencia o entrega de diagnósticos difíciles de asumir para los pacientes. Resaltaron también que esta forma de intervenir no es sólo indispensable para quienes están internados en la institución, sino también para sus familiares que muchas veces no saben cómo manejar la angustia o el miedo que les provoca tener a un allegado hospitalizado.

Una responsabilidad que pudieron tomar los practicantes, pero que consideran quedó un tanto incompleta, fue el trabajo con el personal de la entidad. Observaron que tanto los médicos como las enfermeras y la gente del área administrativa no tienen espacios programados para hablar de su trabajo y sus efectos. Al no tener un lugar para hablar sobre cuán afectados estarían por lo que miran y escuchan, sus comentarios se convertían en charlas informales, donde casos serios terminaban siendo tratados en la cafetería.

En varias entrevistas se observa que los practicantes consideran que el papel del psicólogo también puede ser el de mediador; alguien capaz de generar diálogo donde los médicos o los pacientes parecen no querer escuchar al otro. En algunos testimonios es visible que los ex-alumnos se sintieron llamados a intervenir en problemas institucionales, donde la perspectiva de un profesional situado un tanto al margen, permitió intervenir con un criterio nuevo y efectivo.

Todos los entrevistados determinaron que la presencia de un psicólogo clínico en las instituciones hospitalarias es necesaria, que hay mucho trabajo aún por hacer porque es mínimo lo que se ha definido sobre el trabajo de la Psicología en el campo de la Salud.

La última pregunta sobre la que se realizará un análisis cualitativo es:

¿Qué fue lo más importante de realizar las prácticas pre-profesionales en una institución hospitalaria?

A lo largo de las entrevistas se pudo constatar que uno de los factores a los que los practicantes le otorgaron mayor importancia, fue la variedad de casos que pudieron atender. Las instituciones hospitalarias que formaron parte de

esta investigación fueron en su mayoría hospitales, fundaciones o centros de Salud sin una especialidad en la atención, a excepción del ABEI y la Fundación para la Distrofia Muscular. La recepción abierta a varios tipos de pacientes dio acceso a los ex-alumnos a trabajar distintas patologías y problemáticas sociales. Reconocieron los temas que podían tramitar como profesionales y aquello que les resultaba más difícil manejar.

Otro hecho de importancia para los entrevistados fue lograr integrarse al orden institucional, con todas las connotaciones que eso conlleva. Reconocieron que dentro de la experiencia laboral es significativo poder registrar qué espacio ocuparía un psicólogo en el ámbito médico. Además, el marcar límites en las funciones no sólo implicó un aprendizaje para el practicante, sino también para las instituciones que en su mayoría, no habían tenido un trabajo previo con psicólogos clínicos.

Distintos hechos de importancia fueron anotados pero cabría subrayar que cada entrevistado manifestó haber constatado la trascendencia que tiene el trabajo del psicólogo clínico en los espacios médicos. Describieron el valor de la labor del practicante dentro de la comunidad, cuando logra que los pacientes den un giro al presentar de su demanda. *“Desde cierto punto empezamos a recibir una demanda distinta; no de curación sino terapéutica”*.¹⁴⁵

¹⁴⁵ Anexo 1.

Conclusiones

El trabajo desarrollado permite establecer las siguientes conclusiones:

