



RESIDENCIA DE PREGRADO
PSICOLOGÍA CLÍNICA
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata
Coordinadora de Área: Lic. Liliana Delgado
Ciclo Lectivo 1997/1998
Alumna: Moira L. Alquézar
Mat. 1055/88

INFORMACION	ASIGNATURA
+rs A	Drawn
	INVENTARIO
	1060 542
	1060

*"...Saberlo no es suficiente,
hay que aplicarlo.
Estar dispuesto no es todo,
hay que hacerlo..."*

GOETHE

RESIDENCIA DE PREGRADO

PLAN DE TRABAJO

1. DATOS PERSONALES:

- Apellido y Nombres: Moira L. Alquézar
- Tipo y N° de Documento: D.N.I. N° 21.852.120
- N° de Matrícula: 1055/88

- 2. AMBITO:** Psicología Clínica
COORDINADOR: Lic. Liliana Delgado

3. INSTITUCIÓN SEDE:

- Nombre: Hospital Clínico Quirúrgico Hnos. Ameijeiras.
- Domicilio: San Lázaro 701 esq. Belascoaín
- Teléfono: 61-7241 E-Mail: PSICO@HHA.sld.cu
- Dependencia: Servicio de Psicología
- Supervisor: Jefa del Servicio Lic. Bárbara Zas Ros

4. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO:

- *Objetivos Generales:*

- ♦ Construir el rol a partir de una mirada pluralista, actualizada e integrada; posibilitadora del acceso al saber psicológico desde múltiples enfoques y teorías.

- ♦ Reconocer las incumbencias del Psicólogo en esta cultura.

- ♦ Distinguir y Comparar el rol del Psicólogo desde un mirada crítica.

- ♦ Posibilitar a los alumnos la implementación de sus conocimientos en la práctica, contextualizados en una realidad institucional y actitudinal.

- ♦ Intentar integrar los tres ejes fundamentales, que son, la teoría, las técnicas y la práctica.

- ♦ Integrar los niveles: teórico, técnico y actitudinal en respuesta a la demanda de la práctica específica.

♦ Formar parte como residente de este Servicio de Psicología, siendo aceptada como tal, con las limitaciones y potencialidades que ello implica.

♦ Realizar una práctica supervisada en un tiempo establecido y pautado, que culmine en la formulación de proposiciones hipotéticas, eventualmente iniciadoras de investigaciones futuras.

♦ Revisar el bagaje técnico psicológico tanto en la evaluación, diagnóstico e intervención, etc..

♦ Desarrollar estrategias, para el abordaje de situaciones problemáticas.

♦ Favorecer la creatividad personal y profesional para generar abordajes psicológico clínico ante las nuevas necesidades sociales en su área.

♦ Promover la revisión crítica de recursos y actitudes del futuro profesional psicólogo.

• *Objetivos Específicos:*

♦ Comprender la estructura del Servicio de Psicología.

♦ Esclarecer el rol profesional en el ámbito de trabajo y en relación con un equipo multidisciplinario.

♦ Entender el desarrollo de su organigrama de trabajo.

♦ Asumir tareas con responsabilidad.

♦ Recabar información de cada Servicio en particular, con sus singularidades y modalidades de trabajo.

♦ Desarrollar la capacidad de observar, diagnosticar e interpretar en las situaciones clínicas.

♦ Observar el desenvolvimiento en el área específica del Servicio Priorizado.

♦ Conocer y aplicar distintas técnicas y abordajes.

♦ Captar y absorber la forma de trabajo en equipos multidisciplinarios.

♦ Aprender a realizar informes a partir de las actividades desarrolladas.

♦ Participar en la organización de tareas y actividades a implementar según las necesidades explicitadas.

♦ Sustentar teóricamente las acciones realizadas.

♦ Adquirir formación en el ámbito de la Clínica, a través del contacto directo con personas que demandan atención psicológica.

♦ Aproximación al abordaje psicoterapéutico en problemáticas de diversas características.

• *Plan de Actividades y Cronograma:*

- 1º Semana:**
- Martes: ♦ Información general del Servicio con Supervisora: Interconsulta
 - Miércoles: ♦ Servicio de Rehabilitación: Entrevista
 - ♦ Servicio de Nefrología: Intercambio con profesional.
 - ♦ Grupo de Transplantados Renales: grupo operativo.
 - Jueves: ♦ Servicio de Geriátría: Pase de Sala
 - Viernes: ♦ Servicio de Geriátría: Talleres de Adultos Mayores.
- 2º Semana:**
- Lunes: ♦ Servicio de Geriátría: Interconsultas pacientes del piso.
 - Martes: ♦ Consulta Externa
 - ♦ Discusión de Casos
 - Miércoles: ♦ Clínica de Tabaquismo: Indicaciones iniciales.
 - ♦ Sesión Científica del Servicio.
 - Jueves: ♦ Servicio de Neurología: Pase de Sala.
 - ♦ Clínica de Alcoholismo: encuentro grupal
 - Viernes: ♦ Clínica de Tabaquismo: Selección del grupo.
- 3º Semana:**
- Lunes: ♦ Revisión bibliográfica.
 - Clínica de Alcoholismo
 - ♦ Grupo sobre Migraña: intercambio sobre el funcionamiento.
 - Martes: ♦ Consulta externa: seguimiento caso.
 - ♦ Clínica de Alcoholismo: encuentro grupal.
 - Miércoles: ♦ Clínica de Tabaquismo: Conferencias introductorias.
 - ♦ Sesión Científica del Servicio.
 - Jueves: ♦ Encuentro de Servicios de Psiquiatría del Hospital Naval y el Hospital C.Q.Hnos. Ameijeiras : Mesa de presentación sobre Alcoholismo.
 - Viernes: ♦ Presentación: Conceptos fundamentales Psicoterapias Focales.
 - ♦ Clínica de Tabaquismo: encuentro grupal.

- 4º Semana:**
- Lunes:
 - ♦ Servicio de Quemado y Cirugía Reconstructiva: intercambio con profesional y bibliografía.
 - ♦ Servicio de Medicina Interna: intercambio con profesional a cargo.
 - Martes:
 - ♦ Clínica de Alcoholismo: cierre del grupo.
 - ♦ Servicio de Endocrinología: intercambio con profesional.
 - Miércoles:
 - ♦ Clínica de Tabaquismo: encuentro grupal.
 - ♦ Sesión Científica del Servicio.
 - Jueves:
 - ♦ FERIADO
 - Viernes:
 - ♦ Consulta Colectiva Máxilo-Facial: evaluación de casos.
 - ♦ Servicio de Endocrinología: tareas a cargo para desarrollar en el servicio.

- 5º Semana:**
- Lunes:
 - ♦ Servicio de Nefrología: intercambio con profesional sobre funcionamiento del servicio.
 - ♦ Servicio de Dermatología: Idem anterior.
 - Martes:
 - ♦ Consulta Externa: seguimiento caso
 - ♦ Servicio de Neurología: Intercambio con profesional a cargo.
 - Miércoles:
 - ♦ Servicio de Medicina Interna: Pase de sala.
 - ♦ Sesión Científica del Servicio.
 - Jueves:
 - ♦ FERIADO.
 - Viernes:
 - ♦ Clínica de Alcoholismo: planificación seguimiento.
 - ♦ Servicio de Neurología: discusión de casos.

• *Bibliografía:*

- * Cátedra Psicología Clínica, material bibliográfico, autores varios.
- * FIORINI: -Teoría y Técnica de Psicoterapia, Nva. Visión, 1995.
- Estructuras y Abordajes en psicoterapias psicoanalíticas, Nva. Visión, 1993.
- * Material de elaboración interna de cada servicio.
- * KOHUT: Seminarios, Paidós, 1990.
- * TESTA: - Pensar en Salud, Lugar Ed. 1993.
- Pensamiento Estratégico y lógica de programas. Lugar Ed.
- * BUTELMAN: Psicopedagogía Institucional: una formación psicoanalítica, Paidós, 1994.

* BERNARD: Desarrollos sobre Grupalidad: una perspectiva psicoanalítica, Lugar Ed. 1996.

* Demás bibliografía pertinente al desarrollo de los informes.

5. **FECHA ESTIMADA DE INICIACION:** 1º de Diciembre de 1997.
FECHA ESTIMADA DE FINALIZACIÓN: Mayo de 1998.

6. *Se deja constancia del conocimiento tanto de la reglamentación vigente (OCS 975), de la propuesta docente y de los plazos de presentación de informes.*

7. **FIRMAS:**


ALUMNA

SUPERVISORA
INSTITUCIONAL


COORDINADORA
DOCENTE

8. **FECHA PRESENTACIÓN PLAN DE TRABAJO:** 03 de Febrero de 1998.
FECHA DE APROBACIÓN PLAN DE TRABAJO: 10/2/98

RESIDENCIA DE PREGRADO
PSICOLOGÍA CLÍNICA
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata
Coordinadora de Arrea: Lic. Liliana Delgado
Ciclo Lectivo 1997/1998
Alumna: Moira L. Alquézar
Mat. 1055/88

PRIMER INFORME
50 HORAS
Hospital Clínico Quirúrgico
"Hnos. Ameijeiras"

1. REGISTRO INTERNO

Si tengo que relatar sobre el origen de esta historia, tengo que remontarme a Septiembre del '95, cuando asistí a unas Jornadas sobre Bioética que se dictaron en la Facultad de Psicología, con la presencia de dos cubanas que pertenecían al equipo del Hospital Hnos. Ameijeiras, de La Habana.

Realmente, fue una experiencia por demás interesante, en ese momento poder estar conociendo otra realidad del sistema de salud, bastante ajena a nosotros.

Es ahí, cuando se comenta la celebración de un convenio entre ambas instituciones y que dentro del mismo, una de las posibilidades era, poder realizar la residencia de pregrado allí.

Esa idea, como quién dice "picó".

Quedó latente, y como proyecto loco se alojó en la memoria. Faltaba un trecho bastante largo por recorrer, todavía.

Corría el año '96 y ya comenzaba a estar en condiciones de evaluar con mayor seriedad esta posibilidad y fue así, que al inicio de la cursada de Psicología Clínica (a esa área corresponde la residencia), hablé con la titular para interiorizarme sobre el camino a transitar de aquí en más.

En aquel momento, fueron dadas las primeras indicaciones, que seguí al pie de la letra.

Escribí una carta, dirigiéndome a la Coordinadora de Ámbitos, la cual fue elevada al Concejo y a partir de ahí, fue una "dulce espera" que se prolongó hasta fines de Noviembre, cuando fui notificada del resultado positivo.

Aprobaron mi petición, por considerar que se encuadraba dentro de las cláusulas del convenio firmado.

Ya iniciado el '97, me aboqué a concluir todos los requisitos que la Coordinadora de Residencias en el Área Clínica, me había hecho saber para estar en condiciones de concretar la residencia.

A partir del segundo cuatrimestre, se intensificó la espera.

Paralelamente, cursé los tres seminarios y en Octubre rendí el final de Ps. Clínica y es, en ese día, cuando la Coordinadora me confirma el viaje y comenta que una de las cubanas que ya había estado en el '95, se encontraba en Buenos Aires y que la esperaban en Mar del Plata, para los primeros días de Noviembre. Yo no la conocía, porque las Jornadas fueron dictadas por otras dos personas: la Lic.Sofía Sánchez y Dra. Sandra Batle.

Ella era la Jefa del Servicio de Psicología y era la persona que iba a ser mi Supervisora: la Lic.Bárbara Zas Ros.

Las cosas iban tomando su color.

Realizo un viaje a Buenos Aires para poder concretar varios puntos importantes: pasajes, vivienda, visa, etc. Y me pareció interesante tener una

entrevista con la "supervisora", para conocernos (a esta altura se sabía que no iba a poder viajar a esta ciudad) y para que me contara algunos secretos de entrecasa, para ir ambientándome.

A mi regreso, hubo bastantes *turbulencias* (si bien, éstas implican cambios, hay que superarlas...); ciertos *malentendidos* entre las instituciones y sus representantes.

Por un lado, el convenio había caducado a principios del '97 y era bastante difícil ratificarlo, por el tiempo que iba a demorar y, por otro lado, el más importante, la Institución que me iba a recibir "suponía" que iba a cobrar por el entrenamiento de esta residente.

Este punto fue urticante, y junto con el anterior, hicieron eclosión, con idas y venidas y hasta último momento, sin saber si podría ir o no.

Releyendo este escrito, creo que lo que no trasluce es toda la situación de angustia que viví mientras la atravesaba, el sentirme un tanto sola en este mar de incertidumbres.

Pero, hoy puedo decir que precisamente ese fue el puntapié inicial de mi residencia: el comenzar a encontrarme con la realidad a secas; la "*realidad institucional*" con sus tiempos y su lógica y la "*realidad cotidiana*", la que me tocó vivir del "otro lado".

Sintetizando, el viaje se ultimó en tres días, lo reconfirmaron un miércoles y al domingo siguiente estaba viajando a Cuba.

Y fue allí, donde se inició la segunda etapa de mi experiencia. Con una mirada retrospectiva, puedo decir que en el '95 cuando asistí a aquellas Jornadas, coincidieron cronológicamente con una situación personal que *me atravesaba* y que le dio sentido a este proyecto.

Por otra parte, también creo que debe haber influido lo inédito de esta experiencia, que *me* movilizó y *que* movilizó a muchos de mis compañeros, que ante esta posibilidad abrieran el campo de sus expectativas, también, para pensar en otras alternativas.

Siempre me gustó el trabajo hospitalario y ésta fue una oportunidad de poder ver cristalizada la articulación entre la Psicología y el Hospital.

Asimismo, considero que es una rama de trabajo que viene pujando, que la demanda está surgiendo como clara evidencia de la necesidad un cambio acorde a las exigencias que se presentan, cotidianamente, en las instituciones de esta índole.

Fueron una conjunción de factores que dieron como resultado:

*mi residencia en el Servicio de Psicología
del Hospital Clínico Quirúrgico Hnos. Ameijeiras
en La Habana, Cuba.*

Si bien debo volcar en el presente informe las vivencias concernientes, tanto a las expectativas como a las situaciones experimentadas durante las primeras horas de residencia, quisiera resaltar la imperiosa necesidad de plasmar aquí, mis sensaciones, percepciones y primeros impactos que el lugar me produjo.

En principio, creo que esto se debe a que *esta* residencia se diferencia de las otras, en cuanto a que el contexto varía completamente, es decir, en relación a la situación sociopolítica y económica que reina en este país. Asimismo considero, que también es diferente en relación a *otros* países en los que se pudiera haber realizado la residencia, puesto que *este* país tiene toda una historia muy singular, donde absolutamente todo es diferente a nuestra manera *naturalizada* y *capitalista* de vivir.

Haciendo esta salvedad, el "período de adaptación" que debí realizar (por el que todo residente supongo debe atravesar) no fue solamente a la Institución que me recibió, sino también, a Cuba, a La Habana, al Hospital, a su gente, a la edificación del siglo pasado, rica en detalles, bellísima arquitectónicamente hablando, pero totalmente descuidada, haciéndose eco del paso del tiempo. Es difícil... es difícil poder apreciar una belleza diferente a la que uno está acostumbrado a admirar. Pero cuando se logra llegar a ese grado de apertura, se puede decir que ésta, es una belleza *distinta*. Distinta, de acuerdo a los parámetros estéticos que poseemos "de lo que creemos" que es *la* belleza.

En esta primera semana, debo sincerarme, todo el entorno favoreció a que la nostalgia hiciera mella en mí, considero también que la *soledad* fue un buen ingrediente en este sentido, pero las horas en el Hospital, hicieron que los días transcurrieran rápido, muy rápido y este "período de adaptación" que mencioné anteriormente, se fuera atravesando de la misma manera.

Supongo también que esta incertidumbre que provoca la "salida" de un *novato* al campo, debe ser compartida con el resto de mis compañeros. Esa gran incógnita que representa la RESIDENCIA. Incógnita a develar, y que, en la misma enunciación se encuentra el misterio a resolver...

El Hospital es gigante, tiene tres entradas, dos laterales (correspondientes a las calles adonde desembocan) y la principal, con un gran lobby, frente al mar. Tranquilamente, uno se pierde sin darse cuenta, es un verdadero laberinto viviente, con gente que viene y que va, con microclimas, algunas alas tienen aire acondicionado y otras no. Hay un sector, por el que se entra que es solamente para la gente que trabaja en el hospital, un pasillo que desemboca en los ascensores, que parece un túnel del tiempo, con techo bajo, casi sin luz, con una boca de aire caliente, con algunas goteras... me sorprende a mí misma recordándolo como una de las cosas que más me impactaron cuando entré la primera vez. Luego, otra historia son los ascensores, es una verdadera caza furtiva, o una completa frustración que termina en el ascenso por las escaleras sin respiro alguno (si uno debe dirigirse a los primeros ocho pisos, más arriba se debe pensar dos veces antes de lanzarse a la aventura).

Todo esto representa la cotidianeidad que comencé a compartir como uno más de ellos...

Por otro lado, está el trabajo hospitalario, que creo que es una realidad totalmente diferente a otros ámbitos de trabajo, considero que esto se comparte con las instituciones de la Argentina también. Lamento no haberme interiorizado más en esta rama de trabajo antes de llegar aquí.

La urgencia y la explicitación de las demandas, así como el "corto" período de actuación que posee el psicólogo, son dos cosas que me llamaron poderosamente la atención.

Nunca me he reconocido tanto como portadora de una formación de perfil psicoanalítico como ahora, yo me creía bastante abierta a otras alternativas pero estar aquí compartiendo otras formas de trabajo, me han hecho reflexionar sobre mi formación y la necesidad de ampliar y profundizar otras áreas muy operativas, por cierto.

Creo que, porque académicamente uno se resiste y cuestiona en cierta manera a todo aquello que vaya transgrediendo la línea demarcada por el psicoanálisis, y sus características tradicionales: tratamientos largos, encuadres rígidos, distancia con el paciente, indagación del lcc., remisión sintomática, etc..

Si bien, ya se está haciendo sentir la necesidad de alternativas acordes a la realidad que nos toca vivir: terapias focalizadas, técnicas corporales, dinámicas de grupo, etc., pero que, desde mi modesto criterio, siempre guardan algún grado de parentesco, más o menos alejado, con el psicoanálisis.

Otra de las cosas que atrapó mi atención, es el ritmo vertiginoso con que se desarrollan todas las actividades y donde resulta bastante difícil encontrar un espacio de reflexión, detenimiento, meditación, que obviamente, se debe resolver y buscar en otros ámbitos. Me interesa sobremanera este punto.

En el cronograma del Plan de Trabajo explicité los servicios con los que me iba a conectar, y en esta primera etapa, la sensación que tuve fue muy provechosa, estoy comenzando a introducirme en la vida del hospital y su gente, y todo parece novedoso, quizás demasiado idealizado (tal vez por lo anhelado?), de ahí, esa nostalgia de la que ya hablé, que aparece cuando la realidad se viste con sus tintes y se nos muestra tal como es.

Intuyo que esta estadía aquí, va a ser muy beneficiosa, por un lado, para estrechar la brecha entre el *ideal* que tenía y la *realidad* que se me presenta, y por otro lado, para valorar nuestros potenciales, nuestras capacidades, nuestras limitaciones y porque no, también nuestras posibilidades de implementar organizaciones como ésta.

2. CONTEXTO: SOCIAL e INSTITUCIONAL

Para situarnos y situarme, me encuentro en la ciudad de La Habana, en Cuba, isla en el Mar Caribe, al Sur de la Florida (EE.UU.). País de 110.000 Km² y con una población que ronda los once millones de habitantes (los últimos datos oficiales datan del año 1995 y arrojan 10.937.000 hab.).

El acontecimiento más relevante de los últimos cincuenta años, es, sin lugar a dudas, LA REVOLUCIÓN del año 1959, donde Fidel Castro, *ahora El Comandante*, puso fin al régimen de Fulgencio Batista.

A partir de este momento se desencadenan una serie de situaciones a nivel político, esencialmente con Estados Unidos, que culmina con la imposición de un bloqueo económico-comercial a Cuba. Lo que obligó a Cuba a mantener una dependencia con la U.R.S.S. y con todos los países de "la Cortina de Hierro".

En esta última década se vieron recrudescidos estos lazos y la ayuda, - ahora inexistente entre estos países - cesó por los cambios sucedidos: la caída del Muro de Berlín, la apertura al mundo de la antigua Unión Soviética, las distintas guerras que dividieron países (la antigua Checoslovaquia).

Todo esto llevo a una situación muy crítica, que se reflejó en dos aspectos principalmente.

Por un lado, se tuvo que cambiar la política exterior, y la situación internacional de Cuba mejoró al reanudar sus relaciones con la mayoría de los países latinoamericanos y al aumentar sus contactos con los países no socialistas: España, Francia, Canadá, Italia, etc.. Hoy por hoy, es de quiénes recibe, en forma de donaciones, las ayudas que antes recibía de la Unión Soviética, para mantenerse.

Por otro lado, internamente, desde el año 1990, se está atravesando, lo que se denomina "el Período Especial", que es un proceso de racionalización y de reducción de consumo de la población, ya sea, alimentario, de consumo eléctrico, de los medios de transporte, de consumo de gas, etc..

Por ejemplo, daban solamente una hora de gas por la mañana (de 6 a 7hs.) y otra por la noche (de 6 a 7hs.); retiraron muchas líneas de colectivos completas y bajaron la frecuencia de las que quedaron; los cortes de luz se prolongaban durante el día y la mayor parte de la noche, por lo tanto también había problemas con el agua (bombas eléctricas). Toda esta situación hizo eclosión en el año '94, con una manifestación espontánea de protesta, que dio lugar a una represión muy fuerte y a una actuación de los C.D.R. Comités para la Defensa de la Revolución, que están formado por los mismos vecinos de los barrios. Fue una situación muy confusa, sin difusión por los medios masivos internos y al decir de los que presenciaron aquello, tergiversaron la situación. Este movimiento, internacionalmente se lo llamó "de los Balseros", porque asaltaban una balsa que se utiliza para cruzar un canal, para poder salir del país.



Retomando, este "proceso" constaba de varias etapas y ésta era una de las principales, pero al decir del mismo pueblo, en comparación con *aquellos primeros años*, hoy todo está un poco diferente.

Siguen teniendo tremendos problemas con el transporte, se observan largas colas desde tempranas horas de la madrugada.

Así como también con la comunicación y la información.

Están restringidos los distintos accesos, *teléfono* (las llamadas internacionales son de cobro revertido), *fax*, solamente se puede enviar uno desde los hoteles y si se es de nacionalidad cubana, se tiene que tener una autorización para hacerlo (por otro lado, los importes son tan altos que tiene poco sentido pensar esta posibilidad) las *casillas de correo electrónico*, sólo pueden ser sacadas por el personal jerárquico que trabaja en instituciones y en general, es casi exclusivamente para recibir y no para enviar, hay que pasar por todo un circuito para comunicarse con el exterior.

Este es un potpourri del panorama que se me presentó cuando llegué a La Habana, ahora bien, quisiera referirme específicamente, al lugar donde voy a realizar la residencia, el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Para realizar la presentación de la Institución Sede, en donde voy a residir por este período, voy a tomar como referencia un documento elaborado por el propio Servicio de Psicología, pero primero voy a realizar una ubicación geográfica.

Este hospital, ediliciamente, es imponente, cuenta con 24 pisos, sótano y planta baja, dedicados a consultorios externos, análisis y métodos clínicos en general (T.A.C., Resonancia Magnética, Cámara Hiperbárica, Diálisis, etc.). Por estas características es único en su rama, como así también porque es una de las pocas instituciones de alta complejidad del país, el plantel profesional se corresponde con estas cualidades, puesto que gozan de calidad, prestigio y reconocimiento.

El Servicio de Psicología se encuentra ubicado en el Piso 8 y comparte el espacio físico (sala) con Terapia Intermedia. Allí, se cuenta con un local de encuentro para reuniones (donde funciona la secretaría, también) y una oficina para la Jefa de Servicio.

