



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**COMPLICADA E IMPLICADA:
ANALIZANDO LOS “PLIEGUES” DE LA PRÁCTICA
PROFESIONAL DE UNA PSICÓLOGA EN UNA
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA**

MEMORIA DE PRÁCTICA
PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

Andrea Rodríguez Silva

Profesor patrocinante: Horacio Foladori Abeledo

Santiago, 2010

Agradecimientos

Ancestros

Abuelosbisabuelostatarabuelos
 MamáPapáEduardoHéctorGianna
 Familióndenorteasuresteoeste
 CarolacarolíncacaoPamelindaSu
 CamiJaviJennyDaniCaroFran
 Guillermo,Alejandro,Rodrigo,Daniel
 KarinaElisaDonJaimeMaríaEugeniaMarcosCeciliaRodrigoManuelsonrisasdiariasdelaCPU

Ancestros

Abuelasbisabuelastatarabuelas
 Sandra AntoPaulyAleGabriel
 EvaRaúlNoraSuazitoNachin
 DanielNegraDaniFoJpGalucha
 MarcePolyAndreCubitastodas
 CristiánDrVöhringerDostorestodos

SupervisoresdetodoslostiemposRubenkenobiLilianaClaudiaDonfola

TrencitodelamorylaamistadElaskerosoderubenChimbasiberiana

Pacientes Impacientes Pacientes Pacientes

Bettydecana

Flor

Guille

Humor

Analista

Diván

JJ

Canto

Compost

Mis neologismos

Fantasías reparatorias elaboradas en el casino,
 especialmente esa. Sí, esa, la que nos hizo tanto reír.

RESUMEN

La inserción de un psicólogo en una institución hospitalaria requiere pensar en cuáles son los obstáculos que se le plantean en el desempeño de su labor y a qué condiciones, de la institución y del psicólogo mismo, se debe la existencia de estas barreras. Por medio de algunos casos vistos durante mi práctica profesional, en la Unidad de Enlace de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, se analizan los conflictos intrapsíquicos e intersíquicos que se presentan en la ejecución del rol del psicólogo, además del contexto de poder jerárquico existente en el Hospital donde dicha Unidad desarrolla su labor, considerando que ellos son claves para poder proponer vías de solución que favorezcan, a futuro, las relaciones de trabajo interdisciplinario entre médicos y psicólogos, pudiendo, de esta forma, contribuir a un mayor beneficio para la salud mental del paciente y para quienes nos desempeñamos, profesionalmente, en pro de este objetivo.

Palabras Claves: *Práctica Profesional, Análisis Institucional, Implicación, Psicoanálisis, Hospital.*

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	7
Rol	7
Rol y Autoridad	12
Encargo y Demanda	16
Implicación.....	19
OBJETIVOS.....	23
General	23
Específicos	23
DESARROLLO	23
CASOS CLÍNICOS.....	24
1. La muerte.....	24
2. Obligar a comer, obligar a vivir.....	26
3. Trabajando la marginación desde el pasillo.....	31
4 Las pacientes embarazadas.....	34
4 A. El convidado de piedra	35
4 B. El rehén.....	36
4 C. Ella, la peor de todas.....	37
5. La paciente rebelde y la psicóloga apoderada	40
6. La paciente terapeuta	44
REFLEXIONES FINALES	48
CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

INTRODUCCIÓN

La práctica profesional es un momento decisivo en el proceso de titulación de un psicólogo, no sólo porque sea un requisito indispensable para obtener el título, sino porque constituye un tiempo de aprendizaje que es un puente entre los años de formación y la vida laboral. Es también, un tiempo donde el quehacer propio puede ser puesto en relación con otros profesionales y nuevos contextos, diferentes a las experiencias prácticas de la formación universitaria.

Es en esta etapa, cuando experimenté más fuertemente cómo el desempeño de mi rol como psicóloga en una institución hospitalaria iba planteando desafíos, obstáculos y cuestionamientos a mi propia identidad profesional. Y con ello, generando una serie de problemas y dificultades. Era la primera vez que pasaba de la teoría sobre lo que es actuar como psicólogo a ponerme en una situación real y no me refiero en específico a asumir este rol frente a un paciente, sino, sobre todo, a hacerlo en el marco de una institución hospitalaria. Previamente, había realizado algunas intervenciones clínicas, dentro de la Universidad, pero lo que se experimenta en ellas, es una situación diferente, protegida si se quiere utilizar un calificativo; si se piensa en una metáfora familiar, es como “estar aún dentro de casa”.

Al dejar el alero de la institución universitaria en la cual me formé, enfrenté una realidad distinta, con una serie de ideas previas por parte de la institución hospitalaria sobre cuál era el rol que debía cumplir un psicólogo dentro de ella, las cuales no coincidían con la idea que yo tenía acerca de cuál era mi rol.

Con el paso del tiempo me di cuenta, siguiendo la metáfora familiar, que estar trabajando fuera de la Universidad no era garantía de “dejar el hogar” sino sólo incorporarse a un nuevo espacio, que también funcionaba desde lo familiar. Es decir, el mandato de la autoridad paterna, sostenida por el sistema jerárquico del hospital, continuaba siendo una realidad.

Desde el momento en que comencé a supervisar mi práctica me di cuenta que una serie de problemas iban surgiendo en mi relación con el Hospital y muchos de ellos se repetían también en otros practicantes, fue por eso que me propuse realizar como

Memoria de Práctica una reflexión sobre lo que fueron esos meses de trabajo y sobre los temas que más destacan y son relevantes para entender cuál es el rol que cumple un psicólogo en un hospital, cuáles son las dificultades que enfrenta a la hora de insertarse en un lugar de trabajo guiado por los códigos del poder médico y cómo afecta aquello las posibilidades de intervención en ese contexto.

En conformidad con las pautas establecidas para una Memoria de Práctica propongo realizar aquí una exploración que parte desde lo teórico para luego focalizarse en los casos clínicos específicos, los cuales serán analizados siguiendo los lineamientos del análisis institucional.

¿Está preparado un psicólogo para trabajar en un hospital? ¿Está preparado un Hospital y su personal, para entender qué hace un psicólogo? ¿Se puede trabajar en un equipo de salud mental con el estilo de trabajo en equipo existente? ¿Cómo afecta a la identidad profesional un ambiente de trabajo jerárquico en el cuál se le exige al psicólogo hacer muchas cosas que no tienen que ver con su labor?

Todas estas preguntas engloban temas que tienen que ver con la inserción laboral del psicólogo en el ámbito clínico y plantean interrogantes importantes de considerar pensando en la salud mental de la sociedad en su conjunto

Es importante recordar que la salud mental es un tema clave de salud pública, dado el alto número de personas que en Chile sufren de trastornos en esta área, por ello debe pensarse en dar las mejores condiciones de formación y de trabajo a quienes se desempeñan en ella, asegurando condiciones dignas de trabajo y posibilidades de una buena inserción en los contextos hospitalarios. Esta Memoria puede dar algunas luces respecto a los problemas que se le presentan a un psicólogo que llega a trabajar a una institución hospitalaria, pero puede abrir, además, otras vías de investigación y futuras intervenciones institucionales que permitan mejorar las falencias detectadas.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

Rol

Dado que el análisis que se llevará a cabo en esta Memoria de Práctica es un permanente cuestionamiento a la implicación presente en los roles asignados y asumidos en mi práctica, es necesario comentar, previamente, algunas ideas en relación al concepto de rol y su vinculación con el tema de la autoridad.

Siguiendo a Berger y Luckmann, los roles pueden ser definidos como *“tipificaciones de los quehaceres propios y de los otros”* (1993, p. 95) entendiendo que estas tipificaciones se dan dentro del marco de *“un cúmulo de conocimiento objetivizado, común a una colectividad de actores”*. (1993, p. 97) Es así como la persona, a partir de su experiencia individual, por medio de los roles, va encarnando las instituciones y participando de esta forma en el mundo social.

Como señala Brunner (1976) la adquisición de roles se da en el marco del proceso de aprendizaje llamado socialización, el cual se entiende como el *“proceso ontogenético por el cuál se realiza la inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o en un sector de él”*. (Berger y Luckmann, 1993, p. 166)

Desde la infancia el individuo internaliza roles (socialización primaria) y hace suyo con ellos todo el contexto social que le rodea, incluyendo cogniciones y también aspectos emocionales. Con ellos conforma su imagen de mundo, entendiendo que para los niños éste es su único mundo posible. (Berger y Luckman, 1993).

El proceso de socialización no se queda sólo en esta primera etapa, al menos en sociedades complejas en las que existe división del trabajo, sino que se prolonga en una segunda: *“La socialización secundaria requiere la adquisición de vocabularios específicos de ‘roles’ lo que significa por lo pronto, la internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones y comportamientos de rutina dentro de un área institucional. Al mismo tiempo también se adquieren ‘comprensiones tácitas’, evaluaciones y coloraciones afectivas de estos campos semánticos”*. (Berger y Luckmann, 1993, p. 175)

La formación educacional que prepara a las personas para cumplir con un determinado rol, por ejemplo profesional, va creando en sus educandos una idea de lo que significa desempeñar las funciones que a ese rol le corresponden, con lo cual instala las expectativas asociadas a éste, presión social que impulsa a comportarse de una forma determinada. A juicio de Sarbin y Allen (1968), citados por Brunner (1976), son las expectativas las que definen los límites o la amplitud de los comportamientos tolerados. De esta forma, las personas con su accionar ratifican la posición social en la que se encuentran, actuando en función de esas expectativas. Esta idea es importante en el contexto de esta Memoria, por cuanto las expectativas, del psicólogo y de la institución, van a jugar un papel central en la mayoría de los conflictos vividos al interior del Hospital.

Como se dijo anteriormente, la institución funciona y se perpetúa en el tiempo gracias al desempeño que cada persona tiene de su rol dentro de ella, pero también, según Berger y Luckmann (1993), es por medio de esa ejecución que la institución controla el comportamiento de sus miembros, volviéndolos susceptibles de coacción.

Si pensamos en esta idea del control, podemos entender que muchas veces al interior de las instituciones a las personas se les genere tensión y malestar al sentirse “complicado” en la función que se está realizando. Esto puede inhibir la ejecución del rol impidiendo que este se desarrolle de manera satisfactoria. Al respecto, y como forma de salir de esta situación, Goffman plantea el concepto de distancia de rol, que rompe con la idea de conformidad, es decir *“que todo comportamiento de rol es una mera actuación de las demandas prescritas por el rol”* (Brunner, 1976, p. 28). La distancia de rol le permite a una persona manejar una relativa autonomía en relación a este mandato, preservando, de esta forma, la propia identidad, en circunstancias que esta se pudiera ver amenazada por demandas que son incongruentes a la concepción que se tiene del propio accionar. De esta manera, se flexibilizaría la rigidez que tendría el rol desde una perspectiva de la conformidad a lo impuesto y con ella la persona podría hacer frente, de una manera más sana, a los requerimientos que un determinado rol conlleva.

Otra forma interesante y sugerente de entender el concepto de rol es acercándonos al psicodrama. Allí su fundador, Jacobo Moreno, toma la representación de roles, desde el mundo del teatro, para convertirla en eje de su teoría psicodramática.

Moreno define al rol como “*la unidad de experiencia sintética en la que se han fundido elementos privados, sociales y culturales*”. (1961, p. 253) El rol, en este sentido, siempre remite a una experiencia compartida con una o más personas. (1961). Este carácter interpersonal es el que propicia la emergencia de roles complementarios en el cual el ejercicio del rol necesita a otro sobre el cual ser ejercido. (Araya, 1999)

Para Moreno los roles y las relaciones entre ellos, son “*el producto más importante dentro de una cultura determinada*”. (1961, p. 222) y, en su caso, le sirvieron para generar una explicación para el desarrollo de la personalidad. En ella el rol se presenta antecediendo al lenguaje, e incluso al propio yo el cual emergería de los roles y también podría ser modificado por ellos. Además, los roles en un individuo no permanecen aislados, sino que se agrupan, formando distintos tipos de personalidades. La madurez y desarrollo de la personalidad se relacionaría con el aumento de roles desarrollados por un sujeto y con la flexibilidad que posea para pasar de un rol a otro. (1961)

Otra característica del rol o papel que se desempeña es que es algo que se asigna. (Portuondo, 1972) En el psicodrama tenemos un director, que es quien asigna un rol a los yo-auxiliares (actores terapéuticos) que desempeñan el papel que el protagonista requiere para poner en escena su conflicto. En la sociedad, esto también funciona así y que se expresa con claridad en las relaciones con las diversas instituciones y los roles que estas asignan a sus miembros.

Si nos quedásemos solamente con la idea del rol definido desde fuera estaríamos limitando un aspecto importante que tiene que ver con las variables internas, es decir aquellos elementos de la subjetividad que inciden en como las personas se adecuan al desempeño de sus roles. (Garay, 2002). Si se integran estas variables, es también posible trabajar de manera más ampliada en intervenciones que tienen que ver con lo organizacional, como es el caso de Eric Miller, quien desde la escuela inglesa del psicoanálisis, ha abordado el tema del rol en vinculación con las transacciones que debe hacer el individuo entre su mundo interno y la realidad externa, de manera de cumplir con los requerimientos propios de la tarea que debe desempeñar.

Para poder trabajar en este ámbito es imprescindible que el consultor haya pasado antes por una psicoterapia analítica que le permita lograr un discernimiento entre lo que corresponde al mundo interno y lo que es parte de la realidad externa, pues su trabajo

consiste precisamente en ayudar a que *“las personas desarrollen sus capacidades de manejo de si mismo en roles, es decir, que puedan disponer de madurez y conciencia para efectuar transacciones entre el mundo interno y la realidad externa según los requerimientos del aquí y ahora”*. (Miller, 2007, p. 23)

Otro aspecto que aborda Miller dice relación con analizar cuál es la tarea básica de la organización, revisando si esta está definida con claridad, en concordancia con el ambiente y en coherencia con recursos, estructuras y roles, pues en algunas circunstancias sucede que la tarea genera tal ansiedad, que los individuos de manera inconsciente la subvierten, generando de esta forma una brecha entre ella y el comportamiento que desarrollan dentro de la organización, ocasionando que ésta se distancie de su quehacer central. (Miller, 2007)

A veces gran parte de la ansiedad se produce al no tener claridad en la definición del rol dentro de la organización y por ende, no saber cuál es la o las tareas que corresponde realizar. Esto es una realidad que no sólo afecta a los psicólogos, sino también a otros profesionales como los de enfermería, sociología y docencia, por nombrar algunos casos. (Aguayo, 2005; Álvarez, 1984; Valdebenito, 2009).

Las vivencias de malestar sentidas por los psicólogos en los contextos de sus prácticas obligan a pensar en detalle estas experiencias prácticas y a valorizarlas más allá de lo que podrían ser anécdotas en los inicios de la carrera de un profesional.

Es cada vez más relevante para todos quienes practican la psicoterapia el contar con reflexiones teóricas que recojan la experiencia práctica y que permitan mejorar nuestro quehacer en favor del paciente y que, junto con propiciar el cambio como meta terapéutica, permitan resguardar y proteger la propia salud mental del psicólogo.

Dentro de la investigación en psicoterapia a nivel nacional, uno de los estudios que reafirma la relevancia de indagar en este tema, corresponde al trabajo realizado por Laura Moncada (2005), quien indagó las teorías subjetivas que los terapeutas construyen respecto del cambio, considerando tanto los episodios de éxito, como los de impasse o estancamiento de su propia práctica clínica.