- La transferencia es un fenómeno presente entre el médico y el psicólogo durante las prácticas pre-profesionales de Psicología Clínica. Los dos profesionales despliegan afectos en su encuentro que dan cuenta de una actualización de mociones provocada por el otro profesional que interfiere o facilita la integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria. La interpretación y apreciaciones sobre esta relación, distintas a las que se producen en la situación analítica, podrían ayudar al psicólogo a ubicarse dentro de la institución, en la medida en que la transferencia le permita reconocer expectativas y resistencias de ambas partes.
- Como toda transferencia, la establecida entre el médico y el psicólogo podrá devenir en positiva o negativa, siendo ambas necesarias para intentar conformar un trabajo entre disciplinas. La transferencia positiva sería el resultado de la confianza hacia el otro, mientras que la negativa daría cuenta de las resistencias. Sortear con estos dos tipos de manifestaciones de afecto sería parte del esfuerzo de ejercer la práctica clínica dentro un orden institucional.
- Respecto a la hipótesis presentada: ***El tipo de relación transferencial entre el médico y el psicólogo influye directamente en el modo de integración del psicólogo clínico a la institución hospitalaria.*** Se plantearía después de la realización de las entrevistas y su análisis que la investigación confirma la hipótesis ya que el 50% de los casos muestra una relación directa entre el tipo de relación con el médico-director de las prácticas y su integración a la institución hospitalaria.
- En la revisión de los testimonios se muestra cómo la posición que tiene el médico- director define el trabajo del practicante. Si los directores de la práctica manifestaron renuencia frente a los ex-alumnos (parte de la transferencia negativa), los entrevistados debieron encaminar su trabajo demostrando que su

labor era distinta a lo que el médico asumía. Por otro lado, si el director tuvo apertura y dio confianza a los practicantes, gestos de una transferencia positiva, las prácticas se enmarcaron a partir de esta afable expectativa que permitió a los jóvenes insertarse de modo más fluido a la dinámica de la organización.

Sin embargo, cabe cuestionar la integración a la institución en términos de que resultaría necesaria cierta marginalidad por parte del psicólogo clínico en el medio hospitalario. Ésto le permitiría mantener una diferencia con el discurso médico o una posición de observador a la hora de detectar dinámicas sintomáticas o conflictos donde podría tener el rol de mediador.

- Acerca de la supervisión de casos dentro de la institución, los entrevistados manifestaron que les hubiese gustado escuchar que tenían que decir los médicos sobre sus pacientes. Si bien dijeron haberse sentido apoyados por el trabajo de supervisión dentro de la Universidad, anotaron que habría sido enriquecedor escuchar lo que tuviese que decir la Medicina acerca de su trabajo.
- En la intención de calificar el tipo de relación que se habría establecido entre el médico y el psicólogo, se la definiría como **necesaria** para la integración del practicante a la institución hospitalaria. Necesaria en términos de que el médico sería la puerta de entrada, quien al manifestar su posición sobre el quehacer psicológico da pie a que se defina la posición del practicante.
- Dentro de las instituciones hospitalarias que forman parte de esta investigación, no hay trabajo interdisciplinario más allá de las reuniones que mantuvieran los médicos con las enfermeras o el personal administrativo por motivos puntuales. El beneficio de este tipo de trabajo no es sólo para el practicante de Psicología que se integra, es conveniente para toda la institución de Salud porque sólo así se trata al paciente desde varias perspectivas que generarían mejores políticas de prevención. En la conjunción se podría conocer varias aristas de un mismo problema que aqueja a la población hospitalaria.
- Sólo en una institución hubo un proceso formal a la hora de remitir pacientes desde el área médica al área psicológica. No hay procedimientos establecidos para la movilización de casos a los psicólogos.

A continuación se elaborarán conclusiones sobre distintos aspectos, no todos fueron planteados en la entrevista pero surgieron y cabría mencionarlos por su aporte a esta investigación.

- No se puede pretender que el médico se vuelva psicólogo, que escuche de otra manera, que responda de otra manera. La diferencia entre los dos quehaceres es necesaria dentro de la institución hospitalaria. Se necesita que cada uno trabaje bajo las consideraciones que su formación le brinda. La diferencia es necesaria en tanto permita una mejor atención y un diálogo sobre los aspectos donde el médico y el psicólogo puedan encontrarse. Estas diferencias además están sostenidas por el tipo de demanda que se presenta en las instituciones hospitalarias, donde se pide curar al cuerpo, como un ente externo al sujeto y cuando no se puede definir un diagnóstico, se posibilita el trabajo de orden psicológico. (Además de la propia demanda que generaría la presencia de psicólogos clínicos)
- Al iniciar las prácticas resulta importante implementar el taller sobre el papel del psicólogo trabajado con médicos, enfermeras y personal administrativo. Una importante definición del trabajo de los practicantes parte de esta actividad. Además, le taller sería la oportunidad para conocer cómo trabajan los médicos, cómo manejan su práctica y cómo definen ciertos conceptos.
- A los practicantes les resultó imperioso el trabajo psicológico con todo el personal de la institución. Desde el discurso de la Medicina no siempre estaría abierta la posibilidad de tener un espacio propio donde depositar sus angustias, su relación con la muerte y la enfermedad de sus pacientes. El Área de Psicología podría encargarse de brindar este espacio durante las prácticas.
- Las instituciones hospitalarias “pertenecen” a los médicos, sería absurdo pretender que tomen un discurso proveniente de otras ciencias. Lo que se podría procurar es que los pacientes tengan acceso dentro de las instituciones a ese otro discurso, a esa otra forma de trabajar su malestar y dar lectura a sus síntomas.