Como ya enuncié al principio, voy a valerme de la Carpeta Metodológica, la cual es considerada como un Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios, donde quedan asentadas las funciones del Servicio de Psicología:

"...coordinar, planificar, controlar y evaluar las actividades relacionadas con la atención psicológica, internación y ambulatoria, a pacientes, familia y personal asistencial en la institución.... Atención, en cuanto a, profilaxis, diagnóstico y tratamiento se ocupa de proporcionar, coordinar y organizar el personal...";

como así también, la estructura interna está explicitada:

"...el Servicio de Psicología está subordinado a la Vicedirección,... se compone de un Jefe de Servicio, un sustituto, profesionales Licenciados en Psicología, Técnicos Medio en Psicometría y una Oficinista...";

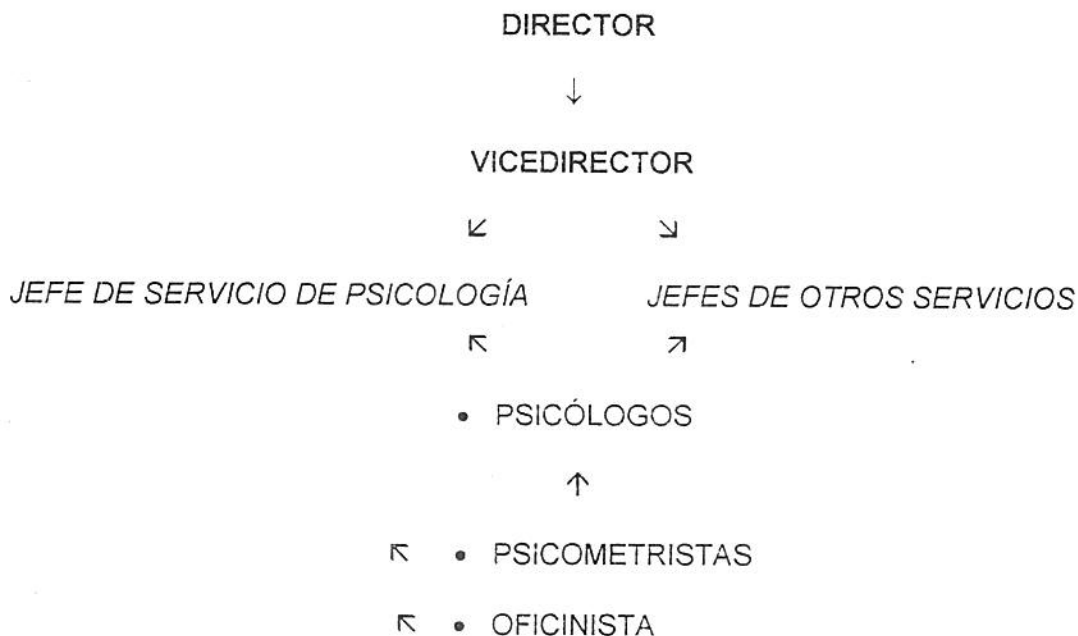
a continuación se manifiestan ciertas peculiaridades del Servicio:

"...su estructura permite la coordinación de las actividades específicas en las unidades de Consulta Externa y Hospitalización..., el Servicio integra dos sistemas de subordinación: en primera instancia, todos sus miembros responden a la dirección del Servicio y en segunda instancia, los profesionales ajustarán su trabajo a los requerimientos de los Servicios donde prestan atención..... La integración del personal del Servicio de Psicología a los diferentes Servicios de la institución, tiene dos modalidades: Servicios Priorizados y Servicios Interconsultantes...".

De esta manera, todos los psicólogos quedan afectados a un Servicio Priorizado de atención en donde está integrado a todas las actividades que en ese servicio se realizan y pueden tener o no, servicios interconsultantes, adonde acude solamente ante la solicitud. Con respecto a Consulta Externa, se atienden las distintas especialidades priorizadas que se corresponden con el área de hospitalización.

Otro dato a tener en cuenta, es que los Técnicos Medios en Psicometría, están subordinados directamente a la dirección del Servicio y responden también, a los psicólogos responsabilizados con su actividad.

Esquemáticamente, quedaría configurado de la siguiente forma:



Asimismo, en este documento se manifiesta el espíritu con que el Servicio de Psicología rige, desde el punto de vista organizativo y metodológico, toda la actividad

asistencial, docente e investigativa de sus miembros, conservando la flexibilidad suficiente para que se desarrollen en las distintas áreas las iniciativas y los proyectos de trabajo e investigación.

Por otra parte, se estimula y se explicita cotidianamente, la necesidad de la integración y el desarrollo de tareas de organización por parte de los miembros del Servicio en los grupos multidisciplinarios de la institución.

A continuación, detallo los miembros que conforman el equipo del Servicio de Psicología, junto con su Servicio Priorizado, su segundo Servicio (Interconsultas) y con su correspondiente grupo de trabajo.

PSICÓLOGOS INTEGRANTES	SERVICIO PRIORIZADO	INTERCONSULTA	GRUPO
Ma.Teresa Hernández	Rehabilitación	Reumatología	C.Dolor. Disf.Sexual Masculina
Ma.Elena Rodríguez	Migraña. Gastroenterología.	Hematología	C.Dolor.Grupo Migraña
Jacqueline Almeida	Nefrología	Dermatología. Urología.	G.Trasplantados.
Leonardo Lucero	Máxilo Facial.	Cirugía Restitutiva. Quemados.	G.Disfunción Sexual Femenina
Ismary Lara	Endocrinología	Otorrino. Angiología.	C.Obesidad.C.Diabético. G.Disf.Sex.Femeni.
Leonel González	Cirugía.	Oftalmología. Proctología.	G.Transplante Hígado.
Geidy Rodríguez	Ed.para la Salud.	Neurología	C.Tabaquismo
Juan Raiteri	Neurología. Neurocirugía.	Ortopedia	G.Disfunción Sexual Masculina.
Wilfredo Pérez	Medicina Interna	C.E.D.A.	C.H.T.A.
Edelsys Hernández	Cirugía Cardiovascular	Cardiología	G.Transplantes.
Sofía Sánchez	U.C.I.	-	G.Etica Clínica
Niria Sánchez	Psiquiatría	-	G.Alcoholismo
Amarilis Ramos	Disf.Sexual Masculina	-	G.Disf.Sexual Masculina
Wendolyn Ferrer	Oncología	-	-
Enma Cuspineda	Terapia Intermedia	-	G.Etica Clínica
Bárbara Zas	Trabajo Institucional	-	C.Dolor. G.Etica Clínica
Janet Vía	Psiquiatría	-	G.Disf.Sexual Masculina
Bárbara Delgado	Geriatría	-	-

Para concluir, quiero agregar que se intentó establecer un orden de prioridades para dar cuenta más acabadamente de la tarea a realizar en esta Institución.

Para ello, se decidió, entre la residente y la Supervisora Institucional, que la residencia estuviera compuesta por dos partes: un primer momento, dedicado a apreciar de manera más general, la forma de trabajo del Servicio de Psicología y de cada Servicio Priorizado, con distintas actividades a experimentar y a observar. Y en un segundo momento, realizar una selección de los servicios que resultaron más interesantes, para profundizar el trabajo en esas áreas.

Así como también, ser integrante y partícipe activo de uno de los planes de trabajo, que está a cargo de algunos de los Psicólogos del equipo, que se ponen en marcha en diferentes clínicas especializadas en cada tema, por ejemplo, Tabaquismo, Obesidad, Alcoholismo, Diabetes, etc..

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

♦ *Interconsulta: Piso 13 Medicina Interna, Sra. Obdulia.*

Motivo de Consulta: Dolor en piernas y pies.

Se lee la historia clínica, una paciente con trombosis, la tuvieron que operar de una enuritis y la trombosis, se concentró en la parte inferior de los miembros.

En esa oportunidad (enero/febrero '97), permaneció internada durante un mes y medio aproximadamente, luego fue a su casa y cerca de veinte días atrás (mediados de noviembre '97) fue internada nuevamente por el dolor persistente en sus pies, que le impiden incorporarse, moverse y caminar.

Debido a esto se le ha suministrado varios calmantes pero es muy breve su acción. Se ha intentado a través de un catéter en la zona lumbar, introducir más eficazmente los medicamentos sin llegar, hasta el momento, a un buen resultado. Este catéter fue consultado y propuesto por un médico especialista que dice literalmente "que puede CURAR" a la enferma, por lo tanto el equipo médico, que no ve mejorías en lo inmediato, espera aún resultados positivos, dada esta posibilidad enunciada con tanta certeza.

El equipo, sin embargo, a esta altura de la internación pide la mediación del Servicio de Psicología, por el tema recurrente del dolor de la paciente. Ya se le han realizado toda clase de estudios para ir descartando posibles diagnósticos relacionados siempre con lo orgánico. La opinión médica, es que la paciente se encuentra muy sensible, y que por esta razón no tolera el más mínimo dolor.

Ante todo, este cuadro construido entre la historia clínica y el intercambio verbal con el jefe de servicio y el resto de médicos que atienden a la paciente, dan paso a la realización de la entrevista con la misma.

Es una señora de 77 años, se llama Obdulia, es de contextura pequeña, delgada, que se encuentra con un acompañante (su nieto de 23 años) recostada totalmente, en forma horizontal, boca arriba, en su cama.

Ante nuestra presentación, comienza a relatar sobre su estadía en el hospital, la primera vez y esta segunda también, hace referencia a que en su casa, ella hacía todo y que un día se cayó y a partir de ahí los dolores fueron más intensos todavía. Ella menciona que no es de aquí (de La Habana), sino de Cienfuegos (una población bastante alejada de La Habana, aproximadamente a 250 Km. al sur).

Con las intervenciones, lo que se intenta es en primer lugar: explorar cuáles son las actividades de interés de la paciente, a ella le gusta leer, pero dice que se dejó los anteojos en su casa, se le pregunta si se los pueden traer. En ese momento, se incorpora, ella sola bastante fácilmente (recordemos que tiene un catéter en la espalda) en su cama y se sienta, siempre con las piernas extendidas. Es ahí cuando

se emociona porque cuenta que a su esposo lo han tenido que intervenir quirúrgicamente y ella no ha estado a su lado, como siempre, y dice que son más de cuarenta años juntos y que lo extraña y que lo único que quiere es que le saquen el dolor para volverse a su casa.

En esta segunda intervención, se intenta, por un lado, con respecto al marido, tranquilizarla, puesto que ella sí lo había visto antes de la operación (él la había ido a visitar al hospital dos días antes) y estaba bien y era también una operación que no revestía mayor importancia (una cirugía menor, de vesícula, sin días de internación), y por otro lado, que los médicos estaban haciendo todo lo posible para aliviar su dolor.

Es, en esta parte de su relato, donde manifiesta que los médicos "no le creen" que a ella le duela. Se trata de clarificar este punto y se comienza a introducir un señalamiento para advertir que hay ciertos dolores que se pueden *quitar* por completo pero que hay otros que se pueden *aliviar* y que uno debe aprender a convivir con ellos y tolerarlos, y que para lograr eso, se podría hacer de diferentes maneras. Los medicamentos era una de las formas, pero que nosotros también podíamos colaborar, porque muchas veces el remedio no podía sólo y tampoco se podía delegar todo en él. Nosotros, nos ponemos *muy tensos* cuando sentimos una molestia, y que ésta tensión a su vez, hacía que recrudesciera el dolor, lo que se iba convirtiendo en un círculo sin fin.

Para revertir esto, se le iban a enseñar unas técnicas de relajación que la iban a ayudar, no a quitar el dolor, sino a espaciar más los momentos críticos y también para ayudar a controlar con otra manera más el dolor. Y se le pasa a señalar las formas más adecuadas de:

- * Colocar bien la cabeza y ubicar el cuerpo de la manera más cómoda, con los pies abiertos y las palmas de las manos hacia abajo y el cuerpo lo más derecho posible,
- * Comenzar a relajar los brazos y también las piernas,
- * Respirar con la parte baja del abdomen, para que los pulmones reciban más oxígeno.

Estos tres ejercicios se le dejaron a la paciente para que realizara de manera regular, no solamente cuando sintiera el dolor.

◆ Conclusiones

Un punto interesante para resaltar, es que cuando salimos para reencontrarnos con los médicos, se volvió a presentar esta contradicción entre el curar y lo que nosotros habíamos intentado introducir: *la tolerancia y la adaptación a esta nueva forma*. Esta capacidad de transformación y de responsabilizarse de la situación, ampliando, de esta manera, el grado de conciencia y de reflexión de la paciente.

Se elaboró el informe en la historia clínica, que consistió en resaltar los siguientes indicadores:

- el dolor no posee una referencia causal psíquica, sino que es de origen orgánico,
- que no presenta componente patológico,
- y que lo que se recomendaba era, aunar criterios, por lo que se indicaba una junta médica, con la presencia de este médico profesor que aseguraba la cura para despejar dudas y clarificar contradicciones.

Considero aquí que existen diferentes puntos a tomar: uno de ellos es esta incertidumbre dentro del equipo médico con respecto a esta alternativa.

Con relación a la paciente, la queja giraba alrededor de su dolor y su insistencia: "lo único que quiero es que el dolor desaparezca". Pero al mismo tiempo, la demanda se dirigía al equipo: "para que le dieran algo" o si la única alternativa era "que se los cortaran" estaba dispuesta a ello.

Yo diría que hasta mágicamente quería que le quitaran el dolor. Es aquí donde se evidencia esta tendencia a la pasividad y al máximo control externo, es decir, lo que habitualmente se denomina, "tratamiento de mínima del paciente". Como así también, esta imposibilidad de reconocer la participación "psíquica" en su cuadro clínico, que a lo largo de la entrevista se pone de manifiesto y pasa a ser trabajado. Por esta razón se dirigieron las intervenciones hacia la participación más activa en el manejo y control del propio dolor.

Todo este tema me lleva a querer investigar, con más profundidad sobre el dolor, puesto que esta paciente venía derivada por la Clínica del Dolor, una clínica con un perfil bastante biologicista, todavía, a pesar de la conformación de su cuerpo médico - psicólogos, anestesistas -, éstos últimos teniendo un peso preponderante dentro del mismo.

- ◆ *Servicio Priorizado: Piso 15 Rehabilitación, Sr. Alien*
Motivo de Consulta: Relaciones Sexuales con la pareja.

Tras intercambiar información con la Psicóloga que tiene a su cargo este servicio priorizado, la Lic. María Teresa Hernández, sobre distintos temas, entre ellos sobre su marco teórico, manifiesta que dada su inserción en esta rama, se inclina en mayor medida por la terapia conductual puesto que sus pacientes, en general, han sufrido algún tipo de A.C.V. (accidente cerebro vascular) o presentan, en la mayoría de los casos, por ésta o por otras causas, hemiplejías o alguna forma de minusvalía.

Su inserción en este servicio se ve en cierta forma limitada por una cosmovisión diferente por la parte directiva del servicio, en relación a la participación de los procesos psicológicos en este tipo de paciente.

A pesar de ello, se han proyectado y elaborado unos planes de información al paciente con ACV, y a los familiares y que además incluyen el aspecto preventivo, con áreas que en general se desconocen.

De esta forma, dentro del servicio se trabaja a partir de alguna consulta o inquietud que provenga de algún miembro del equipo médico.

Así surge, una interconsulta de una médica, que estaba preocupada por un paciente, que había tenido un accidente de tránsito, aproximadamente hace un mes, con una lesión cráneo-encefálica, con fractura de maxilar. El golpe lo recibió en la parte inferior y repercutió a nivel basal del lóbulo frontal.

El motivo de consulta específico es que la esposa del paciente está preocupada porque él desea tener relaciones sexuales y ella tiene temor de que esto incida en su estado. En apariencias, existe cierta insistencia por parte de él.

Dado este motivo, se decide tener una entrevista con el paciente y se lo llama a que se acerque al gabinete-consultorio de psicología.

Mientras lo esperamos, vamos leyendo su historia clínica. Tarda bastante, entonces la psicóloga consulta con la enfermera sobre ello. Luego de unos minutos, se hace presente con su hermano y su madre, ayudándolo a entrar y sentarse. El hermano le dice a la madre que se retire y él se queda sentado en un sillón que hay en la salita.

El muchacho se llama Alien, es joven, 26 años, alto, con un aspecto como aturdido, está muy somnoliento, arrastra un poco los pies y le cuesta un poco sentarse y levantarse, perdiendo la estabilidad, no mantiene la mirada por más de unos segundos.

Se comienza haciéndole unas preguntas de rutina, sobre la orientación espacio-temporal, y se confunde un poco, dice que está en el mes de "febrero" y no sabe el nombre de este servicio. Cuando se le pregunta acerca del motivo por el cual

se encuentra en un hospital, hace referencia a un accidente con un caballo, él iba montado y se cayó y después no recuerda nada, tiene noción del tiempo que transcurrió desde el accidente (se presume que es porque se lo comentaron sus familiares).

Ante la pregunta de que con quién vive, dice que con su padre, madre y hermano. Cuando se le pregunta si tiene pareja, contesta que sí tiene compañera, luego se pide referencia sobre el trato con ella desde el accidente. Él contesta que bien, se indaga acerca de que si todo es como antes o algo cambió; responde que nada cambió, luego se le pregunta si han tenido relaciones sexuales y él contesta que sí y que fue igual que antes y que "está todo bien".

Cuando se hacen estas preguntas, el hermano que estaba sentado más retirado, hace gestos (muecas) como de adivinar el motivo de esta entrevista psicológica.

Alien, habla de forma muy poco audible y muy pausada y en varias oportunidades recuesta su cabeza dentro de sus brazos apoyados sobre la mesa y es como si se perdiera. Se intenta continuar la conversación, pero Alien se queda como en "blanco", hasta que la psicóloga da unos golpecitos con la lapicera en la mesa (Reflejo de Orientación) y eso hace que responda pero cada vez es más dificultoso mantener el diálogo.

Se decide suspender y se le pide al hermano que lo ayude a llevárselo, cuando esto sucede, el hermano pregunta si puede hablar con nosotras. Se accede. Nos llama la atención y esperamos a que regrese.

Mientras tanto podemos conversar entre la psicóloga y yo sobre el estado que presenta Alien, en general, es debido a la lesión en el lóbulo frontal: la somnolencia, la dificultad de enlazar las palabras y las oraciones.

También hay varios datos que nos parecen que no coinciden con su historia clínica y otros que están confusos y que vamos a intentar corroborar con su hermano:

- si la compañera es la esposa o la novia
- si ese relato del accidente con el caballo es real o no,
- y por último, el punto con respecto a sus relaciones sexuales.

Puesto que, este paciente fue internado y permaneció durante diez días en coma y luego fue a terapia intermedia y ahora estaba en rehabilitación, es decir, siempre en estado de internación, por lo tanto las condiciones no se habían dado como para que pudiera tener relaciones sexuales. Por otro lado, institucionalmente, está prohibido.

Cuando el hermano viene a la consulta, lo que intenta es preguntar (de una manera imponente) que era lo que tenía su hermano y porque razón se daba esta entrevista. La pregunta se invirtió y se dirigió hacia cómo él mismo veía a Alien desde el accidente. Es entonces, cuando nos comienza a relatar sobre el mismo y toda su

estadía en el hospital. No fue un caballo, sino que iba en una moto y un auto se le cruzó y golpeó con la parte baja de la cara.

Después de este relato, pregunta nuevamente quién había pedido esta entrevista y se le volvió a responder que era una entrevista de rutina, que formaba parte de la evaluación del paciente y que no se había realizado con anterioridad por el estado de Alien, como ya él había mejorado notablemente, se la creía oportuna en este momento.

El clima a esta altura era bastante tenso, ya que él interrogaba de una manera enérgica.

Se intenta aclarar más sobre la situación de Alien, que como ellos sabían, el accidente exigía cierta rehabilitación para que él pudiera recuperar sus capacidades que habían sido preservadas y para que las otras que se vieron afectadas, poder realizar un reaprendizaje.

Ante esta respuesta, el hermano no queda muy satisfecho pero comienza a explayarse sobre su *cuñada* Angela, que seguramente ella era la que había solicitado esto. ... "Porque ya venía desde hace dos semanas con que Alien la tocaba, quería tener relaciones con ella, que el otro día cuando lo había ayudado a bañarse, había tenido una erección, y en definitiva que era ella la que provocaba esta situación y que ellos (la madre y él) creían que no debían tener relaciones ahora porque eso podría llegar a entorpecer su evolución..."

Se intentó indagar cómo era la relación entre Angela y Alien y cómo era la relación entre Angela y la familia. Con respecto a la primera, él comenta que su hermano la idolatraba, era todo para él, pero que últimamente no le estaba prestando tanta atención. Y que ellos siempre la habían aceptado pero que ahora "se estaba pasando", que quería ser *la Juana de Arco*, que siempre quería estar todo el tiempo con él, y lo que él (hermano) reclamaba era que, en este momento, Alien estaba mucho mejor y que entonces, con un acompañante bastaba. Hace mención a la estadía en terapia intermedia, donde debía estar con dos acompañantes todo el día.

Asimismo, hizo referencia a que en varias oportunidades Alien, se pone mal porque su madre lo trata como un niño, con la comida, con la limpieza, etc.. Por último, él aclara que a su parecer la persona que debería estar en la entrevista, es su mamá (para mi sorpresa, yo pensé que iba a decir Angela), porque ella siempre supo salir adelante, pero callándose y conteniéndose y que ahora está en un momento que no sabe como responder.

Como cierre, se conviene con el hermano tres puntos a tratar en lo sucesivo:

1. reducción del sistema de acompañantes: consulta con médicos
2. consultar con el médico, si él está en condiciones apropiadas para su salud, de tener o no, relaciones sexuales
3. se realizarán entrevistas tanto con Angela, para aclarar ciertas "lagunas"; como con su madre, para poder evaluar sus condiciones para afrontar este nuevo problema y apoyarla en esta circunstancia.

◆ Conclusiones

De esta manera, surgen varias pautas a considerar.

En primer lugar, que es un conflicto que se pone de manifiesto en la trama vincular familiar.

Esta insistencia por parte del hermano, como portavoz, de que no puede tener relaciones sexuales, me hace pensar en la imposición de la Ley. Y al decir de Isidoro Berenstein, en el lugar *de la función paterna*, de la estructura familiar inconciente, que en este caso, es asumido por el hermano, y a la cualidad retentiva de este tipo de sostén, sin asumir la función de corte-separación.

Lo veo como un interjuego de posiciones: quién de todos es preferido por Alien, más querido, más próximo, etc., en definitiva, quién ocupa ese lugar de privilegio y el *temor* que implica para el resto de la familia, que Angela, teniendo relaciones con Alien, se erija nuevamente en ese lugar, diferenciándose de los demás. De esta manera, el cumplimiento del mandato exogámico (relaciones sexuales) implica una suerte de "*desmembramiento*" familiar.^{1 <}

Esta, aparentemente, se presenta como la inquietud más persistente que puedo percibir.

También, existe esta creencia irracional, en cuanto, no cabe lugar a la alternativa, que mantiene la familia: "no debe, no puede tener relaciones con Angela".

Reflexionando en esta situación, considero que está relacionada con la dinámica de la estructura de roles familiares y cómo su movimiento genera un aumento de ansiedad muy importante.

Donde el foco del problema, se encuentra deslizado: antes, hace un mes era el accidente, el coma y el debate entre la vida y la muerte de Alien; ahora, es su rehabilitación y su *vuelta a la normalidad, distinta, diferente, donde necesariamente deben reacomodarse, reestructurarse los roles de esta dramática singular. Pero que al mismo tiempo, esta situación actúa como desencadenante y reactualiza, reedita una problemática preexistente.*

Lo podría relacionar, con las características de la *función paterna*, y a la capacidad de renuncia al hijo varón. En este caso, esto no se realiza, y a mi entender, se queda fijado en aspectos narcisísticos directamente relacionados con la *función materna*², entendida ésta como "...la posibilidad de amparo y sostén que la familia otorga para suplir las carencias del cachorro humano...".

En esta familia, se manifiesta el interjuego entre la conservación y la pérdida del ideal narcisista de amparo familiar, íntimamente relacionado con la posibilidad de renuncia a la familia de origen del hijo varón.

◆ *Grupo de Trabajo: G.de Transplantados Renales
Servicio de Nefrología*

I. DESCRIPCIÓN

Deseo realizar un recuento de este grupo, construir un poco su historia - que supe con posterioridad - .

Se reúnen una vez por mes, el primer miércoles de cada mes y el grupo esta conformado por todos transplantados renales de donante vivo o cadavérico. Esta era la tercera reunión que se llevaba a cabo.

Lo interesante de este grupo es que nació por propia iniciativa y voluntad de los transplantados, que le pidieron a la Jefatura del Servicio anterior la posibilidad de realizar este proyecto. La aceptación la obtuvieron de inmediato pero la concreción se hizo esperar.

