

Universidad de Matanzas “Camilo Cienfuegos”
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades
Departamento de Psicología

Título: Complejidades de la Orientación en Psicología Clínica. Una aproximación desde la atención al paciente psicosomático.

Autora: Lic. Liudmila Santana Romero¹

Dentro de un hospital uno de los servicios más recibidos en la Consulta de Psicología, es el de los considerados pacientes psicosomáticos.². Casi siempre es un paciente que acudió al médico, por una dolencia física y resultó no tener una causa orgánica claramente definida y probable. O sea, es hospitalizado y atendido por especialistas en Medicina, que buscan aliviar los síntomas mientras se interconsulta por Psicología para intentar un acercamiento, evaluar y tratar la sospechosa causa originaria de la dolencia.

Como es común, la demanda del paciente es hacia el médico: “Ser, capaz de curar la enfermedad”. Demanda bien encausada en tanto “entiende” lo que padece y además puede mejorar los síntomas que hacen que esté y que sea un “enfermo”. Esta relación se hace eterna y nutrida. Da sentido de ser a cada quien: un enfermo, que busca “ser curado de una dolencia que le da identidad, de la cual desea hablar (en palabras curar)” y alguien que se cree capaz de hacerlo.

Desde el paciente toda intervención médica refuerza el recreo, necesario, con su malestar. Con este especialista se va a tratar, como con nadie mas, el problema que le aqueja, dándole sentido de ser y de pertenencia. Para estos pacientes su afectación pasa desde el estar al ser y como tal se comportan. Dejan de estar enfermos para ser enfermos. Dejan de ser Pedro, Maria o Gustavo para ser fibromiálgico, hipertenso...

Es en este medio y con estos especialistas que son y donde mayor escucha van a tener para aquello de lo cual disfrutaban hablar, a pesar del dolor o limitación asociada. El resto de los sucesos y de las relaciones pasan por el vínculo identificatorio con la enfermedad, que se va convirtiendo en lo más importante.

El médico no vive de igual modo el vínculo, no llega el esperado “estoy mejor” o en última instancia- el “ya estoy bien” y se va “angustiando” ante el fallo de la medicación y la continuidad de los síntomas. El médico siente que se le agotan las posibilidades de intervención exitosa como dueño absoluto del saber en torno la enfermedad orgánica. Sucede, muchas veces, que entonces recurre al psicólogo.

No siempre conocedor de la lógica de funcionamiento de estos pacientes, el psicólogo se convierte en un instrumento más a utilizar en el quehacer médico que sigue siendo el responsable del caso y de su mejoría. Sin suficiente saber (como para ocupar el lugar del saber y trasladar al médico, que no desea abandonarlo) no compite profesionalmente pero lo desea.

Despojado de poder en una institución médica por excelencia, el psicólogo recibe sugerencias de los posibles tratamientos a seguir con estos pacientes. Si el médico ya exploró la Orientación en torno a “cómo vivir con la enfermedad”, entonces supone que el psicólogo, consejero y orientador, les da opciones y los “convenza” sobre como lograr “mejoras en la calidad de vida”, “cambios de estilos de enfrentamiento”, “variación de hábitos”, “incorporación de ejercicios físicos y de relajación”.³

Suponiendo que, como ya diría Calviño, “...una rápida mirada a la concurrencia de demandas prácticas al trabajo el psicólogo nos hace ver con claridad que la Orientación es uno de los procedimientos de intervención más requeridos y que, en muchas ocasiones, la mirada del psicólogo por no haber sido formada para esto no logra ni verlo...” (Calviño, 2000, p.1). No obstante eso, el profesional

nuestro asume el caso como sugerencia médica y tratando de encontrar el “saber” que el médico de antemano considera propio para él.

Lo primero con lo que debe chocar es con un paciente sin demanda de atención psicológica. La demanda, fue del médico. El paciente llega a la consulta a veces ofendido “tú sabes lo que es mandarme para el psicólogo...”, a veces dudoso “yo no se porqué me mandaron para acá...”

Entonces al psicólogo le quedan pocas opciones: meterse en el juego médico y salvar su responsabilidad y sugerirle al paciente “cambios de estilos de vida, ejercicios, relajación, masajes...” con la seguridad de que es escuchado, si acaso. O no, volver a derivar el caso a su especialista inicial, ante una aclaración de quién es la demanda y entonces quedar como incompetente ante este otro profesional de la medicina que siempre “sabe” qué hacer (en términos de herramientas e instrumentos y mejoría de síntomas).