- En el trabajo dentro de la institución hospitalaria no sólo se hace evidente la importancia de la presencia del psicólogo, sino también de alguien que se encargue del trabajo social. En muchas ocasiones los desconciertos del rol del psicólogo son porque se confunde su labor con la de los gestionadores sociales.
- Resultaría importante que en esta relación transferencial médico-psicólogo, los protagonistas traten de considerar el alcance y el límite de la función del otro, es decir, que sepan que aquello que el otro ejerce, abarca, alcanza y trabaja evidenciará su formación en cada situación o evento hospitalario. Este reconocimiento de lo que el otro sabe o puede hacer también permite el establecimiento de límites; que no ejerce, que no abarca el otro. Lo que se intenta decir es que en la integración a la institución hospitalaria, el psicólogo clínico puede caer fácilmente en denominar al quehacer médico como limitado a la observación del cuerpo, a la observación de la enfermedad. El psicólogo podría estar más preparado que el médico para reconocer las diferencias de discurso y práctica porque en la formación médica el psicólogo clínico ocupa un lugar de antemano relegado a la asistencia o a un oficio accesorio en cuanto al trabajo dentro de la institución. Mientras que el médico, en la vida estudiantil del psicólogo es un punto de referencia. Freud fue médico, Lacan fue médico, Wilhem Wundt era médico, entre otros. Nombres que llevan a la revisión permanente de conceptos provenientes de la Medicina y que dificultan en muchos sentidos la construcción de un lenguaje propio de la Psicología.
- La historia personal de cada practicante también es determinante a la hora de integrarse a la institución hospitalaria. Sus intenciones previas de haber estudiado Medicina, los motivos que los llevaron a tomar otro camino profesional, sus vivencias como pacientes, sus relaciones personales mediadas ya sea porque tienen parientes médicos o parientes con enfermedades graves estructuran la forma de acercarse a los médicos, a la institución, al saber de la Medicina.

En algunos casos las vivencias de los entrevistados les permitieron hacerse un espacio dentro del orden hospitalario. En otros, sus antecedentes personales limitaron su actuar como practicantes al no poder cuestionarse sobre su

concepto de los médicos como aquellos profesionales que no estarían dispuestos a escuchar más allá de lo biológico.

- Sin que se haya hecho una puntualización sobre la formación recibida en la Universidad, sería preciso mencionar que dentro de la inexperiencia que se vive al llegar a las prácticas, todos los sujetos pudieron realizar su trabajo, pudieron hacer psicoterapia, acompañamiento, consejería, talleres y sesiones de grupo. El modo en que los entrevistados calificaron la experiencia dio cuenta de haber logrado poner en práctica lo aprendido en la facultad. Los vacíos fueron superados en muchos casos y la consistencia de la formación universitaria tomó sentido al lograr este primer ejercicio de la clínica.
- Las supervisiones de casos son esenciales para el trabajo como practicantes. Aquí no sólo se colocan las angustias ante el no saber qué hacer, sino que se articulan la teoría y la práctica de manera rigurosa.
- La institución hospitalaria es un lugar idóneo para la práctica pre-profesional del psicólogo clínico. Dentro de estos establecimientos los estudiantes tienen la oportunidad de definir su clínica frente a las diferencias entre discursos. En estos establecimientos es posible llevar a cabo una clínica basada en el trabajo de los conceptos de enfermedad, cuerpo y síntoma tomados del Psicoanálisis.
- Debido a la cantidad de pacientes que reciben, las instituciones hospitalarias ofrecen al practicante una importante variedad de casos, que ayuda a definir el tipo de trabajo que más tarde realizará el psicólogo clínico en su profesión.
- La falta de pedido de involucramiento en otras áreas por parte del área médica no significaría necesariamente una transferencia negativa. Muchas veces el desconocimiento que se tiene sobre la labor del psicólogo disminuye su campo de acción dentro de las instituciones. (Además que los médicos no siempre estarían dispuestos a asumir que no saben lo que hace un psicólogo). Hace falta que los propios practicantes promuevan su participación en distintos sectores donde puedan aportar.