Las teorías subjetivas “*son la estructura lógica subyacente a lo que hacen los terapeutas que es parcialmente consciente y que estaría inspirando su accionar terapéutico.*” (Moncada, 2005, p.6). Este estudio las obtuvo a partir de lo que los terapeutas decían que pensaban sobre lo que hacían y de lo que la investigadora reconstruyó de lo que ellos decían, a partir de sus narraciones, respecto de lo que ellos pensaban que hacían. Las entrevistas incorporan no sólo a terapeutas sino también a formadores de los cuatro enfoques incluídos: cognitivo, sistémico, humanista y psicoanalítico, encontrándose en sus resultados con importantes coincidencias en relación a la percepción del terapeuta respecto a su rol en psicoterapia.

En cuanto a los elementos favorecedores del rol se mencionó como características de este el acompañar, con una presencia atenta y una escucha respetuosa. Se agregó el enseñar, como un énfasis dado por cognitivos y humanistas y el rol del servicio, destacado por los humanistas. En cuanto a condiciones globales, se señaló el ser sensible, ético, no juzgar a los pacientes y saber reconocer las propias limitaciones. La honestidad, creatividad, y paciencia son también altamente valoradas. (Moncada, 2005)

En cuanto a las condiciones profesionales hay coincidencia en la importancia de escoger un enfoque teórico. Se reconoce que las técnicas se van aprendiendo en el desempeño del rol y que la flexibilidad que otorga una mayor experiencia permite integrar elementos de otras teorías. (Moncada, 2005)

En los elementos entorpecedores del rol hubo coincidencia en cuando a la falta de claridad en el rol, la activación de elementos de la historia personal del terapeuta, la auto-exigencia del terapeuta; el ejercer un rol materno, en el caso de las terapeutas y, por último, el desconectarse, perdiendo la atención del proceso. (Moncada, 2005)

En cuanto a los elementos entorpecedores que no pertenecen al rol del terapeuta, se menciona que: “*aconsejar, criticar, poner valores y sugerir decisiones (...) son actitudes ajenas al ámbito de lo psicoterapéutico y entorpecen la relación deteniendo o desviando el proceso en relación a su objetivo de fondo.*” (Moncada, 2005, p. 69) Me parece importante destacar estos elementos pues también se mencionan las exigencias institucionales como factores que entorpecen el rol del terapeuta, lo cual se vincula estrechamente con mis propias vivencias en el contexto de esta práctica.

Rol y Autoridad

Para entender la relación entre el psicólogo y la institución hospital, hay que comprender que se está bajo un sistema altamente jerarquizado, en el cual no es sencillo emitir grandes cuestionamientos a la autoridad. Esto incide en cómo influyen los encargos hechos al psicólogo y en factibilidad de generar cambios dentro de la institución.

Hay autores como Miller (2007) que plantean que los cambios sólo prosperan si se logra una redistribución del poder, pero para hacerlo hay que pasar necesariamente por el tema de la dominación política que existe en organizaciones que descansan en la jerarquía de autoridad.

Pero ¿qué pasa en instituciones como un hospital que funda su accionar en la jerarquía de autoridad? ¿Desde qué lugar de ese orden trabaja un psicólogo?

Lo primero que hay que señalar es que la sensación que uno tiene al entrar al hospital es la de no tener un lugar, ni una posición definida, porque en cierta forma un psicólogo es siempre un extraño, un extranjero a la lógica del mundo médico.

Dentro del marco institucional, el psicólogo llega siendo parte de un equipo de salud mental en el cual, junto a un psiquiatra y a becados de psiquiatría, aborda la evaluación de un paciente para llegar a un diagnóstico y tratamiento. En la práctica cotidiana, la labor del psicólogo está subordinada a la del psiquiatra, quién, en última instancia, asume este status argumentando una mayor responsabilidad legal en relación a lo que le suceda al paciente; vale decir, la mayor presión que debe soportar el médico, en tanto responsable, por ejemplo, de un suicidio cometido al interior de un recinto hospitalario de un medicamento mal indicado o de una decisión errada en el tratamiento en general, pareciera convertirlo inmediatamente en cabeza dentro del equipo. Si bien es cierto, algunos psiquiatras tienen incorporada la idea de que están trabajando con otros profesionales que tienen competencias para tener una opinión igualmente válida respecto de un caso que se está evaluando, al final lo que prevalece es la jerarquía.

Este funcionamiento de trabajo en equipo, al establecer diferencias de poder entre los miembros anula las posibilidades de realizar un trabajo en equipo real, en donde cada uno pueda dialogar y aportar desde su formación en un diagnóstico y tratamiento.

Respecto de esta situación, no se veía en quienes ya ejercían el rol de psicólogos dentro de la institución, una voluntad por defender un nicho de trabajo propio, sino más bien me dejaban la sensación de que defenderlo era una batalla perdida, por lo cual preferían mantenerse sin entrar en conflictos con los médicos, sino buscando una coexistencia pacífica. En esas circunstancias, me tocó vivir muchas situaciones en las cuales los psiquiatras nos enviaban a realizar tareas que no correspondían a nuestra labor, muchas veces reflejando no tener claridad sobre lo que nosotros hacíamos con los pacientes, es decir cuál era el objetivo que nos movía como profesionales y cuáles eran las características de nuestro rol. Los médicos no sabían lo que hacíamos, pero muchas veces nosotros tampoco sabíamos bien como definir nuestro quehacer y defender nuestra identidad profesional, lo cual me fue dejando una desagradable sensación de no saber qué lugar ocupar, por no tener clara una posición dentro del hospital, tanto en relación con el paciente como con otros actores de la institución.

Esta misma realidad se percibe en la reflexión acerca de la falta de injerencia que tienen los psicólogos en la salud pública en otras partes de Latinoamérica, como es el caso de Colombia, donde se considera que la falta de unión de los psicólogos ha afectado el poder ser reconocidos como idóneos frente a otros profesionales de la salud, lo cual ha dificultado el poder plantear soluciones a las necesidades sociales que en este espacio se presentan. (Londoño, Valencia, Vinaccia, 2006). La falta de una práctica empoderada ha llevado a que los psicólogos queden muchas veces desorientados y paralizados frente a los obstáculos que se presentan en su ejercicio cotidiano (Arrivilla-Quintero, 2009)

La sensación de no tener lugar, de ser ajena a ese espacio, la viví desde el primer día de la práctica cuando una enfermera nos dijo, al grupo de psicólogas practicantes, que no podíamos entrar sin delantal blanco al hospital, que ella no nos iba a dejar: “¿Quiénes son ustedes?, ¿Son visitas? ¿Qué son?”, recalcó mirándonos. Dentro de ese ambiente, sin el uniforme que usaban los médicos, éramos nadie.

La jerarquía y los roles se imponían desde los signos en la vestimenta. Cada profesional tenía un color y de no saber identificarlo, uno podía confundir a un nutricionista, con un kinesiólogo, a una enfermera con un auxiliar, es decir si uno no se fijaba en las diferencias podía trastocar las jerarquías. Esto se asemejaba al significado que se le dan a los símbolos del uniforme en el mundo militar.

El lugar del psicólogo, en el contexto de esta práctica, es un problema doble, ya que, por un lado, al psicólogo le es difícil encajar dentro de un “equipo” liderado por los médicos, pero además la propia Unidad de Enlace, en tanto representante del Servicio de Psiquiatría del propio Hospital, no encajaba con facilidad dentro del mismo. Hay que aclarar que por infraestructura, el Servicio de Psiquiatría (Clínica Psiquiátrica Universitaria, en adelante CPU) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile se encuentra en un edificio separado del Hospital, cruzando la calle. La distancia del Hospital con la Salud Mental es gráfica y simbólica.

Pude darme cuenta, en varias oportunidades, de la tensión existente entre algunos equipos médicos de los Servicios del Hospital y la Unidad de Enlace. En esos casos, se notaba que no había un diálogo fluido llegando incluso a faltas de respeto hacia la labor del otro, por ejemplo, al interrumpir abruptamente una entrevista a un paciente, para hacer otro procedimiento que, claramente, podía esperar; o al no cumplir a cabalidad las indicaciones de tratamiento que la Unidad prescribía. En más de una oportunidad, recibimos quejas de los pacientes, quienes reclamaban no haber recibido su medicamento S.O.S (medicamento indicado para ser pedido por el paciente, en caso de necesidad, por ejemplo, para inducir sueño) y esta situación se daba, a pesar de haber dejado las prescripciones escritas en la ficha. Pugnas de poder como éstas no eran extrañas y evidenciaban que cada quien defendía su territorio de diferentes maneras. Como forma de superar estas dificultades, la Unidad evitaba entrar en pugnas con el personal del Hospital, optando, más bien por recursos diplomáticos que vencían las trabas burocráticas que se iban presentando en el camino.

Las jerarquías y sus repercusiones en el trato, me resultaban chocantes. Recuerdo haber conversado con una psiquiatra de la Clínica sobre el tema. Ella planteaba que dentro del hospital no se podía actuar fuera de ese orden, pues las decisiones que se tomaban debían ser rápidas y no había tiempo para llegar a consensos. Esto me hizo pensar que se estaba refiriendo al hospital completo sólo con un modelo de servicio de urgencia, sin que necesariamente todas sus labores revistieran este carácter, por lo tanto, otras decisiones, que sí podrían ser discutidas, o pensadas con otros, pasaban a estar en la misma categoría que una de vida o muerte, del tipo: “mandamos a este paciente a pabellón” o “hay que amputar”.

Distintas personas me aclararon, además, que el carácter jerárquico del hospital tenía mucho que ver con la formación de los médicos. Las escuelas de medicina se rigen por una férrea jerarquía, en que quien tiene una mínima posición superior, la hace sentir fuertemente entre quienes vienen más abajo. A pesar de reconocer que muchas veces este orden dificultaba el trabajo en equipos multidisciplinarios y la valorización de profesionales de otras áreas no formadas en la escuela de medicina, la autoridad y la jerarquía se daban como una condición indispensable de funcionamiento, por lo tanto, ni siquiera se planteaba con un tema a discutir. ¿Por qué, si se constataban falencias asociadas a este ordenamiento, era precisamente éste el menos cuestionado? ¿Por qué se seguía actuando por la inercia de lo que estaba establecido previamente, sin pensar siquiera que un cambio en este orden era fundamental?

Vale la pena preguntarse por lo que sucede, en este mismo sentido, más allá del hospital, con la sociedad en general ¿Por qué nos cuesta poner en cuestionamiento este orden autoritario establecido? ¿Será que existe miedo de trastocar el orden, por pensar que eso puede traer consecuencias perjudiciales? ¿Será que existe miedo tan sólo de hablar del tema, de tener la posibilidad de cuestionarlo?

No está demás considerar que en el pasado reciente vivimos una dictadura y sus efectos perduran en múltiples niveles, con un arraigo fuerte en las instituciones y su inercia característica. No es raro que en este sentido, se hable de la institución como un obstáculo. (Neuburguer, 2002)

Probablemente lo anterior se relacione con otra idea de Miller. El señala que una de las metas a alcanzar en una organización sería el logro de condiciones de poder en las personas que les permitan alcanzar una autonomía en el desempeño de sus roles, pero, para lograrlo, no basta con crear un nuevo orden en el cual esto sea posible, sino que se hace necesario *“reconocer y transformar los supuestos inconscientes de una cultura de la dependencia donde se exagera el apego a la autoridad y sus símbolos.”* (Miller, 2007, p. 19) Es ahí donde el psicoanálisis juega un rol decisivo, al plantear la necesidad de pensar lo que se hace en la práctica diaria y por qué se hace, tomando en cuenta los elementos conscientes e inconscientes que operan en las relaciones de trabajo.

Encargo y Demanda

En el caso de esta práctica, uno de los principales problemas que experimenté en la relación con la institución hospitalaria y sus miembros tuvo relación con la asignación de encargos y demandas, muchos de los cuales no correspondían con mi rol psicoterapéutico llegando en ocasiones, a ser absolutamente contradictorios con él.

Tanto encargo como demanda son conceptos muy usados en el análisis institucional, pues, como nociones que forman parte del campo de análisis, permiten describir el campo de intervención, recortándolo de lo social (Lourau, 2002).

La demanda es la articulación de una *“solicitud explícita de la institución para que se realice una determinada tarea”*. (Foladori, 1997, p.55) Es la parte conciente y manifiesta del problema que, además, define el puesto de trabajo del analista, en relación a su contenido, y delimita sus prerrogativas, ya que de su enunciación emana un requerimiento y un contrato para que se realice la intervención.

El concepto de demanda también es utilizado desde la psicología comunitaria, entendiendo que la demanda implica un proceso de construcción, el cual no puede ser entendido sin considerar la existencia de una oferta, que está ahí señalando la disponibilidad de un otro que puede dar respuesta a un pedido específico de ayuda. Por eso, se señala que cuando se explicita el pedido se abre el juego de la construcción de la demanda: *“Dicho pedido merece una lectura y una problematización en el seno del vínculo entre el técnico y quien o quienes lo formulan. Se producirá allí algo novedoso para ambos.”* (Rodríguez, Giménez, Netto, Bagnato y Marotta, 2001, p. 104)

El análisis permanente de la demanda se plantea como una condición indispensable para que una intervención se lleve a cabo. Es más, sin este análisis, y el del encargo, la intervención sólo se podría considerar un ejercicio de dominación por parte de un saber externo y no la respuesta a un requerimiento de ayuda por parte del otro. (Lapassade, 1999; Lourau, 2002)

Es importante mencionar que en el proceso de análisis de una demanda, lo que se busca es dilucidar cuáles son las diferentes relaciones transferenciales y

contratransferenciales presentes entre las partes involucradas. Este análisis permanente es lo que previene que la intervención sea iatrogénica o mantenga el problema intacto.

El encargo también es un concepto importante y revelador dentro de una institución, por cuanto nos remite, a diferencia de la demanda, a lo latente, lo implícito. El encargo es la depositación de expectativas de solución a problemas vinculados con el campo del trabajo que, en general, responden a fantasías irreales, mágicas, en donde se asume que la persona o grupo en que se depositan podrá darle una respuesta plenamente satisfactoria a lo pedido (Foladori, 1997).

Es en el análisis de la demanda donde se busca descubrir el encargo, que se cuela como algo invisible, integrándolo también como algo que explica la dinámica de relaciones que se le presenta y los conflictos que subyacen a ella. Un ejemplo de esto se produce cuando algunos padres llevan a sus hijos al psicólogo y buscan dejarlo allí, deshaciéndose de él, para que éste se los devuelva “arreglado”, asumiendo, por una parte, que el hijo es casi una máquina descompuesta que el psicólogo puede arreglar y, por otra, atribuyendo poderes mágicos a un profesional para que cambie, en un par de sesiones, lo que se ha forjado en años de cuestionable crianza.

En relación al encargo, quienes trabajan desde la psicología comunitaria han considerado un aspecto positivo de él, que es *“el reconocimiento de un saber y de una autoridad en el profesional y que por tanto posibilitan una intervención”* (Rodríguez et al., 2001, p.107) y un aspecto negativo u obstáculo, que correspondería a la idea del párrafo anterior, vale decir: poner en manos del otro toda la resolución del problema, renunciando a asumir un rol activo y protagónico en él, en conjunto con el profesional.

Este aspecto negativo del encargo, también puede ser ejemplificado dentro del hospital, cuando el médico busca evadir la responsabilidad de informar diagnósticos complicados, como por ejemplo una enfermedad terminal o un procedimiento que implique alguna mutilación, traspasando esa tarea a la Unidad de Enlace, en el entendido que ésta puede hacerlo de mejor manera. Ese es el discurso de parte de los equipos médicos, pero nuestra realidad es otra. Enfrentados a estos casos, no sólo no tenemos los conocimientos para poder hacerlo nos corresponde hacer esta labor sino que, sobre todo, la comunicación de un diagnóstico de este tipo, es una labor que al médico tratante le corresponde hacer.