El Jefe de Nefrología cambió, así como también el Psicólogo encargado de este servicio. Con los nuevos aires, el grupo reintentó su pedido, pero esta vez hicieron el contacto con la Psicóloga Lic. Jacqueline Almeida. Ella lo elaboró como proyecto y lo presentó al Servicio, fue aprobado y se responsabilizó de llevarlo adelante (punto por el cual, el anterior pedido habría fracasado).

A partir de esta constitución compartida, todo fue acordado por ambas partes y siempre con propuestas promovidas por los pacientes. Algunas de ellas fueron las siguientes:

- temas a tratar
- los mismos pacientes favorecieron la asistencia de los familiares
- se pactó el día, la hora y la frecuencia de los encuentros
- compromiso para conectarse con mayor número de transplantados para que asistan y conformen el grupo

Entre los temas que propusieron se encontraban: expectativas en la iniciación de este proyecto, experiencias particulares y actual situación, la dieta del transplantado, relaciones familiares, sexualidad, trabajo, etc..

Durante el encuentro que presencie, el tema eje de la reunión era la dieta de éstos pacientes. Pude evidenciar por lo menos dos "líderes", o mejor dicho dos pacientes que llevaban la voz cantante. Por ejemplo, ante la pregunta sobre qué cosas saben ellos sabían que les podía hacer mal o que cosas deben tener incluidas en su dieta, ellos eran los primeros en responder y cuando otros lo hacían, siempre hacían algún tipo de comentario. Ellos eran, un muchacho joven como de treinta y cinco años - que había asistido con su madre - y un hombre de aproximadamente cincuenta años, con voz fuerte, imponente.

El resto del grupo, en esta ocasión, se conformaba por seis pacientes más; otro señor de cuarenta años - que también había ido con su madre -; un señor mayor de sesenta y cinco años, muy prolijo, callado; una señora de la misma edad y un señor de más de sesenta y cinco, que estaba acompañado por la señora.

Estos tres últimos pacientes, luego del transplante habían sufrido, lo que se llama, enfermedades asociadas: el señor, diabetes compensada; la señora había disminuido muchísimo su visión, que la había llevado a usar anteojos con un aumento importante; y el otro señor había perdido casi completamente su audición y por esta razón casi no hablaba.

Como a los treinta minutos de haber iniciado la actividad - se suscitaron bastantes inconvenientes para ubicarnos en una sala y comenzar, puesto que se festejaba el Día de la Medicina y también el XV Aniversario del Hospital - llegaron otros pacientes; uno que estaba internado y que lo habían llevado a realizar unos estudios y otro que estaba internado en Dermatología, pero que no nos había encontrado en los lugares habituales de reunión.

Este último paciente venía acompañado por su esposa y también presentaba una de las enfermedades asociadas más comunes post-transplante, un tipo psoriasis en todo el cuerpo.

La reunión se desarrolló en un clima armonioso; en ciertos momentos hablaban todos juntos, al mismo tiempo, y la psicóloga debió participar para moderar el encuentro.

Actuaba de mediador, ponía un cierto orden para que no se superpusieran y todos se escucharan, daba prioridad a los que no habían hablado y por otro lado, varias veces intervino para clarificar varios conceptos, puesto que estos pacientes enunciaban sus ideas y opiniones con tanta firmeza y rigidez, que terminaban *censurando* al resto.

En esencia, las actuaciones de la psicóloga apuntaban a tres ejes fundamentales:

- I. Un aspecto informativo-educativo, en este caso, se dio toda una explicación de todas las vitaminas, para qué eran beneficiosas y qué alimentos las contenían
- II. Un aspecto clarificador, porque según se iba desarrollando la reunión surgió el temor, el miedo a comer determinados alimentos
- III. Comenzar a introducir ciertos señalamientos en referencia a los cambios y la consiguiente adaptación a ellos

◆ Conclusiones

II. ANÁLISIS

Los pacientes pertenecientes a este grupo, ya se encuentran en la última etapa, han pasado por todas las anteriores - predialítico, dialítico y transplantado - y se deben readaptar a un estilo de vida distinto al que llevaban y así como antes, les costó cuando comenzaron a descompensarse y también cuando recrudesció la enfermedad; ahora, deben realizar el camino inverso, siempre con ciertos recaudos.

Una de las frases que quedó latiendo durante mi observación fue la siguiente "...tienes que cuidar tu órgano que no es tuyo..." , dando cuenta de la fantasmática que recubre al órgano-transplantado, no es mío, hay que cuidarlo. Pero también se presentó la contrapartida, "...se cuida demasiado..." , y se puso de manifiesto el miedo esencialmente asociado a las comidas, que está muy relacionado con el devenir de esta enfermedad y las distintas dietas que deben ser cumplidas estrictamente para poder mantenerse compensado y estable.

Hay que aclarar que éstas dietas son muy contradictorias entre sí, por ejemplo, la de un dialítico, es bajísima en agua, sal y los alimentos son muy restringidos, en cambio, la de un transplantado, es abundante en agua y el abanico de alimentos se incrementa muchísimo. Aunque se les asegura y se les recomienda desde el equipo médico, que *coman de todo*, de esta diferencia tan marcada entre una y otra, surge el *temor*: "...te queda cierto temor,... miedo a comer..."

Claramente, en el grupo se percibe la vigencia de la dieta de diálisis aún después de haber sido transplantados.

Por otro lado, toda esta problemática se ve atravesada por una realidad socio-económico-política del país, donde hay una restricción en la dieta alimentaria para toda la población cubana, más aún para este tipo de enfermos. Esta situación repercute en el seno familiar, y que a veces resulta difícil sostener. Por ejemplo, ellos deberían tomar leche (no en polvo) pero sólo se la dan, a los niños hasta los siete años, entonces, dentro de la familia surgen contradicciones así como distintas formas de resolver los conflictos que ello genera.

Conflictos que se manifiestan en la reunión, con toda la angustia e impotencia que despierta en los pacientes, sumado esto, al propio miedo a *comer* algunos alimentos que en otro momento estaban prohibidos; genera un cierto clima de desconcierto, hasta que el señor mayor (65 años, muy prolijo, con diabetes) dice "...¿miedo a comer cosas? ¿por qué? si soy transplantado..."

Todo gira alrededor del *comer*, de lo que es bueno y lo que es malo *ingerir*. La oralidad se presenta como un eje relacionado con esta particular modalidad de establecer vínculos dependientes (la mayoría de los pacientes habían ido con un familiar muy cercano, madre o esposa) que la enfermedad refuerza a mantener,

primero con el médico, con la máquina (tres veces por semana, cuatro horas), con la dieta.

El haber llegado a esta etapa final y encontrarse en buenas condiciones, les exige un cambio, una reestructuración, y como decía este paciente, a cierta libertad y autonomía. Dos cosas que estos pacientes no están acostumbrados a gozar.

◆ *Festejo Día de la Medicina y XV Aniversario del Hospital Clínico Quirúrgico "Hnos. Ameijeiras"* .

I. DESCRIPCIÓN

Ese mismo día, era el Día de la Medicina y también se conmemoraba el décimo quinto aniversario de la inauguración del Hospital.

La manera de festejarlo fue trabajando y luego con reuniones que organizaban cada servicio. Esta fue la primera oportunidad que tuve para conocer a la mayoría de los miembros del Servicio de Psicología. Esta fue la **presentación oficial**.

Luego concurrimos a un acto, con discursos del Director del Hospital y demás autoridades del Gobierno y del Partido, con entrega de medallas a médicos con mayor antigüedad, así como el voto popular de ética otorgado desde años anteriores al hospital - al acto también asistieron los pacientes internados, y ellos fueron los que pidiendo la palabra, daban cuenta de su experiencia personal y de las razones por las cuales creían que el hospital era merecedor de esta distinción -.

Este acto se realizó en la playa de estacionamiento, con un escenario montado, se rumoreaba desde varios días atrás que posiblemente asistiera al acto el "Comandante Fidel Castro" y hasta último momento, se lo estuvo esperando.

Mediando el acto, los representantes de los C.D.R. (Comité de Defensa de la Revolución) presentaron uno por uno a todos los candidatos para la próxima elección del 11 de enero de 1998 - los cuales estaban todos en el escenario, junto con las autoridades del hospital -. En ese momento no comprendí el por qué de esto, así como también me llamó la atención, la afiliación al Partido de los trabajadores del hospital que habían cumplido los treinta años de edad.

Varios días después, escuchando una conversación entre varios miembros del Servicio, comprendí. Durante el mes de noviembre, en una reunión con todos los jefes de servicio del hospital, el Vice-director había presentado las listas de candidatos para que ellos firmaran apoyando estas candidaturas. Esto se llevó a cada servicio, internamente se lo consideró y varios firmaron y otros no, hubo cuatro servicios que no lo hicieron, justificando que no apoyarían a gente que no conocen, no saben quiénes son. Entre ellos se encontraba el Servicio de Psicología. *Se llamó a reflexión a estos servicios, pero como mantuvieron su postura, fue "aceptada"* . Ahora es entendible, porque presentaron uno por uno a todos los candidatos, leyendo un pequeño curriculum sobre su persona. Eran más de cuarenta personas.

Luego, el hospital ofrecía la última actividad del año, con una fiesta, con la presentación de un grupo musical ("Manolín, el médico de la salsa") y baile. Ahí conocí, la contracara del Hospital, de su gente. No tienen muchas oportunidades de "divertirse" y de disfrutar de estos conjuntos musicales - que hacen su trabajo en lugares donde asisten los extranjeros y para los cubanos está vedado, no desde la prohibición, pero sí desde el monto de la entrada a abonar -. Observé a gente de

todas las edades, bailar sin parar, durante cuatro o más horas, disfrutar, divertirse, con un ritmo en la piel, en las entrañas, que uno podía olvidarse, con toda facilidad, de la rutina cotidiana, por unos momentos.

También me llamó la atención, el consumo de alcohol, y cierto descontrol, pero creo apropiado relacionarlo con esta actividad puntual. Por otro lado, me gustaría preguntar, por ejemplo, en la clínica de alcoholismo, la incidencia que tiene el bebedor social en esta sociedad.

Es interesante, recalcar que si bien había mucha gente que se conocía, cada servicio se mantuvo unido, con las personas que lo integran - se armaban pequeños grupos, bailando entre ellos y demás -. Una queja del Servicio de Psicología, fue la falta de hombres, para bailar, y la no asistencia de todos los miembros. Fue un dato importante, por que a partir de ahí, pude ver el grado de cohesión interna y la dinámica singular que se ha establecido dentro de este grupo que conforma el servicio, que seguiré observando.

◆ *Conclusiones*

II. ANALISIS

Dentro de esta actividad quiero hacer hincapié en dos aspectos fundamentalmente.

Por un lado, el atravesamiento del macrocontexto en toda institución, principalmente el eje ideológico que demarca funcionamientos y estilos particulares; esto se evidenció claramente en el acto celebrado, pero mi percepción fue también, hacia el mantenimiento de esa ideología, su autoproducción, su sostenimiento.

Y por otro lado, la liberación, controlada y permitida, de la fiesta - tenía horario de entrada y de salida, había personal de seguridad, controlaban la entrada con la credencial del hospital -. Como una manera de producir un desahogo, pero para que se siga manteniendo el sistema.

Parfraseando a Ida Butelman, *"...la demanda total es el mantenimiento del poder ya instituido y de las normas creadas para mantenerlo y el objetivo se convierte en una defensa de ambos..."*

El objetivo subyacente es el de reforzar la propia ideología para mantener el sistema: "cambiar, para que no cambie nada".

SRA. CORINA

I. DESCRIPCIÓN

Esta entrevista se desarrolla en la habitación de la paciente, Corina es una señora de 67 años de edad, su aspecto físico es muy saludable - tiene teñido el cabello de oscuro -, y se encuentra acompañada por su hija, una señora de alrededor de cuarenta años.

Comenzamos a establecer un diálogo con ella, y enseguida, Corina comienza a responder entrecortado, y la hija a completar las frases, la madre está muy sensible y comienza a llorar.

En este momento, es cuando la hija empieza a relatar la historia familiar, contando que cuando ella era chica (tenía entre 11 y 12 años) el padre y el hermano fallecieron en un accidente y en ese momento, ella asumió el rol de madre y la madre de hija, porque era ella quién necesitaba mayor cuidado.

Se volvió a casar, no tuvo otros hijos y el hombre - marido de la madre - los crió (a ella y su hermana) como sus propios hijos, como suyos.

La entrevista continúa y la hija cuenta con respecto a "su" hijo y dice: "...*me lo robó, él vive para ella y ella para él...*" Se aclara si es varón, y sí, es el primer varón dentro de la familia después de la muerte de su hijo y esposo.

La hija continuamente habla sobre su madre, con la responsabilidad de una *madre por su hija*, haciéndose cargo de su cuidado, tanto en el hospital como fuera de él. También comenta que su madre es muy coqueta, que le encanta salir con su marido, que ambos pertenecen a un grupo de baile, de danzón y que a ella le gusta ir arreglada, cuenta que su madre le pide que le cosa vestidos nuevos y le reforme los viejos.

El diálogo se desarrolla entre un ir y venir, del pasado al presente, entre historias de su padre, - que lo muestran como un hombre que en el período de la revolución era dirigente, muy severo, austero y estricto con su familia y muy solidario, y con una actitud paternal y sobreprotectora para con los compañeros ideológicos - ; y el marido de su madre, - como un hombre que la quiere muchísimo, que la trata muy bien, que es muy compañero, que le da todo -.

Lo que se intenta, en el cierre es producir cierto alivio de la angustia, para ello la psicóloga resalta todas las personas que Corina tiene a su alrededor, que la cuidan, que están esperando su regreso al hogar y se rescata que esencialmente, el motivo de consulta es esta angustia, puesto que orgánicamente, se la ha internado para realizar toda una serie de estudios para descartar posibles afecciones, y que hasta el momento no se le había encontrado nada llamativo, salvo ciertos resultados esperables en una mujer de su edad.

La hija confirma cada una de las palabras dichas por la psicóloga, que parecen surtir un efecto reconfortante en Corina y en su hija.

◆ CONCLUSIONES

II. ANALISIS

Lo primero que resalta de toda la entrevista, es este vínculo *¿simbiótico?* entre madre e hija, pero donde lo llamativo es esta relación invertida, donde se encuentran como en un enroque de ajedrez, cambiados los lugares y así también los roles.

La hija aparece como esa imagen cuidadora, protectora, y dadora de apoyo y sostén (Bowlby, Teoría del Apego) a lo que Matus, llama la función materna.

Otro dato a tener en cuenta, es esta relación entre nieto-abuela, que también sería una reedición de la relación madre-hijo. Con toda una connotación en esta familia dada a la cesión de lugares, explicitada por la hija, cuando dice "me lo robó", quizás como usurpación pero ciertamente legitimada a nivel familiar.

Se percibe un triángulo conformado entre madre-hija-nieto, donde la función paterna parece no estar claramente asumida, no produciéndose corte, ni promoviendo cierta discriminación y autonomía.

Quizás, *¿algo del "No reincorporarás tu producto"*, correspondiente a la función paterna de corte, se estará jugando aquí, de manera muy encubierta?

ASISTENCIA A ATENEOS
COORDINADORA: Lic. Liliana Delgado

PRIMER ATENEO

Esta nueva instancia, se me presentó con todas las inquietudes pertinentes. El acercamiento a la concreción de un proyecto siempre provoca diferentes sensaciones y el hecho de compartirlas con un grupo de compañeros, considero que es lo más continente.

La modalidad es bastante distinta a lo que tradicionalmente estamos acostumbrados y tal vez, por mi inserción, me costó entender el desarrollo del mismo.

Por otro lado, la vivencia del *último* tramo es algo nuevo y movilizador.

SEGUNDO ATENEO

Este encuentro fue por demás angustiante, creo no haber pasado nunca por una situación similar. Considero que ésta es una instancia de aprendizaje más.

Confusión, es la palabra que caracterizó mi estado emocional durante esta reunión. La incertidumbre se hace presente. El proyecto tambalea, las razones aún no se presentan del todo claras.

Las instituciones tienen un tiempo y una lógica muy distintas entre sí. Yo, me encuentro en ese espacio virtual.

TERCER ATENEO

En principio, fue aspectos formales a considerar.

Devolución de informes, con opiniones al respecto, haciendo énfasis en algunos aristas de ellos.

Formulación de hipótesis con teoría. Explicitar desde qué lugar se está leyendo, que está dando espacio y lugar a ese desciframiento y no a otro. Buscar referentes teóricos para fundamentar lo que se dice.

Recomendación de libros.

CUARTO ATENEO

Se trabajó sobre una entrevista de una compañera.

Para Etchegoyen, la primera entrevista tiene un objetivo: saber si el paciente puede ser analizado o debe ser derivado. Se indaga sobre la problemática.

Para Fiorini, el objetivo es indagar sobre los niveles diagnósticos, conciencia de enfermedad, vínculos, problemática de etiología emocional, etc.

Importante, es tener en cuenta en el cierre de la primera entrevista, recuperar las palabras del paciente - MITO: una explicación del paciente de por qué le pasa lo que le pasa.

Resaltar el trabajo en RED: el terapeuta debe saber con quién cuenta *afuera*.

Pequeña dramatización de devolución y cierre: mini ejercicio, dos preguntas ¿cuál es la problemática central? y ¿qué intervenciones harían?

La interpretación siempre es en términos de hipótesis a confirmar o rectificar.

Fue uno de los ateneos más interesantes y comprometidos.

RESIDENCIA DE PREGRADO
PSICOLOGÍA CLÍNICA
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata
Coordinadora de Arrea: Lic. Liliana Delgado
Ciclo Lectivo 1997/1998
Alumna: Moira L. Alquézar
Mat. 1055/88

SEGUNDO INFORME
100 HORAS
Hospital Clínico Quirúrgico
"Hnos.Ameijeiras"

*“Se envejece de acuerdo
a cómo se ha vivido”*

Ajuriaguerra

◆ *Servicio Priorizado: Piso 19 Geriátría*
Intercambio profesional - Pase de Sala

Tuvimos un intercambio con la psicóloga perteneciente a este equipo, la Lic. Bárbara Delgado. Nuestra charla giró alrededor de varias inquietudes mías; como por ejemplo, su marco teórico, manifestándose de acuerdo con la terapia conductual, también con el bio-feed-back y las técnicas de relajación.

La O.M.S. (1974) toma al *envejecimiento como el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se acentuaron cada vez más en comparación con anteriores épocas de la existencia.*

El Servicio adopta esta definición como guía de su acontecer cotidiano y como base para describir los cambios funcionales que se presentan en diferentes niveles:

➤ a nivel somatosensorial

- menor sensibilidad vibratoria, discriminativa y táctil
- se conserva la sensibilidad posicional y a la presión

➤ a nivel motor

- pérdida de la capacidad de coordinación
- pérdida del control muscular

➤ a nivel intelectual-cognitivo

- pérdida de la memoria reciente
- dificultad de nuevos aprendizajes
- pérdida de la inteligencia fluida

➤ a nivel de comportamiento

- pérdida de adaptabilidad al medio
- enlentecimiento general

También se puede hablar de un envejecimiento armónico o desarmónico/patológico.

Para lograr un envejecimiento saludable, se podría enfocar el problema desde diferentes áreas:

① **ÁREA CLÍNICA**

Objetivo: * Vejez saludable, significa ausencia de enfermedades que alteren sustancialmente la calidad de vida.

- Método:*
- * Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria.
 - * Control de los Factores de Riesgo.
 - * Reconocimiento en salud.
 - * Diagnóstico precoz de las enfermedades.
 - * Tratamiento integral.

② ÁREA FUNCIONAL

- Objetivo:*
- * Mantener al máximo la capacidad de realización de actividades de la vida diaria.

- Método:*
- * Prevención, mantenimiento y recuperación.
 - * Prevención de accidentes.
 - * Actividad física y deportiva.
 - * Rehabilitación.
 - * Terapia ocupacional.

③ ÁREA MENTAL

- Objetivo:*
- * Mantener total capacidad de contacto intelectual con otras personas.

- Método:*
- * Higiene y actividad mental.
 - * Entrenamiento de la memoria.
 - * Orientación en la realidad.
 - * Actividad cultural y social.
 - * Técnicas de aprendizaje.

Asimismo, se evalúan lo que se da en llamar "factores de riesgo social" en la vejez, donde se pueden enumerar los siguientes:

- ◇ ESTILO DE VIDA
- ◇ ECONOMÍA
- ◇ RELACIONES INTERPERSONALES e INTERGENERACIONAL
- ◇ ACTITUDES
- ◇ TIEMPO LIBRE
- ◇ PERDIDA DE ROLES
- ◇ SOLEDAD e INCOMUNICACIÓN
- ◇ VIUDEZ
- ◇ JUBILACIÓN
- ◇ CLIMA EMOCIONAL FAMILIAR
- ◇ REPERCUSIÓN SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES FÍSICAS
- ◇ ESTRUCTURA SOCIAL Y VALORES CULTURALES

El diagnóstico que se realiza en este servicio es una evaluación **multidimensional**, tomando en cuenta distintos índices, como lo son: lo cognitivo; lo emocional; los parámetros dependencia/independencia; y el área social.

Tomando como norte las palabras de Fiorini, *"...las distintas disciplinas, nos han abierto el panorama en cuanto a la necesidad de formular diferentes diagnósticos... Estos diferentes diagnósticos reflejan el hecho de que todo individuo y todo grupo humano expresan a la vez su inserción en distintos planos de interacciones sociales, de modo que sus procesos psíquicos responden a distintos sistemas de leyes, mecanismos y modos de transformación..."*

Entonces, cabe aclarar que cuando hablamos de evaluación multidimensional, estamos hablando de un diagnóstico que se realiza en diversos niveles de indagación.

En este servicio se manifestarían distintas líneas directrices como lo son: la evaluación cognitiva, incluida dentro del diagnóstico clínico; la evaluación del aspecto emocional, que se encuadraría dentro del diagnóstico psicopatológico psicodinámico; los parámetros dependencia/independencia, expresando las capacidades y destrezas motoras conservadas; y en cuanto al área social, estaría en relación con el diagnóstico psicosocial y en cierta manera, también con el diagnóstico comunicacional *"...por el estilo comunicacional propio de la estructura de personalidad del sujeto y de sus grupos de pertenencia..."*

Para llevar a cabo esta tarea debe trabajarse de una manera interdisciplinaria, para ello una vez por semana, se realiza una discusión de todos los casos entre los diferentes miembros del equipo.

Existe un vínculo de enlace entre el Hospital - este servicio - y la comunidad como parte de un programa de prevención, donde intervienen distintas organizaciones intermedias, como por ejemplo, los hogares de ancianos; las casas de abuelos - que son de reciente creación -; los círculos de abuelos, donde se implementan diferentes planes como actividades recreativas, un "plan cantina" - donde se les prepara la comida -, etc..

En el marco de este convenio se realizó un Encuentro entre los Círculos de Abuelos y el Servicio de Geriátría del Hospital.

Luego, realizamos un pase de sala. Había dos pacientes, que a los mismos médicos les preocupaba su estado anímico.

Una de ellas, Corina, de 67 años, acompañada por su hija. Compartía la habitación con Digna Mestre, una abuelita que vive sola, no admite vivir con nadie y que tiene en su haber internaciones recurrentes, es lo que ellos denominan "hospitalización positiva", por que se adapta muy fácilmente a este medio.

Otra de las pacientes que teníamos que ver por interconsulta, era Luisa, de 57 años.

◆ *Encuentro Comunitario para la Ayuda de la Conservación de la Salud del Anciano*

I. DESCRIPCIÓN

La modalidad de este encuentro fue la de taller, compuesto por una parte, por los integrantes del Servicio de Geriatría del Hospital y por otra parte, la comunidad en general, representada por los Círculos de Abuelos, los C.D.R., por Médicos, Enfermeras y Asistentes Sociales de diferentes Policlínicos en relación con la tercera edad.

Hubo toda una serie de presentaciones de las personas que se encontraban presentes y hubo unas palabras de agradecimiento hacia los profesionales del Hospital, también se dio curso al programa del día, con las actividades a realizar y los tiempos destinados a cada uno.

Tras la presentación de la Jefa del Servicio, explicando el propósito de la Institución de abrirse a la comunidad - éste era el primer encuentro que se materializaba -, una colega perteneciente al Servicio de Educación para la Salud, instrumentó algunas técnicas para trabajar los distintos temas-ejes, en pequeños grupos.