- La relación con la Medicina y a todas las ciencias concernidas por lo humano será permanente, cuando el psicólogo esté dentro o fuera de una institución hospitalaria. Es una relación que llama a la reflexión desde lo teórico y lo clínico.
- Todas las instituciones hospitalarias deberían contar con psicólogos clínicos dentro de su personal. La función de la Psicología frente al padecer físico, a la vulnerabilidad del cuerpo y a la muerte permite dar giros importantes en pro de los pacientes, quienes tomarían cierta responsabilidad sobre lo que los aqueja si es que permiten que se los escuche implicándolos en sus síntomas. La dinámica actual de los hospitales y de los consultorios médicos propicia un silenciamiento de la palabra y todo cuerpo pasa por el lenguaje, por el inconsciente. El psicólogo es el llamado a dar escucha, a trabajar por un lugar dentro de los campos de la Salud donde se acoja al sujeto y su deseo.
- El trabajo académico en Psicoanálisis permitió a los sujetos entrevistados posicionarse con rigurosidad y consistencia teóricas que son indispensables. Si bien nadie hizo Psicoanálisis en las instituciones hospitalarias y muchos de los entrevistados no han tomado esa línea de trabajo en su actual labor, fue dicha teoría la que les permitió definir el lugar distinto que le corresponde al psicólogo clínico dentro del discurso médico y de mercado, que también logra darse paso en los establecimientos de Salud.
- Siguiendo la línea del aprendizaje teórico, la práctica en instituciones hospitalarias concedió a los sujetos una reflexión con mayores elementos al momento de establecer diferencias entre la Psicología y la Medicina. Pudieron observar los alcances y los límites de cada disciplina. Qué puede aportar el psicólogo a la práctica médica y qué aportan los preceptos biológicos a la clínica psicoterapéutica, hasta dónde llega la práctica de cada ciencia, cómo la cultura sostiene la función de cada profesión y las distinciones en los conceptos de enfermedad, cuerpo y síntoma, entre otros. También sostuvieron que existen puntos donde no es posible el encuentro entre los dos discursos y que no tendrían por qué pretender un acercamiento.
- Para hablar de un sólo cuerpo se tendría que romper con la lógica platónica y cartesiana, tan arraigadas en la cultura occidental no sólo desde lo histórico

sino también desde la promesa moderna de la ciencia de predecir y manipular el organismo. Se podría cuestionar desde varias formas de pensamiento a la dualidad mente-cuerpo. Sería difícil abandonar del todo estas premisas pero mediante la duda podrían llegar a operar de forma menos enajenante.¹⁴⁶

- A través de las pasantías incluidas en esta investigación, se logró demostrar la importancia de la presencia de un psicólogo clínico en las instituciones hospitalarias.
- A pesar de las dificultades presentadas, la mayoría de entrevistados desearía volver a trabajar en una institución hospitalaria. Este tipo de establecimientos ofreció para los sujetos más ventajas que desventajas a la hora de intentar incursionar en el ámbito laboral.