Esta angustia que vive el equipo médico y que no es hablada, ya que no tienen las instancias como equipo para hacerlo, se actúa, traspasando al paciente como si fuese un paquete, el cual muchas veces los psicólogos practicante recogemos antes de tomar consciencia de a quien pertenece. (Uzorskis, 2002)

Los encargos suelen presentarse de manera ambigua, solapada o incluso bajo la forma de un reconocimiento o premio al desempeño realizado con anterioridad, por ejemplo, atribuyéndole a un practicante la labor de supervisar a otro practicante de reciente llegada, argumentando que la persona tiene las capacidades para hacerlo, pero asignándole una función que no le corresponde y que le significa mayor responsabilidad y trabajo del que debería asumir por reglamento de práctica y formación. Estas situaciones, bastante frecuentes, inducen a confusiones y molestias, sobre todo cuando el profesional o un equipo se hacen conscientes de que lo que se les ha estado pidiendo está totalmente fuera de lo convenido. (Bonano, Bozzolo y L'Hoste, 1999).

No siempre es fácil detectar a tiempo el poder de los encargos, en general su lazo invisible amarra con fuerza e inmoviliza el pensamiento acerca de lo que uno está haciendo, por ello, a pesar de que muchos de ellos me ponían en situaciones contradictorias a mi labor, me vi en varias ocasiones ejecutando simplemente lo que me pedían, sin expresar un mayor cuestionamiento.

A este lazo invisible hay que sumarle la presión que se da en contextos de práctica, donde la subordinación que implica la evaluación, el desconocimiento de los propios límites de la labor y la falta de reflexión sobre lo que se está realizando a diario, contribuyen a que esta situación se mantenga. En varias ocasiones sentí que perdía de vista la pregunta que definía mi rol: ¿Qué es lo que hace un psicólogo? Con ello empecé a darme cuenta que me sentía muy desorientada y no lograba concentrarme en mis objetivos, más bien los perdía de vista, envuelta en el torbellino de tareas encomendadas por los médicos. Sólo la sensación de malestar posterior, revisada en el contexto de la supervisión, me hizo cuestionar el por qué de esas ejecuciones inmediatas y su relación con mis conflictos intrapsíquicos y los interpsíquicos que fueron surgiendo en mi vinculación con los distintos actores del hospital.

Pretendo aquí retomar esa pregunta, en el entendido que no refleja sólo una situación personal, sino algo compartido por otros psicólogos en práctica con los cuales

he podido intercambiar experiencias y que se refleja también en estudios acerca del rol del psicólogo. En ellos se evidencia que estas dificultades son algo que caracteriza sus primeras experiencias laborales, generando frustración y estrés por sentir que no se logra desarrollar las habilidades adquiridas en el tiempo de formación o que se les somete a tareas que sobrepasan su labor. A ello se suma que los reducidos espacios de trabajo existentes, en instituciones que trabajan en pro de la salud mental, no brindan un espacio de contención necesario para psicólogos que inician su vida laboral. (Foladori, 2006).

Implicación

“En forma esquemática te diré: si sos humano, hay tres efectos de los cuales es imposible sustraerse: la fuerza de la gravedad, la sexualidad y los determinantes de la implicación.”

Alfredo Grande, Médico Psiquiatra y Psicoanalista

Hacerme consciente de mi propio accionar dentro de la práctica implicó desplegar situaciones difíciles y conflictivas para descubrir en ellas los encargos que definían un rol difícil de ejercer y que, al no estar explicitados, es decir, al no convertirse en una demanda, se hacía difícil reconocerlos, cuestionarlos y enfrentarlos a tiempo.

Haciendo uso de una técnica del psicodrama, podríamos decir que se requeriría hacer algo similar a una inversión de roles, en el cual poder repetir la escena de aquellas situaciones conflictivas, pero intercambiando imaginariamente el papel con el otro, para comprender mejor la situación total.

Para poder hacerse consciente de esta realidad y para mirar esa situación total se hizo imprescindible considerar este análisis dentro del marco teórico del análisis institucional, en el cual el concepto de implicación se convirtió en una herramienta fundamental para pensar mi relación como practicante dentro de la institución.

La implicación ha pasado por un largo camino de definiciones. Lourau, quien aportó este concepto, lo definió inicialmente distinguiendo entre una implicación institucional y una práctica. La primera refería a *“relaciones conscientes o no entre el actor y el sistema institucional”* y la segunda a las *“relaciones reales que mantiene el actor*

con la base material de las instituciones“ (1970, p. 270). En ambas distinciones, lo que me interesaba era poder entender cuáles y cómo habían sido mis relaciones con la institución y su base material, sobre todo las que al ser inconscientes podían movilizar acciones que conscientemente no habría podido explicar de inmediato.

Con el pasar del tiempo, el concepto implicación fue adquiriendo nuevos matices y al finalizar el periodo 1973-1978 ya rebasaba ampliamente el concepto de contratransferencia, que lo había caracterizado. Para 1981, Lourau proponía una nueva definición, que señalaba a la implicación como el *“conjunto de relaciones que el intelectual, de manera consciente o no, rehúsa analizar en su práctica, ya se trate de relaciones con sus objetos de estudio, con la institución cultural, con su entorno familiar u otro, con el dinero, el poder, la libido y en general con la sociedad de la cual forma parte.”* (Manero, 1992, p. 190)

El haber añadido el rechazo a analizar es para Manero Brito un aporte notable en esta etapa de la historia del concepto implicación, que le restituye la importancia central como herramienta dentro del análisis institucional.

La implicación es algo que también impone reflexiones para la práctica de la investigación científica. Lourau denuncia una falta de verdadera rigurosidad, producto de la práctica de negar la propia implicación buscando desresponsabilizarse y desimplicarse en su accionar investigativo, refugiándose así en un discurso de objetividad y dejándole la tarea de analizar las implicaciones a los historiadores, quienes contextualizarán, más tarde, lo vivido en la situación de investigación (Lourau, 2001).

En “Libertad de Movimientos”, Lourau repasa la historia de la implicación con una idea constante que es oportuno mencionar. Cuando Lourau señala que la neutralidad es una trampa, advierte que hasta ahora el paradigma científico nos ha formado en la idea de que lo que verdaderamente libera de ataduras, es el buscar la objetividad, es restarse uno mismo del accionar (¡como si eso pudiera hacerse!) intentando perturbar lo menos posible el campo en el cual se está desarrollando el trabajo.

Yo entiendo la implicación como una toma de conciencia real que nos aleja de la trampa de mentirnos a nosotros mismos, de creernos neutrales, objetivos, “sanitizados” y sin ningún compromiso, sobre todo sin historia. Creo que ser capaces de reconocer que

no podemos escapar a nuestra propia implicación es un comienzo para poder avanzar con mayor claridad reconociendo las trampas que pueblan el camino y que son principalmente las del autoengaño, no olvidando que la implicación es también el estar involucrado con la situación, el tener la disposición volcada hacia algo.

Pero este reconocimiento no es suficiente, se requiere ir más allá, generando cambios que modifiquen los contextos institucionales en donde el psicólogo se desempeña. Comenzando por defender el espacio de trabajo de cualquier intromisión autoritaria que modifique su sentido original, poniendo atención a los elementos que desde la institución contribuyen a entorpecer nuestra labor. Sólo así se puede pasar del darse cuenta, al hacerse cargo de lo que conlleva esa toma de conciencia.

No ha sido sencillo pensar desde la perspectiva de la implicación, en tanto enfocarse en lo que rehúso analizar. En muchos momentos he sentido el empantanamiento y el cansancio de volver a repasar situaciones que fueron de por sí agotadoras y que en esa sensación encierran el recuerdo de vivencias claves de este rechazo.

¿Qué es lo que rehúso analizar en mi práctica? Vamos al pantano.

Lo primero que uno desearía omitir serían los errores, porque la práctica, que debería ser una instancia de aprendizaje, no siempre se vive de esa forma, sobre todo cuando se tiene la presión de sentirse evaluados permanentemente, eso hace que deje de ser una experiencia de aprendizaje y se transforme permanentemente en un dar cuenta de las capacidades y habilidades que uno tiene ante la autoridad que evalúa. Además, uno egresa de la carrera con la idea de tener las herramientas para enfrentar las cosas que sucederán y eso no es tan así. Como le dije a mi supervisor de práctica, a propósito del fallecimiento de uno de mis pacientes: "lo que pasa es que la Universidad no te enseña a enfrentar la muerte" y él me respondió: ¿Y quién está preparado para eso? Claro, pensé, mi reclamo estaba dirigido a la idea de que una teoría sobre "cómo hacer frente a" (la muerte en este caso) sería la solución que me permitiría lidiar con cualquier cosa, pero a poco andar me di cuenta que el verdadero aprendizaje del rol sólo se irá completando en el desempeño del mismo y que, además, en los errores no está la clave, pues ellos muestran lo que pasa, pero no aclaran por qué suceden las cosas que le pasan a un psicólogo practicante en un hospital.

Experimentar la muerte de ese paciente fue un momento decisivo que apareció como el primer caso que rehusé a analizar. Cuando realicé esa censura al primer borrador de la Memoria, me di cuenta que lo estaba haciendo porque me sentía complicada con esa situación en particular. Descubrí en este rechazo el primer pliegue de este entramado llamado implicación. Fue por este motivo que regresé a ese caso y lo retomé como el primero de los casos clínicos a analizar.

Antes una pequeña distinción: implicación y complicación, dos palabras claves del título de esta tesis, comparten una raíz común: *plicare*, 'doblar, plegar'. (Corominas, 1976, p. 820) En implicación, la palabra proviene de *implicare*, que significa 'envolver en pliegues' Y en complicación (hacer o poner muchos pliegues) (Corominas, 1976, p. 821). Fue a propósito de la relación de estas dos palabras, y del verbo que las unía, que comencé a abordar el problema de mi implicación pensando en los pliegues de mi quehacer y como en cada uno de ellos debían estar escondidas aquellas relaciones que, como dice Lourau, rehúso analizar en mi práctica.

Me propuse entonces abrir, *ex-plicar* (sacar fuera de los pliegues) las situaciones que me fueron pasando en la práctica, tomando algunos casos demostrativos de las dificultades a las que se vio sometido mi rol como psicóloga y los conflictos intrapsíquicos e intersíquicos que podrían explicar dichas dificultades.

OBJETIVOS

General

Analizar los conflictos intrapsíquicos e intersíquicos que se presentan en la ejecución del rol de psicólogo clínico en una institución hospitalaria.

Específicos

1. Analizar el contexto hospitalario en el cual se inserta un psicólogo en práctica.
2. Analizar el rol de un psicólogo en práctica.
3. Explicar cómo los encargos y demandas institucionales plantean dificultades a nivel intrapsíquico e intersíquico en el psicólogo en práctica dentro de un hospital.

DESARROLLO

FUNCIONES DENTRO DE LA PRÁCTICA EN LA UNIDAD DE ENLACE

La práctica profesional se realizó durante los meses de marzo a agosto del año 2008, dentro de la Unidad de Enlace de la CPU, brindando atención a los pacientes internados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en dos funciones:

a. Evaluaciones y Seguimiento en Equipo Multidisciplinario: Esta labor tiene por objetivo evaluar la condición de salud mental en que se encuentran los pacientes en el Hospital, por petición de su equipo médico tratante.

En la evaluación se realiza una primera entrevista psiquiátrica y examen mental que permita llegar a un diagnóstico. Una vez efectuado éste, se toma la decisión en relación al tipo de tratamiento más adecuado al paciente, a su diagnóstico psiquiátrico y a su enfermedad médica de base. Por lo general, se inicia un tratamiento farmacológico que, puede combinarse con psicoterapia de apoyo. También pueden solicitar evaluaciones psicológicas: de personalidad o neuropsicológicas. Al momento del alta, se les sugiere continuar sus controles con los profesionales de la CPU

b. Psicoterapia de apoyo: Su objetivo es acompañar al paciente durante el periodo de hospitalización, en un número variable de 2 a 6 sesiones, las cuales finalizan al momento del alta de hospitalización. Esta modalidad de psicoterapia está pensada para brindar contención y apoyo a los pacientes junto con un espacio para poder expresar su padecimiento psíquico y la angustia producida por todos los estresores propios de la hospitalización, tales como el alejamiento de su entorno familiar, tratamientos dolorosos, diagnósticos inciertos, costos elevados, pérdida de la autonomía, problemas de relaciones interpersonales con los miembros del equipo médico, entre otras.

CASOS CLÍNICOS

1. La muerte

Don Carlos era un paciente con cáncer pulmonar terminal. El psiquiatra que lo vio en una ronda en la cual yo no estuve presente, determinó que sería buena idea que pudiera contar con apoyo psicoterapéutico para sobrellevar los días de hospitalización.

Cuando llegué a verlo, me di cuenta que él tenía claro su diagnóstico, sabía lo que le pasaría y yo no sabía muy bien qué hacer en su caso. No era fácil enfrentarse a ese paciente, porque según lo planteado como psicoterapia de apoyo, yo debía ir y solamente a acompañarlo, no interpretar, ni intentar profundizar ningún tema. Por lo general, el terminaba hablando sobre lo que había sido su vida, de cómo había llegado a estar enfermo, de todo lo que había gozado en la vida y de cómo ahora estaba pagando todos esos excesos. Al final, como sintetizando los errores y aciertos de su experiencia, terminaba dándome consejos sobre cómo vivir la vida.

Desde un comienzo sentí que él quería tener el control de todo, quizás buscando un espacio, al menos, en el cual no ser sujeto de intervención, ya que su dependencia de oxígeno y su mal estado general le habían restado completamente la autonomía. Tenía un cuaderno donde registraba todo lo que estaba pasando, los medicamentos que le ponían, horarios, dosis, lo que le decía cada especialista, las cosas que quería que sus hijos hicieran, los trámites pendientes, dibujos y gráficos relativos a los exámenes, etc.

Más de alguna vez sentí que me era difícil trabajar con él y que frente a su posición avasalladora y controladora me convertía simbólicamente en una hija. Fue difícil lidiar con este obstáculo porque en su momento no lo vi con claridad. Sentí que sí al paciente le hacía bien tratarme como una hija, ya que por un momento se distraía y dejaba de pensar en su padecimiento físico; y si era funcional al momento que estaba viviendo, entonces hacérselo notar no sería productivo. Creo que imaginé que algo es productivo en términos psicoterapéuticos sólo si tienes tiempo (de vida) para poder efectivamente incorporar eso que descubres en el análisis a tu posterior experiencia, es decir sólo si se podía reparar.

Al pensarlo ahora, con distancia de ese momento, puedo entender que me vi envuelta en la transferencia sin darme cuenta y sin poder analizarla. Mucho de mi actuar con este paciente no tuvo que ver con escucharlo, sino con aliarme con su resistencia a trabajar, en la medida en que yo también tenía una resistencia que me impedía trabajar y que se relacionaba con una dificultad en dejarlo partir, quizás el fantasma de la futura muerte de mi padre, quizás algo de lo que decía y de la fragilidad que me transmitía en ese momento me dificultaba escucharlo analíticamente y menos aún interpretar algo de aquello.

Pero estaba también la figura de un padre al cual no se le cuestiona, una figura machista, un ex marino, que definía su relación con lo femenino a partir de aquella frase popular de que “el marino tiene un amor en cada puerto”, había, por lo tanto, también una devaluación implícita hacia mí en tanto mujer, porque me volvía objeto.

Por los antecedentes que proporcionó su esposa, él tenía una relación conflictiva con su hija a quien criticaba y desvalorizaba constantemente, a diferencia de la relación que tenía con el hijo. Su esposa decía que para colmo le había tocado ser atendido sólo por mujeres, dejando implícito que esta situación sería una especie de castigo de la vida.

Con el correr de los días, don Carlos se fue debilitando y ya no tenía fuerzas para escribir en su libreta. Dejó de hacerlo y solo permanecía semi sentado en su cama, en actitud de espera.