Los lineamientos generales fueron tres:

- Soledad e Incomunicación
- Trastornos orgánicos
- Factores sociales

Tres profesionales (dos de los médicos y la psicóloga) del Servicio habían preparado una pequeña introducción a cada uno de ellos. Pero, solamente, el Subjefe del Servicio realizó un recorrido por el tema de la vejez en general, poniendo su énfasis en éstos tres temas y dando así paso, para la reflexión propuesta.

El grupo estaba compuesto por alrededor de cuarenta personas, quienes fueron separadas en pequeños grupos, de ocho a diez personas (abuelos) y uno o dos profesionales.

La propuesta era dividir el grupo grande en pequeños, para realizar la discusión, y en un segundo momento, sesionar en plenario para compartir y comparar los trabajos de cada uno y extraer de allí las conclusiones generales.

La consigna dada a cada uno, fue discutir sobre uno de los temas propuestos y elegir a un representante para que realizara una exposición con las conclusiones a las que había arribado el grupo, en el plenario.

II. ANÁLISIS

Una vez conformados los pequeños grupos, se comenzó a discutir. Yo estuve junto con el segundo médico en jerarquía, del Servicio de Geriatría y junto con cinco abuelas, pertenecientes a distintos Círculos.

Nuestro tema fue el de Soledad e Incomunicación.

En el grupo había una abuela que no tenía familia, pero que sin embargo, había podido estructurar su vida alrededor del Círculo de Abuelos, ella era la presidenta. Cada una contó su experiencia. Lo que apareció como factor común, fue la familia, y sus respectivas actitudes para con el abuelo.

Por otro lado, surgía la contrapartida, la actitud del abuelo para con la familia.

Todo este tema está atravesado por una circunstancia social, política y económica también, puesto que es casi imposible que los miembros jóvenes de las familias, cuando se casan, posean sus propias casas, entonces se manifiesta un fenómeno muy particular, en lugar de haber una salida *exogámica*, en todo los sentidos, hay una incorporación de *nuevos* miembros a la familia de origen.

De esta manera, se presenta la convivencia de hasta tres o cuatro generaciones (abuelos, hijos, nietos, bisnietos), donde los abuelos hacen sentir, en algunos casos, su autoridad a través de la legitimidad que les otorga el ser *dueños* de casa. En otros casos, esa legitimidad no existe y se transforman en un estorbo.

Lo que aparece es un gran problema de comunicación intergeneracional y con sus consecuentes pautas de convivencia distorsionadas. De esta manera, el llamado "conflicto generacional", cuando tiene su expresión directa en el seno familiar, reviste vital importancia.

Al decir de Leopoldo Salvarezza, el punto de entrecruzamiento de la línea ascendente de los hijos con la descendente de los padres y la consecuente inversión de los roles familiares, se convierte en un severo agente patógeno.

Muchas veces para justificar la aparición de este conflicto, los familiares hacen referencia a la rigidez conceptual de los viejos. Lo cual es cierto, pero realizando cierta salvedad: *hay que distinguir lo más claramente posible si el viejo ha sido de conceptos y conductas rígidas desde siempre, o si, por el contrario, esta rigidez sobrevino con la edad.*

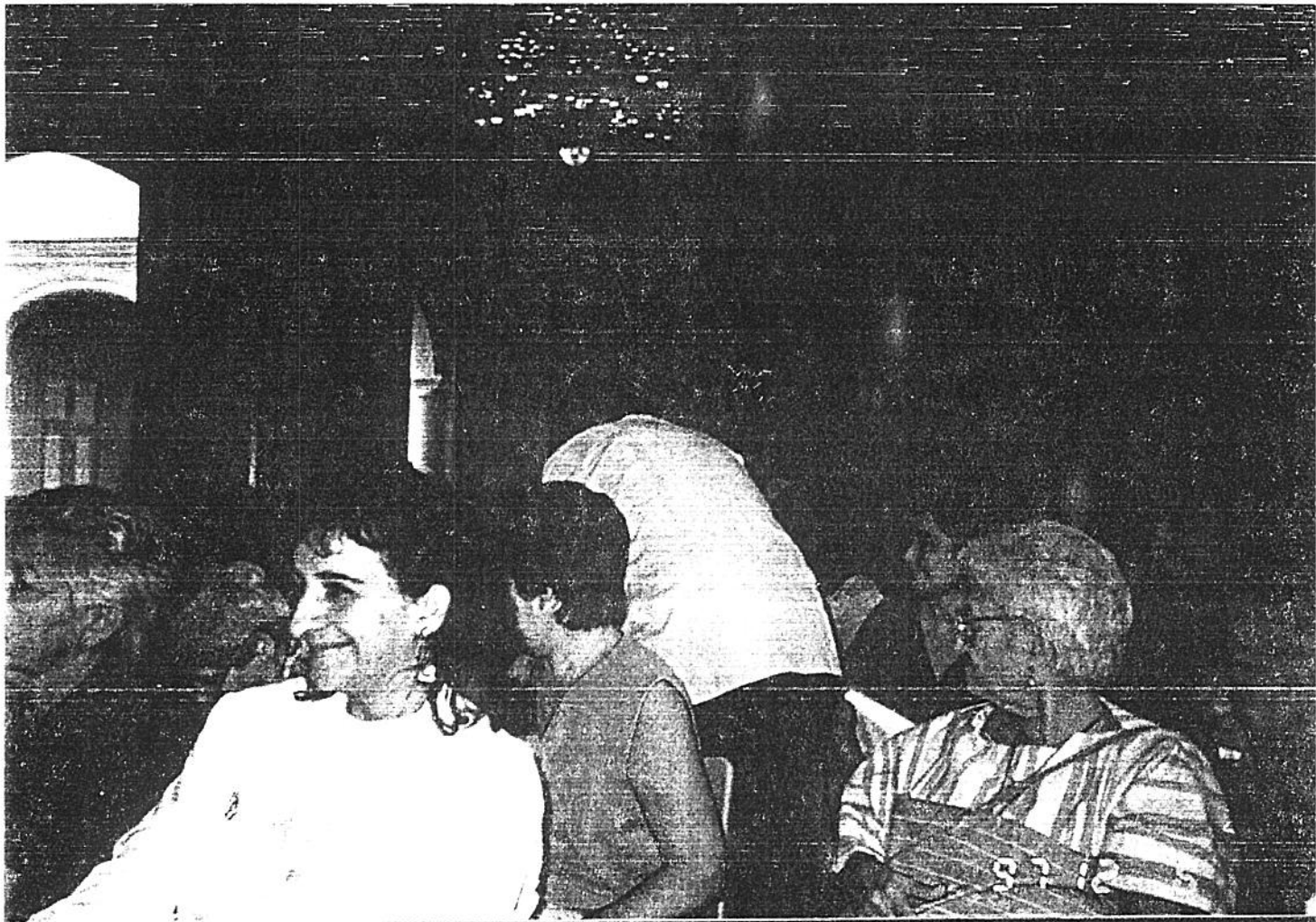
Pero en este último caso, ¿no se sostendrán como conductas defensivas ante la sensación de pérdida de poder, de potencia, de autoestima?

Por otro lado, cabría preguntarse la participación de este atravesamiento, que a mi parecer, es muy fuerte, puesto que éstos viejos de más de sesenta años, vivieron en plena juventud los fuertes ideales de la Revolución, e impregnaron sus vidas de aquellas sensaciones, sentimientos, ideas y principios que los guiaron a lo largo de

más de cuarenta años. Y la pregunta es ¿y ahora, qué? ¿Esos sentimientos, principios, son válidos para esta época que les toca vivir en el final de sus vidas?

Retomando a Salvarezza, tanto los factores socioeconómicos y culturales desempeñan un papel preponderante en la etiología de las distintas descompensaciones, pero que deben ser vistas dentro de la perspectiva señalada por Oulés: la aceptación o rechazo del *viejo* por el medio; y la aceptación o rechazo del *medio* por el viejo.

Eso nos permite ver que no sólo la conducta del entorno puede determinar una acción patógena sino que también, la disposición negativa del viejo hacia el medio puede ser la que la pone en marcha .



97.12.5

◆ *Servicio Priorizado: Piso 19 de Geriátria*
Interconsulta: Sra. Luisa

I. DESCRIPCIÓN

La interconsulta se presenta como inquietud de la médica que trata a Luisa, por su estado de angustia. Debido a esto realizamos una entrevista.

Luisa es una señora de 56 años -edad llamativa para estar internada en este servicio - tiene ocho hijos y siete nietos, está casada y su marido tiene 72 años.

Comienza hablando de su enfermedad: una artrosis generalizada, también sufre de hipertensión, sinusitis, *de nervios*: Ella misma dice de sí ... "si yo no me paro, no me para nadie..."

Desde Junio'97 en adelante, bajó considerablemente de peso, aproximadamente, diez kilos, acompañada de mucha taquicardia.

Hace mención a las medicinas que ha tomado, con bastante conocimiento y manejo (me asombró en general, este aspecto en la mayoría de los pacientes que ví, poseen mucho conocimiento de los medicamentos en general, nombres, para qué sirven, cuáles son los efectos, en qué momento tomarlos, etc. Y me recuerda a los tratamientos de máxima o de mínima del paciente: en estos casos se aplicaría el segundo, con casi un absoluto control externo: **el remedio**)

Ha estado tomando trifoperacina desde el '80 y pico, pero, luego de un período, le comenta a la psiquiatra que ella se sentía *endrogada* y entonces le bajaron la dosis, a medio por la mañana y medio por la noche.

La religión para ella es un área de mucha importancia, menciona que el 28 de octubre cumplió diecinueve años dentro de ella. Entró por su enfermedad, y cuando bajó de peso le recomendaron que visitara al médico.

Luisa pertenece una religión bastante particular, de los antepasados de la isla, celebran distintas fiestas, hacen sacrificios, ayunos, y por ejemplo, ella está *trabajando para ser santa* lo que significa que se despojó de toda su ropa, y se viste únicamente de blanco, con el pelo oculto con un pañuelo y con muchos collares finitos de canutillos de muchos colores, que tienen su significado de acuerdo a las etapas que va atravesando.

Aparece un gran temor a la enfermedad en general, menciona que ella tiene artrosis desde chica, cuando su mamá la tuvo estaba tuberculosa, y entonces a ella la tuvieron bajo control desde siempre.

Luego, se pasa a la familia, y Luisa comenta que con ella y su marido, viven tres hijas mujeres y un varón, todos casados. ... " El ingreso al hospital me vino muy bien..." , comenta.

Ella se hace cargo de todas las cosas que le pasan a su familia y se siente el sostén familiar. Se pone muy mal cuando sus hijos hacen "cosas" con las que ella no

está de acuerdo. Por ejemplo, un hijo varón - que en ese momento la estaba acompañando - no quería seguir estudiando y no había aprendido ningún oficio, ella discutió mucho con él, pero finalmente, logró que estudiara y ahora, es técnico electricista y está trabajando, y ella se llena de orgullo por eso.

Después menciona a una de las hijas mujeres, que aparentemente, vivía en pareja, pero se pelearon y está saliendo con otras personas. A Luisa no le gusta y dice..."tengo complejo de lo que van a decir los vecinos de mí, de mi familia, yo soy decente, y siempre luché por mis hijos..."

Se intenta indagar acerca del futuro, Luisa dice que le gustaría pasear con el marido ..."no se puede estar pendiente de todo.... Cuando no tenga nada, me voy a sentar al Malecón o a una plaza, ya le dije a mi marido... Yo no caigo más en esto, ésta es la última vez..."

Ante la pregunta sobre cómo el marido tomaba esta actitud suya, ella menciona..."mi marido dice que tome esto como una paso atrás para coger impulso... y ya les dijo a las hijas mujeres, que yo así no puedo seguir, que ellas tienen marido, y que se vayan a vivir a las casas de las familias de ellos o que lo resuelvan de otra manera, porque que esto era en serio y él no iba a permitir que yo me enfermara más..."

Se realiza una última intervención como cierre que apunta esencialmente a intentar desvincularse afectivamente de la vida de sus ocho hijos; y que ella es la principal protagonista de ello; que ella tiene que cooperar para que se concrete.

Ante esta intervención la paciente responde, que ella tiene escalafón (puntos para poder obtener una casa) ..."así que cojo mi casa y me voy con él (marido)..."

Como con el tratamiento farmacológico ha mejorado muchísimo, es posible que los médicos le den el alta en pocos días, por ello, se anticipa el curso a seguir en el área psicológica.

Si no surge ninguna otra inquietud por parte de la paciente, o del equipo médico, se le hará un seguimiento por consulta externa, para ir monitoreando la adaptación de Luisa al medio familiar, una vez que vuelva a su acontecer diario.

II. ANÁLISIS

Luisa, es ama de casa, tiene ocho hijos y vive con cuatro de ellos, sintiéndose el eje central de su familia, convirtiéndola, en muy dependiente de ellos y creando una dependencia muy fuerte, de su familia *hacia* ella.

El problema se circunscribe al área psicoafectiva familiar, puesto que su personalidad en forma global se encuentra conservada tanto como su área cognitiva.

El énfasis en esta etapa de la vida, está puesto en la introspección y en el balance vital con un intento de reevaluar el sí-mismo, como establece Neugarten cuando hace referencia a la mediana edad. La preocupación por el mundo interno se intensifica y es el momento del movimiento desde el mundo externo al mundo interno.

Al decir de Salvarezza, este fenómeno de incremento de la interioridad - como uno de los factores psicológicos característicos del paso a la tercera edad -, debe ser tomado como universal.

Como ya comenté en el análisis de otras entrevistas, el problema que existe en Cuba con la vivienda y los conflictos que esto acarrea, - problemas generacionales, concomitantemente con problemas de comunicación (diferencias sustanciales entre los códigos de cada una de las partes), las pautas de convivencia (cambios en las tradiciones y costumbres entre los más viejos y los más jóvenes) y los conflictos de poder dentro de la familia que ello suscita -, se da en las familias como proceso natural, como problemática generalizada, reconocida y padecida.

Esto debe ser tomado en cuenta, en el momento de realizar un análisis del cuadro general y de deslindar problemáticas sociales de las de índole esencialmente psicológicas.

Otro dato llamativo, es la historia de trastornos psíquicos de esta paciente, aproximadamente, más de dieciocho años, con anteriores internaciones por este motivo, con medicación para este tipo de problemas. Así como también los síntomas que aparecen en esta oportunidad, pérdida de peso y alteraciones en el dormir, ¿lo que tal vez, podría hacer presumir una incipiente depresión?

Esto me hace pensar en la definición de la neurosis, *como una afección producida por un conflicto psíquico y cuya manifestación sintomatológica es la expresión simbólica de aquél, al mismo tiempo que su satisfacción y que además, es utilizado con la intención de obtener beneficios secundarios. El cuadro aparece, toda vez que fracasan las conductas defensivas que ha ido estructurando el individuo a lo largo de la vida "para mantener un equilibrio homeostático"...*

En el momento actual, creo que se puede considerar, la manifestación de la sintomatología orgánica como una exacerbación de algunos de los rasgos caracteriológicos previos, ¿quizás, se podría decir, que se ponen en marcha como una preocupación hipocondríaca, como una respuesta desmedida? O quizás,

tomando el DSM, podemos encontrar esta patología encuadrada bajo el síndrome orgánico del estado de ánimo?

Lo que me hace pensar en ello, es la sintomatología asociada que manifiesta este cuadro: temor, ansiedad, irritabilidad, **preocupaciones somáticas excesivas, crisis de angustia**, suspicacia y **aparición triste y llorosa**, cuando el estado de ánimo es predominantemente depresivo.

También, surge la inquietud de considerar estos síntomas con el "beneficio secundario" que traen aparejados.

Pero, quizás, no tomándolo, como la oportunidad de *exigir y reclamar* atención y cuidado por parte de los hijos, aparentemente y de forma manifiesta; sino de encontrar la oportunidad para que ellos - los hijos - se desprendan de este vínculo tan dependiente que se establece en la dinámica familiar.

Resuenan aquí, las palabras del marido, cuando dice que *esto era en serio, y que él no iba permitir que Luisa se enfermara* nuevamente.

Provocando toda un reacomodamiento familiar impulsado por el padre, que de esta manera, intenta **poner la casa en orden**.

Las perspectivas para el tratamiento en consulta externa son las de reforzar los mecanismos de Luisa, para hacer frente a estos cambios que se propulsan y poder sostenerlos, a través de este cambio de actitud y promoviendo una verdadera adaptación activa a la nueva situación.

♦ *Servicio Priorizado: Piso 19 de Geriatría
Pase de Sala.*

Rosa, tiene 79 años, posiblemente hoy le dan el alta, ya está preparada para ello.

Cuenta que es viuda desde '58, que tiene cuatro hijos, que tres no están aquí por que viven en el extranjero, dos en EE.UU., en Miami y otro en Canadá, que tiene dos nietos y que el otro hijo vive prácticamente con ella, porque trabaja en la ciudad.

Cuando se le interroga acerca del motivo que la llevó al Hospital, no sabe exactamente, pero dice que ingresó hace ocho días, porque estaba desganada, come muy poco, no tiene apetito y que le hicieron toda una serie de estudios, pero que no salió nada.

Hace mención, de una afección a los riñones que padeció el año anterior y que los medicamentos suministrados en ese momento, le afectaron el oído y la vista. Y también que sufre de estreñimiento.

A esta altura de la entrevista, Rosa nos habla como si fuéramos médicos, elaborando una historia clínica.

La pregunta acerca de cómo se sentía, produjo un antes y un después.

Nos dijo que tiene tristeza, y sin ninguna causa, tal vez por sus hijos que no están acá, con ella. Pero, que sabe perfectamente que están muy preocupados, desde que está internada llaman al hermano día por medio para averiguar como sigue y que, el hijo que vive en Canadá, cuando se enteró que su mamá estaba internada, había decidido venir, pero su hermano le dijo que no era necesario, que él lo iba a tener al tanto de todo.

Sus hijos la ayudan económicamente, y esto se ve reflejado en su standar de vida. Donde no tiene problemas con la vivienda, vive sola y sus dos hermanas viven en la casa de al lado; no tiene inconvenientes con la comida (ella recibe cien dólares por mes, que para la economía de Cuba eso representa muchísimo dinero) .

Pero, finalizando la entrevista surge nuevamente ese desinterés, manifestando no tener motivación.

A pedido de la psicóloga, realizo una intervención, preguntando que hacía en un día común y corriente. Y fue ahí, que comenta que ella no cocina, porque las hermanas se encargan de eso y que tampoco limpia, porque mucho no ve, que tiene muchas vecinas y que se sienta en la puerta a charlar con ellas. También se reúnen para ver la televisión en su casa, para ver la novela.

Y por último, hace referencia, que puede ser que esté un poco mal, porque hace dos meses se murió una vecina.

La intervención final, toma como eje este interés y preocupación especial de los hijos, para reconfortarla y hacerla sentir acompañada.

También se la invita a pensar la posibilidad de integrar algunos de los Círculos de Abuelos, que realizan actividades recreativas y artísticas, para encontrar un espacio en donde sentirse que forma parte, con otras personas.

II. ANÁLISIS

En primera instancia, resalta positivamente este aspecto socioeconómico, que en otras entrevistas, aparece atravesando de una manera conflictiva a la dinámica familiar.

Considerando que la inserción económica, social y cultural, es la que en última instancia proporciona las referencias necesarias para establecer una reevaluación del sí-mismo, se puede concluir que Rosa no tiene problemas de esta índole.

También existe toda una preocupación familiar por su estado. Hay un acompañamiento por parte de su hijo residente en Cuba, como de sus otros hijos.

Esto señala una buena discriminación presente en esta familia, no solamente dada por la distancia física, sino también, por la autonomía lograda por cada uno de sus miembros.

Creo pertinente establecer que la problemática de Rosa se centra en una posible crisis, previsible, en tanto son esperables en cualquier individuo y son momentos transicionales del desarrollo. Acompañada de ciertos síntomas físicos, como por ejemplo, poco apetito, desgano, decaimiento en general.

Citando a Slaikeu, la idea de resolución de una crisis, implica "*...la restauración del equilibrio, el dominio cognoscitivo de la situación y el desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, cambios de conducta y el uso apropiado de los recursos externos...*".

Es decir, que un sujeto frente a la experiencia de crisis, depende de sus recursos materiales, personales y sociales.

En este caso, Rosa tiene cubiertos con sus **recursos materiales** distintas áreas, como son: el dinero (recibe la ayuda de sus hijos), consecuentemente, la comida (dieta balanceada) y la vivienda (vive sola pero junto a sus hermanas).

Los **recursos personales**, parecerían estar conservados. Considero que lo que Rosa expresa en la entrevista es muy importante "los hijos ya no están" y no solamente porque han crecido sino porque es muy difícil el contacto físico con ellos, de ahí, tal vez, su sentimiento de soledad que sobrevenga de tiempo atrás.

Por último los **recursos sociales**, han "llenado" la vida de Rosa, sus hermanas "hacen todo", y con sus vecinas mantiene una relación muy especial. En este sentido, el grupo social inmediato es una fuente de apoyo y quizás, el suceso que precipitó esta crisis se origine también allí - la muerte de la vecina - . Se centraría en la "*...resolución de la aflicción por la muerte de otros y la aproximación de la propia...*"

Sumando a su poca motivación, también esta presencia de la "muerte", personificada en el diálogo a través de su vecina fallecida hace dos meses.

Comparto con Salvarezza, que en esta edad aparecen dos temas predominantes, que son: *la progresiva toma de conciencia del paso del tiempo con el consiguiente envejecimiento personal, por un lado, y por el otro, que los cambios en los patrones vitales muestran que los hijos crecen, y que los propios padres envejecen y mueren, y que eso coloca al individuo ante la sensación ineludible de ser "el próximo en la fila"...*

Creo que Rosa, está transitando por este camino.

La muerte de los pares o amigos, en este caso la vecina, personaliza a la muerte, y esto hace que se presente como una posibilidad real para ella misma; como así también para sus hijos.

- ♦ *Servicio Priorizado: Piso 19 de Geriátría
Pase de Sala.*

I. DESCRIPCIÓN

Amparo, es una señora de 82 años, diabética compensada, pero que debido a ello no puede leer.

Ingresó al Hospital, por un fuerte dolor en lado izquierdo del cuerpo. Creen que es un desprendimiento de riñón (desciende) con mucha grasa acumulada, alrededor del hígado. Aparentemente, algo bastante común en este tipo de pacientes, por la actitud de la psicóloga.

Amparo está acompañada por una de sus hijas, con la que vive desde hace poco tiempo, ya que antes vivía sola. Narra el accidente en que su esposo falleció, en el año '81, y donde ella tuvo una fractura de tibia, en la pierna derecha y que le habían colocado en ese momento, una especie de varilla, para corregirla.

Ante la pregunta sobre su familia, responde que eran siete hijos, que ahora, quedan seis.

Su hija murió en mayo del '81 y su esposo falleció un mes después, en junio de ese mismo año. Cuando comienza a relatar todas estas pérdidas, comienza a llorar y su hija acompaña y completa el relato de su madre. Hay mucha angustia.

La hija comenta que desde hace cinco o seis meses hasta ahora, no quiere salir, y como viven en un segundo piso y hay escalera, no quiere bajar, ni siquiera a visitar a su nieta que vive cerca, ni tampoco a pasear en auto, que a ella tanto le gustaba.

Amparo, sigue llorando y comienza a hablar de la muerte, de *su* muerte, que no quiere molestar a nadie y que ella sentía, que no podía ayudar en nada, que se estaba convirtiendo en una carga.

La intervención de la psicóloga apunta a disminuir el nivel de angustia de Amparo, tratando de establecer una relación entre las distintas muertes y cómo se sentía ella ahora.

También, que por lo que ella estaba atravesando era por un duelo, un duelo por su hija y un duelo por su marido, pero que realmente le estaba costando mucho salir de esa situación y que por eso, no podía darse cuenta de lo que tenía alrededor y valorarlo.

Creo que esta última parte, estuvo dirigida más a la hija que a Amparo, puesto que ella tampoco entendía muy bien que era lo que le ocurría a su madre.

La hija trataba de darle todo lo que podía, y estaba a su alcance, haciéndose responsable de su mamá, y tal vez, sin contar con el suficiente apoyo por parte de sus hermanos.