¹⁴⁶ *“Su dualismo sólo dice que esa unificación no es posible en la actualidad ni en el futuro próximo, y que quizá no es en absoluto posible. En modo alguno hay que confundir el dualismo de Freud con la ingenua separación de un organismo vivo en cuerpo y alma.”*
Ferenczi, Sándor. La Influencia de Freud. Medicina Psicosomática y Psicoanálisis de Hoy. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1958. Pag. 101

RECOMENDACIONES

- Al estar en su mayoría recién constituidas, las áreas de Psicología carecen de formalización laboral, lo que permite que estudiantes de Psicología Clínica realicen sus prácticas en instituciones hospitalarias, pero al momento de proyectarse profesionalmente, fuera de la Universidad, estos espacios no suelen ser parte de la oferta laboral. Sería conveniente, como parte de las prácticas pre-profesionales en dichas instituciones, el dejar establecido un marco de trabajo para que quienes fueron practicantes puedan en su momento ser parte del personal, o bien para que los futuros practicantes encuentren un espacio mejor delimitado. Los ex-alumnos tuvieron una experiencia más fluida en cuanto a su integración cuando fueron precedidos por otros practicantes.
- Los pasantes podrían seguir trabajando sobre ciertos aspectos tratados en el taller de entrada sobre la función del psicólogo clínico en la institución hospitalaria. Con charlas de refuerzo podrían evaluar cómo va cambiando la perspectiva del personal que los acompaña y reconocer qué aspectos tendrían que ser explicados nuevamente o bajo otro criterio.
- Los psicólogos podrían proponer una ficha o procedimiento formal de remisión de casos. Así, no sólo ordenarían el vínculo con el área médica, sino que podrían después de tratado el caso, exponer a quien remitió los avances del paciente.
- Los practicantes deberían trabajar en el acondicionamiento adecuado del espacio físico para poder recibir a los pacientes acorde a los lineamientos de un consultorio psicológico. Este aspecto también ayudará al establecimiento de límites y orden con la institución.
- Durante las prácticas se podría instaurar un horario de atención en Psicología para el personal de la institución. Así los médicos, las enfermeras y empleados administrativos podrían trabajar su ansiedad y conflictos creados por el tipo de situaciones con las que conviven.

BIBLIOGRAFÍA:

Freud, Sigmund. Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. O.C. Buenos Aires, Amorrortu, 1991. Tomo III, Pag. 35

Freud, Sigmund. O.C. Sobre el psicoanálisis silvestre. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991. Tomo XI, Pag. 222

Freud, Sigmund. O.C. Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991. Pag. 168.

Freud, Sigmund. I. El Cuadro Clínico. Fragmento de análisis de un caso de histeria. O.C. Ed. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión Tomo VII

Freud, Sigmund. O.C. Recordar, repetir y reelaborar. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión. Tomo XII

Freud, Sigmund. O.C. Sobre la dinámica de la transferencia. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión. Tomo XII.

Freud, Sigmund. "Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos". O.C. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1991, segunda edición, segunda reimpresión Tomo III.

Freud, Sigmund. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. O.C. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, segunda edición, segunda reimpresión, Tomo XII.

Pueyo, Karina. "El Analista, el Paciente, el Amor." Vigencia de Sigmund Freud. La Transferencia. Varios Autores. Conferencia dictada en la Universidad de Buenos Aires. Editorial Grupo Cero. 1996. Pag. 105

Schnitmann, Luis. Transferencia, Como ¿Resistencia? Vigencia de Sigmund Freud. La Transferencia. Varios Autores. Conferencia dictada en la Universidad de Buenos Aires. Editorial Grupo Cero. 1996. Pag. 109

Dolto, Françoise. "Psicoanálisis y Pediatría". Buenos Aires, Siglo XXI Editores, onceava edición, 1986.

Doltó, Françoise. "La imagen inconsciente del cuerpo". Barcelona, Paidós, 1990

Chauchard, Paul. La Medicina Psicósomática. Buenos Aires, Paidós, 1960.

Osorio, Concepción. Fenomenología de la Transferencia. Vigencia de Sigmund Freud. La transferencia. Varios Autores. Conferencia dictada en la Universidad de Buenos Aires. Editorial Grupo Cero, 1996

Azubel, Alicia. Medicina y Psicoanálisis. Evolución del concepto de Neurosis en el campo médico. Rosario-Argentina, Homo Sapiens Ediciones, 2001

Braunstein, Néstor. El Psicoanálisis y las demás ciencias. Psicología, Ideología y Ciencia. México, Siglo Veintiuno Editores, decimoquinta impresión, 1990.