El día que murió era sábado. Cuando regresé el lunes, fui a verlo, ya no estaba y su nombre había sido borrado de la pizarra que identificaba al paciente sobre cada cama. Volví a la CPU y no hablé inmediatamente con mis compañeras de práctica sobre lo que había pasado, a pesar de que se había hecho una costumbre común el juntarnos y hablar permanentemente de las experiencias que a diario íbamos pasando. Estaba afectada. Abrí mi termo con comida y cuando empecé a comer me invadió una incontenible tristeza. Recordé que él, cuando ya llevaba una media hora de sesión siempre me preguntaba si había almorzado y me decía que me fuera a comer, que él ya había comido. Ahí me di cuenta que la relación que establecí con el paciente estuvo siempre dominada por una transferencia que sólo actué, pero no logré analizar.

2. Obligar a comer, obligar a vivir.

En una ocasión visité, junto a una psiquiatra y otra psicóloga en práctica, a Angela, una paciente anoréxica de 24 años. Según la psiquiatra, era una paciente grave, ya que había sido diagnosticada a los 14 años, llevando desde entonces una década de tratamientos que no habían tenido buenos resultados.

En el pasillo de la sala donde se encontraba, nos detuvo una nutricionista para hablar con nosotros y pedirnos que hiciéramos todo lo que fuera necesario para que aceptara alimentarse. Dijo que a ella ya la tenía loca, porque era muy manipuladora y era imposible lograr que comiera. La paciente, una estudiante de nutrición, sabía perfectamente las calorías que tenía cada alimento que ponía en su boca, por lo tanto, se cuidaba de negociar con la nutricionista, los médicos y las enfermeras, en cada oportunidad que podía, aceptando comer básicamente sólo gelatinas. El problema es que su peso y condición médica le impedían seguir negociando por mucho tiempo, por lo cual, la amenaza que le hizo la nutricionista fue que si no comía, le pondrían alimentación por sonda nasogástrica, un procedimiento muy incómodo para la paciente. Con ese argumento de presión, nos pidieron que conversáramos con ella y la convenciéramos de acceder a comer. Por un momento, me sentí como en esas películas en que se juegan los tradicionales roles del “policía bueno” y el “policía malo”. En este caso, nosotros éramos el policía bueno que iba a conversar con ella, a decirle que cooperara y que de

esa forma no tendríamos que pasar al otro recurso, la temible sonda nasogástrica, que el policía malo, es decir la nutricionista, estaba dispuesto a ponerle si no lo hacía. Es decir, se verían obligados a hacerlo por culpa de su negativa.

En cualquier caso fuésemos policías buenos o malos, éramos finalmente agentes controladores y criminalizadores. En ningún momento se planteó intentar escuchar o entender que era lo que sucedía con la paciente, cuál era su deseo, pues se asumía de antemano que el problema con ella era que tenía una conducta errada, que era necesario cambiar. El diagnóstico ya estaba hecho antes de que hubiésemos podido conocerla.

Conversar con esa paciente fue como conversar con un muro de acero. Permaneció absolutamente inmovible a todos nuestros argumentos. Se mantuvo con firmeza en sus ideas y no cedió ni siquiera un milímetro, no hubo concesiones ni negociaciones posibles. Sabía perfectamente cómo responder a cada uno de los argumentos que se le planteaban hasta el punto de convertir el rato de la visita en algo tremendamente fatigoso. Creo que eso se daba porque no existía un diálogo con la paciente, ya que lo que uno escuchaba de parte de ella era una permanente defensa ante los ataques de personas que intentaban controlarla. Al final ese encuentro con la paciente se convertía en un enfrentamiento, propiciado por esta idea de que había que convencerla de algo. ¿Pero, por qué convencerla? ¿Por qué enfrentarse? ¿Por qué buscar en ella un enemigo a vencer?, quizás porque ese era el mensaje que se escuchaba en el encargo “Donde manda capitán no manda marinero”, el grupo de trabajo funcionaba bajo la directriz que indicaba el médico y dentro de ese sistema, era frecuente terminar, sabiéndolo o no, aliándose con el poder médico en contra de los deseos de la paciente.

Desde el inicio esta entrevista se había planteado como un desafío, el de tratar de convencer a una paciente difícil, de hacer algo que había rechazado sistemáticamente. Por lo tanto, lo que se ponía en juego aquí era la capacidad del entrevistador, en este caso del equipo completo que iba a visitarla, de conseguir, por medio de la palabra, doblegar su voluntad y situarse frente a ella como una autoridad que le decía lo que debía hacer, porque de lo contrario sería castigada.

En muchos casos, nos dábamos cuenta de que la entrevista psiquiátrica se caracterizaba por ser una muestra de la experticia que tenía el médico para doblegar la voluntad del otro, ya fuese obligándolo a decir algo que estaba ocultando, al admitir que necesitaba ayuda, a pesar de haberlo negado desde un comienzo; a aceptar algún tratamiento que se negaba a seguir previamente, etc. En algunas ocasiones, los psiquiatras hacían hincapié en que nos fijáramos en cuáles eran las técnicas y “trucos” que utilizaban para entrevistar a los pacientes. Por ejemplo, para distraer a un paciente, consiguiendo así desviar su atención de la negativa persistente en que estaba. Cuando alguno se negaba a hablar se podía lograr, sin alertarlo ni presionarlo abiertamente, que dijera lo que por mucho rato había asegurado que no diría. Lo que destacaban era que un paciente podía ser “difícil”, “esquivo”, “poco cooperador”, o cualquier otra característica similar, pero siempre existía un margen para que la pericia del entrevistador pudiera sobreponerse a esto logrando imponer su voluntad, o más bien dicho la voluntad del saber médico, eminentemente indagador y controlador, por sobre la voluntad del paciente. Esto me daba la sensación de una permanente lucha contra el paciente, un tratar de demostrar que se estaba en una posición más alta que él y que sin importar que momentáneamente esto no se demostrara, tarde o temprano prevalecería este orden ideal. En esta oportunidad no fue el caso, ya que con Angela toda la pericia de la entrevista psiquiátrica no pudo lograr los avances que los médicos esperaban.

Este carácter interrogador/policial de la entrevista se relacionaba, además, con la estigmatización que sufren las pacientes anoréxicas, a quienes se les considera como mentirosas, manipuladoras, muy inteligentes y hábiles para controlar su entorno, por lo cual enfrentarse a ellas era acercarse, a alguien que, en el discurso de la institución, era una especie de delincuente. Si este era el caso, entonces nos habíamos enfrentado a una delincuente experimentada que sabía cómo sortear interrogatorios e instancias de presión similares. Tenía la sensación, al terminar la entrevista, de haber estado con alguien con un extenso prontuario y con mucha experiencia en la burocracia policial.

En el caso de las pacientes anoréxicas, el personal médico consideraba que, al igual que el suyo, nuestro deber era hacer que la paciente comiera, por el hecho de que su vida estaba en riesgo si no lo hacía. Esta postura llevaba implícita la negación del

propio deseo de la paciente de no querer vivir, postura absolutamente inaceptable desde el punto de vista médico, al punto que ni siquiera es un tema que se hable.

En virtud de la premisa incuestionable de que la paciente debía vivir, quisiera o no, se justificaba el entrar en una dinámica de amenaza para que comiera. En el fondo, nos hacían sentir que cualquier recurso era válido si lográbamos que ella accediera a hacerlo. Y de no ser así, de todas maneras iba a tener que comer, “por las buenas o por las malas”. Pero, además, se suponía que el poder de convencimiento de la autoridad psiquiátrica-psicológica, era casi el último recurso dentro de una larga cadena de discursos similares que ya se habían efectuado por parte de médicos, enfermeras, auxiliares, nutricionistas, familiares y amigos. Vale la pena preguntarse: si la decisión de lo que se iba a hacer con ella ya estaba tomada de todas formas ¿Para qué nos mandaban a llamar entonces? ¿Para decir que se intentaron todos los medios “civilizados” posibles para hacerla entrar en razón? ¿Para decir que se le dio una oportunidad de hacer lo correcto, “por su propia voluntad”?

Por alguna razón, se pensaba que si nada de los argumentos de médicos, familiares y amigos había funcionado, algún tipo de persuasión habría por parte del equipo de salud mental, que podría producir “el milagro”, casi de control mental, de que ella hiciera lo que no quería hacer. Esto no dista mucho de la propia definición de las intervenciones que debe realizar un equipo de Psiquiatría de Enlace, en las cuales lo directivo es predominante. (Gómez-Restrepo, 2008) En ese punto, ya nos habíamos transformado nuevamente en nuestro rol: ya habíamos pasado de madre que alimenta a policía bueno y ahora pasábamos de este último a hipnotizador.

Creo que esa imagen del profesional de la salud mental como alguien que es capaz de convencer a otro, como si tuviese una técnica mágica y oculta para doblegar voluntades, era lo que acrecentaba en los equipos médicos la necesidad de llamar a la Unidad de Enlace, con la convicción de que podía hacerse cargo del control de personas catalogadas de difíciles, es decir, personas que no aceptaban someterse, que no actuaban como subordinados, que no eran, en última instancia, “pacientes”. Sin embargo, mi propio quehacer no estaba ajeno a esa imagen de omnipotencia y muchas veces sentí que mi acercamiento a los pacientes respondía a este desafío que no tenía que ver con

una imposición del rol, sino con mi propio narcisismo que me llevaba a entender ese encargo como una provocación, un desafío que yo debía ser capaz de cumplir exitosamente y de esa forma ser reconocida como alguien capaz, profesional.. Algo así como: “vamos a ver si se la pueden con este paciente..¿no son acaso psicólogos?, ¿no se supone que ustedes saben técnicas que nosotros desconocemos?”

La tentación de plantearse los casos clínicos en este contexto como una competencia no es fácil de soslayar, pues además del propio narcisismo, el sistema médico en sí es altamente competitivo y al estar insertos en una institución hospitalaria es frecuente entrar en una dinámica similar.

En el caso de los estudiantes de medicina, durante toda su formación se les somete a una lucha por destacarse, por ganar cupos, becas, demostrando permanentemente que se es mejor que el otro. Por eso el diagnóstico en este contexto, más que la cooperación de varias personas pensando lo que le pasa a un paciente, es una competencia, es el deseo de ser quien diga el nombre correcto de la etiqueta requerida y se gane con ello el reconocimiento de sus superiores.

Al comparar la realidad de los estudiantes de medicina con los estudiantes de psicología percibí que nuestra formación era menos demandante en términos competitivos. Con esto no pretendo idealizar la formación de la Escuela, desconociendo casos en los que esta competitividad podría darse, pero, grupalmente, la experiencia de mis años de formación comparada con los alumnos de medicina en cuanto a competitividad era notoriamente menor. Eso hacía que entrar en esta dinámica fuera en un principio algo ajeno, pero no estaba exenta de influir, cuando no determinar, el rol que estaba ejerciendo, trastocando el objetivo central de mi estadía en el hospital, que era aprender de la práctica.

3. Trabajando la marginación desde el pasillo

Jorge tenía 32 años, era un paciente con VIH hospitalizado por una hemorragia digestiva baja y que, además de tener el ánimo muy disminuido, estaba enflaquecido. Su equipo médico requería que aumentara de peso, pero él no sentía ganas de comer. No era un caso en el cual el paciente se negase rotundamente a comer, como la paciente anoréxica, sino que el desánimo afectaba su apetito y, en ese sentido, era perjudicial para su condición médica.

El psiquiatra a cargo, decidió que lo mejor era darle un medicamento antidepresivo, Mirtazapina, que tenía dentro de sus efectos secundarios el aumento de apetito. En la mayoría de los pacientes, este efecto en el peso era una consecuencia desagradable de este tipo de medicamentos, pero en este caso, así como en otros que me tocó presenciar, este efecto se combinaba de manera ideal con lo que el equipo médico estaba pidiendo a la Unidad de Enlace, en relación al paciente. Junto con el medicamento, el psiquiatra a cargo consideró que podía ayudarle el realizar con él una psicoterapia de apoyo.

Al comenzar a visitarlo tuvo una buena disposición a aceptar la psicoterapia. Coincidió, en algunas oportunidades, que mi horario de llegada a su sala se juntaba con su hora de almuerzo. En este caso, yo le ofrecía volver después para conversar con mayor tranquilidad, pero él insistía en que me quedara y no volviera más tarde, ya que decía que cuando estaba acompañado le daban más ganas de comer. Dado que ese era el objetivo que el equipo había planteado, yo accedía. Es decir asumía el rol de cuidadora/alimentadora y no de analista. Sin embargo, era difícil para mí pensar en esta situación porque, a pesar de que el rol en el cual me estaba poniendo en ese momento no era lo que yo habría esperado en tanto psicóloga, si me hacía sentir que había una demanda, solicitar la presencia del otro, lo cual era favorable desde el punto de vista del trabajo que se podía realizar y que además coincidía, en este caso con la demanda de la Unidad de Enlace, cual era hacer con el paciente un “re-maternaje”, que consistía en entregarle afecto, compañía, de forma que él, al sentir una presencia acogedora a su lado, pudiese mejorar su estado ánimo y por ende su apetito. Creo que hacer una labor así no es algo difícil de ejecutar, pero lo que me generó contradicciones en esta

demanda específica es que en ese momento sentí que hacía lo que cualquier persona sin formación profesional de psicólogo podría hacer, algo similar a la figura de cuidadora que existe dentro del hospital, para vigilar las necesidades del paciente que requería de más ayuda o atención de la que el personal estable del Hospital le pudiera brindar. Sin embargo, la diferencia que hacía el psicólogo, en este caso, estaba dada por su capacidad para escuchar y callar. Además de ello, éramos un tratamiento paliativo de la soledad en la cual muchos se encontraban, éramos su paño de lágrimas.

No se si el equipo médico tenía claridad en relación a lo que yo hacía con el paciente, pero los psiquiatras de la Clínica nos pedían que no dejáramos registro pormenorizado de nuestras intervenciones en la ficha del Hospital, sino sólo en aquellas que manteníamos en la CPU. Por lo tanto, el personal médico no podía saber específicamente qué era lo que hablábamos con los pacientes o qué era lo que estos nos decían. Esto rodeaba de misterio el trabajo que hacíamos. Los médicos de la Unidad nos decían, explícitamente, que a pesar de que nos preguntaran detalles de lo que hacíamos con los pacientes evitáramos responder, pues era muy fácil que la información que nosotros entregáramos fuera mal interpretada o mal usada, por ejemplo, estigmatizando a algunos pacientes debido a un determinado diagnóstico psiquiátrico.

El que el personal médico no tuviera claro cuál era mi rol dificultaba el trabajo, porque la claridad en un rol define un espacio desde el cual trabajar, ponía límites a lo que pudieran pedir que hiciera y al tener ese lugar físico, uno puede trabajar tranquilo. Con este paciente no pude encontrar un lugar físico para interactuar con él con la calma y confidencialidad que se espera tener para hacerlo. Más bien me encontré en la posición de tener que improvisar lugares, tan inadecuados como un pasillo, para poder trabajar y, de esa forma, resguardar la información que el paciente no quería que se filtrara.

La posibilidad de explorar en la conflictiva del paciente, en este contexto, se hizo compleja, más aún si se suma el que la consigna general de la psicoterapia de apoyo no estaba pensada como algo que permitiera la exploración de los conflictos del paciente. De hecho, se tenía miedo de que nosotros pudiéramos llegar a tocar núcleos conflictivos, ya que se pensaba que podíamos abrir temas que después, sobre todo por tiempo, no alcanzaríamos a elaborar y cerrar. Este tema fue motivo de conflicto en más de una

reunión clínica, puesto que desde nuestro punto de vista, este encargo de no entrar en los conflictos era contrario a lo que nosotros hacíamos. ¿Cómo podíamos frenar, por ejemplo, a un paciente que nos quería contar algo que podría considerarse como un núcleo conflictivo? ¿Debíamos censurar la posibilidad de abrirse frente al terapeuta? Esta idea asemejaba a una imagen muy quirúrgica del psicólogo frente a una herida profunda y abierta que no sería capaz de suturar a tiempo y, por lo tanto, el paciente podría desangrarse y morir antes que nosotros pudiéramos hacer algo para evitarlo. La angustia del equipo estaba puesta en el fantasma de la muerte y en evitar a toda costa que ésta pudiera suceder.