En el caso de quedarse con el paciente, a pesar de, la Orientación sugerida se torna muy difícil. Calviño se considera “... convencido de que el problema central en la orientación es técnico.” (Calviño, 2000, p.2). En el caso de los pacientes psicósomáticos, sin demanda de atención psicológica, más que de técnicas e instrumentos, se trata de entender cómo funcionan todos los actores implicados en el proceso así como el proceso vincular en si mismo. Por un lado, la direccionalidad hace que el paciente abandone la consulta. Por otro lado, la ausencia de directividad provoca el mismo efecto.

Este tipo de pacientes tardaría mucho en considerar que su malestar inicial es psicológico. En su discurso de “quítame esto que me duele” es posible aliviar sus síntomas pero no es posible quitarle el disfrute que tiene en el dolor del órgano que le da identidad. Como dice Héctor Gallo⁴ tras sus síntomas no hay mas que un gusto por hablar de su “dolor” (Gallo, 2000, p.59).

Desde el psicoanálisis se considera difícil la Orientación, la terapia o el análisis a estos pacientes. En el fenómeno psicossomático no se sabe donde está la subjetividad; a partir de la palabra del enfermo lo que parece formarse no es una demanda analítica sino la prueba de una transformación del dolor físico en insignia existencial.

Sin demanda de atención, son incapaces de establecer vínculo de transferencia con el terapeuta. El dolor no hace enigma para el enfermo, porque el fenómeno psicossomático se comporta como un sueño antes de ser narrado a otro, al final, no está hecho para decir nada a nadie. Entonces, "...el enfermo psicossomático responde con la indiferencia ahí donde el neurótico se interroga..." (Gallo, 2000, p.59).

Para nadie es un secreto que el psicólogo cubano enfrenta problemas en su práctica cotidiana, que van desde lo institucional hasta el quehacer concreto en la clínica, desde la formación básica de pregrado hasta la especialización.

Cuando de Orientación psicológica se trata, parece imposible desprenderse de las dificultades por las que atraviesa todo aquel, que dada su condición de terapeuta, pretende realizarla. Un ligero recorrido por ellas nos facilita, reconociendo su existencia, una transformación en nuestro devenir profesional.

Lo primero es nuestra formación básica. Hace ya algunos años quedó claro para nosotros, psicólogos graduados en Cuba, que no era lo mismo Orientación Psicológica y Psicoterapia, posible dificultad a enfrentar en la práctica clínica. Las conocidas diferencias entre los dos "procesos", además de la posibilidad de un continuum entre ellos, suponía, recién graduados, una tranquilidad ante la supuesta angustia del qué hacer en la clínica, con y por los pacientes que te irían llegando.

Sólo se trataba de darte cuenta de qué hacer con cada caso primero y luego, seleccionar el contenido de la Orientación y la Psicoterapia adecuada así como el orden y modo en que serían utilizados, según el tipo de paciente recibido en consulta. Por lo tanto, en el caso de la Orientación que es lo que nos ocupa, el mayor esfuerzo del psicólogo estaría encaminado a aumentar el background de posibles soluciones a “proponerle” al paciente para que resolviera su problema (proceder teórico); sin perder de vista los supuestos éticos y prácticos aprendidos que facilitarían el papel adoptado ya en consulta.

Sin embargo, no tardamos en cuestionarnos, la concepción direccional del quehacer del psicólogo como terapeuta y/o orientador y la eficacia de dicho proceder. Entre otras cosas porque es imposible negarnos la influencia recibida de las corrientes dinámicas y/o psicoanalíticas. Sin renunciar ni pretender ser analistas, no sólo porque sería un imposible sin preparación y sin análisis previo al ejercicio práctico, sino porque no es interés inmediato; hemos empezado a considerar como necesarios algunos de los presupuestos de trabajo establecidos por el psicoanálisis.

Dígase que coincidimos en que- “(...) los pacientes (...) deben ser vistos varias veces por semana, (...) en sesiones de 45min. aproximadamente, en la cual el tiempo debe ser un acuerdo respetado por el analista y donde la regla de abstinencia es fundamental. Abstinencia fundamentalmente de establecer relaciones con el paciente: amorosas, sexuales o agresivas pero también de amistad, social, de trabajo o de negocio (...)” (Anzieu, 1990, p.34).

Además de respetar el deseo del paciente, en torno a su vida, sus conflictos y alternativas de soluciones a los mismos que hacen del terapeuta un ser menos directivo durante el proceso de Orientación, abandonando el lugar del saber y sus propios ideales. Para ello “sosteniendo” su angustia con su terapeuta respectivo.