Mellman, Charles. El psicoanalista en la institución. Bruselas, Hospital Brugmann, el 9 del XII de 1991. *Traducción libre realizada por Raúl Silva V. Texto original de Charles Melman.*

Bennet, J. Claude. La medicina y el internista de hoy. Tratado de Medicina Interna de Cecil. México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décimo cuarta edición, 1994

Ferenczi, Sandor. Síntomas transitorios en el desarrollo de un psicoanálisis (1912c). Obras completas. Madrid, Espasa Calpe, 1981.

Ferenczi, Sándor. La Influencia de Freud. Medicina Psicosomática y Psicoanálisis de Hoy. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1958

Courel, Raúl. La cuestión psicosomática. Buenos Aires, Manantial, 1996

Fiorini, Héctor. Teoría y técnicas de Psicoterapia. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1994

Foucault, Michel. El Nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI Editores, México D.F., vigésimo segunda edición, 2006

Jinich, Horacio. El paciente y su médico. Editorial Manual Moderno, México D.F., 2002.

Bleger, José. Psicohigiene y Psicología Institucional. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1999

Roudinesco Elizabeth, Plon Michel. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1998.

Chiozza, Luis. ¿Por qué enfermamos? Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.

Laplanche, Jean, Bertrand Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis, bajo la dirección de Daniel Lagache. Buenos Aires, Paidós Ibérica, 1996.

Cfr. Chemama Roland, bajo la dirección de. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2002.

Enciclopedia Larousse. Barcelona, Editorial Planeta, 1980.

Vega, Martha. El concepto de transferencia Freudiano. Internet.
www.elpsicoanálisis.org.ar/numero5/reseniael_concepto_de_transferencia_freudiano5.htm.
Acceso: 04-01-2010

Teixidó, Araceli. ¿Qué puede aportar la presencia del psicoanalista en el ámbito de la medicina? Práctica del psicoanálisis en una institución socio-sanitaria. En Internet:
www.scb-icf.net/nodus/067Sociosanitari.htm. Acceso: 20-04-2009

Turchetto, Elsie y Makinistan, Ruben. Comunicación humana en medicina (segunda parte). Una propuesta para el trabajo con pacientes internados en terapia intensiva. En internet: www.clinica-unr.org/Especiales/39/Especiales_39_Pag_1.htm. Acceso: 23-05-10

Entrevista a Ana Lucía Bucheli, Líder de los Programas para la Adolescencia y la Familia de la Provincia de Pichincha que desarrolla el Ministerio de Salud del Ecuador.

Padró, Jaime. La Paciencia. Internet: <http://www.artesocial.net/detalle.php?art=16>.
Acceso: 01-12-2009

Cfr. Carlat, Daniel. Mind over Meds. Internet:
<http://www.nytimes.com/2010/04/25/magazine/25Memoir-t.html?th=&emc=th&pagewanted=all>. Acceso: 25-04-10

Sandoval, Iván. "El síntoma conversivo y el fenómeno psicossomático". Internet:
http://www.freudlacan.com/articles/article.php?url_article=isandoval170205. Acceso: 20-03-2010

Núñez, Silvia. Reflexiones sobre la cura. Internet:
<http://www.kennedy.edu.ar/Deptos/Psicoanalisis/articulos/ref...> - 91k. Acceso: 29-04-10

Merell, Ronald C. Historia de la Medicina. Internet:
[www.uazuay.edu.ec/universidad/Historia de la Medicina](http://www.uazuay.edu.ec/universidad/Historia%20de%20la%20Medicina). Acceso: 25-04-10

Laurent, Eric. Principios Directores del acto psicoanalítico. Internet:
www.elpsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=1841. Acceso: 27-04-10.

Salas Villadiego, Benjamín. "Oferta y demanda en salud". Internet:
www.scribd.com/doc/221255/OFERTA-Y-DEMANDA-EN-SALUD. Acceso: 31-03-2010

ANEXOS

(SIGUIENTE CARPETA EN ESTE CD)