Sin embargo el principal problema no tenía que ver, en este caso, con tocar núcleos conflictivos, sino con los aspectos materiales de la institución que no permitían realizar con él un trabajo psicoterapéutico. Cuando yo llegaba a verlo, el resto de los pacientes estaba deseoso de intervenir y hablar con él y de paso conmigo, sin entender que se trataba de una sesión de psicoterapia, sobre todo cuando coincidía con el horario de almuerzo y mi presencia era interpretada como la de una visita más a la cual había que atender, si no con comida, al menos con una amena charla.

La privacidad necesaria para realizar una psicoterapia, se hacía imposible en esas condiciones, por ello, los miembros de la Unidad de Enlace me sugirieron que le pidiera a la enfermera que me facilitara un lugar dónde poder conversar con este paciente de forma más privada. Existía una sala que ocupaban las enfermeras para guardar cosas y que solían facilitar cuando los médicos debían hablar algún asunto confidencial con un familiar de algún paciente. Era una sala pequeña con una mesa y dos o tres sillas, lo suficiente como para haber trabajado en un ambiente de mayor privacidad con ese paciente que lo estaba requiriendo expresamente y que, por su hemorragia digestiva, no era fácil que estuviera por los pasillos transitando con un suero, hablando de lo que le pasaba, situación que, por lo demás no correspondía. Las gestiones realizadas con la enfermera para conseguir ese lugar, fueron infructuosas.

Trabajar en el pasillo fue una solución del momento frente a la burocracia y dificultades planteadas por la institución, pero con el paso del tiempo me di cuenta que también había un lazo simbólico con el pasillo como lugar de paso, pensando en la

historia de exclusión de este paciente, en la marginación de la que sentía víctima por ser homosexual y portador de VIH. Algo de su historia también hablaba de un tránsito, de una transformación en su sexualidad que recién estaba empezando a asumir y que por ahora lo hacía sentir complicado, confundido y desamparado.

4 Las pacientes embarazadas

Una de las cosas que pude notar en el tiempo de mi práctica era que un Servicio que nos llamaba con cierta periodicidad era el Maternidad. El principal motivo de consulta por el cual se nos pedía ir a ver a una paciente embarazada era por “hiperémesis gravídica”, es decir *“nauseas y vómitos severos que producen deshidratación pérdida de peso mayor del 5 %, cetonuria y desequilibrio metabólico y electrolítico”* (Silva y Page, 2006, p.178)

Este desequilibrio ponía en riesgo la salud de la madre y del bebé en gestación, por lo cual se realizaban exámenes para conocer la causa de esos vómitos e impedir que siguieran sucediendo. En algunos casos, podía asociarse a algún tipo de alergia causada por algún alimento u otro elemento. Pero cuando la causa no se encontraba en ninguna sustancia conocida, los médicos habían comenzado a reiterar la práctica de llamar a Psiquiatría de Enlace, en el entendido que “podía haber algún factor psicológico interviniendo”. En el Servicio de Maternidad, acorde a esta tendencia general de la Medicina perinatal, eran cada vez más conscientes del peso que tenían los factores psicológicos en las pacientes, quienes pasaban por una desestabilización de su esquema corporal sus relaciones afectivas y su proyección futura, entre otras grandes preocupaciones conscientes e inconscientes que se ponían de relieve en este momento. A eso se sumaba toda la temática referente al vínculo madre-bebé y las repercusiones del apego en el futuro desarrollo del niño. (Hernández, Kimelman y Montino, 2000) Esto, que para el equipo médico era una novedad, para los psicólogos constituía una obviedad.

4 A. El convidado de piedra

Había casos en los cuales bastaba una breve conversación con la paciente para dejarnos claro que los vómitos eran una manera inconsciente, y a veces más que consciente, de deshacerse de un hijo no deseado. Como si algo les estorbara el cuerpo, hacían intentos por vaciar un contenido indeseable. Una paciente de 33 años, lo expresaba con una claridad absoluta al llamar a su hijo “*el convidado de piedra*”. Decía que no lo abortó por respeto a su pareja, que se moría de ganas de ser papá. Ella pensaba embarazarse a los 40, porque le gustaba su vida como era así, sin hijos, solo con sus perros y gatos. Podríamos pensar que en realidad no quería embarazarse o embarazarse cuando las posibilidades de lograrlo fueran bajas debido a la edad.

La paciente decía, además, que esta guagua le había quitado todos los placeres de la vida, porque antes a ella le gustaba comer y ahora sentía olor a comida y vomitaba. Sin embargo, este caso podía ser mirado también desde otra perspectiva. ¿Qué sucedía si en realidad no estaba expulsando al hijo, sino deseaba expulsar algo malo que pudiera afectar al feto y, por lo tanto, manifestaba un deseo de preservarlo? Esta fue una línea que no hubo tiempo de explorar

Lo que me pareció más notorio y grave, en este caso, era que todos la miraban como monstruo porque afirmaba que no quería ser mamá en ese momento. Las personas que estaban a su alrededor presionaban por la emergencia de un súbito “instinto maternal” que claramente no aparecía. El equipo médico tenían el mismo criterio, en tanto institución que preserva la vida y condena el aborto; por lo cual una mujer que no se cuidase en su embarazo, que tuviera acciones de riesgo para ella o el bebé, o que dijera abiertamente que no quería al hijo que llevaba, pasaba a ser mirada con malos ojos y, por lo tanto, estigmatizada fuertemente.

Independientemente de que yo pudiera estar a favor o en contra del aborto, me parecía injusto y agresivo el condenar los sentimientos de aquellas mujeres que no querían tener a sus hijos, porque nadie se preguntaba en realidad, que les pasaba a ellas con esa situación y que decisión querían tomar, sino sólo se les veía sólo como envases contenedores, que debían comportarse acorde a esa misión. La condena social por no tener el deseo de ser madres era violenta y castigadora.

4 B. El rehén

Una vez nos mandaron llamar desde dicho Servicio, para convencer a una embarazada de 37 años de que dejara de fumar. Ella se encontraba hospitalizada por una complicación médica en el curso de su embarazo, pero una vez estabilizada querían retenerla el mayor tiempo posible para tratar su adicción. Cuando llegamos al pasillo, nos recibió una enfermera con un suspiro de alivio, señalando que afortunadamente habíamos llegado, porque ella y el resto del personal ya no sabían qué hacer con esa paciente. Nos advirtió que estaba muy descontrolada y agresiva: *“Está hecha una fiera”*. Cuando entramos a su habitación la encontramos recogiendo sus cosas en un bolso y amenazando con fugarse. Con nuestra llegada, su molestia aumentó notoriamente, pues se dio cuenta inmediatamente a que veníamos. Dijo que estaba cansada de explicarles a todos mil veces la misma cosa: *“Que se quería ir, que quería tomarse un café y fumarse un cigarrillo. Eso era lo único que ella quería”*.

La conversación, guiada por el psiquiatra, comenzó como un intento de convencerla de que no era bueno que fumara y tomara café, por la salud de su hijo. Pero a poco andar nos dimos cuenta de que no era una paciente que fuese a dejar el cigarrillo de un día para otro, tras una simple charla informativa. Era una adicción de años y algo absolutamente placentero para ella, por lo tanto, pasamos a una siguiente fase, intentando negociar con ella, viendo hasta que punto podía ceder en algo y llegar a un punto de encuentro. Finalmente, nos planteó que ella accedía a quedarse si la dejaban salir a una cafetería donde se pudiera tomar un café y fumar un cigarrillo. El problema era que desde el punto de vista del médico tratante eso no era algo negociable. El se puso en una posición de prepotencia y dominio absoluto frente al tema, dejándonos en una posición totalmente incómoda, atados de manos.

Lo que nos habían pedido era que convenciéramos a una paciente de dejar de fumar y no abandonar la hospitalización. La primera de estas demandas revelaba una fantasía absurda, la de que después de conversar con nosotros se calmaría, decidiría dejar de fumar y se quedaría tranquila en su cama. En ese momento me sentía como en el rol de un policía que negocia con una embarazada secuestradora que toma a su hijo por rehén, amenazando con hacerle daño. El médico tratante era quien tomaba la

decisión final sobre las gestiones de la negociación y en realidad no estaba dispuesto a negociar nada, por lo cual nuestra presencia, pensando desde esa perspectiva, era meramente decorativa.

Si lo tuviera que describir como la negociación de un secuestro habría que decir que la demanda asignada a nuestro rol, incluyendo el encargo, resultó un fracaso. Ya que el médico no accedió a las condiciones que ponía la madre secuestradora. Ella se mantuvo en sus argumentos y el médico, seguramente cansado de tanta tratativa, dijo que le dieran de alta bajo su responsabilidad porque él no iba a avalar el que una paciente se “fugara” a tomar un café y fumarse un cigarrillo, bajo ningún pretexto. Si después fumaba y se tomaba cuanto café quisiera, ya no era problema de él, porque estaba fuera de su responsabilidad. Algo así como fuera de su “jurisdicción”.

No me interesa aquí cuestionar si la decisión del médico se enmarca en un principio ético ni si el procedimiento se ajustaba a algún protocolo. La pregunta que me hago y que es la misma que pensé mientras caminaba por el pasillo de regreso a la Clínica es ¿Qué esperaban que yo hiciera? ¿Qué fantasía tenían sobre lo que yo o el psiquiatra podríamos haber hecho en esa situación? ¿Esperaban, nuevamente, un hipnotizador que quebrase la voluntad de fuga de la madre secuestradora? ¿Esperaban que alguna palabra mágica convirtiera a una madre sin ninguna preocupación por el bienestar de su bebé en gestación, en una madre amorosa, preocupada y dócil a los consejos médicos?

4 C. *Ella, la peor de todas*

Un caso parecido al anterior también ilustra la situación de madre secuestradora y el rol del psicólogo como negociador de secuestro. Se trataba de una embarazada de 36 años, adicta a la cocaína. Había llegado a hospitalización en la Unidad de Pre Parto debido a una reacción en la piel, presumiblemente alérgica. En el momento en que se evaluaba dicha condición médica, se buscó por todos los medios posibles hacer que este periodo de diagnóstico se dilatara para impedir que reiniciara el consumo de cocaína, el cual sólo se había interrumpido durante la hospitalización de la paciente. En este sentido,

la interconsulta a la Unidad de Enlace tenía por objetivo lograr que ella accediera a seguir un tratamiento de rehabilitación por su consumo de droga que de otra forma sería difícil empezar.

La contratransferencia que generó en el equipo fue muy fuerte, en un sentido negativo. Fue la más fuerte y evidente que me tocó presenciar. Por eso llamé a este caso “Ella, la peor de todas”. Muchos, tras la entrevista, sintieron y declararon explícitamente rabia hacia a ella, mezclada con la perplejidad y estupor que generó su declaración en relación al embarazo. Decía que ella no quería tenerlo al principio, tampoco su pareja, pero luego él cambió de opinión y se entusiasmó con la idea. En ese lapsus de tiempo tuvieron muchas peleas, y en una de ellas, él cambio de opinión y señaló que no quería tener el hijo, entonces ella, enrabiada, le dijo que iba a tener la guagua pero que después la podían vender por internet y se quedaban mitad y mitad con la plata.

Lo que verdaderamente le importaba a los médicos era que ella dejara de consumir cocaína, por el enorme daño que estaba afectando al feto. Para ello, se comenzó a hacer un manejo de la adicción dándole benzodiazepinas. Ante mi consulta de qué pasaba si se volvía adicta a las pastillas, me dijeron que en estos casos, cuando se trataba de embarazadas, se buscaba actuar en función del mal menor para el bebé en gestación, esto es, cambiar una droga por otra que tuviera un efecto menos dañino, procedimiento también conocido como reducción de daños, ya que se sabía que una adicta a la cocaína al dejar esa sustancia iba a necesitar apoyarse en otra que le calmase los síntomas del síndrome de abstinencia, de lo contrario volvería a consumir la droga anterior.

Con esta paciente se dio una dinámica similar al caso antes descrito, como si fuera una negociación de liberación de rehenes. Actuábamos frente a una madre secuestradora que tenía un hijo al cual estaba amenazando permanentemente, por lo tanto nuestro deber, según la institución, era rescatar al bebé con vida y en las mejores condiciones posibles, aún cuando significase transar en un daño por el efecto de otra sustancia. A nadie le interesaba lo que le pasase a la mujer, pues más bien creo que el deseo colectivo del grupo era hacerla desaparecer, lo cual con un niño dentro era imposible. Como señalé, la contratransferencia en los miembros del grupo fue la más

fuerte que me tocó presenciar durante toda mi práctica. Fue la que generó más sensación de violencia, rabia y rechazo, como si se estuviese frente a un monstruo. Algunos de los que estaban allí, y que tenían hijos pequeños, parecían particularmente afectados; diríamos, particularmente implicados, desde la ternura y los sentimientos que se generan al vivenciar la paternidad o maternidad.

La paciente accedió a continuar un tratamiento de rehabilitación, no con mucho entusiasmo. Fue dada de alta con el compromiso de continuar su tratamiento de rehabilitación en la Clínica, cosa que nunca ocurrió. Tres semanas después volvió a ser hospitalizada, esta vez por una intervención quirúrgica producto de un cálculo biliar. La Unidad de Enlace volvió a controlarla y, en esta oportunidad, el discurso era otro. Dijo que después de la operación había visto tan cerca la muerte que había recapitado y quería tener a su hijo. Súbitamente, se volvió una madre amorosa que hacía planes y se auto imponía, como compromiso, el dejar definitivamente de consumir. Su propósito duró poco tiempo ya que apenas pudo caminar, se fugó del hospital.

Esa paciente me pareció siempre una mujer astuta. Siempre daba la impresión de estar contando un cuento distractor por un lado, para luego hacer algo sorpresivo por otro. Era hábil, los años en el mundo de la droga le habían dado la capacidad de conseguir lo que quería, escabullirse y luego desaparecer.

Curiosamente lo que me llama la atención ahora, es que esta paciente hacía lo que debería hacer el psicólogo, es decir colocarse en el lugar donde el otro menos lo espera, para desde ese lugar poder captar a tiempo lo que va surgiendo, lo que se pone de manifiesto en su discurso. Esto es como la técnica que se usa para rescatar a alguien que se ahoga en el mar. Para hacer esta maniobra es necesario acercarse con rapidez, pero cuando se está lo suficientemente cerca, hay que hundirse y tomar por sorpresa a la persona, agarrándola y volteándola para poder sacarla, sin que la persona alcance a hundir al salvavidas con sus manotazos de ahogado.

En este caso, la institución no nos envió a salvar a la paciente, sino a capturarla para forzarla a rehabilitarse, que era la condición para salvar a su hijo. Parte del enganche se hacía por medio del nuevo tratamiento, una nueva droga, esta vez legal, que la volvía a hacer dependiente y que, por lo tanto, permitía retenerla un poco más.