Luego de unos años de trabajo clínico coincidimos en que es necesario el respeto al encuadre. El lugar a desarrollar las consultas y el horario está prescripto al recibirse el caso. Lo que supuestamente varía es el tiempo de duración de las consultas y la cantidad de sesiones. Para muchos una de las diferencias fundamentales entre Orientación y Psicoterapia es el tiempo dedicado a cada proceso. ¿Acaso se puede resumir que por tratarse de un caso de Orientación el paciente tendrá menos tiempo que el de Psicoterapia? No creo que eso pueda preverse.

Recientemente Eric Laurent aclara que “(...) Una de las variaciones en el psicoanálisis es pensar que el largo plazo puede no ser para todo el mundo. Forma parte de la dimensión de la civilización, es así, efectivamente, por muchas razones y por muchas sobredeterminaciones, todo va más rápido. Y no sólo Internet, los movimientos de capital indican una exigencia así. Y hay gente que viene y que pide tratamientos breves y se queda largo tiempo. Hay otros que piden un tratamiento breve y que se van rápidamente, mejorados, reconciliados con algo. Y creo que precisamente hay que seguir y aplicar el psicoanálisis a patologías a las cuales Freud no había ni pensado aplicar. No es un problema sólo de un modo de demanda nuevo. Hay que adaptarse y tratar de responder manteniendo los principios del psicoanálisis, como el tratamiento por la palabra, la transferencia, que es la base del concepto freudiano. Simplemente hay que aplicarlo de otra manera.” (Laurent, 2005).

Desde esta lógica la Orientación y la Psicoterapia son un proceso único, cuyo guía es el deseo del paciente, pasando por un encuadre bien definido y acotado, donde la escucha del terapeuta y la interpretación de la transferencia⁵ son la herramienta fundamental. La demanda de atención es el punto de partida. El paciente coloca al terapeuta en el lugar de sujeto de supuesto saber, capaz e indicado para ayudar a resolver, orientar y su función (conocida y asumida) es abandonar este lugar y devolverle el saber y la responsabilidad al único que puede tenerlo: el paciente.

De lleno en la línea de pensamiento dinámico o psicoanalítico, es preciso entender la relación entre la orientación, la psicoterapia y el análisis, no como estructuras predeterminadas, sino como un continuo relacional. En este vínculo aparece una persona demandando un tipo de ayuda y en la medida en que se van definiendo los términos de esa ayuda, esta se va focalizando en resolver decisiones inmediatas a corto plazo -que son la causa de la angustia que lo condujo a consulta- y una vez finalizadas estas, no tiene sentido sostener otro tipo de vínculo.

También puede ocurrir que el paciente se va corriendo hacia preocupaciones cotidianas de su vínculo con los otros y consigo mismo y se va prolongando el trabajo, aún con un papel relativamente activo del terapeuta.

Sólo luego y llegados al punto de que problemas estructurales y un profundo deseo de transformarse para lo cual se confía en un saber imaginado en el terapeuta conducen a un vínculo analítico que debe ser oportunamente encuadrado y conciliado, sin límite de tiempo a largo plazo pero sí con reglas de trabajo bien definidas (Machín, 2002).

Es la dinámica de relación entre el paciente y el terapeuta la que va definiendo el destino de esa relación, en la cual lo más importante es tratar de ajustarse al principio ético de que sea el deseo del paciente quien marque los designios del vínculo.

Siendo fieles a esta lógica la tarea principal con el paciente psicósomático sería, interpretando su demanda física, proporcionar en este espacio terapéutico una posible aparición de demanda psicológica en palabras. Respetar el decursar de ese proceso aparezca o no. Además rechazar la “incompetencia sugerida” por otros especialistas que exigen del psicólogo el abuso del lugar de poder que otorga el saber.

Ya nos decía Volnovich en una ocasión "...El psicoanalista espera, no sugiere nada, no propone otra tarea como no sea la de dejar que las palabras, el jugar, los dibujos -cualesquiera éstos sean- vengan y discurren. Debe situarse más allá del campo de los intereses sociales y mundanos. Más allá de la intención de cumplir con fines determinados.