También se hace una intervención, diciéndole a la hija que su madre puede y debe participar dentro de sus posibilidades, por ejemplo, de las actividades de la casa y también de las personales, como lavarse su propia ropa interior, colaborar en preparación de la comida, etc.. La hija responde que ella no lo permite porque cree que Amparo no puede, o que le cuesta demasiado, o tarda más tiempo que ella en hacerlo, o no lo hace *tan bien*.

Se intenta dejar en claro la situación y algunas puntas para ayudar a Amparo a sentirse diferente, integrante de su propia familia, no una carga como ella misma manifiesta.

II. ANÁLISIS

La mayoría de las depresiones de los viejos, manifiestas o enmascaradas, corresponden a aquellas en las cuales las causas que aparentemente determinan su aparición pueden ser relacionadas con una experiencia vital identificable en un momento más o menos cercano del pasado del paciente... esto manifiesta Salvarezza con respecto a las depresiones neuróticas, asimismo, establece que esta "experiencia vital identificable" en general se relaciona a una pérdida, real o fantaseada, pero que en el momento, el paciente tiene la vivencia subjetiva de que algo relacionado con él se ha perdido.

Amparo, considero que no solamente no ha podido terminar de elaborar el duelo por su hija y por su esposo, sino que también se encuentra su propia muerte ensamblada con la de ellos. Su muerte en tanto, que ya no se siente útil.

De esta manera, se puede describir a este momento de crisis como *"...el momento en que un suceso remueve 'problemas del pasado' o conflictos de personalidad no resueltos, que desencadenan la desorganización y el trastorno emocional..."* (Miller e Iscoe)

Me resulta interesante, introducirme en el tema a partir de una definición de la palabra duelo. Remitiéndome en primer lugar, a la etimología. Según establece Salvarezza, DUELO deriva de *dolus*, haciendo referencia a su cualidad afectiva; y deriva de *duellum*, que es la antigua forma de *bellum*, guerra y también tiene relación con dúo, dos.

Es decir, que cuando hablamos de duelo, estamos en presencia de un vínculo, que es conflictivo y que su resolución es dolorosa. En concordancia con esta definición, se introduce la noción de tiempo, y por ende, hablamos de un proceso.

A mi parecer, no quiero arriesgarme a decir que Amparo está atravesando por un duelo que se transformó en patológico. En este momento, no creo que tengo ni los datos suficientes, ni los conocimientos necesarios, a mi alcance como para poder asegurarlo.

Creo sí, que la noción de tiempo es muy importante. Como así también, la posibilidad de acompañamiento que este proceso requiere.

Por otro lado, es consecuente con este lineamiento, la angustia, la pena que la paciente manifestó durante la entrevista, hasta la misma expresión de la idea de suicidio.

Cabe preguntarse, como dice Salvarezza, si este *proceso de duelo puede verse perturbado en la vejez, dando lugar a una desproporcionada prolongación de su duración con una agobiante sensación de tristeza sin fin.*

La resolución del duelo, implica la conexión con nuevos objetos, pero, tal vez, en este caso en particular, esta conexión no puede realizarse porque no existe objeto al alcance de Amparo o ...que ella pueda tomarlo.

◆ *Consulta Externa: Lic. Leonel González*

I. DESCRIPCIÓN

La paciente se llama Elvira, tiene 63 años y consulta por sugerencia de su médico clínico.

Está casada, tiene un hijo varón, que es ingeniero, de su primer matrimonio y otro hijo varón que es médico y una hija mujer, que son del matrimonio actual.

Este tratamiento se inició la sesión pasada, y el primer punto que la paciente trata en ésta, es la de posponer la entrevista, puesto que no pueden asistir los demás miembros de la familia, como había sugerido el psicólogo.

Y deja al criterio de este último, la posibilidad de realizarla o no. El psicólogo invierte rápidamente esta situación manifestando que si ella considera necesaria esta entrevista la podíamos realizar. Ella asiente y cuenta que su hijo mayor iba a tratar de llegar, tarde porque se le superponía con su trabajo, pero que iba a intentarlo.

Se comienza realizando una recapitulación de la sesión pasada, tocando sucintamente los puntos que se trataron y dejando abierto el final para que la paciente lo retome.

Es así que hace mención a la relación que su hija mantiene con el padre, manifestando "...están muy uniditos ellos dos, y ahora, que trabajan juntos más todavía...".

Yo recuerdo esas cosas (está hablando de la época de la Revolución) y por eso estoy rebelde de que me traten mal. Yo estoy vieja y me tienen que tratar bien... El hijo mayor me trata bien, el hijo médico también me trata bien; pero la hija no me acepta nada...ella fuma mucho y yo no quiero. Igual que su padre...

Aquí comienza a hablar de sus hijos...él sí salió bueno, muy buen médico hasta revivió a un hombre. Un día me dijo, mami, porque será que papá te trata tan mal a ti y tan bien a los otros. Una vez, con once años, lo siguió al padre, en una guagua (colectivo) sin que le viera, hasta la casa de otra mujer. El deber de un esposo es respetar a su mujer, respetar a su familia.

En este momento, su hijo llega y como la puerta está cerrada, la llama a su madre en voz alta desde afuera, la madre salta y va a abrir la puerta y dice "si mi vida, aquí estoy" y entra el hijo.

Se sienta al lado de su madre, se llama Guido y tiene aproximadamente entre treinta y cinco y cuarenta años, se mantiene al margen escuchando los relatos de su madre.

Ella continúa haciendo relatos sobre la época de la revolución y también acerca de su hija mujer y lo mal que ella la trata.

Por último, ante la intervención del psicólogo para poder posicionarla nuevamente en el presente, le pregunta que cree que tiene que hacer ella para poder revertir esta situación.

Acerca de esto, Elvira dice...*"la hija tiene la obligación de cuidarme cuando sea vieja..."*

Guido, se presenta bastante ansioso por los resultados, como si esta instancia fuera un estudio más, un análisis más (nuevamente, aparece locus de control posicionado en lo externo).

Cuando se intenta que él mismo haga una reflexión sobre esta situación, él expresa *"...yo quiero que todo el mundo sepa y coopere dentro de sus posibilidades (haciendo referencia al resto de la familia)...la vieja es común a los cuatro (los tres hijos y el marido) ella es como un engranaje central viejo, donde las piezas que están alrededor tienen que adaptarse..."*

Como cierre, Guido dice que él va a hablar con sus hermanos y con el marido de su madre para que intenten asistir a la próxima sesión.

Ante esto, el psicólogo establece que se va a trabajar con los que estén, si están todos, con todos y si están ellos, con ellos dos (Guido y su madre).

También recomienda, que para la próxima sesión le interesaba que acudiera solamente Guido y si se presentan los otros hijos, también.

II. ANÁLISIS

Si tomamos como guía el concepto que desarrolla Edgar Morín de la crisis, podemos decir que *"...(la crisis) es siempre una regresión de los determinismos, de las estabilidades y de las contradicciones internas de un sistema; comprende siempre una progresión del desorden y consecuentemente, posibilita una progresión de la incertidumbre..."*

Para comenzar, considero que este es un caso donde la estructura de personalidad preexistente tiñe toda la problemática actual. En esta circunstancia, las conductas defensivas de Elvira carecen de la plasticidad suficiente como para enfrentar situaciones que requieren de una adaptación más o menos rápida y ajustada, promoviendo esta "atadura" a conductas determinantes, fijas y estereotipadas.

Como Henry Ey señala, *el ser que envejece debe hacer un esfuerzo extra, debe adaptarse no solamente al medio, sino, además, a su propia vejez.*

Y creo que a Elvira este proceso le resulta sumamente dificultoso de transitar debido a sus estructuras rígidas, que se confirman en un acontecer histórico donde ella se formó y desarrolló.

De esta manera, me parece acorde y necesario poner cierto énfasis en los factores sociales como determinantes de la aparición de algunas patologías y me parece de mayor importancia para poder comprender estos trastornos.

"...La generación añosa actual que suele venir a la consulta no aprendió a envejecer por las vías socioculturales naturales, que anticipan normalmente la aparición de ciertos momentos críticos. Si a ello sumamos la rapidez con que se producen los cambios económicos, sociales, instrumentales, técnicos y humanos, en una época de la vida en que es más difícil aprender e incorporar nuevas pautas de conducta, comprenderemos las descompensaciones dramáticas que se producen en muchos ancianos..." (M. Strejilevich, citado por Salvarezza)

Al mismo tiempo, cabe rescatar también el beneficio secundario que puede tener toda esta situación.

"...El hombre maduro precisa que lo necesiten y la madurez está guiada por la naturaleza de aquello a lo que hay que cuidar..."

La sensación de soledad reinante en la vida de Elvira, el maltrato que recibe de su esposo y de su hija, que puede ser real y también exagerado, puede ser tomado como una forma de llamar la atención, exigiendo cuidado y de esta manera, intentar retener a sus hijos, induciendo a un sentimiento culposo, que en el caso de su hija, revierte lo esperado por Elvira.

Ella manifiesta abiertamente, que es su hija mujer la que tiene la obligación de cuidarla. Pero a la hora de los hechos, es su hijo mayor varón quien está preocupado y ocupado en la situación planteada por su madre.

Salvarezza, plantea que este *proceso es más llamativo en aquellos viejos que durante toda su vida han considerado a sus hijos como una inversión, como un "seguro para su vejez"* y cuando el hijo no se resigna a ocupar un papel predeterminado sin su participación, es cuando se produce una cierta desestabilización, desintegración del *statu quo* de la estructura familiar.

◆ *Sesión Científica: Revisión Bibliográfica*
Actividad del Servicio de Psicología.

I. DESCRIPCIÓN

La revisión se realiza sobre un texto perteneciente a la línea teórica de la Teoría Racionalista.

Estos son los puntos más sobresalientes del texto comentado:

- ⇒ Sustentado en el modelo teórico del ABC
- ⇒ Puede hacerse una división entre las creencias racionales e irracionales paradigmáticas, referidas a "tengo que" o "estoy obligado a", que cuando no se alcanzan, producen frustración; y las que hacen referencia a deseos o gustos, que cuando no alcanzan la meta tampoco llegan a producir frustración.
- ⇒ Existen tres grandes creencias irracionales que reagrupan a las anteriores; y que llegan a producir distorsiones:

- * resaltar lo negativo
- * exagera lo insoportable de la situación
- * condena a los otros cuando no le dan lo que él considera necesario.

- ⇒ Entre otras, son características del terapeuta, ser activo y directivo y poseer sentido del humor.
- ⇒ Existen cuatro grandes fases del proceso de la T. Racional, que llevan a la comprensión dinámica propia del paciente:

- * explicación del esquema ABC
- * detección de ideas irracionales
- * debate: con la anterior fase ⇒ detectar/ debatir/ reaccionar
- * consecución de un nuevo estilo

- ⇒ Siempre se encuentran afirmaciones imperativas en las que subyacen las ideas irracionales
- ⇒ El debate, la discusión (principal enfoque teórico) se realiza sobre las generalizaciones. Es una redefinición semántica
- ⇒ Eclecticismo teóricamente consistente, utilización de diferentes técnicas (conductual, cognitivo, etc..)
- ⇒ En pacientes que no tienen recursos intelectuales elevados, se elaboran frases conceptuales para favorecer y fomentar la reestructuración de la creencia irracional.
- ⇒ Los límites para implementar esto son un bajo nivel intelectual y trastornos severos de la personalidad.

II. ANÁLISIS

El texto fue expuesto por la Lic. María Teresa Hernández, que ocupa el cargo de Jefa de Servicio Suplente.

Faltaron varios integrantes del Servicio, a pesar de ser una actividad programada y estipulada con mucha anterioridad (cada seis meses se elabora un cronograma, con los temas, las personas que lo van a dar, y las fechas en que van a ser tratados). En este momento puedo decir, que las personas que faltan en general, son siempre las mismas. Dato que llama la atención, por sí mismo.

En esta actividad, creo pertinente realizar una lectura observacional del grupo, más que del texto que se discutió.

Porque lo que resaltó fue esto, que, salvo unas breves acotaciones que se hicieron al terminar, sobre el fuerte sustento ideacional que subyacen a las adicciones como el alcoholismo, y el tabaquismo - los comentarios lo realizaron las psicólogas que trabajan en esas áreas - no se dio mayor trascendencia, ni interpretación y se finalizó la actividad.

Mi sensación fue de que mis expectativas estaban puestas mucho más altas de lo que la realidad pudo colmar.

También creo que la combinación de circunstancias - la jefa del servicio no pudo asistir por tener que acudir a una reunión con el vicedirector - así como la necesidad de cubrir una guardia del CEDA (el servicio para el diagnóstico integral a los extranjeros) que estaba sin asignar y que antes de comenzar la reunión, se instó a que alguno de los presentes lo hiciera voluntariamente y que no surgió (el clima me hizo recordar, cuando en los GRAP no surge un observador voluntario) hicieron que se realizara esta actividad como un mero trámite a cumplir.

ASISTENCIA A ATENEOS
COORDINADORA: Lic. Liliana Delgado

QUINTO ATENEO: 3 de Febrero de 1998.

Recomendación de varios libros sobre familia y pareja de autores distintos, Janine Puget, Isidoro Berenstein, etc..

Las instituciones plantean cada una, una idiosincracia singular, los conflictos son vistos desde una óptica, así como la manera de resolverlos.

Uno, siendo residente debe poder captar la modalidad de trabajo, y el objetivo a tener como norte, es poder percibir cuál es la naturaleza del problema.

Para esto una de las estrategias a seguir - entre otras - es ir de lo general a lo particular: por ejemplo, el problema de la salud en nuestro país, el problema dentro de la Institución hasta el problema dentro del Servicio; es decir, el problema del poder, transmitido intrínsecamente.

En diferentes residencias, como también en diferentes procesos terapéuticos, es necesario realizar, lo se llama "Proceso Creativo de Desintoxicación", que en general es una revisión de todo el proceso que el residente vivenció, donde se intenta explicar "la naturaleza del problema", las posibles causas que ejercen su influencia y las alternativas a tomar en cuenta, siempre desde el punto de vista del residente, que le sirve a éste para tomar distancia y poder, objetivamente, analizar la situación.

SEXTO ATENEO: 10 de Febrero de 1998.

El Registro Interno dentro del informe, tiene una razón de ser. Sería la "semantización" - la puesta en palabras - de una práctica que en ese momento es difícil pensar.

El poder pensar las instituciones es todo un ejercicio que requiere de teoría que nos respalde.

Dos modelos de Organización de las Instituciones de Salud pueden tomarse:

NORMATIVO

- ⇒ "deber ser"
- ⇒ poder centralizado
- ⇒ direccionalidad única

ESTRATEGICO

- ⇒ viabilidad del plan
- ⇒ convertir espacios de restricción en espacios de libertad
- ⇒ recursos de poder
- ⇒ espacios de intercambio
- ⇒ poder distribuído entre los actores

Se trabajó sobre la entrevista de una compañera.

¿a qué se llama relación perversa? a una relación con un objeto en la búsqueda de placer, desviada de su fin.

Dentro de la formalización de una pareja matrimonial, existen ciertos parámetros a considerar, según explica Berenstein:

- un proyecto vital compartido
- cotidianeidad
- vínculo sexual tendiente a la monogamia

En terapia de pareja se sigue manteniendo el encuadre establecido entre el paciente y el terapeuta. En estos casos *el paciente*, son los dos miembros de la pareja. La interpretación va dirigida al vínculo y se marcan los aportes que cada uno de ellos hace al vínculo desde la novela familiar que traen. En este ensamblado, se interpreta cuál es el problema de llegar a un *nosotros*.

SEPTIMO ATENEO: 17 de Febrero de 1998.

Hay ciertos recaudos que hay que tomar y ciertos aspectos que hay que pulir, como por ejemplo, el vocabulario a emplear tanto en los informes como en las historias clínicas o las devoluciones escritas: comenzar por un vocabulario específico, con expresiones precisas.

Esto implica acomodarse a un nuevo lugar, lugar inédito, por cierto, pero al mismo tiempo no dejar pasar por alto la experiencia del tránsito como residente sería un punto a resaltar.

Sería una especie de ley de intercambio: "...cuando se es supervisora no olvidarse de cuando se fue residente..."

BIBLIOGRAFÍA
Correspondiente al Segundo Informe

↳ Berenstein, I.; Bianchi, G.; Gaspari, R.; Gomel, S.; Gutman, J.; Matus, S.; y Rojas, M. en "Familia e Inconsciente" Editorial PAIDOS.

↳ Bernard, M.; Edelman, L.; Kordon, D.; L'Hoste, M.; Segoviano, M.; y Cao, M. en "Desarrollos sobre Grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica" LUGAR Editorial.

↳ Bleger, J. en "Temas de Psicología: Entrevista y grupos" Ediciones NUEVA VISIÓN.

↳ Butelman, I. en "Psicopedagogía Institucional. Una formulación analítica" Editorial PAIDOS.

↳ Erikson, E. en "Identidad. Juventud y crisis" Taurus Humanidades

↳ Kaës, R. en "Crisis, Ruptura y Superación: Análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal" Ediciones Cinco

↳ Kohut, H. en "Los Seminarios de Heinz Kohut" Editorial PAIDOS.

↳ Lent, C. en "Hay crisis y crisis". Revista Argentina de Psicología. Ediciones Nueva Visión.

↳ Salikeu, K. en "Intervención en crisis" Manual Moderno

↳ Salvarezza, L. en "Psicogeriatría: Teoría y clínica" Editorial PAIDOS

RESIDENCIA DE PREGRADO
PSICOLOGÍA CLÍNICA
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata
Coordinadora de Área: Lic. Liliana Delgado
Ciclo Lectivo 1997/1998
Alumna: Moira L. Alquézar
Mat. 1055/88

TERCER INFORME
150 HORAS
Hospital Clínico Quirúrgico
"Hnos.Ameijeiras"

*"...Aprender es, en realidad,
no otra cosa que
aprender a indagar..."*
(Bleger)

◆ *Consulta Externa: Lic. Leonel González*

I. DESCRIPCIÓN

Yanek, es un muchacho joven de 20 años, delgado, pelirrojo, muy tímido, que sólo mantiene la mirada por unos segundos, y que tiene un aspecto muy de adolescente, tiene acné en su rostro.

El motivo de consulta es una enuresis de más o menos un mes. Cuando se le pregunta acerca del por qué se encuentra allí, él dice "...mi abuela me dijo que tenía que ver a un psicólogo..."

Esta es la segunda entrevista, durante la primera se dejó como indicación un estudio neurológico, para descartar este factor como predisponente del síntoma.

También registro ciertos datos, como son: se casó hace más de un año y se divorcia en Abril '97, sus padres están separados, y él vive con su madre y abuela, está haciendo el Servicio Militar, pero a raíz de este problema le han dado la baja.

A esta entrevista viene con los resultados del estudio que verifica, que a nivel neurológico no se encontró nada llamativo. Después de estos primeros comentarios, se produce un silencio, mientras él se entretiene con unos papeles que tenía entre sus manos.

Se le pregunta acerca de cómo se sintió la semana que pasó y responde que se orinó dos veces, y nuevamente, silencio.

Se le consulta sobre si él no tuviera el síntoma, por qué razón vendría al psicólogo. Respondiendo, que por su forma de ser (silencio), sigue con los papeles y se prolonga este clima.

Particularmente, se me hace difícil sostener mi lugar "silencioso".

Ante una nueva pregunta con respecto a sus padres, comenta que se divorciaron cuando él tenía siete años. Y continúa "... cuando me pongo bravo con ellos, a veces trato de salir a caminar pero no me lo puedo sacar de la cabeza... y me molesta y estoy esperando que me pidan disculpas...trato de irme de donde esta esa persona para olvidarme de que esa persona existe... con mis amigos eso no me pasa... En la calle, cuando otro viene de frente y no se corre y tampoco te pide permiso, y te choca, me pone bravo también, y estoy esperando que alguien se de vuelta para decirle algo.

En este momento, surgen en mí varias preguntas para hacerle a Yanek, como por ejemplo, por qué motivos él se enoja con sus padres, y si algunas veces después de las discusiones, él se pone a pensar sobre lo sucedido y si alguna vez, sintió la necesidad de pedir disculpas.

Cuenta que la primera vez que se orinó esta semana fue por la mañana y se produce nuevamente, un silencio, quizás yo hubiera creído pertinente que realice un relato de lo que aconteció el día anterior. La segunda vez, fue de madrugada.

Ante este silencio, el psicólogo pregunta que pasó el día anterior.

"... Yo estaba ...contento, mi mamá se divorció de mi padrastro... él nunca me había hecho nada, pero la hacía pasar pena a mi mamá en la calle, ella le quería dar un beso y él le sacaba la cara... y a él no le gustaba y le contaba a su abuela..."

Comienza a contar una historia sobre un día que fueron a la playa y se pusieron a probar fuerza en el agua, quién derribaba a quién y él comenta "...él (el padrastro) quería probar fuerza conmigo...", ante lo cual se le señala que era él quien quería probar fuerza con él.

Con la que habla más es con su abuela, hablar con su madre o con su padre le cuesta y prefiere hacerlo con sus amigos, por que tal vez, no siente tanta confianza, a veces trata pero no puede.

En general, le cuesta mucho relacionarse, estaba contento porque el día anterior, lo había ido a buscar un compañero del patronato (Yanek es judío y así le dicen al lugar de encuentro donde también está la sinagoga), al principio no quería ir pero después en la actividad (tocaron la guitarra y cantaron) la pasó muy bien.

Esto último relacionado con lo anterior, daba pie para preguntar cuáles eran esas cosas que le contaba a sus amigos, por ejemplo.

"...Siempre que he estado discutiendo, me gusta salir ganando, aunque tal vez, se que no tengo razón... si veo que mi mamá me pide ayuda, me pone bien, me siento útil, me gusta ayudar a los demás más que a mí mismo..."

Finalizando la entrevista se habla con Yanek acerca de las formas que hay para poder abordar su problema, se puede ofrecer dos vías alternativas, uno es con un tratamiento de índole medicamentoso y otro, que consideraba al factor psicológico como uno de los más importantes y que por lo tanto, se debía ver como para encontrar allí un posible cambio. En este aspecto, se hace hincapié en la necesidad de una participación activa por su parte y se contextualiza la modalidad de trabajo; en un principio, una mayor participación del terapeuta para luego, se invierta la relación, hacia una mayor participación del paciente.

Se deja a su consideración la elección del tratamiento y él dice que prefiere esta segunda opción. A partir de allí se conviene día y hora de los próximos encuentros y se le comenta que el tratamiento tendrá una duración de aproximadamente tres meses, que en todo caso, cuando se cumpla este plazo, se verán los resultados obtenidos y se decidirá entre los dos sobre los siguientes pasos a seguir.

Yanek acepta, con muy buena predisposición y propone llevar una libreta con un registro de las cosas que le pasan durante la semana.

II. ANÁLISIS

En principio, lo que llama poderosamente la atención es la naturaleza del síntoma, generalmente ligado a una etapa del desarrollo evolutivo perteneciente a la niñez. No es habitual, observar este síntoma en personas jóvenes-adultos.

Cuando hablamos de enuresis nos referimos a la *"falta de control en la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica"*.

En este caso, podemos decir que se trata de una enuresis secundaria, puesto que apareció después de haber logrado el control de esfínteres.

Como primera lectura, podemos decir que este síntoma es la expresión más clara de la imposibilidad de simbolización de Yanek.

Asimismo, dado el hilo conductor de la entrevista que giró alrededor de esta agresión contenida, de esta imposibilidad de evacuar sus desavenencias, sus sensaciones, sus sentimientos, creo que este síntoma puede manifestarse *"agresivamente con miras a su propia satisfacción y quizás, también, de manera más general, con miras a la satisfacción del poder"*, relacionada también con una forma de relacionarse con los demás, dependiente, y pasiva. (Ajuriaguerra)

Consecuentemente, con los hechos sucedidos en los últimos tiempos (casamiento, servicio militar, divorcio) quizás se pueda hipotetizar acerca de cierta frustración no tolerada a éstas situaciones, que están asociadas con cambios que implican crecimiento y nuevas adaptaciones.

Tal vez, la naturaleza regresiva del síntoma tenga relación con este no crecer, con este estado de dependencia, hasta de cierta complacencia.

Ciertamente, el beneficio secundario que logra, en torno a la baja en el Servicio Militar, es indudable.