Dentro de este esquema, lo que podía hacer el psicólogo estaba el margen de todo este manejo farmacológico. Al hablar con ella, dentro de la psicoterapia de apoyo, la paciente relató una infancia de maltrato y de pobreza, situaciones que se repiten en el discurso de personas que han delinquido, como era este caso. Esta paciente usaba el tiempo de sesión para buscar una alianza conmigo que le permitiera demostrar que efectivamente tenía la intención de rehabilitarse y que su discurso era cierto. Parecía buscar una legitimación desde el punto de vista emocional, que le permitiera validar su discurso como algo real y no como una mentira que le sirviera de salvoconducto para escapar. Era una paciente que confundía y que generaba una gran desconfianza. Pero algo en ella me hacía sentir particularmente motivada a escucharla; sentía que algo en su discurso me podría hacer entender cuál era su conflicto, pero no a partir del discurso aprendido en su paso por la delincuencia, en que se especializan en responder a la burocracia policial/judicial. Mi interés con ella era investigativo, era un desafío desde el punto de vista de lograr encontrar algo propio de ella, en medio de muchas frases cliché. Se volvió para mí como un documento difícil de leer, misterioso, en el cual intuía que podía encontrar algo clave para mi investigación. Recuerdo haber sentido que me estaba involucrando como lo hubiese hecho en una investigación historiográfica, al mismo tiempo que experimentaba lo que significa en clínica ponerse al servicio del paciente investigando su propia historia, escuchando al otro para tratar de entender cuál era su padecer. Lamentablemente, cuando empezaba a sentirme cómoda en esta posición, ella huyó del hospital.

5. La paciente rebelde y la psicóloga apoderada

Janis se encontraba hospitalizada en la UCI y desde su llegada generó un sentimiento de extrañeza y, hasta cierto grado, molestia en el equipo tratante, quienes consideraban que se trataba de una “niña mañosa”. Ella tenía 18 años y el diagnóstico médico no estaba claro, se hablaba de tetraparesia, pero se pensaba que podía ser la enfermedad de Guillain-Barré. Entramos a su habitación en la UCI para entrevistarla. Se veía adormilada y su movimiento, dada la parálisis, era mínimo, sólo movía el rostro. Hablando despacio contestó a las preguntas sobre su vida y su entorno cercano. Cuando

habló de su madre, se notó que la difícil relación que llevaba con ella se hacía presente en la forma de un repentino cambio en el tono de voz acompañado de un aumento en la intensidad y dificultad de su respiración, la cual se agitó notoriamente, siendo registrado por los monitores a los cuales se hallaba conectada.

Posterior a las primeras visitas del equipo, fue trasladada a la Unidad de Intermedio Médico donde la seguí atendiendo con apoyo psicológico. Cuando la visitaba parecía no tener ganas de hablar, más bien daba la impresión de que mi presencia le molestaba, como si yo hubiese sido una especie de castigo que le hubieran asignado por su mala conducta y que tenía que soportar aunque no estuviese de acuerdo.

Ciertamente, era difícil abstraerse de todas las opiniones previas que los médicos le daban a uno sobre la paciente y pienso que, de una u otra forma, estas pudieron condicionar mi mirada hacia a ella, agudizando mi forma de ver su reacción como una especie de “amurramiento” frente a mi presencia. Quizás debería haber explicitado esa sensación de aparente malestar que surgía por mi presencia impuesta y haber trabajado en relación a ella, ya que me parece, al pensarlo desde ahora, que la difícil relación con su madre podría haber sido un tema a explorar a partir de esta reacción hacia mí. Sin embargo, hubo un hecho en particular que dificultó mis posibilidades de pensar en esta paciente.

Un viernes, día en que el resto del equipo tenía otras labores y yo me encontraba sola, atendiendo sólo a mis pacientes, fui a ver a Janis. Al llegar al Servicio en que se encontraba, la enfermera se me abalanzó, como lo haría una profesora frente a la apoderada de un niño indisciplinado: *“Mire -me dijo- que bueno que usted llegó porque estamos desesperados con Janis, necesitamos que venga el psiquiatra a verla, o usted hable con ella, porque no nos quiere hacer caso, hemos tenido problemas porque le ha dado con perseguir a los hombres del personal, primero empezó con un interno, al cual llamaba continuamente para que se acercara a su cama, luego con los enfermeros y ahora le dio por perseguir a los kinesiólogos, al punto que agarra la silla de ruedas se arranca en el ascensor (estaba hospitalizada en el 3^a piso) y se va al subterráneo, donde está el gimnasio a ver a un kinesiólogo. No sabemos qué hacer con ella porque ha dicho que no se quiere ir de alta, ya que no quiere volver a Talca donde está su madre, sino que*

quiere quedarse en Santiago en casa de unas tías y para lograr eso, no ha querido tomarse los remedios. ¡Últimamente le ha dado por acercarse a pacientes que tienen infecciones! Tengo miedo que en cualquier momento sea capaz de tirarse en silla de ruedas escalera abajo para quebrarse una pierna y quedarse, ¡por favor consiga que venga el psiquiatra a verla, para que le de algo que la tranquilice y para que le hablen!”.

Después de este discurso tan vehemente, la enfermera me contagió su urgencia, como si hubiese sido una paciente agónica que necesitaba a un médico como último recurso, crucé a la CPU en busca de algún psiquiatra para informarle lo que ella me había dicho. Uno de ellos, del staff de la Unidad, me acompañó de vuelta y cual eficiente mensajera llegué en tiempo record con lo que la enfermera me había pedido. De un momento a otro, la urgencia por controlarla se había transformado en un imperativo que me hizo actuar activando otros mecanismos y otros recursos, con una urgencia digna de persona que se está desangrando. Sólo más tarde, cansada del ir y venir constante, del acarreo de personas y de contarles a los distintos involucrados una y otra vez la misma historia de la enfermera, me di cuenta que el único propósito de todo el discurso era convertirme a mí en una especie de apoderada de la paciente indisciplinada que se negaba a ser paciente, a estar quieta en su cama, a comportarse manteniendo las distancias jerárquicas y desexualizadas con el personal, se resistía a seguir las prescripciones médicas y por último se negaba a sanar (lo que atacaba la misión primordial del Hospital), porque ser dada de alta le significaba perder la condición que le permitía quedarse en ese lugar, en el cual tanto le gustaba estar. Más aún, en este caso, más que la apoderada misma parecía una recadera que iba a buscar al apoderado, en este caso al psiquiatra, para ponerlo en conocimiento de la gravedad del asunto que estaba sucediendo con su pupila.

Se cruzan aquí varios encargos que es necesario desplegar en virtud de la implicación que planteó la situación recién descrita.

Por un lado está el encargo de la institución hospitalaria, que me contagia esta urgencia y me delega la responsabilidad de darle solución rápida a algo que no tengo tiempo de pensar si es tan grave o no, porque antes de poder hacerlo ya he seguido un modelo jerárquico de órdenes y me encuentro, por lo tanto, en movimiento, en un “hacer

ahora". Hacer sin pensar, porque cuando un régimen es autoritario no es exagerado decir que no te deja pensar, efectivamente eso ocurre así.

Por otro lado, se suma a lo anterior el encargo de la institución académica, que inculca la proactividad como un valor profesional distintivo de los egresados de la Casa de Bello y que nos traspasa un "deber ser" ligado a quien puede dar solución rápida, creativa, y efectiva a los problemas que se le planteen, no importa lo complejos que estos sean. No es raro, por lo tanto, que nuestros egresados reciban felicitaciones por su desempeño, comparados con colegas egresados de otras instituciones universitarias, pero no es raro tampoco que terminemos haciendo un trabajo que como psicólogos no nos corresponde hacer.

En el caso de esta paciente, ese viernes no fue la primera y última vez que recibí quejas sobre ella. Las acusaciones se hicieron una práctica frecuente. Cuando yo llegaba a la estación de enfermería a buscar su ficha, me veían y antes de que pudiera salir de esa sala me decían: "*Se ha portado bien mal la Janis, no quiere tomarse los remedios*". Desde aquel viernes, hubo un par de semanas al menos, en las cuáles tuve la sensación de que cada vez que la iba a ver, me estaba enfrentando a un montón de profesoras que me esperaban para decirme lo mal que se había portado Janis. Al cabo de un tiempo, llegar a ver a la paciente era asumir esa montaña de quejas que se venían encima y algo de ellas quejas me sonaba a: "Parece que lo que usted habla con ella no le está haciendo efecto". Asumiendo que algo de lo que yo le decía debía ser algún tipo de advertencia de castigo o reto por su mala conducta. Muchas veces sentí que equiparaban mi visita con un medicamento, una especie de calmante, que debería haberla apaciguado, pero que no lograba el efecto que ellas deseaban.

En cada una de esas ocasiones yo quedaba tan cansada y molesta de recibir quejas que terminaba efectivamente deseando que esta paciente se tranquilizara para poder tener el tiempo de realizar algo con ella en un sentido terapéutico, pero eso se imposibilitaba porque la paciente me recibía siempre con la actitud de un niño que se prepara para recibir un "sermón". Ignoro lo que las enfermeras le decían o si la amenazaban de alguna forma, pero imagino que ella percibía mi llegada como algo que antecedería una serie de sermones preparados por las acusaciones de las enfermeras.

Imagino esto porque a mi llegada la paciente se justificaba y explicaba, cuando estaba en ánimo de hacerlo, las razones que la habían llevado a hacer tal o cual cosa por la que era acusada. Yo intentaba no caer en la dinámica de pedirle explicaciones por lo que hacía, pero, a veces, el tema se imponía, quizás impulsado por mis deseos de que las enfermeras dejaran de poner en mí el encargo de educar a la niña rebelde y me dejaran por fin trabajar tranquila.

Siempre me pregunté cuanto más podría haber avanzado en entender cuál era el conflicto que hacía síntoma a través de su parálisis, si las quejas y peticiones del equipo médico, en este caso en específico, de las enfermeras, no me hubiesen puesto en el rol de apoderada de una niña indisciplinada. Sus quejas eran como un murmullo ensordecedor que no me dejaba escuchar a Janis y creo que su actuar entregaba elementos para haber pensado más, pero yo también me encontré atrapada en un actuar “como si” fuese efectivamente quien me pedían que fuera. Muchas veces recién notaba esto en supervisión cuando comprobaba que mi cansancio y mis deseos de que no estuvieran las enfermeras esperándome con sus quejas, referían a un mismo rol que la institución me había asignado y que sentían, de una u otra manera, que era el que una psicóloga debía asumir al hacerse cargo de una paciente de estas características.

6. La paciente terapeuta

En la misma habitación de Janis, y en el mismo periodo de tiempo, otra paciente insistía en no ser paciente. Las mismas enfermeras nos pidieron que viniéramos a verla porque según decían: *“nos tiene a todas locas”*.

Amanda, de 45 años, era una paciente totalmente antipaciente. Haciendo caso omiso al rol que le asignaban como persona a ser intervenida por el cuerpo médico, y por lo tanto alguien pasivo, tranquilo y sumiso, ella había tomado el control de su sala, señalando que le haría terapia a las pacientes que compartían esa habitación con ella. A una la ponía a escuchar música, a otra le daba la comida, a otra le hablaba y la consolaba. Había tomado por asalto la caja de guantes quirúrgicos para inflarlos y convertirlos en unos improvisados globos decorados con caras sonrientes. Mientras ella

se entretenía en estas labores, cerraba la puerta para no ser interrumpida. Según las enfermeras y auxiliares, el propósito era impedirles el acceso a la sala.

Muchas de las actitudes de Janis también las vinculaban a la mala influencia de esta paciente, que estaba “demasiado contenta” y, por lo tanto, era una especie de “manzana podrida” que contagiaba de rebeldía a sus compañeras de hospitalización. Ahora ya no era solamente la libertad de las pacientes lo que las molestaba, sino también su alegría. Les costaba entender que estuviera tan contenta y todo lo tomara como si fuese algo gracioso, un chiste.

Ella decía que prefería tener una actitud positiva y no echarse a morir por lo que le estaba pasando. A mí me parecía válido que tratara de sobrellevar su hospitalización de esa manera, pero la psiquiatra a cargo de su primera evaluación se empeñó en hacerle toda clase de preguntas suponiendo desde psicosis hasta algún trastorno de personalidad. Descartando que esa pudiese ser una actitud normal, les causaba gran extrañeza y, por que no decirlo: molestia.

Cuando hablé con ella, dentro de la psicoterapia de apoyo, me di cuenta que había sufrido mucho en el pasado, en el contexto de la violencia política de la dictadura. No quería entrar en ese tema, solo lo mencionó. En ese momento sentí que no entrar en el asunto era una necesidad, que ella expresaba, de no seguir siendo interrogada, en el fondo no ser torturada con más preguntas.

Cuando tuve esa sensación no había elaborado más que la necesidad de respetar ese límite tan doloroso que ella había trazado. Pero ahora, con la distancia del tiempo, imagino que su forma de comportarse con sus compañeras de sala podría haber sido la actuación de algo traumático, quizás vivido en el contexto de un periodo de detención, en el marco de la persecución política y que probablemente el preocuparse de los otros, el curar a los otros, el alegrar a los otros, era algo que podría haber hecho un prisionero político por un compañero. Después, al analizar este caso con más calma, me di cuenta que también en ese momento contribuí a su resistencia, al no haber explorado un poco más en esos aspectos negados.

Durante su hospitalización ella se empeñó en poner alegría en un lugar tan poco alegre como un hospital. Intentó hacer un cambio en una sala que asemejaba a una cárcel, en donde los pacientes eran vigilados e intervenidos en su corporalidad y en sus emociones, debiendo adecuarse a un reglamento de conducta del paciente modelo.

Lo que mostraba Amanda al rebelarse, era cómo el poder médico infantiliza al paciente, lo somete a una norma y al hacerlo le quita violentamente todo aquello que obstaculiza la uniformidad, todo lo que, según su mirada, es disruptivo y peligroso para la estabilidad del sistema. Incluso la alegría, el humor y el movimiento corporal pueden llegar a convertirse en conductas criminalizadas.

No es extraño encontrarse en este ambiente con expresiones como "está muy feliz para la enfermedad que tiene" "si está muy feliz frente a este duelo, entonces debe estar negando". Todo esto era como si los pacientes debieran reaccionar siguiendo un patrón de emociones y conductas predecibles y que, de no hacerlo, indicaban que algo malo debía estar pasando, es decir, alguna patología no se estaba detectando.

Amanda se convirtió en el analizador de la institución, es decir aquella figura que emerge para cuestionar la ideología de la institución, para generar desviación y oponerse a la ideología dominante con la cual la institución funciona y se perpetúa en el poder. Por ello se presenta bajo la figura del *"chivo expiatorio"*, *"la oveja apestada"*, *"el aguafiestas"*, *"el gracioso de la pandilla"* entre otras denominaciones. (Lourau, 1970, p. 282)

Amanda mostró las contradicciones presentes en la institución. El hospital se define por la misión de sanar personas, pero junto a la curación lo que evidencia es un deseo de control sobre los individuos, que se manifiesta de manera violenta y finalmente iatrogénica. Cuando surgen figuras como Amanda, que muestran estas contradicciones de la situación institucional, surge también a la par, la necesidad de someterlos e impedir que contagien a otros con su discurso libertario. La institución se ve amenazada y actúa. Como dice Lourau: *"La policía, y con ella la ideología dominante y el <<sentido común>> ven en el líder la causa de todos los acontecimientos que vienen a turbar el orden público"* (1970, p. 283)

Las preguntas que me hice, en relación a qué quería la institución que hiciese con esa paciente, se responden a partir de esta función policial en la que se suele encasillar al psicólogo dentro de un hospital. El psicólogo debía alinearse con este supuesto “sentido común” y servir de agente represor para restituir el orden dentro de esa sala en la cual reinaba, para escándalo de las enfermeras, la inversión del orden social, un verdadero carnaval. Por ello, las palabras que usaron las enfermeras para referirse a ella son significativas “*nos tiene a todas locas*”. Basándonos en esto, quien necesitaba atención no era Amanda, sino las enfermeras. Después de todo, quienes expresaban molestia eran ellas y esta provenía de su propio padecimiento y el de la institución que encarnaban en sus roles.

Amanda se negó sistemáticamente a entrar en ese rol pasivo y sumiso que querían imponerle. Me dijo que no quería hablar más, de nada que fuera triste. Ya había tenido suficientes sufrimientos en su vida y no quería convertirse en una mujer amargada como le había sucedido a su madre, quien vivía sus años de vejez en constante tristeza.