Continúa "Por nuestra parte, -le dice Freud a Ferenczy, su anfitrión en Budapest- rehusamos decididamente adueñarnos del paciente que se pone en nuestras manos. Rehusamos estructurar su destino, imponerle nuestros ideales y rehusamos, también, intentar formarlo con orgullo creador, a nuestra imagen y semejanza" (Volnovich, 2004). Qué difícil este saber dentro de un mundo que se propone "educar".

Bibliografía

1. Anzieu, D. (1990). A skin for thought. London: Karnac Books.
2. Calviño, M. (2000). Orientación psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple. La Habana: Editorial Científico- Técnica.
3. Caruso, C. (2006). Una respuesta integral a angustias muy tempranas. En *Revista Subjetividad y cultura*. México: Plaza y Valdés, No. 24 Trastornos psicosomáticos, Ab. , 2006, p. 8-18.
4. Gallo, H. (2000). Fenómeno psicosomático: entre el cuerpo y el dolor en *Revista Colombiana de Psicología*, No. 9, p. 56-60.
5. Gilmore, S. (1973). The Counselor- in- training. New York: Prentice-Hall.
6. Laurent, E. (2005). "La nueva mirada social de Lacan". Entrevista a Eric Laurent realizada por Héctor Pavon. 19.02.2005 en <http://old.clarin.com/suplementos/cultura/2005/02/19/u-924574.html>
7. Machin, R. (2002). El continuum orientación- análisis. Material de trabajo Postgrado Psicoterapia dinámica. Matanzas, UMCC.

8. Matraj, M. (2006). Una propuesta psicoanalítica desde los sistemas complejos. . En *Revista Subjetividad y cultura*. México: Plaza y Valdés, No. 24 Trastornos psicosomáticos, Ab. , 2006, p. 8-18.
9. Santana, L. y R. Machín (2005). El sufrimiento del adulto abusado sexualmente en la infancia. Una aproximación clínica. En *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, Vol. VIII, No. 4, Dic. 2005, pág. 679-693.
10. Volnovich, J.C. Contratransferencia a lo largo de la historia. La contratransferencia del analista neutral, del analista comprometido, del analista desencantado, del analista implicado. Publicado inicialmente en la *Revista Topia*. Curso como parte del décimo encuentro acerca de la labor diagnóstica, la orientación y la supervisión psicoanalítica. COAP, Facultad de Psicología, UH, Feb., 2004.

1 Licenciada en Psicología en el año 1998 en la Universidad Central de Las Villas. Cursa la Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de la Habana. Trabajó cuatro años como psicóloga clínica en el Hospital Universitario Faustino Pérez de Matanzas. Actualmente atiende la Disciplina de Clínica en el Departamento de Psicología de la Universidad de Matanzas Camilo Cienfuegos. Ha recibido en coautoría una Mención Honorable y un Premio en dos versiones del Concurso Internacional Pierre Fedida de ensayos inéditos en *Psicopatología Fundamental*, 2004 y 2006, en Brasil.

2 Han existido diversas aproximaciones al concepto de enfermedades psicosomáticas. “El término psicosomática es una afirmación. Le dice a la Medicina occidental de finales del siglo XIX y principios del XX, que algunas enfermedades no son causadas por microbios, ni por tóxicos, ni por traumatismos, ni son hereditarias. Aunque pareciera increíble, el propio psiquismo de una persona podía enfermarle el cuerpo” (Caruso, 2006).

“La palabra psicósomática (o somatización) suele ser utilizada en forma polisémica para señalar la presencia de un componente psíquico en la producción de un síntoma biológico...” (Matraj, 2006).

3 Según la opinión de Matraj (2006) la generalización que conduce a la idea de que todo paciente con trastornos psicósomáticos hay que buscarle su componente psíquico como un factor más dentro de los factores biológicos que enferman al sujeto “...carece de razones epistemológicas y empíricas, constituyendo una especulación sin fundamento...” (Matraj, 2006).

4 Psicoanalista de la Universidad de Antioquia-Medellín.

5 Según J. C. Volnovich “...La transferencia es **espectativa confiada** en el saber del otro. Es esa esperanza del analizando en que con su saber, el analista pueda aliviarle el sufrimiento. Y es la esperanza del analista en que hurgando en su ignorancia, buscando en su propia historia y sus propias ficciones, el analizando logre adueñarse de las representaciones y creencias que lo empujaron al dolor y al sufrimiento. Cada uno espera confiado en el otro y es por eso que la transferencia es recíproca. Cada uno espera, pero de manera distinta. No es una espera simétrica. Si el analizando espera que el analista **lo** cure; el analista espera que el analizando **se** cure” (Volnovich, 2004).