Pero considero que no solamente, está puesto ahí. El mantenimiento de este tipo de vínculo, y el lugar que ocupa dentro de esta familia, la relación con su madre, la rivalidad con un otro, en este caso con su padrastro, son partes integrantes de este beneficio secundario.

No se es responsable de ser enfermo, pero una vez conocida la enfermedad se es responsable de ello, la enfermedad se asume.

A mi parecer, no permitió que se diera naturalmente algún tipo de dinámica particular del grupo, por su gran participación y además, bastante dirigida, según mi opinión.

Este fue el comentario que realicé después de haber terminado este primer encuentro, fue bien recibido, pero también explicado.

La justificación era que venían con otro tipo de actividades, con otro estilo, donde se los hacía sentir muy culpables y que ella creía necesario presentar un contraestilo alternativo.

Considero que tiene relación más con el estilo personal de la psicóloga que por mostrar una alternativa, y por otro lado, comienzo a percibir una forma muy singular de vinculación dentro del mismo equipo que realiza el programa de alcoholismo. No muy conectadas entre sí las dos partes fundamentales, que hacen a la conducción: el psiquiatra (jefe de servicio) y la psicóloga.

En cuanto al grupo, no hubo gran participación de los pacientes, salvo dos de ellos, el resto permaneció callado durante toda la reunión, un señor de sesenta y dos años y un muchacho joven, no dejaron de mirar el piso. Y tampoco, se generó ese espacio necesario para poder pensar "*...pensar equivale a abandonar un marco de seguridad y verse lanzado a una corriente de posibilidades... para poder pensar es preciso haber llegado a un nivel en el que sea posible admitir y tolerar un cierto monto de ansiedad, con la consiguiente apertura de posibilidades y pérdida de estereotipias, es decir, de controles seguros y fijos...*"

Por otro lado, creo que este encuentro estuvo centrado en la problemática eje, el alcoholismo y no en los pacientes, que tal vez era lo que yo estaba esperando, quizás, en el desarrollo de este proceso, se vaya dando naturalmente.

Parafraseando a Bleger, "*...la tarea de aprender y el tema correspondiente canalizan o enfocan la atención directa del grupo y su coordinador; pero aunque atendiendo a la tarea, lo que fundamentalmente nos interesa son los seres humanos implicados en la misma. de tal manera que, sin poder separar la una de los otros...*"

◆ *Servicio Priorizado: Piso 6 de Psiquiatría
Clínica de Alcoholismo - Lic. Niria Sánchez
Segundo Encuentro*

Esta segunda reunión se realiza en otra sala del servicio, es un aula que se utiliza para reuniones, es más amplia, tiene sillas tipo bancos y hay un pizarrón.

En esta oportunidad, hay una muchacha de veinticinco años, que se sienta y no habla.

Tardan bastante en ubicarse y se llaman uno a uno para decirse el lugar en donde se encuentra reunido el grupo.

Hay dos pacientes de la reunión pasada que no están, el joven ambulatorio y otro señor que se estaba haciendo algunos estudios.

Ya han pasado varios minutos, y uno de ellos empieza a hablar.

Haciendo referencia a la actividad anteriormente desarrollada, dice. *"..se produce una regresión, con depresión y con mucha ansiedad..."*.

Este señor tiene aproximadamente sesenta y dos años pero aparenta muchísimos más, tiene su piel arrugada y casi no tiene pelo, también cuando habla lo hace en una forma enlentecida, su rostro deja traslucir rastros de tristeza. Está sentado bastante alejado, en un rincón y a pesar de que se lo llama para reunirse con los otros, no lo desea hacer.

Relacionado, también con este comentario, habla otro de los pacientes, un señor muy buen mozo, de cuarenta años, que trabaja en un hotel en Varadero, que expresa, *"... el tema es el sentimiento de culpa que trae aparejado... por eso yo me digo: a partir de ahora es otra vida... es un arma que yo utilizo..."*. Este es un paciente que uno siente que está todo bien, que ha podido internalizar todo, que ha cumplido excelentemente con la tarea, porque a nivel consciente, racionaliza todo el contenido del programa, pero uno se llega a cuestionar ¿lo podrá metabolizar? ¿Podrá realizar ese salto cualitativo?

Comienza a hablar un tercer paciente (que en la reunión pasada había permanecido callado) *"...hay que tomar conciencia de que es una enfermedad, de que soy un alcohólico, que no tengo control..."* (le tiembla la voz).

La psicóloga pregunta si las situaciones de riesgo, de las que hablaban en la reunión pasada, habían podido ser detectadas.

Porque esta era una de las razones más importantes: por un lado, poder tomar conciencia de la enfermedad que representa el alcoholismo; y por otro lado, las situaciones de riesgo: poder identificarlas, preveerlas y evaluarlas. Comenzando por el nivel ideativo, aunque no se pudiera llevarlas a la conducta, pero sirve para la reevaluación.

La muchacha dice que como salió de pase (le dan el alta por el fin de semana, se van el viernes y vuelven el lunes), el primer día le costó bastante y el domingo

había ido un amigo, que llevó una botella y le ofreció tomar junto con él. Ella le explicó que estaba haciendo un esfuerzo muy grande por llevar a cabo el programa y que no lo iba a tirar todo ahora. El amigo insistió *"...uno solo, nada más; un poquito..."*. Fue toda una tentación, que pudo soportar.

La psicóloga habla de una estrategia para estos momentos: acompañarlos tomando algo, pero sustituyendo el líquido del vaso, de esta manera se logra disminuir la angustia que genera la situación.

Plantea la necesidad de comenzar por metas cortas y cercanas, para poder lograrlas y de esta manera, se refuerza desde el punto de vista de logros, a nivel familiar o laboral. Vislumbrándose ciertos indicios de autocontrol.

En las situaciones de riesgo, aunque sean las más pequeñas (como fue el ejemplo que dio otro paciente, que tenía una cerveza en la heladera y no la abrió en todo el fin de semana), generan una disonancia entre lo que se piensa y lo que se siente. En estos casos, hay que buscar ayuda para evitar la ingesta, porque si se quedan solos, en ese sentimiento de soledad comienza la rumiación.

En este momento, otro de los pacientes - un muchacho de veintiséis o veintiocho años - cuenta que está casado, que él adora a su mujer y ella también, y lo ayuda en todo lo que puede, trabaja y muchas veces cuando él llega *antes* a la casa y ella no está (aunque él sabe a la hora que generalmente llega), él se pone nervioso, muy inquieto *"...y pienso cualquier cosa, que está con otro hombre y por eso llega tarde, y me pongo muy agresivo, cuando llega, me pongo bravo con ella y discutimos y yo no quiero pero no puedo contenerme..."*

La psicóloga habla con respecto a la celotipia del alcoholismo: *"se piensa, cualquier cosa va a ser preferible a estar conmigo"*, lo que plantea una inseguridad muy grande, la autoestima muy baja, con mucha frustración de por medio.

Concluye, *"...los hábitos de pensamiento pueden ser muy difíciles de variar, pero no imposibles..."*. Y responde el tercer paciente, en forma de reflexión *"...la resistencia al cambio, no?..."*

Se hace un silencio y el primer paciente pregunta *¿por qué uno agrade a otras personas que no tienen ningún tipo de filiación con nosotros?*

La psicóloga responde, explicando la dependencia física que produce el alcohol, produciendo a nivel neuronal cierto deterioro irreversible. Y que este deterioro a nivel cognitivo, primero se manifestaba en el ámbito familiar pero que luego se iba expandiendo hacia otras áreas, la laboral, por ejemplo.

El tercer paciente da su propio ejemplo *"...yo tengo lagunas mentales, después del segundo o tercer trago, se me hace una laguna de tres días..."*

La psicóloga señala que este ejemplo, se podría evaluar de dos maneras: como ya se explicó, debido al daño que produce el tóxico a nivel cerebral, pero por otro lado, esta laguna da cuenta la evasión que está puesta en juego.

Por eso, ella creía necesario proponer estos dos objetivos, que ya había enunciado en el transcurso del encuentro:

⇒ *el autoconocimiento*, para así lograr mayor grado de concientización de la enfermedad

⇒ *la búsqueda de las razones, de los por qué*, reflexionar, conocer las formas que cada uno pone en marcha para afrontar las situaciones

El primer paciente comienza a hablar, pero no se llega a comprender bien que es lo que quiere decir o preguntar, pero la idea general apunta al suicidio.

La psicóloga habla del alcohólico como un suicida pasivo y más que nada, en el deseo de morir, donde tal vez la idea de suicidio no se concreta pero lo que sí se mantienen, son las actitudes suicidas.

Luego de esta intervención, este paciente pide permiso para retirarse de la reunión porque se siente "...*muy abatido...*", la psicóloga asiente y se retira.

Cuando este paciente se marcha se comenta en el grupo que lo había puesto muy mal estas últimas actividades y también que el fin de semana no se había ido de pase, porque él vive solo y su familia no lo visita y no lo quiere ver.

"...*Está solo, no tiene quien lo ayude...*" dice uno de los pacientes que está en la misma habitación que él (este joven no había hablado en toda la reunión).

Por último, se aclara que el próximo encuentro no se va a realizar, ya que hay una jornada de intercambio con el Hospital Naval. Entonces, se pacta la reunión para la siguiente vez, que seguramente iba a ser de mayor duración, la psicóloga les dice que ella les iba a confirmar en el transcurso de la semana.

Cuando se empiezan a retirar, uno de los pacientes le comenta que quiere hablar en forma individual con ella. Era el muchacho que contó el episodio de los celos. Cuando nos quedamos los tres solos, comenta "...*el otro día fue más fuerte que yo, estaba solo, mi mujer me había dejado la billetera y bajé a comprar un bocadito de queso, pero al lado, vendían cerveza, y no pude resistir, me gasté todo el dinero que tenía en cerveza... después estuve muy mal, con cargo de conciencia y le conté al doctor (al jefe del servicio) y me dijo que dado que estoy terminando el programa y que cumplí con todas las tareas, me va a dar otra oportunidad, también me dijo que hablara con usted...*". A esta altura la psicóloga, le recomendó que llevara un registro escrito de todo lo sucedido, antes, durante y después de esa situación, donde pudiera reflejar todas las sensaciones y las reflexiones que puede hacer ahora, y que lo trajera la próxima, que si él quería lo veían después del grupo.

Este muchacho había sufrido varias recaídas, pero su nivel de reflexión era muy bueno, era uno de los que más conciencia tenían de lo que significaba esta enfermedad. Esta razón me fue explicada por la psicóloga, que en estos casos como en el tabaquismo, todas las recaídas sirven de mucho, porque ya se sabe lo que se experimenta en el período de abstinencia, etc..

En esta segunda reunión, la dinámica grupal se manifestó en pleno, y también, a mi criterio, influyó que la psicóloga no participó tan activamente, como en el encuentro anterior.

Pero lo que se mantiene es esa demanda hacia ella, le preguntan, le hablan mirándola, es el eje de este grupo, pareciera que pasara todo por la búsqueda de su aceptación o su consecuente rechazo.

Tal vez este sea, el caso de *"...de los grupos que preguntan insistentemente y demandan información, que quieren aprender rápidamente, en estos casos, quedan excluidos los consejos por parte del coordinador, quien tampoco debe asumir los roles que le proyectan..."*

En cuanto al paciente que se retiró, le hubiera preguntado al grupo, si lo dejaba ir, y en todo caso, trataríamos entre todos lo que le estaba sucediendo, porque quizás de esta manera, salía algo que les estaba ocurriendo a varios de los participantes, esto es lo que se llama trabajar con el emergente, lo que Pichon-Rivière llamó "la regla de oro", y no sobre una temática estipulada de antemano.

Considero que esto se encuadra dentro de la flexibilidad que debe contarse como una de las características fundamentales de un coordinador.

Al decir de Bleger, *"...en la medida que un grupo reconstruye la información, al mismo tiempo la enriquece...Pero la información puede ser traída al grupo en forma latente o bien a través de una actuación..."*

Por otro lado, creo que lo que le sucedió a este paciente es que *"...haya intervenido el monto de ansiedad que despierta la información, en el sentido de que a mayor ansiedad corresponde mayor identificación, mientras que a menor ansiedad la información puede ser recogida o incorporada simbólicamente..."*

Creo que la crítica que podría atreverme a realizar, es ésta precisamente, el no haber aprovechado la situación planteada por este paciente, que me pareció muy interesante, porque era algo por lo que todo el grupo estaba atravesando, y que de una u otra forma estaban mostrándose. El muchacho también, había roto las reglas, y tal vez entre todos se le podía dar otro tipo de lectura, a estos dos sucesos.

♦ *II Jornada Científica de los Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval y el Hospital Clínico Quirúrgico Hnos. Ameijeiras.*

Estas jornada se dividió en cuatro mesas redondas que trataron los siguientes temas:

- ⇒ Actualización en Tratamiento Psicosocial de la Esquizofrenia
- ⇒ Modalidades de Tratamiento en Hospitalización Parcial
- ⇒ Neurobiología del Alcoholismo
- ⇒ El envejecimiento. Su impacto biopsicosocial

Las dos primeras al igual que las dos segundas, se dieron en forma simultánea en dos salas distintas. Por lo tanto, la elección fue realizada en cuanto al grupo que exponía del Hospital, con los que yo iba, Neurobiología del Alcoholismo y luego la mesa de Modalidades de Tratamiento en Hospitalización Parcial.

En esta primera mesa, hubo varios expositores, quienes hablaron sobre la relación existente entre el alcohol y la violencia, representando el 40% de las muertes por accidente y el 50% de las muertes por homicidio.

Fundamentalmente, esto se debe al fuerte efecto desinhibidor del alcohol: más del 50% de las veces la víctima y el autor han consumido alcohol.

Es decir, que el paso al acto es debido y activado por el alcohol. Por otro lado, también se lo asocia con el suicidio, con lo que se da en llamar "la dosis de valor", que es la ingesta suficiente para pasar al acto suicida.

Recapitulando, en el suicidio, homicidio y en los accidentes, la primera causa asociada es el factor humano: ALCOHOL. Con las consiguientes disminución de la eficacia visual, la disminución de la habilidad motora, etc.. Tanto los trastornos depresivos como la personalidad antisocial se encuentran vinculadas al alcoholismo.

En otra esfera, el deterioro cognitivo generalmente se lo relaciona con el nivel educativo. Para indagar ésta área, se recomienda recién después de pasados los primeros catorce días de abstinencia, administrar una batería, debido a la interferencia del alcohol.

Luego de varias investigaciones donde se estudiaron diferentes aspectos como tiempo de la enfermedad, estado general, consumo de otros tóxicos, edad, nivel cultural, nivel socioeconómico, coordinación visual-motora, memoria, aprendizaje, inteligencia, se llegó a la conclusión que este deterioro a nivel cognitivo no estaba directamente relacionado con el nivel educativo. Donde si se hallaban diferencias, era con el tiempo de ingesta y con el estado general anterior.

Luego, se pasó a la esfera química, con los neurotransmisores que se ponían en juego en el alcoholismo. Concluyendo que la Serotonina está estrechamente relacionada tanto con la esquizofrenia, con la depresión y también con el alcohol.

La siguiente mesa redonda fueron diferentes proyectos que estaban en ese momento funcionando. Lo más llamativo fue lo siguiente.

Un hospital de día dedicado exclusivamente a esquizofrenia, en donde se realiza un diagnóstico psiquiátrico del paciente de larga estadía.

En la actualidad, este hospital cuenta con la asistencia de noventa y dos pacientes esquizofrénicos.

Por otra parte cuentan con una asociación de discapacitados, donde se evaluaron ciertos índices, dando resultados muy buenos, por ejemplo, la disminución de los ingresos en sala, la integración a la familia, mantención del tratamiento medicamentoso.

Este programa se basa esencialmente en un modelo de intervención comunitario.

El otro de los proyectos es el C.C.S.M. - Centro Comunitario Salud Mental - que está conformado por Psiquiatra, Terapeuta Social, Terapeuta Ocupacional y Psicólogo, quienes se denominan E.S.M. - Equipo de Salud Mental -. Estando en estrecha relación con el médico y la enfermera de familia. De esta manera, representan la vinculación más directa con la comunidad.

Allí son múltiples las tareas que se organizan:

- ◇ Ingreso Hospitalario
- ◇ Ingreso Domiciliario
- ◇ Tratamiento y Seguimiento
- ◇ Rehabilitación y Reinserción Social, siempre utilizando los recursos que emanan de la comunidad
- ◇ Tratamiento con psicofármacos

Pero rescatando siempre la importancia de la participación de la familia, ya que resulta imposible sustituir tanto las relaciones humanas como las familiares.

Aunque no tengo conocimientos en química, ni tampoco en procesos neuronales tan específicos y quizás también, por mi poco contacto con la psiquiatría en general e inclusive con la farmacología, lo que más me llamó la atención de la primera mesa, son las características que posee la serotonina y las vinculaciones tan estrechas que mantiene con trastornos de envergadura (depresión, esquizofrenia, alcoholismo, etc.).

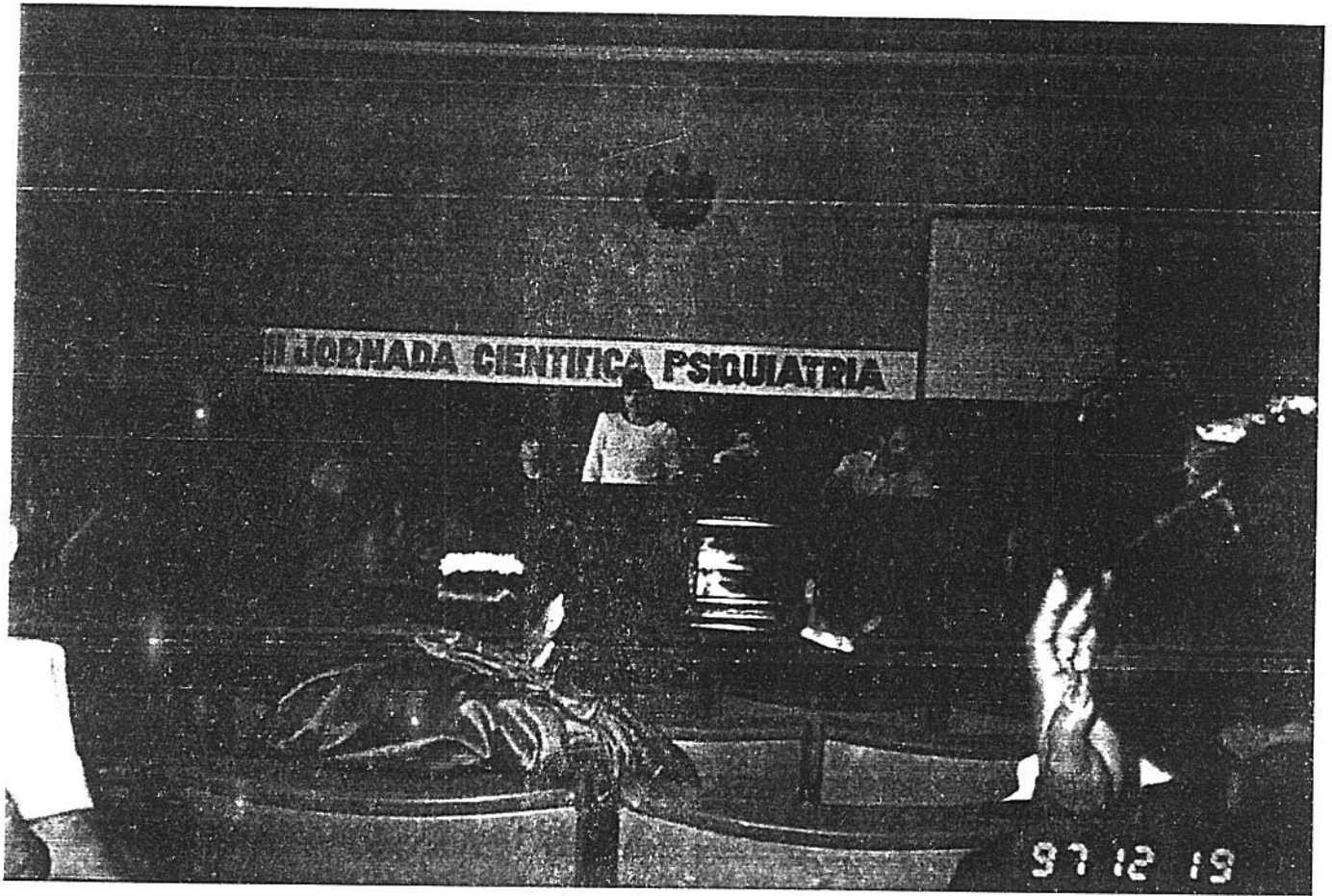
La segunda mesa redonda me impactó en cuanto a la explicitación de un modelo de intervención comunitario.

Considero que esas deben ser los lineamientos directrices de trabajo, pero que se deben encontrar con muchos obstáculos. Porque, por un lado, estos programas se convierten en aliados del gobierno, en cuanto colaboran y ayudan a personas que no tienen cubiertas las necesidades más elementales y sus condiciones de vida tampoco son las más óptimas para llegar a cubrir las; pero, por otro lado, al intentar valerse por

sí mismos, al aprender en cierta medida a ser autónomos, creo que en ese punto se vuelven "peligrosos".

Tal vez, por esta razón todos estos programas son una especie de bricolage, una cuota de asistencialismo con otra de autogestión comunitaria. Quizás, también, un servicio para "mantener" al sistema, las fuerzas homogeneizantes, de las que hablaba en informes anteriores.

Igualmente, hay que reconocer la tarea que desarrollan, puesto que todo es realizado *a fuerza de pulmón* (como acá) porque no tienen posibilidad de acceder a recursos que beneficien a la comunidad.



♦ *Servicio Priorizado: Piso 6 de Psiquiatría
Clínica de Alcoholismo - Lic. Niria Sánchez
Tercer Encuentro*

El tercer encuentro con el grupo de alcoholismo fue algo inédito para mí, Ya que, puntualmente, estuvimos - la psicóloga y yo - esperando al grupo que saliera de su actividad anterior (con el Jefe de Servicio). Como en la última oportunidad, esperamos un poco más porque debían trasladarse, pero los minutos pasaban y ninguno de los pacientes llegaba.

Transcurrido un tiempo prudencial, la psicóloga fue a averiguar qué ocurría. A su regreso, fue aún más llamativa mi sorpresa, los pacientes todavía estaban con el psiquiatra. La psicóloga trató de encontrar una justificación diciendo que como este era el último día del programa, quizás, por eso, se había extendido.

Mientras tanto, la psicóloga mencionaba la forma de trabajo dentro del mismo programa, donde realmente había una disociación entre una y otra parte (el psiquiatra y la psicóloga).

Los problemas internos fueron tornándose más coherentes y congruentes con el accionar que yo estaba vivenciando.

El tiempo pasaba y lo que a mí me parecía una falta de respeto, la psicóloga lo tomaba con la mayor de las resignaciones.

En retrospectiva, puedo evaluar esta situación desde otro ángulo, y pongo en tela de juicio el lugar del psicólogo en este servicio, el desempeño de su rol y a pesar de haber una plaza fijada de antemano por la institución, esto no significa que el lugar se haya instituido.

En mi estadía por los diferentes servicios, ésta es una constante.

El Jefe de cada Servicio, pone su sello particular, de acuerdo a su postura con respecto a la psicología, marcando un perfil a seguir consecuentemente con ello. Así, se perciben servicios donde el accionar del psicólogo no es demandado especialmente, sino que forma parte de... *el equipo*

Retomando, la situación en cuestión, la psicóloga fue dos veces más para comprobar si ya habían finalizado. Obviamente, no fue así.

Claramente, desde mi punto de vista, fue un conflicto manifiesto de poderes.

Parecía, que se había hecho carne en ellos - como institución/organización - la disonancia cognitiva que expresan del alcoholismo. Es decir, la no coherencia o la distancia que existe entre los que se piensa y lo que se hace.

Esta identificación, de la que habla Bleger, con la patología tratada y por otro lado, el discurso de poder que establece las reglas a seguir y sostener el *statu quo*.

Tratando de analizar desde el marco de referencia de los tres poderes (el político, el administrativo y el técnico), se podría decir, que en este caso en particular, el psiquiatra Jefe de Servicio representa al poder político, y la psicóloga, el poder técnico. Pero donde no se puede variar el orden establecido, de asimetría entre ambos.

OCTAVO ATENEO: 9 de Marzo de 1998.