Ahora pienso que ella no fue la única en experimentar esas ganas de negarse, ya que en cierta forma yo también me negué a aliarme a la patologización de su alegría, actuando como una fuerza en contra de lo que se me encargaba. En estos momentos me pregunto: si hubiese existido patología, ¿mi implicación me habría impedido verla?

Amanda fue dada de alta pronto y todas mis dudas no alcanzaron a ser re planteadas con ella. Se fue y dejó de alborotar la vida de esa sala, que tras su partida volvió a ser la sala ordenada y triste de antes.

REFLEXIONES FINALES

El recordar y reconstruir como narración los casos vistos en la práctica, me permitió realizar una agrupación de 3 grandes problemas que pude vivenciar en mi labor como psicóloga dentro del ámbito hospitalario. Estos problemas condensan preocupaciones personales, pero también representan experiencias compartidas por otros psicólogos que, en este mismo periodo, realizaron la práctica conmigo.

La inexistencia de demanda. ¿Se puede trabajar así?

Lo que aquí se plantea es una interrogante fundamental de nuestra labor en la Unidad de Enlace, la cual es si se puede o no trabajar cuando no hay demanda del paciente. En los casos antes descritos, la demanda de psicoterapia provenía de los médicos y cuando esto sucede se trata de una demanda que tiene inscrita la palabra control por algún lado. No importa si se disfraza diciendo que es “algo que le conviene al paciente”, lo cierto es que al igual que los consejos, las ayudas que no han sido pedidas terminan sintiéndose como imposición y así me lo hizo notar más de algún paciente, con un lenguaje no verbal que traducía un evidente: “No me queda otra que aceptar”.

A los pacientes se les suele infantilizar y desacreditar en su conocimiento de lo que a ellos mismos les pasa. En más de una entrevista pude observar el notorio asombro de algunos psiquiatras frente a pacientes que describían, con claridad lo que les pasaba y las causas de su padecer, como si el hecho de ser pacientes les inhabilitara, por su condición, de saber lo que les pasaba. Para los médicos, acostumbrados a responder al clásico: “*Dígame que es lo que tengo, Doctor*”, estos locuaces y claros pacientes eran un asunto inédito y excepcional.

Al no haber una intención de pedir ayuda, por parte del paciente, no es posible trabajar, al menos no desde el paradigma que considera la atención psicológica como el resultado de un acuerdo voluntario, de un trabajo entre dos personas.

En el Hospital, cuando uno llegaba a atender a un paciente, por envío del médico, se producía, en algunos, una reacción aversiva, que podía manifestarse de forma abierta o encubierta, pero que terminaba repercutiendo también en uno y llevándolo a veces a identificarse y actuar ese rechazo, como en el caso de la paciente Janis. De ahí a querer deshacerse del paciente, había un solo paso, aquel que sucedía cuando al caminar en dirección a su sala un pensamiento decía con fuerza: *“Ojalá que no esté”, “ojalá lo hayan llevado a hacerse un examen”, “¡ojalá lo hayan dado de alta!”*

Hay ocasiones en que, tras la entrevista inicial, surgía un esbozo de demanda, pero no me atrevería a afirmar que se tratase de algo espontáneo, pudo haber sido parte de la misma presión que implicaba la presencia del psicólogo ya instalado ahí, al borde de su cama para “hacer algo”. Cuando uno llegaba por primera vez, se le preguntaba al paciente si sabía por qué motivo le habían dejado la indicación de ser visitado por un psicólogo. Esto lo hacíamos para poder explorar cuál era el motivo de consulta. Algunos decían abiertamente que no sabían, otros decían como tratando de adivinar: *“Es que el doctor me encontró muy triste, he estado muy llorona... ¿será por eso?”*. Siento que en algunas ocasiones los pacientes improvisaban ese motivo de consulta como una forma de dar respuesta a mi pregunta de qué hacía yo allí en relación a ellos, más que la expresión de lo que ellos necesitaban de mí, como psicólogo, lo cual revelaba que efectivamente la demanda no provenía de ellos.

Es legítimo pensar, además, que muchos pacientes, quizás la mayoría, no tenían una idea muy precisa de que es lo que hace un psicólogo y respecto a eso surgían infinidad de imágenes y prejuicios, desde el “loquero” que viene a poner una camisa de fuerza, hasta el “Patch Adams” que viene a hacer reír al deprimido. En ambos casos, más allá de las caricaturas, la imagen del psicólogo está muy entremezclada con la del médico y esa confusión se refuerza con el hecho de que se obligue al psicólogo a usar una bata blanca como la que ellos usan dentro del Hospital. En ocasiones, fue necesario explicar esta diferencia varias veces dentro del mismo tiempo de sesión porque los pacientes insistían en hablarme como si estuvieran frente a un médico. Es importante reconocer que muchas veces el narcisismo propio llevaba también a generar una conveniente y placentera confusión, al ver que la bata, en tanto signo de poder, abría puertas burocráticas, al entregar rápidas soluciones a los más variados problemas.

Problemas en la comunicación médico-paciente. ¿Qué hacemos en medio?

Ya no recuerdo el número de veces que me dije a mi misma, y escuché decir a otros, *“este un problema de comunicación médico-paciente”*. Casi se constituyó en un código con el cual nosotros también etiquetábamos las dificultades en nuestra labor. Me tocó vivirlo en diferentes casos y con distintas intensidades, todos ellos unidos por la queja del paciente que decía sentirse abandonado por su médico y sin información de lo que le estaba pasando.

En una oportunidad mandaron una interconsulta desde Cirugía para ver a una paciente de 63 años con un cáncer cérvico uterino terminal y, además, un dolor crónico, secuela de una antigua intervención a la cadera, que se concentraba en la pierna e y se irradiaba ampliamente.

Al comienzo, imaginamos que el motivo de consulta tendría que ver con su diagnóstico de cáncer terminal, sin embargo, su preocupación era saber si los calmantes le alcanzarían para realizar el viaje de 4 horas, hasta su ciudad de origen.

La paciente insistía en que ella había preguntado, pero nadie le daba una respuesta que la dejara tranquila y quería que yo le dijera al médico que le explicara bien el tema de los calmantes. Fue necesario insistir en un par de ocasiones con la enfermera, ya que el médico no estaba en el lugar, para que transmitiera esta información, pues el estado de angustia que tenía la paciente se debía principalmente a las condiciones de su traslado. Finalmente, se consiguió que le informaran y el traslado se efectuó de buena manera. Pero fue necesario un “by pass” para lograr algo tan fundamental como la comunicación médico-paciente y sobre todo para comprobar que el origen de la angustia de la paciente no residía en el diagnóstico terminal de su cáncer y en las posibles dificultades para aceptar la muerte, sino en la necesidad de ser escuchada e informada con claridad respecto a su tratamiento paliativo del dolor.

La realidad que acabo de describir, en cuanto a la desinformación de los pacientes respecto de su situación médica, no era algo nuevo. Era frecuente encontrar pacientes que no tenían claro los procedimientos a los cuales iban a ser sometidos, ya fuese en caso de exámenes o intervenciones quirúrgicas. Algunos ignoraban para qué

les estaban siendo administrados determinados medicamentos. Eso los llevaba a una sensación de intranquilidad que no podían manejar y que afectaba muchas veces su tratamiento para la enfermedad de base.

Los pacientes tenían, además, diversas fantasías sobre el motivo por el cual el médico no les decía lo que tenían. Muchas de ellas eran catastróficas, como por ejemplo, la idea de estar frente a una enfermedad terminal, la posibilidad de tener que hacer un tratamiento imposible de costear, o tener que enfrentar algún tipo de invalidez. En base a ellas, los días de hospitalización se llenaban de angustia e insomnio. En varias oportunidades fue ésta la causa por la cual la Unidad de Enlace fue llamada a evaluar. Otras veces estas fantasías catastróficas los hacían actuar de manera suspicaz, intentando extraer de nosotros información que suponían nos era conocida, pero ocultada específicamente a ellos. En algunos casos, esta fantasía no estaba muy lejos de la realidad, ya que la ficha nos permitía acceder a información en relación a su diagnóstico, pronóstico y tratamiento que no siempre era clara para ellos. El principal problema al respecto era que muchas veces los pacientes presionaban por corroborar o desmentir las ideas que ellos tenían en relación a lo que les estaba pasando. Es decir, nos pedían insistentemente que les explicáramos que estaba pasando en verdad con ellos. Por otro lado, como ya lo dije anteriormente, el que los psicólogos llevásemos una bata blanca hacía confuso para los pacientes entender que nosotros no éramos médicos como para explicarles lo que ellos nos pedían, porque no contábamos con los conocimientos pertinentes, pero sobre todo y mucho más importante, porque no era nuestra labor. Era el médico tratante quien se encontraba en la obligación de aclararle todas sus dudas en relación a la enfermedad que los aquejaba.

¿Por qué los médicos eludían, a veces, esta labor tan lógica? Creo que los invadía la angustia frente a algunos temas, por ejemplo, la muerte; y si bien convivían a diario con ella, no es menos cierto que los médicos no suelen tener instancias para hablar de lo que les pasa contratransferencialmente con sus pacientes. Era cotidiano ver como los médicos nos pasaban a los pacientes, literalmente como si fuesen una piedra caliente, de la cual querían deshacerse con rapidez lanzándosela a otro que pudiera tomarla. Muchas veces la frase era: *“Mira, yo he visto a esta paciente y no le encontramos nada...échenle una miradita pa ver si pueden hacer algo”*. Era común, en estos casos, encontrar

pacientes que, efectivamente, provocaban en el otro unas ganas de salir corriendo, ya fuese porque lo que transmitían era angustia, cansancio, o aburrimiento, entre otras cosas. La diferencia entre ellos y nosotros es que nosotros como psicólogos éramos capaces de hablar con otros de estas sensaciones y luego situarlas y comprenderlas en su verdadera dimensión, o mejor dicho, en su verdadera relación.

En este escenario, el hospital y las relaciones que se daban al interior de él, entre el cuerpo médico y los pacientes, terminaba por generar sintomatología que afectaba la salud de estos últimos, es decir se producían relaciones iatrogénicas. Tanto así que los pacientes se enfermaban por no saber de qué estaban enfermos, se enfermaban de miedo imaginando lo peor, se enfermaban de rabia porque eran ignorados. Se enfermaban de curiosidad por saber que decía la ficha sobre ellos. Y teniendo como principal queja el no saber o entender que les estaba pasando, acudían al psicólogo como un intermediario que podía lograr la información que no habían obtenido previamente, dado que estaba situado, para ellos, en un lugar jerárquico similar a los médicos.

Esta petición de los pacientes nos ponía en una complicada situación, en primer lugar, porque los médicos, salvo algunas excepciones, no tenían contemplado la posibilidad de hablar con un psicólogo con el cual tuviesen un paciente en común. Por lo general, si uno quería plantearles alguna duda, había que hacerlo por intermedio de las enfermeras o los internos, pues la mayoría de las veces uno no encontraba a los médicos en el lugar cuando visitaba al paciente, lo cual era frustrante porque no siempre los mensajes, enviados por terceros, llegaban a tiempo y corría el riesgo de que pudieran llegar distorsionados o, simplemente, no llegar.

En un segundo lugar, nos ponía en una posición inquisidora de estar juzgando como deficiente algo que ellos tenían que hacer (es decir, preocuparse de dar a su paciente la información sobre su condición médica). En nuestra condición de practicantes, si bien nunca se dijo explícitamente, pero si implícitamente, debíamos abstenernos de juzgar esos aspectos deficientes. Siempre que el tema salía a propósito de los diferentes caso en los cuales esta situación se repetía, la conclusión de la Unidad era similar: *“sabemos que lo que está sucediendo no está bien, sin embargo no nos*

podemos meter nosotros a decirle a este otro médico como hacer su trabajo". Fin del comentario, fin de la discusión.

En último lugar, nos parecía absurdo como psicólogos, el estar realizando una labor fiscalizadora respecto a la labor de los médicos, pues en la medida que lo que nos pedían los pacientes era llevarle un mensaje a su propio médico nos situaba en una especie de rol de recaderos que no correspondía.

Si uno toma en cuenta todos los obstáculos que rodeaban la comunicación con los médicos, la posibilidad de realizar un trabajo en equipo con ellos, incorporando la salud mental en ese espacio era bastante difícil. Habría que empezar por haber sugerido algo a nivel institucional como la implementación, por ejemplo, de Grupos Balint o una instancia similar que les permitiera a los médicos elaborar sus propias angustias y no terminar lanzando pacientes a otros, a causa de ella. El problema que surge ahí es que una intervención institucional de esta magnitud no puede ser impuesta, debe surgir de una demanda de los propios actores de la institución.

Por justicia, hay que consignar en esta observación algunas excepciones dentro del Hospital: los equipos de Medicina Física, Cirugía y la Unidad del Dolor se caracterizaron por apoyar un trabajo mancomunado con los psicólogos, que apuntara a los mismos objetivos y, por lo tanto, se potenciara para beneficio del paciente.

Estos casos de problemas en la comunicación médico-paciente siempre llamaron mi atención y la de los psicólogos practicantes en general, pues nos preguntábamos cuántas consecuencias posteriores en la salud mental de los pacientes se podrían haber evitado de haber solucionado este problema. Mirándolo incluso en los términos económicos más fríos, el costo en movilizar recursos innecesarios en estos casos, encarecía una atención que podría haberse realizado en condiciones más favorables para los pacientes y el sistema en general.

El control. ¿Psicólogos o policías?

Una de las cosas más difíciles de manejar para los equipos médicos dentro del hospital son las conductas de los pacientes que se salen de lo considerado como normal. Se espera que el paciente padezca calladamente, sea sumiso a las órdenes médicas y las obedezca completamente. Más que la búsqueda del bienestar integral del paciente, lo que se experimentaba al recibir una interconsulta era la intranquilidad de los servicios médicos y la necesidad, manifestada en el encargo, de ser asistidos por el Servicio de Psiquiatría en el control de estas conductas disruptivas. Se sentía como si estuvieran tirando un bulto para que la Unidad de Enlace se hiciera cargo, para que “arreglaran” al paciente y lo devolvieran tranquilo y ajustado.

Como vimos en el caso de Amanda, lo que muchas de estas conductas revelaban era una crítica hacia la institución que pretendía controlarlos, acallarlos y dominarlos, ya fuese con fármacos o con la sugestión de la palabra utilizada como mandato de orden.

Como en la célebre película “Despertares”¹, la tendencia a infantilizar a los pacientes, decidiendo por ellos y optando por contenerlos en sus propios deseos y decisiones también podía ser vista en este caso, por medio de una búsqueda incesante de un diagnóstico que psiquiatrizara este conjunto de actitudes anormales para una enferma. Era necesario ponerle nombre desde la patología mental a tanta libertad, alegría y movimiento.

La utilización del diagnóstico como forma de control era tan frecuente que incluso nos topábamos con situaciones tragicómicas, como el caso de una mujer de 60 años considerada “paciente problema”, que venía con mala fama de otro servicio producto de su mal carácter, lo cual había hecho que todo el mundo le tuviera miedo y rechazo. A nosotros nos advirtieron eso antes de entrar a la sala donde se encontraba, con un tono que asemejaba la advertencia frente a una bestia peligrosa e indomable.

Causaba curiosidad el que todos los argumentos que se daban en relación a ella, parecían un prontuario de reo, la mayor parte de ellos no se basaba en experiencias de los propios funcionarios con la paciente, sino más bien en la larga lista de reclamos de

¹ Marshall, P. (Director) (1990) *Despertares* [] cinematográficas. Estados Unidos: ColumbiaTriStar.

otros servicios y en lo rápido que buscaban deshacerse de ella para conseguir que la hospitalizaran en otro lugar.