Nuevo grupo de residentes del primer cuatrimestre. Explicación de las plazas disponibles para realizar las residencias: Hogar de Ancianos, Clínica Psiquiátrica, Hospital Privado Comunidad, Portal del Sol, Instituto Nacional de Epidemiología, etc..

Distribución de los lugares según el orden de los alumnos: clima de ansiedad y tensión.

Algo muy interesante que se dijo en esta reunión "...el lugar - del residente - ya está instituido en estas instituciones.....no se va a luchar para hacer un lugar..."

Creo que esta precaución, este cuidado, va a favorecer el proceso de adaptación de cada uno de mis compañeros.

Consideraciones generales formales para la confección del plan de trabajo y de los informes: contextualizar, no descuidar el aspecto actitudinal y dar cuenta, a través del registro del supervisor interno, son cuestiones a tomar como eje del trabajo.

Y como dijo la Coordinadora, las primeras cincuenta horas son las más costosas: mi experiencia es fiel testimonio de ello.

NOVENO ATENEO: 16 de Marzo de 1998.

Resuena, aún, lo dicho en esta reunión: *... "la residencia, en sí misma, como dice Winnicott, es transición, es corte y separación ..."*

Y asociado a ello se ensamblan dos ideas: por un lado, el lugar ya instituido del que tanto se habla, pero por cierto, con toda la subjetividad del vivenciar singular del residente, que le da vida a este espacio.

Y por otro lado, la incertidumbre.

He tenido esa sensación y es ahora, que, con el tiempo, y a través de la conceptualización realizada en el ateneo, está comenzando a disiparse.

Reflexiono acerca del "poder curativo de las palabras"; y de la "semantización" de la que hablaba en ateneos pasados y del efecto renovador, purificador de ella.

El intentar ver las mismas situaciones desde otros puntos de vista es un muy buen ejercicio para nuestro pensamiento, que nos obliga a repensar y a cuestionar no sin antes poner en duda nuestros propios criterios.

*"...Pensar en convicciones ...o Pensar en dudas:
esa es la cuestión..."*

DÉCIMO ATENEO: 23 de Marzo de 1998.

Quizás la experiencia más rica a nivel de formación no es solamente el aspecto de contenido en sí, - ya que eso fue lo que recibimos durante toda la carrera - sino la capacidad de aprendizaje, de llevar ese contenido a los diferentes contextos que nos presenta la residencia y poder adaptarlos y adaptarnos.

Por esta razón, impactaron en mí estas palabras:

"...Soportar el saber que no sé..."

Tal vez, implica también, una herida narcisística, pero sí seguramente, con un efecto tranquilizador que nos da aire para continuar el tránsito por este camino: el del aprender...

Si no se siente ese vacío, no aparece necesidad que cubrir y no hay camino que recorrer.

Ahora bien, esas primeras sensaciones, ansiedades, incertidumbres, temores, satisfacciones, que nos provoca la residencia es lo que a cada uno de nosotros - los residentes -, de su lugar, desde su vivencia particular, desde su *troquelado* singular, debemos atravesar para lograr la capacidad de autonomía, que se nos presenta como "necesidad a cubrir" en este tramo final.

BIBLIOGRAFÍA
Correspondiente al Tercer Informe

↳ Berenstein, I.; Bianchi, G.; Gaspari, R.; Gomel, S.; Gutman, J.; Matus, S.; y Rojas, M. en "Familia e Inconsciente" Editorial PAIDOS.

↳ Butelman, I. en "Psicopedagogía Institucional. Una formulación analítica" Editorial PAIDOS.

↳ Salvarezza, L. en "Psicogeriatría: Teoría y clínica" Editorial PAIDOS

↳ Bleger, J. en "Temas de Psicología: Entrevista y grupos" Ediciones NUEVA VISIÓN.

↳ Kohut, H. en "Los Seminarios de Heinz Kohut " Editorial PAIDOS.

↳ Bernard, M.; Edelman, L.; Kordon, D.; L'Hoste, M.; Segoviano, M.; y Cao, M. en "Desarrollos sobre Grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica" LUGAR Editorial.

↳ Ajuriaguerra, J.de en "Manual de Psiquiatría Infantil" Cap.IX "La organización del control de esfínteres y sus trastornos: Enuresis " TORAY- MASSON S.A.

RESIDENCIA DE PREGRADO
PSICOLOGÍA CLÍNICA
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata
Coordinadora de Área: Lic. Liliana Delgado
Ciclo Lectivo 1997/1998
Alumna: Moira L. Alquézar
Mat. 1055/88

CUARTO INFORME
200 HORAS
Hospital Clínico Quirúrgico
"Hnos. Ameijeiras"

"...El hombre es nudo de relaciones...

Las relaciones son,

a partir del hombre..."

Antoine Saint-Exupery
(1939)

- ♦ *Servicio Priorizado: Educación para la Salud
Clínica de Tabaquismo - Lic. Geidy Rodríguez
Primer Encuentro*

I. DESCRIPCIÓN

Esta clínica de tabaquismo, la voy a compartir con dos psicólogas provenientes de dos policlínicos de barrios muy alejados de La Habana, que venían a realizar un entrenamiento en esta área, para poder implementarlos en sus respectivos hospitales.

Esta clínica, cuenta con cinco fases diferentes. Ellas son:

- **FASE 1: EVALUACIÓN DIAGNOSTICA** (*Sesión de Clasificación*)
 - * Entrevista y evaluación diagnóstica de clasificación
 - * Selección del grupo
- **FASE 2: PREPARACIÓN PARA LA ABSTINENCIA** (*Sesiones de la 1 a la 3*)
 - * Se orienta el automonitoreo de la conducta de fumar a través del autorregistro de parámetro de medida o línea base de consumo
 - * Se clasifican los motivos de fumar según modelo de Russet
 - * Diagnóstico de la dependencia fisiológica con el test de tolerancia a la nicotina de Fargestrom
 - * Se brindan orientaciones y recursos para el afrontamiento del síndrome de supresión
 - * Se inicia el programa de rehabilitación respiratoria
 - * Se inicia el programa de vigilancia nutricional
- **FASE 3: ABORDAJE DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA** (*Sesiones de la 4 a la 6*)
 - * A través de técnicas grupales interactivas se trabaja con los emergentes para la detección de creencias irracionales y resistencias al cambio durante el afrontamiento de la abstinencia, así como el desarrollo de habilidades para la exposición a situaciones de alto riesgo de recaída y el aumento de la autoeficacia personal
 - * Se indica la terapia de reemplazo de nicotina con chicle Nicorette de 2mg. El afrontamiento del síndrome de abstinencia y la prevención de recaídas se trabajan a partir de esta fase en el resto de las sesiones

- **FASE 4: TRABAJO EDUCATIVO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS** (*Sesiones de la 7 a la 9*)
 - * Se brinda información sobre las consecuencias nocivas del hábito de fumar para la salud, la composición química del humo del cigarro, efectos sobre los principales órganos y sistemas, y trastornos nutricionales respectivamente

- **FASE 5: PREPARACIÓN PARA EL AUTOCONTROL INDIVIDUAL Y LA SEPARACIÓN DEL GRUPO** (*Sesiones de la 10 a la 12*)
 - * Se trabaja sobre la autoestima como recurso para aumentar la autoeficacia y el autocontrol de la conducta
 - * Se trabaja los temores de separación del grupo y se indica el seguimiento trimestral, por un año
 - * Se motivan para asistir a los grupos de autoayuda de ex-fumadores
 - * Evaluación de los resultados finales
 - * Evaluación del comportamiento del peso corporal

II. ANÁLISIS

Esta reunión que se realizó con la psicóloga que lleva a cabo la clínica, junto con las otras dos profesionales, fue para ponernos al tanto, sobre el funcionamiento de este programa.

Como así también las modalidades que se utilizarán, a lo largo del tratamiento. Entrevista individual, para la evaluación, donde se implementará una batería de tests como son, el test de completar frases de Rotter, la Escala de Ansiedad IDARE, la Escala de Autovaloración y de Personalidad de Eysenck.

La entrevista de clasificación está estructurada de la siguiente manera: *Datos Personales*; *Historia del Tabaquismo*: motivación por el tratamiento, actitud y expectativas respecto al tratamiento; *Exploración Psicológica*: conclusiones diagnósticas, conductas a seguir, etc..

También, se pone de manifiesto la modalidad grupal del tratamiento que va a realizarse a lo largo del proceso, como una de los recursos que más resultado dan en estos casos. Como para poder contener el momento de atravesamiento del síndrome de abstinencia, que es siempre singular y donde se ponen de manifiesto, en algunos casos, ciertos trastornos emocionales.

♦ *Servicio Priorizado: Educación para la Salud
Clínica de Tabaquismo - Lic. Geidy Rodríguez
Segundo Encuentro*

En esta segunda reunión con la psicóloga y las otras dos profesionales, se lleva a cabo la Reunión de Clasificación, en donde se ven a cada uno de los pacientes que se han anotado en un listado que existe en el Servicio de Educación para la Salud.

Primero, se realizan las presentaciones respectivas, y se da un panorama general del programa, cuál es la modalidad que van a utilizar, qué días van a ser los encuentros, cuánto van a durar, cuánto va a durar toda la clínica, y qué es lo que van a realizar este primer día, en qué consiste esta reunión de clasificación, etc..

Luego, tanto la psicóloga como la técnica psicometrista, explican el cuestionario pautado que tienen que responder y los tests que deben completar.

Una vez concluidas estas tareas, se los iba llamando individualmente, para tener una entrevista, basándose en los datos respondidos del cuestionario.

Uno de los criterios a considerar como excluyentes, era el consumo diario de cigarrillos.

Por ejemplo, si el paciente consumía más de dos o tres cajas por día, ese paciente se derivaba a consulta externa individual.

Como así también, si se detectaba a partir del análisis e interpretación de los tests administrados, algún tipo de trastorno psiquiátrico o si el paciente se encontraba atravesando una situación crítica, con un monto elevado de angustia y/o ansiedad.

Después, de este primer contacto con los pacientes, tuvimos un intercambio con la psicóloga, que nos explicó en qué consistía el programa.

Iniciando con una introducción al Tabaquismo, que esquematizó de la siguiente manera, para luego desarrollarla:

Tabaco:

Fuente: hojas de la planta *Nicotinun tabacum*, su principio activo es un alcaloide llamado nicotina.

Acción: produce fuerte dependencia y tolerancia, es la droga más adictiva que existe por su licencia social y uso compulsivo.

Acción bifásica sobre el sistema nervioso, actúa sobre los neurotransmisores acetilcolina, responsable de estimular los procesos cognitivos y la memoria, la dopamina que actúa sobre los estados de alerta y la conciencia, la nicotina deprime

este efecto, también actúa sobre el sistema GABA con efectos sedativos, además actúa sobre el sistema endocrino, cardiovascular, respiratorio y digestivo, en diferentes formas.

El consumo inhalado aumenta el riesgo de daño a la salud por la composición química del humo del cigarro, el alquitrán y el monóxido de carbono.

Administración: fumada, en forma de cigarrillos o de tabacos, también puede marcarse o fumarse en pipa.

Síndrome de abstinencia: ansiedad, insomnio, cefalea, irritabilidad y depresión, es la droga junto al alcohol más consumida en el mundo actual

Marcó dos pilares en los que se asentaba la clínica de tabaquismo:

1. el análisis psicológico de la dependencia
2. la intervención psicológica del programa

En cuanto al primer punto, se lo asocia con el término **farmacodependencia**, la cuál es definida como "*... un estado psíquico y a veces físico, que es resultado de la interacción entre un organismo viviente y un fármaco, que se caracteriza por respuestas conductuales y de otros tipos, que siempre incluyen una compulsión procurarse el fármaco en forma continuada o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces evitar el malestar o molestias que son producto de su ausencia. Puede o no surgir tolerancia, una persona puede mostrar dependencia hacia varias drogas...*" (OMS, 1965)

Es decir, que cuando se habla de adicción se está refiriendo a la aparición de un estado en donde el organismo ha sufrido cambios fisiológicos a causa de una droga y tiene necesidad de su acción para continuar funcionando, se relaciona, de esta manera, con la dependencia física.

La dependencia no sólo incluye una experiencia más o menos prolongada de consumo y/o abuso en el uso de determinada sustancia psicoactiva, sino también otras determinantes de tipo cultural y social, así como un patrón conductual y características psicológicas. Dado por todo esto, que cuando hablamos de dependencia es necesario hacerlo en términos psicológicos con diferentes matices y gradientes de complejidad.

Por otro lado, el síndrome de abstinencia, es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia. Y en el caso específico del tabaquismo, los síntomas más frecuentes son los de orden físico - calambres, dolor de cabeza, mareos, tos, expectoración - y de orden psicológico - ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio -.

Entonces, cuando nos referimos al fumar, en primer lugar, estamos hablando de un aprendizaje con modelos determinantes a nivel social y cultural, que se ponen de manifiesto en la etapa de iniciación como en la de consolidación.

Existen ciertos factores que ejercen su influencia en la iniciación, como son:

1. los factores *sociales*, en donde se juega la imitación de conductas de aceptación social, modelo familiar, modelo publicitario, o de los medios masivos de comunicación. Exigencias del grupo de pertenencia en la adolescencia, etc..
2. los factores *personales*, expresando la necesidad de aceptación por el grupo o los compañeros, edad sexo, formación de la autoestima y la autoeficacia, la necesidad de anticipación de la adultez y autoafirmación.

Dentro de la etapa de consolidación, también se pueden detectar factores que entran en juego para el mantenimiento:

1. los efectos psicofarmacológicos de la nicotina
2. sistema de condicionamientos asociados a la conducta de fumar
3. sistema de creencias
4. características de personalidad -bajo control de los impulsos, baja tolerancia a la frustración, autorregulación predominantemente externa, se presenta el fumar como herramienta de afrontamiento de estrés y resolución de problemas, escaso desarrollo de habilidades sociales, pobre desarrollo de la autoestima, etc.-

La conducta de fumar puede estar asociada a estímulos externos (fiestas, reuniones sociales, reuniones laborales, alcohol, café) y también a estímulos internos. El fumador registra el deseo de fumar como manifestación de abstinencia, pero no únicamente. El deseo designa una necesidad, la necesidad de un objeto capaz de saciarla, objeto que puede ser real o fantaseado.

Dentro de la orientación cognitiva, podemos hallar lo que se denomina el "pensamiento adictivo", que se define como *"... un sistema de creencias, autoafirmaciones y/o atribuciones que tiene el individuo dependiente, respecto a su problema de abuso del consumo de la sustancia con la cual tiene problemas, a las emociones perturbadoras que este engendra y a las emociones resultantes del intento de cambio..."* (Albert Ellis).

Este pensamiento adictivo, es definido al mismo tiempo, como una creencia irracional, puesto que torna al pensamiento en automático, rígido, irreflexivo, acrítico, etc.

Por otra parte, se describe como "ansiedad por el malestar", ya que el solo pensar en el mantenimiento de la abstinencia, genera un estado emocional anticipatorio de malestar, que refuerza los juicios irracionales. De esta manera, el fumador se encuentra en un estado de vulnerabilidad, excluyendo su autocontrol y responsabilidad en el consumo.

Toda esta explicación hace hincapié en que en todo tratamiento de deshabituación individual o grupal se debe revisar :

1. esta dinámica cognitiva,
2. los mecanismos de evaluación-afrontamiento

3. su autorregulación
4. coexistencia de situaciones externas perturbadoras, emocionales
5. la autoeficacia percibida

Esta última considerada como "...los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a las cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado, de modo que no se trata de los recursos reales sino de la percepción de eficacia de estos recursos que el individuo tiene ..." (Bandura)

También, las experiencias de abstinencia-recaída, puede considerárselas como un elemento de predicción positiva de abstinencia definitiva.

Retomando, lo que fue enunciado al inicio, otro de los pilares, es el que se refiere a la Intervención Psicológica, en tanto se trata de una dependencia, siempre remite a determinantes causales de orden social y psicológico, además de las necesarias variables fisiológicas y farmacológicas.

El tratamiento de deshabituación se enmarca en los niveles de prevención secundaria y terciaria, y evitación de la iniciación en el nivel primario, (promoviendo estilos de vida saludables y cambiando aquellas condiciones que predisponen a desarrollar problemas relacionados con la iniciación de la conducta de fumar)

La nicotina, por otro lado, actúa sobre el SNC a través de una amplia variedad de neurotransmisores, en los que se encuentran:

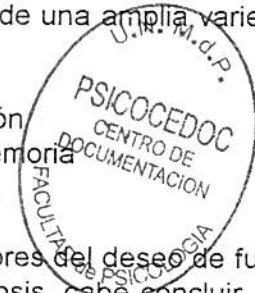
1. las dopaminas, responsables del sistema de alerta y conexión
2. la acetilcolina, que actúa sobre los procesos cognitivos y memoria
3. el sistema GABA, sobre el cual tiene efectos tranquilizantes.

Dando cuenta de esta forma, de los motivos incentivadores del deseo de fumar como de los síntomas que aparecen cuando se reducen las dosis, cabe concluir, que tanto por motivos sociales como por los anteriormente enunciados, el fumar es reforzante en sí mismo.

La base de cualquier tratamiento de deshabituación, será, entonces, la motivación para el abandono, capaz de soportar los imprescindibles recursos de autoeficacia y expectativas de resultados, necesarios para mantener la conducta de abstinencia y evitar recaídas.

La autoeficacia no es una característica personal estable, es dinámica, cambiante para cada circunstancia. Por lo tanto, sólo el conocimiento sobre los determinantes de las recaídas sostienen la abstinencia a largo plazo.

Por último, la intervención psicológica de la deshabituación del tabaquismo, se orienta en dos direcciones:



- la cesación
- la prevención de recaídas

Se han utilizado diferentes procedimientos, como son:

* *CONDUCTUALES*

1. Modificación de la topografía del cigarro
2. Autorregistros
3. Control de estímulos: aumento de los intervalos entre cigarrillos, identificar lugares donde se fuma más o menos, efectuar arreglos ambientales.
4. Arreglo de contingencias (se paga el tratamiento por adelantado, cuando se pasa, se devuelve el dinero)
5. Desarrollo de conductas incompatibles
6. Técnicas de autocontrol
7. Reclusión ambiental
8. Métodos aversivos: fumar rápido, retener el humo, sensibilización encubierta olfativa, estimulantes de náuseas y vómitos
9. Técnicas multicomponentes: se combinan técnicas aversivas o no, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, contratos conductuales, etc..

* *ENFOQUE FARMACOLOGICO*

Este enfoque, se basa esencialmente en el descubrimiento de neurotransmisores específicos sobre los que actúa la nicotina, lo cual ha llevado, a una oferta de fármacos que reemplazan a la nicotina.

* *ENFOQUE COMBINADO*

El tratamiento de prevención de las recaídas supone el entrenamiento de los sujetos para detectar y afrontar eficazmente situaciones de alto riesgo.

Los factores precipitantes usualmente están relacionados con la incapacidad para afrontar estados emocionales negativos, las presiones sociales que "invitan" al consumo y los conflictos interpersonales.

La identificación de las áreas de vulnerabilidad se convierte en uno de los requisitos más importantes para que el individuo pueda evitar una posible recaída y fortalecerse por el afrontamiento percibido.

♦ *Servicio Priorizado: Servicio de Educación para la Salud
Clínica de Tabaquismo - Lic. Geidy Rodríguez
Tercer Encuentro*

Esta reunión se inició promoviendo la presentación, primero en parejas, donde se comentaban uno a otro, los datos principales que ellos creían pertinentes, y que luego, en un segundo momento, se compartieron con el resto de los participantes. La peculiaridad, fue la presentación estaba referida al otro, no a la de ellos mismos.

De esta manera, esta tarea favoreció la iniciación de relaciones y lo que habitualmente se llama, "romper el hielo".

Es un grupo bastante heterogéneo, están distribuidos parejamente entre hombres y mujeres, pero de las más variadas edades - desde los veintiocho hasta los setenta y siete años -, han quedado aproximadamente quince participantes seleccionados, en la anterior reunión de clasificación. Dos mujeres no fueron aceptadas porque su consumo diario era superior a las tres cajetillas de cigarrillos. También en esta primera reunión del grupo en sí, faltaron dos personas.

También, en esta clínica hay un extranjero, un venezolano, piloto de aviones de línea comercial, que se encuentra realizando en el Hospital un chequeo general en el servicio especializado - CEDA - que ofrece esta institución. Esta actividad está incluida dentro del servicio integral.

Cada uno de ellos, expone sus necesidades, deseos y expectativas puestas en este tratamiento. Lo llamativo, es que varias personas resaltan el hecho de la imposibilidad de llevar a cabo la abstinencia, sin la ayuda de algún tipo de fármaco. Este dato lo relaciono con información recabada en otros servicios, en otras entrevistas, con otras características y motivos de consulta diferentes, pero donde aparece como recurrencia este apoyo externo, este locus de control puesto "afuera", en esta demanda de *tratamientos de mínima* del paciente.

Diferentes relatos se comentan, *"...realmente a mí no me hace mal fumar, yo fumo cigarrillos, y en mi casa nadie me dice nada porque fume, al contrario, me dicen que es uno de los pocos gustos que me doy, y que no voy a dejarlo, por otro lado, tampoco me hace mal, no tengo ningún problema físico..."* (hombre mayor de sesenta y ocho años, profesor de filosofía retirado, que tiene un problema visual, casi no ve de un ojo, viudo, y vive con su hermana y el marido de ella) Este comentario, produce un impacto dentro del grupo, que enseguida responde *"...entonces, que hace aquí, porque no se va a su casa, si a mí me pasara lo mismo, ni siquiera hubiera venido..."* (hombre de cincuenta y siete años, con varios intentos de dejar de fumar, casado con hijos, una de las hijas vive en EE.UU.). *"...Quiero intentarlo porque me sale muy caro, y si aunque sólo pudiera reducir a uno o dos cigarrillos por día, sería distinto..."* De esta manera, van surgiendo distintas posturas sobre el por qué se encuentran en este lugar, iniciando este tratamiento. *"...Mi hija me mandó ese tratamiento de los parches, y al principio dio resultado, dejé de fumar por más de un mes y medio, pero después, empecé de vuelta, y aunque tenía que hacer la segunda parte del tratamiento, lo abandoné,... pero realmente, esta vez me puso muy mal, porque yo sé que es muy*

caro y que mi hija me lo mandó para ayudarme y que le costó bastante..."; "...yo trabajo como enfermera del servicio de quemados, acá en el hospital, y no puedo fumar durante el trabajo y me está haciendo mal, tengo una tos que no puedo quitármela hace varios meses y para estar acá, en el grupo, tuve que pedir permiso a la jefa del servicio, y hay dos compañeras que están haciendo mi trabajo, todos están ayudándome a que lo deje, esta vez creo que lo voy a lograr..." (enfermera, de treinta y ocho años) "...yo estuve pensando que no puede ser, que el cigarro sea más fuerte que yo, con el período especial, tuvimos que ajustarnos el cinturón y aprender a sobrevivir con lo que teníamos, a cocinar con casi nada, a distribuir lo poco que había, y ahora qué, si pude adaptarme a todo aquello, no voy a poder ser lo suficientemente fuerte como para poder con el cigarro también? (Muchacha de veintiocho años, trabaja en agencia de turismo) "...yo tengo setenta y siete años, siempre trabajé y sigo trabajando, pero doy cuenta que últimamente, estoy cansado y no rindo en mi trabajo como antes, también hace dos meses tuve un problema con una de las piernas, tenía cosquilleos, me dolía y me dijeron que eran problemas circulatorios, que tenía que cuidarme en las comidas, cambiar la dieta me dijeron, y dejar de fumar, como a esta altura de mi vida no voy a dejar de comer lo que me gusta, tengo que cuidarme con el cigarro, mi hija me trajo hasta acá y me está esperando, y todavía tengo ganas de seguir trabajando, porque yo vivo solo hace muchos años y estoy encargado de un grupo de trabajadores, yo soy el jefe del turno noche..." (hombre de setenta y siete años, vive solo, con una hija que lo acompaña, y jefe de obra) "yo en este momento, estoy sin trabajo, yo soy independiente, entonces como tengo tiempo y también quiero dejar de fumar, estoy aquí..." (hombre de treinta y nueve años, es una especie de sacerdote que pertenece a uno de las religiones ritualistas de Cuba, su trabajo - que no fue explicitado en el grupo pero sí, en la entrevista individual, es "tirar los caracoles" una forma de leer el futuro) "...yo estuve muy enferma, pero ahora estoy bastante bien, pero me tengo que cuidar y no puedo volver a fumar, ya reduje bastante, estoy fumando tres o cuatro cigarrillos por día, pero igual tengo que dejarlo, por mi salud. Hoy vine vestida así, porque es San Lázaro, y estuve en la procesión y le hice una promesa y se que me va ayudar..." (señora de cincuenta y nueve años, vive sola y no tiene pareja, le diagnosticaron cáncer de mamá y la tuvieron que intervenir, para quitarle unos nódulos, tras las sesiones de quimioterapia, se encuentra muy recuperada, pero sin embargo está bastante angustiada porque todo este proceso, no lo compartió con nadie, ni siquiera con su hija. Tampoco lo comparte con el grupo. Está vestida con una especie de vestido hecho de arpillera con caracoles chiquitos cosidos y muchos collares de colores en el cuello y pañuelo blanco en la cabeza, también ella pertenece a esta religión ritualista) "...yo vine porque ya he probado con tantas cosas y como debido a mi trabajo, conozco muchos lugares del mundo, y tengo referencias de gente que ha venido a acá (Cuba) y le ha dado resultado, así que me hice un tiempo, me tomé las vacaciones que me correspondían y en vez de irme a otro lugar, vine aquí para intentarlo y conocer este país. Este viaje es una mezcla de trabajo y placer..." (hombre de cincuenta y cuatro años, venezolano, piloto aéreo) "en mi trabajo siempre me encuentro bajo mucha presión, yo me embarco y estoy muchas veces varios meses en el mar, creo que varias veces fumo para relajarme, otras para sentirme acompañada, pero los años pasan y tengo que cuidar mi salud para continuar en este trabajo, donde pueden ver una falla, enseguida pueden decirte que te quedes en casa y ellos están periódicamente, haciendo chequeos médicos..." (mujer de cincuenta y un años, que

trabaja en barcos comerciales, tipo mercantiles, no de turismo) "...yo fumo en el trabajo, y uno atrás del otro, a veces sin darme cuenta, pero cuando llego a mi casa solamente fumo uno después de cenar, soy sociólogo y estoy como encargado de una biblioteca, en la parte de organización de actividades culturales. Pero, me doy cuenta que me está haciendo mal, tengo tos, a veces me duele el pecho y estoy teniendo también problemas circulatorios..." (hombre de cincuenta y cinco años)

Estos representan extractos de los relatos más significativos.