Mi sorpresa fue grande cuando pudimos comprobar en la entrevista, el becado de Psiquiatría y yo, que la señora resultó ser una mujer amable y tranquila. No tuvimos los problemas que la enfermera nos anticipó (mal humor y poca disponibilidad a hablar) y no se parecía en nada a la descripción de paciente intratable que nos habían dado previamente. Ella decía que lo que la tenía molesta eran los dolores que sufría y que le afectaban el sueño y a veces eso la ponía de mal humor.

La sensación que me dio, luego de pensar en para qué nos habían mandado llamar, fue que nos estaban pidiendo que encontráramos desde la salud mental algo que explicara la mala conducta de la paciente, para, en segundo lugar, confirmar que se trataba de un comportamiento etiquetable bajo alguna enfermedad mental. No se trataba sólo de decir que era una señora irascible o difícil de manejar, sino que implícitamente se estaba pidiendo una casilla en donde ordenar el problema y darle una solución o, incluso, más que una solución pedían una clasificación científica creíble, desde el punto de vista psiquiátrico, que adjudicara la responsabilidad a la enfermedad que supuestamente padecería la paciente. De esta forma, la explicación a la irritación y mala predisposición que tenía el personal médico hacia esta paciente, no se debía a que ellos tuvieran poca tolerancia para comprender y tratar a personas que estuviesen irritables o de mal humor, sino que era responsabilidad de la paciente y su patología.

Muchas veces no encontrábamos nada patológico en los pacientes, sino más bien encontrábamos reacciones que nos parecían plenamente justificables, considerando las situaciones incómodas o dolorosas que vivían desde el punto de vista físico, las dificultades de sus tratamientos y la condición misma de estar hospitalizado y, por lo tanto, sometido a un régimen estricto, lejos de su entorno familiar. Y era frecuente también que se presentaran estos casos en los cuales se pedía que el saber médico psiquiátrico pusiera un nombre que validara una estrategia de control farmacológico rápido y adecuado a esas conductas que juzgaban disruptivas o anormales.

Al control sobre el cuerpo, se sumaba el control sobre las decisiones.

En los casos de la paciente anoréxica y las embarazadas se daba una disyuntiva similar. En ambos, la presión y el control estaba puesto en obligar a las pacientes a decidir por la vida, tanto la propia como la de sus hijos. Esta situación era compleja pues, en el caso de la paciente anoréxica, el mandato que se nos había dado como psicólogos (a quienes fuimos a asistir) era conseguir que comiera, pero sin importar que recursos, trucos o palabras se usaran para lograr el objetivo. No había por lo tanto una escucha ni un respeto hacia los deseos de la paciente.

En el caso de las embarazadas, a esta poca escucha y respeto por los deseos de las pacientes se sumaba la criminalización, ni siquiera de sus acciones sino de sus intenciones, ya que la sola expresión de una idea que dejara entrever que no querían tener al hijo que llevaban ya las hacía acreedoras de una sanción negativa por parte del equipo médico. Esto no sólo lo presencié, sino que me fue comunicado por una paciente, quien hablándome en voz baja me decía que estaba preocupada porque sentía que la miraban como si fuera un monstruo por admitir que no estaba contenta con su embarazo. Lo que esta paciente no sabía, era que esto no era idea suya, sino una realidad.

En las condiciones de trabajo antes descritas, el modelo más afín a los objetivos médicos era el modelo cognitivo conductual. Así lo hacen saber, de diferentes formas, los tratantes, otorgándole un valor relacionado a la “efectividad” y a la “rapidez”, entre otras cualidades. Los enfoques teóricos de los psiquiatras que componían la Unidad de Enlace, a pesar de ser variados, desde los sistémicos hasta los de orientación psicoanalítica, si bien permitían ocasionales miradas comprensivas hacia la situación de los pacientes, terminaban sometiéndose a una forma de accionar que tenía más relación con lo cognitivo conductual que con una visión si quiera integrativa. Al tener que adecuarse a este modelo de acción, muchas veces sentí una profunda confusión y la sensación de no estar haciendo nada en provecho de los pacientes, sino sólo en provecho de los deseos de la institución.

A más de alguien podrá sonarle exagerado, pero a pesar de tener la intención de pensar lo que le pasaba a lo pacientes y lo que me pasaba a mí con ellos; dentro de los pasillos del hospital y de la Clínica se me hacía difícil realizar esa operación pues la sensación que me dejaba la práctica era la de estar corriendo en un permanente hacer sin

pensar. Como broma, solía decirles a mis compañeras de práctica que las psicólogas de la Unidad de Enlace usábamos zapatillas de clavo, como las que usan los corredores. Y la verdad es que no estaba muy lejos de la realidad, el ir y venir por los pasillos era algo similar a una carrera, con un punto de partida, pero sin saber con claridad cuál era la meta. Dentro de un régimen autoritario se hace difícil pensar.

CONCLUSIONES

Retomando las preguntas iniciales formuladas en esta Memoria acerca de si el psicólogo está preparado para trabajar en un hospital y si el Hospital, y su personal, están preparados para entender lo que hace un psicólogo, me parece que esta pregunta es una calle en dos sentidos. No basta con que el psicólogo tenga claridad en relación a lo que va a hacer dentro del hospital, que por lo general no la tiene, sino además entender que la definición de un rol está también otorgada por otro, por lo tanto también es necesario que los otros sepan lo que hacemos. De esa manera, se puede lograr definir un espacio de trabajo claro y además evitar con ello que quienes forman parte de los equipos médicos nos involucren en requerimientos que no corresponden a nuestra labor.

En relación a si se puede trabajar en un equipo de salud mental con el estilo de trabajo en equipo existente, me parece que esta pregunta tiene que ver con la ilusión que se tiene de estar trabajando en equipo, por el sólo hecho de que un grupo de individualidades con un jefe a la cabeza se autodenomina equipo. Si uno se ilusiona y piensa que esa modalidad de trabajo existente es realmente trabajar en equipo, entonces uno no sólo está realizando un aprendizaje errado, sino que además se está garantizando una serie de frustraciones futuras.

Lo primero que hay que tener claro es que en ese tipo de trabajo en equipo no se puede expresar abiertamente una opinión disidente en cuanto a la dirección de la cura (Si es que podemos hablar realmente de cura) no se tiene incidencia real en las decisiones de los tratamientos indicados, no se puede pensar en profundidad los casos. (Porque no hay tiempo, porque no se puede ahondar en la conflictiva del paciente, entre otras explicaciones). Por lo tanto, hay que asumirse como ejecutor de órdenes o de lo

contrario, creativamente, hacerse un espacio donde no existe, como en el caso del pasillo, e inventar estrategias sobre la marcha para nadar contra la corriente institucional. Es más fácil que uno genere estrategias a pensar en cambiar el edificio completo de una sola vez, más aún considerando que muchas de estas instituciones constituyen el grueso de su fuerza de trabajo en base a alumnos en práctica (que, por lo general, permanecen por alrededor de 6 meses o un año, a lo sumo), por lo cual la incidencia de agentes que produzcan cambios relevantes y duraderos, a nivel institucional, es en la realidad, mínima.

Esto nos lleva a la siguiente pregunta: ¿Cómo afecta a la identidad profesional un ambiente de trabajo jerárquico en el cuál se le exige al psicólogo hacer muchas cosas que no tienen que ver con su labor?

Nuevamente las condiciones que fuerzan al psicólogo a actuar desde una lógica de control policial resultan ser una enorme fuente de estrés y confusión, pues uno se topa a cada momento con sensaciones encontradas, con una permanente molestia y frustración de sentir que uno está haciendo algo que no quiere hacer. Podría decirse que uno está, en gran medida, actuando a favor de la resistencia de los pacientes a cambiar, ya que la dirección de muchas intervenciones va en la línea de prolongar, por ejemplo, la dependencia de los pacientes, al decirles lo que tienen que hacer y no darles la oportunidad de aprender a decidir por si solos.

Yendo más allá, la forma de abordar la intervención en crisis, desde una perspectiva cognitivo conductual, también impone a la persona una salida a su situación que proviene del discurso del saber poder impulsando al paciente a buscar una rápida adaptación, en pos de volver a recobrar el estado previo a la situación traumática. Sin embargo, en este sentido es posible una alternativa, que es intervenir en la crisis desde el modelo de la Urgencia Subjetiva que aborda la desorganización de los determinantes subjetivos que marcan la vida de las personas y que se trastocan producto de la irrupción de un evento traumático que excede la capacidad de elaboración del sujeto, conmocionando su organización, provocando una situación intolerable que genera una ruptura de la homeostasis en que el sujeto vivía. (Lagos, 2010)

A partir de este modelo, el terapeuta, mediante la escucha, pone una pausa, en lugar de dar una respuesta rápida -como lo haría la psiquiatría, por ejemplo, medicando al

paciente- y es a partir de esa pausa que el terapeuta explora qué elementos de la experiencia traumática lo han conmocionado en su vivencia subjetiva, retornando de esta manera a la propia escucha del paciente los elementos que le permitirán a él, reconstruir su vida posterior al quiebre, de la manera en que lo decida. Con esto se restituye protagonismo a la experiencia única y singular de cada sujeto, la cual escapa a un manual en donde se trate a todas las personas con un protocolo único.

Toda la sobrecarga emocional que implica trabajar con un otro en crisis, requiere contar con un grupo que apoye y contenga también lo que va emergiendo en el profesional. Por eso, para preservar la integridad psíquica del psicólogo, es imprescindible contar con grupos de supervisión, ya que los niveles de angustia en los cuales se trabaja en el hospital son notoriamente altos y eso es algo de lo cual no se habla, pero si se siente, se respira y se vive a cada momento. Hay angustia frente al dolor, frente a la invalidez, frente a la muerte, frente a la pobreza que impide a los pacientes contar con mejores tratamientos o medicamentos, frente a la soledad del paciente que no es visitado y que es dejado allí para que otro se haga cargo.

Todas estas situaciones tocan al psicólogo por algún lado y pueden hacer que al estar inmersos en esta vivencia se actúe la angustia antes de darse cuenta de lo que a uno le pasa. Lo mismo sucede con la violencia que se experimenta al interior del hospital, tanto en el trato entre quienes trabajan, como también hacia quienes son intervenidos.

Yendo más allá del psicólogo mismo, se constata la falta de espacios donde poder hablar de la práctica diaria, de las dificultades y de las angustias que allí se generan, por lo cual sería ideal contar con intervenciones a nivel institucional que mejoren aspectos deficitarios de las relaciones al interior del Hospital y contribuyan a tomarle el peso real a los problemas de salud mental que se dan a diario con los pacientes hospitalizados y el personal mismo que trabaja con ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguayo, M. (2005). *Construcción del rol profesional: significado otorgado por los alumnos a la relación con enfermeras clínicas durante las prácticas hospitalarias*. Tesis magíster en educación con mención en curriculum y comunidad educativa. Universidad de Chile.

Álvarez, J. (1984). *El rol del sociólogo en Chile como profesional aplicado: estudio realizado en las áreas de publicidad, investigación de mercados, opinión pública y comunicaciones de masas*. Tesis para optar al título de sociólogo. Departamento de Sociología, Santiago: Universidad de Chile.

Araya, P. (1999). *Manual de psicodrama: desde Moreno hasta el psicodrama psicoanalítico infantil: bases históricas, fundamentación conceptual*. Tesis para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Santiago: Universidad de Chile.

Arrivilla-Quintero, M. (2009). *Psicología y Salud Pública: tensiones, encuentros y desafíos*. *Universitas Psychologica*, 8 (1), 137-147.

Berger, P. Luckmann, T. (1993). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bonano, O. Bozzolo, R. L'Hoste M. (1999). *Caída de los sentidos en las prácticas profesionales*. Actas del XIII Congreso Latinoamericano de Grupos, realizado en Montevideo, Uruguay, 1999. Extraído el 25 de enero de 2010. <http://www.campogrupal.com/caida.html>

Brunner, J. (1976). *Roles y socialización. Anotaciones para una discusión bibliográfica*. Santiago de Chile: FLACSO.

Corominas, J. (1976). *Diccionario crítico etimológico de la lengua castellana Joan Corominas*. Madrid: Edit. Gredos.

Foladori, H. (2006). El rol del Psicólogo. *Castalia*, 10, 115-125.

Foladori, H. (1997). *Análisis vocacional grupal*. Santiago de Chile: Editorial Espiral.

Foladori, H. (2000). Homenaje a Rene Lourau. *Práxis*, 2, 146-148.

Gálvez G., Mardones M., Vöhringer P., Rodríguez M., Oda C., Rodríguez A. (2008). *Revisión de doce meses de interconsultas a Psiquiatría de Enlace en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (2007)*. LXIII Congreso chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. 30, 31 de Octubre y 1 de Noviembre de 2008.

Garay, A. (2002). *La identidad social desde el punto de vista del interaccionismo simbólico*. UAB: Departamento de Psicología de la Salud y de Psicología Social. Documento electrónico disponible en: <http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/IdentidadIS.pdf>

Gómez-Restrepo, C (2008). Técnicas de Psicoterapia breve en Psiquiatría de Enlace, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 100-112.

Grande, A (2010) *El psicoanálisis implicado y la interdisciplina*. (Entrevista). Extraído el 28 de marzo de 2010. <http://www.xpsicopedagogia.com.ar/2010/03/el-psicoanálisis-implicado-y-la-interdisciplina/>

Hernández, G. Kimelman, M. Montino O. (2000). Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y del puerperio. *Revista Médica de Chile*, 128, 1283-1289.

Hernández, G. et al. (2004). Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 132 (6), 725-732.

Lagos, R. (2010). *Urgencia Subjetiva en contextos de catástrofe*. Trabajo presentado en capacitación de psicólogos voluntarios del equipo Psiconstrucción. Marzo. Santiago Chile.

Lapassade, G. (1999). *Grupos Organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia*. Barcelona: Gedisa.

Londoño, C., Valencia, S., Vinaccia, S. (2006). El papel de psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*, julio-diciembre, 199-205.

Lourau, R. (2001). *Libertad de Movimientos. Una introducción al análisis institucional*. Buenos Aires: Eudeba.

Lourau, R. (1970). *Análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Manero R. (1992). *La novela Institucional del Socioanálisis*, México. D.F: Colofón.
- Marshall, P. (Director) (1990). *Despertares* [] cinematográficas. Estados Unidos: ColumbiaTriStar.
- Miller, E. (2007). *Liderazgo, Creatividad, y Cambio en Organizaciones*. Santiago, Chile: Ediciones Copygraph.
- Moncada, L. (2005). *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Moreno, J. (1961). *Psicodrama*. Buenos Aires: Hormé.
- Neuburguer, R. (2002). La institución como obstáculo *Psicoanálisis y el Hospital 21*, 16-20
- Portuondo, J. (1972). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ramírez, J. (1997). *Psicodrama. Teoría y práctica*. Bilbao: Edit. Descleé de Brouwer
- Rodríguez, A., Giménez, L., Netto, C., Bagnato, M., Marotta, C. (2001). De ofertas y demandas: una propuesta de intervención en psicología comunitaria. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 10 (2), 101-109
- Silva, C. y Pages, G. (2006). Hiperemesis gravídica. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 66 (3), 178-186. Extraído el 15 de febrero de 2010 <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322006000300008&lng=es&nrm=iso>.
- Tapia P., Eva P., Ortiz L. (1997). Programa de psiquiatría de enlace e interconsulta psiquiátrica en un Hospital General. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.*, 35: 197-201
- Valdebenito, G. (2009). *Profesor de educación básica, una búsqueda del rol profesional en espacios de vulnerabilidad*. Tesis magíster en educación con mención en curriculum y comunidad educativa. Universidad de Chile.
- Uzorskis, B. (2002). Iatrogenias en Acción. *Psicoanálisis y el Hospital 21*, 29-35.