La psicóloga, comienza a explicar el autoregistro diario que deben llevar, haciendo mención de que "...tienen que hacer de cuenta que es un HOLDER, (electrocardiograma que se realiza desarrollando las actividades cotidianas de la persona), las anotaciones deben ser realizadas con la mayor honestidad posible y deben llevarlo, doblado con la caja y con cada cigarrillo, intentar establecer asociaciones, realizar una especie de monitoreo interno..."

También se explica que debido a la dependencia fisiológica que la mayoría de ellos tiene con el cigarrillo, es necesario en un principio, ayudar con un tipo de reemplazo de la nicotina, que en este caso, es un chicle con una composición específica.

II. ANÁLISIS

Lo principal que quiero rescatar de este encuentro son las diferentes posiciones, respecto a dejar de fumar y las expectativas con respecto a esta clínica, que cada uno de los pacientes manifestó.

Son tan disímiles entre sí sus opiniones.

Algunos de ellos mencionan "el cuidado" hacia sí mismos, que a mi parecer sería hacia donde apuntaría el objetivo del tratamiento.

Otros, realmente, han pasado por verdaderos "llamados de atención" o "sustos", dando lugar a la reflexión sobre determinados temas.

El abanico se sigue expandiendo y encontramos también, a los que aparentemente no tienen motivación alguna para encontrarse aquí, ¿quizás como mecanismo de defensa? Quizás como demostración de cierta omnipotencia?

Los argumentos se ponen sobre la mesa y subyacen a ellos temas que conforman la fantasmática grupal, como lo son la enfermedad, la muerte, el paso de los años y su huella en el propio cuerpo.

Al mismo tiempo, se puede percibir cierta búsqueda de alivio, en el esfuerzo que van a emprender, en la voluntad que tienen que poner a prueba, y también, el apoyo familiar o social, con que cuentan cada uno de estos pacientes, ya que en los momentos en que los síntomas del síndrome de abstinencia se presentan, ellos asumirán un rol continente -- en el mejor de los casos - que podrá ser de vital importancia para lograr la mantención de la abstinencia.

Esta clínica, se basa en llevar a cabo tratamientos de tipo combinado, pero haciendo hincapié, en el trabajo grupal, porque es allí donde ellos deben asumir su responsabilidad y su papel activo. Es por eso importante, poder detectar las *intenciones* que cada uno de ellos tiene con respecto al tratamiento.

- ◆ *Servicio Priorizado: Servicio de Educación para la Salud
Clínica de Tabaquismo - Lic. Geidy Rodríguez
Cuarto Encuentro.*

Nuevamente, en esta reunión se vuelven a separar en parejas, para comentar el registro del consumo realizado.

Surge en el comentario general, una reflexión sobre el registro, la diferencia que existe cuando uno toma conciencia del fumar con el intentar evitar el fumar automáticamente; situando a la primera en el plano de la búsqueda de causas, de explicaciones, mientras que la segunda se encuentra inclinada en el "no debo" sin explicación que la sustente.

La finalidad del autoregistro es la de arribar hacia el primer término de la reflexión; para esto se toman los siguientes índices:
la cantidad promedio de consumo, las horas de mayor consumo, la actividad que se asocia al cigarrillo, los sentimientos que van asociados, el tipo de inhalación, la intensidad del deseo.

En general, la mayoría de los pacientes han bajado el consumo promedio diario, muchos lo han reducido significativamente. También, hay varias personas (tres pacientes) que se han olvidado sus hojas de registros, pero no de realizarlos, por lo tanto, pueden comentar su experiencia vivida en estos días.

Hoy, el señor que la reunión pasada dijo que venía para intentar disminuir el consumo de los cigarrillos que fumaba, que no tenía ningún problema físico, en esta reunión, comenta "...pude estar casi todo el día sin fumar, uno solo a la tarde. Hace unos meses vine al hospital a hacerme unos chequeos, y salió una afección cardíaca, y como yo fumo cigarrillos, me dijeron que tenía que dejarlo. Y después de estos días fumando tan poco, estuve pensando que la cardiopatía no va a poder conmigo, yo si quiero, puedo dejar de fumar..."

Ante este despliegue, la psicóloga -a mi entender - rescata para reforzar ante el resto del grupo, (sin poner de manifiesto lo que había obviado el profesor de filosofía) expresando "...Ud. ya tiene el yo puedo, Ud. dice la cardiopatía no va a poder conmigo,..."

"...lo interesante del autoregistro es que permite elaborar un perfil personal, porque cuando uno puede sentarse y responder 'está asociado con'...por ejemplo, después, en algunas de esas situaciones identificadas u objetos también, pueden ser utilizadas para modificar el ambiente..."

Ante esta intervención se produce un silencio, muy reflexivo, que corta una señora que casi no había hablado en la reunión pasada, y dice "...mi mamá se fue hace seis meses, y estuvo tan enferma y tanto tiempo, que me ponía brava verla que sufría de esa manera, ella tenía cáncer de pulmón y ella también fumaba,...ahora la extraño tanto, pero también me doy cuenta que tengo que dejar de fumar, porque yo todavía tengo mucho por que vivir, tengo una nieta chiquita que quiero ver crecer..."

(todo este relato fue hecho muy emocionada, entre cortado, con lágrimas en los ojos y con mucha tristeza por un lado, pero también con mucha fuerza, para continuar).

La psicóloga, toma esta iniciativa dada por la dinámica, para introducir otro tema; el de las CREENCIAS. *"...Ojo con este tema!!...no solamente están acá por una mejor calidad de vida sino también para tener una mejor calidad de muerte..."*

Esta temática repercutió en el grupo, desde la reunión pasada, cuando se ligó al cigarrillo en varias oportunidades con dolencias físicas, muchas de ellas que podían desembocar en enfermedades crónicas, como el cáncer.

La psicóloga propone una tarea *"...necesitamos una especie de ESCUDOS, para poder defendernos de los otros - en cuanto a situaciones que se nos presentan como riesgosas - pero también para defendernos de nosotros mismos, por ejemplo, los sentimientos de culpa para disculparse de porque sigue fumando, y que lo único que demuestra es que nos paralizamos en ese círculo..."*

Este escudo debe representar a un escudo imaginario de armas, que contenga lo más distintivo de cada uno, lo más positivo de cada uno, como legado de su familia, que es lo que más le gusta de sí mismo, y que le gustaría ser, simbolizado con características que los representen.

"...Hay que dibujar el escudo, dividirlo en cuatro partes y en cada uno de ellas expresar con un símbolo que lo represente a: lo que más me gusta de mí mismo; lo que más me gusta en la vida; lo que más me gusta que me legó mi familia; y lo que más me gustaría hacer en el futuro..."

Después de esta tarea, propuso otro tipo de ejercicio relacionado con las creencias, pidió que alguno relatara un hecho de la vida cotidiana, que haya implicado un estado de angustia importante - pero sin llegar al extremo de una muerte o una enfermedad -.

Una de las señoras - la que trabaja en el barco - contó lo que le había sucedido el día anterior:

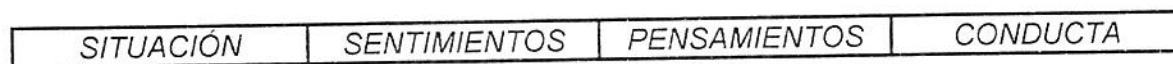
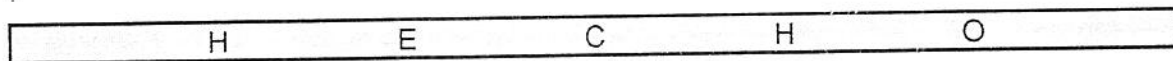
"...fui para averiguar cuando embarcaba nuevamente, porque sabía que yo era la siguiente en la lista, estaba primera, pero como con mi jefa no nos llevábamos muy bien, y entró una persona nueva, que es conocida y recomendada de ella, le dieron mi destino a esta persona. Lo que me pone mal, es que no es justo no se evalúa la capacidad de trabajo, ni la calidad, sólo se puso en la balanza que era conocida de, cuando salí de ahí fumé como tres cigarrillos, uno atrás del otro..."

Inmediatamente, surgieron comentarios *"...la situación es injusta en sí misma, pero no tienes que tomártelo como algo personal, eso existe aquí y en cualquier lugar del mundo, te lo digo yo..."* Esto fue expresado por el piloto venezolano.

Esto fue tomado como un ejemplo, para que ellos pudieran realizar como ejercicio, con los acontecimientos diarios, que nos producen tensión o presión y que desembocan en un aumento del consumo. Hay que intentar separar en partes la

situación, para analizarla: lo que pasó, lo que se sintió, lo que pensamos y luego, por último, la conducta con que respondimos.

Esquemáticamente,



no es la que genera estrés



procesamiento de la información > esto es lo que genera estrés



Cuando podemos llegar a discriminar, estos cuatro pasos de toda hecho que nos provoca estrés podemos dar cuenta de lo siguiente; la situación en sí misma no es la generadora sino el cómo procesamos esa información que nos brinda la situación a nivel afectivo y cognitivo, es lo que nos lleva a provocarnos el estrés.

Todos estos ejercicios y tareas son fundamentales para fortalecer el yo y la autoestima, para, de esta manera, poder llevar adelante el período de abstinencia.

II. ANÁLISIS

En esta reunión se vivenció un clima muy diferente a la pasada. Parecía que ese ideal, que mostraron muchos pacientes, de venir a realizar este tratamiento solamente porque fumar es perjudicial para la salud - como slogan publicitario -, en éste encuentro se intentaba revertir, desde el inicio, emergieron otras aristas de los temas, otras caras de los comentarios, que dieron como resultado el surgimiento de la fantasmática que intuía en la reunión pasada.

La relación con la muerte y la enfermedad, se sintió con toda su fuerza, promoviendo temas interesantes, éstos pacientes comenzaron a mostrar su "lado oscuro del corazón", que dieron pie a las tareas a realizar.

Quizás, en ese lugar, hubiera dejado al mismo grupo seguir trabajando como lo estaba haciendo. Puesto que se aproximaba la fecha de abstinencia y los pacientes debían *soltar* el cigarrillo y lo que implicaba y provocaba en algún lugar, y me parecía que ese era el indicado.

Creo que por mi experiencia vivida en los GRAPs, cada una de las preguntas, no es una pregunta al coordinador sino al grupo, y en esta situación, la dinámica que se establecía, alrededor de la coordinadora, de hecho la gran participación de ella en las reuniones era notable.

Por otro lado, pienso que quizás era necesario, dado el tiempo con que cuentan, y la necesidad de cumplir con la sucesión de las etapas.

- ♦ *Servicio Priorizado: Servicio de Educación para la Salud
Clínica de Tabaquismo - Lic. Geidy Rodríguez
Quinto Encuentro.*

La primera impresión del día de hoy, es que el grupo en general están bastante caídos, hay menos personas comparando con las reuniones pasadas, y salvo cuatro personas, que están hablando en parejas, el resto permanece callado, pensativos, mirando sus hojas de registro y algunos - bastante pocos, por cierto -, con las tareas y ejercicios que en la reunión pasada se habían pedido.

Quizás este estado de ánimo estará relacionado con el hecho de que hoy, precisamente, dejan de fumar?

Y tal vez, incida el hecho de que hoy, es 24 de Diciembre, donde en la mayoría de las casas, se reúnen las familias para compartir, en la medida de sus posibilidades, una cena y esto conlleva una situación bastante riesgosa para ellos, ya que puede llegar a significar una "gran tentación"?

En primera instancia se les da una consigna, para estos primeros minutos: *"...reflexionen acerca de, ante qué situaciones o momentos se podrían llegar a fumar o las circunstancias que harían que se les dificulte la abstinencia..."*

Ante el silencio bastante prolongado, la psicóloga comienza a hablar en relación a que ellos, con el autoseguimiento que han realizado con el registro del consumo, ya han podido identificar su patrón diario de fumar, y que si a ello suman la utilización del registro también del cómo enfrentar las situaciones, analizarlas y desmenuzarlas: la situación en sí misma, los sentimientos y pensamientos asociados, seguramente a esta altura, ya podrían producir algún tipo de modificación o respuesta diferente ante esa situación tentadora.

La psicóloga expresa *"...Uds. deben combatir mediante estas estrategias que han ido aprendiendo aquí, la aparición de los pensamientos automáticos. Estos que tienen que ver con el 'no puedo' para esto hay que intentar poner en práctica, separar conscientemente el sentimiento y el pensamiento, de cada situación que se nos presenta como riesgosa. Uno tiene ciertos pensamientos en los que se dice a uno mismo ' hay que ser perfecto y exitoso en todo lo que emprendo '; ' ser aceptado por todos, ser queridos por todos '; ' ser competente en todo ' y estos pensamientos muchas veces se nos presentan como trampas, porque cuando no podemos alcanzarlos, nos sirven para justificar nuestro sentimiento de culpa por no poder llevar a cabo algo que implica un esfuerzo y nuestra autoestima, queda muy desvalorizada por ello..."*

"...Para poder controlar estos pensamientos tenemos a nuestro alcance distintos recursos internos y también externos..."

"...ante estos pensamientos, estas creencias irracionales y también ante la descalificación: no puedo, no tengo voluntad, hay que tratar de detectarlo y sustituirlo. El malestar pasa, una estrategia, puede ser hacer otra actividad y esperar que el pico

pase...y vuelvo insistir, hay que detectar en qué circunstancia siento deseo de fumar, para que una vez identificada, uno pueda decirse, no quiero, no fumo..." "...también cuentan con apoyo externo, por un lado, la papeleta del seguimiento y por otro, hoy empiezan con los ejercicios respiratorios, que los van a ayudar cuando sientan esa necesidad urgente de fumar, pero sí, no es mágico, no sirve por sí misma esta técnica sino va acompañada por todo este despliegue de sus propios recursos internos que Uds. mismos tienen que poner en marcha..."

De esta manera, finalizó esta reunión, donde prevaleció un clima tan distinto a las anteriores, que se hizo necesaria la participación de la psicóloga más activa.

◆ *Conclusiones:*

Como conclusión se puede decir que en el hospital, a través de la implementación de las llamadas "clínicas" se establece el trabajo con técnicas grupales en donde el foco *no* está puesto en la dinámica generada por el mismo grupo, desde la conformación hasta su disolución. Sino que se orienta, esencialmente, hacia el trabajo en forma general, en cierto modo sería utilizado como una de las más viables modalidades para incluir otras técnicas más directivas.

Se utilizan otros modelos teóricos, cognitivos principalmente, en donde intentan rectificar a corto plazo el contenido ideacional, por ejemplo, las creencias irracionales, que fueron una constante en todas las clínicas - con diferentes profesionales -; incluyendo, desde la óptica del procesamiento de información, la discriminación entre las distintas etapas (entrada, proceso, salida) y los diferentes contenidos, afectivos, intelectual, volitivo, etc..

En fin, se puede decir, en cierta manera, que el modelo imperante que puede llegar a albergar a todos los marcos de referencia de los profesionales de este servicio de psicología, es aquel que está basado fundamentalmente en el modelo biopsicosocial, que se puede definir por las siguientes características:

1. Reconocimiento del papel que los factores psicológicos, sociales, y culturales, en conjunción con los orgánicos, tienen en la causación de la salud.
2. La salud también está determinada por acciones de los organismos públicos.
3. Además de la medicina, otras ciencias de la salud están implicadas en la provisión de servicios del cuidado de la salud.

Por otro lado, como desprendimiento de esta base biopsicosocial, se encuentran otras alternativas, como lo es la MEDICINA CONDUCTUAL.

La separación y reivindicación de la psicología en la resolución y abordaje de los problemas psicológicos tradicionalmente abordados por la psiquiatría, ha permitido un planteamiento alternativo, al proponer nuevos procedimientos terapéuticos para resolverlos o modificarlos.

En la base de esta nueva disciplina subyace, una conjunción interdisciplinar de los conocimientos y técnicas biomédicas y conductuales relevantes en la salud y la enfermedad para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Diversos son los campos de intervención de la medicina conductual, entre los cuales, cabe destacar los siguientes:

1. la aplicación de los principios y técnicas de la modificación de la conducta a problemas considerados tradicionalmente médicos (hipertensión, diabetes, obesidad, etc.)
2. ayuda a los pacientes en el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de la enfermedad

3. las intervenciones psicológicas para facilitar o potenciar las terapias médicas convencionales (adherencia al tratamiento, mejor relación médico-paciente, preparación ante intervenciones quirúrgicas, etc.)
4. las aplicaciones del biofeedback, mediante el control voluntario de distintas respuestas del sistema nervioso, endocrino y bioquímico.

Esta rama se ha mostrado eficaz en la modificación y rehabilitación de un considerable número de problemas de salud, estando sus intervenciones focalizadas principalmente al diagnóstico y tratamiento, y no tanto a la prevención.

"El psicólogo, como especialista en la conducta humana, debe poner su conocimiento al servicio de explicar la conducta de enfermedad, promover estilos de vida salubres y cambiar aquellos hábitos perjudiciales para la salud que están en la base en un gran número de enfermedades crónicas del mundo actual"

♦ *Servicio Priorizado: Servicio de Máxilo-Facial*
Reunión Colectiva Interdisciplinaria - Lic. Leonardo Lucero

Debido a fisuras entre el poder técnico y el poder administrativo - (el jefe de este servicio estaba de licencia y su sustituto no tuvo la autonomía suficiente como para autorizar mi participación dentro de esta reunión, por lo tanto delegó esta responsabilidad que le correspondía al Departamento de Docencia), no pude presenciar esta reunión, pero si fueron compartidos los contenidos y objetivos de esta actividad.

Es una junta a nivel interdisciplinario, donde se encuentran todos los miembros del servicio, entre ellos, médicos traumatólogos, ortodoncistas, cirujanos, protesista, personal técnico (laboratorio, etc.) , psicólogo.

Esta reunión se realiza con una frecuencia quincenal y posee dos propósitos fundamentales: en primer lugar, realizar una evaluación integral del paciente, en cuanto a las posibilidades que posee de acceder a una cirugía de este tipo, reconstructiva. Los motivos que traen a los pacientes a este tipo de consulta, son muy diferentes entre sí. Pueden ser por defectos congénitos, pacientes traumáticos, que en general, provienen de urgencias, y también por problemas funcionales que se derivan de otros hospitales (Policlínico Calixto García). En segundo lugar, otros de los objetivos de esta reunión, está dirigido a aquellos pacientes que ya fueron intervenidos, y que deben concurrir, en un principio, mensualmente, y luego, semestralmente para realizar un seguimiento.

Por lo tanto, esta junta lo que realiza son recomendaciones a tres tipo de pacientes distintos:

1. paciente que está en proceso
2. paciente al que se le da el dictamen: que implica el final del proceso anterior
3. paciente en seguimiento

Existe una reunión, a la que llaman PreColectiva, la cual actúa como un filtro donde se clasifican a grosso modo los pacientes; ya que no todos ellos, por ciertos rasgos generales o situaciones particulares no son tributarios de la intervención quirúrgica.

El psicólogo, en algunos casos, donde está en duda o existen ciertas incertidumbres en la decisión a tomar, utiliza como mecanismo evaluador diagnóstico, técnicas proyectivas como el TAT o el Rorschach.

Particularmente, el psicólogo ha elaborado una guía con ciertos criterios que él considera que están jugando un papel decisivo en la evaluación final de la Junta.

Estos no son criterios estadísticos, ni validados sino que son consideraciones prácticas que son tomadas en cuenta cuando se está realizando un diagnóstico de éstas características:

- * experiencias quirúrgicas múltiples, con medicamentos o tratamientos sobre ese mismo defecto o en general *"...hay que percibir el monto, el depósito de fe en la operación: en una palabra, cuán virgen es, en este sentido..."*
- * quejas múltiples y desproporcionadas en relación al diagnóstico clínico
- * mayor preocupación por mejorar el aspecto físico que el problema en sí mismo *"...pero hay que tener cuidado, porque a veces positivo o negativo, ajustado y repercutiendo en la imagen corporal: tomando este criterio como directriz, si es adaptativo a la subjetividad del paciente..."*
- * historia de medicamentos múltiples (sedantes, etc.) que enmascaren el cuadro
- * familia o amigos dominantes que fuercen la operación *"...dato llamativo, son los pacientes traídos..."*
- * alteraciones nerviosas, síntomas de ansiedad, depresión
- * intensa urgencia, no tolerancia a la espera
- * exigencia, detalles en relación a la técnica: desconfianza excesiva (siempre relacionado con la historia clínica)
- * excesivo secreto *"...evitan la respuesta directa o indirecta, enmascaran, ocultan..."*
- * indecisión *"...hay que percibir el grado y los mecanismos de presión del cirujano, de la familia, de la pareja, etc.."*

Si alguno de estos criterios se encuentra desajustado, se intenta encaminarlo, si se requiere con trabajo terapéutico individual, en donde se plantean las dudas que subyacen a este tipo de intervención.

También por consulta externa, se realiza la preparación, y la clasificación para el posible ingreso; una vez logrado este diagnóstico y autorizada la intervención quirúrgica, se comienza la etapa pre quirúrgica: donde se trabaja en los mecanismos de defensa ya instaurados en el ingreso, cierto nivel de activación de alerta. Lo que se intenta es no desorganizar a nivel afectivo, ni conductual, sino mantener la motivación.

- ◆ *Servicio Priorizado: Servicio de Quemado*
Lic. Leonardo Lucero

I. DESCRIPCIÓN

Esta fue una entrevista realizada con un paciente extranjero, René, un hombre de cuarenta y cinco años aproximadamente, ecuatoriano, que se encontraba internado en este hospital, en Cuba hace alrededor de veinticinco días.

René trabaja en una compañía de electricidad, en un departamento de alto riesgo, (se ocupan de preservar los lugares por donde se distribuyen los cables de electricidad, desmalezar, protegerlos, etc.) había sufrido una descarga eléctrica de muy alto voltaje, lo que había producido muchas quemaduras, y sumado a esto, René llevaba puesto su alianza de matrimonio, una cadena y una pulsera de oro. Todos estos elementos hicieron que las quemaduras fueran más importantes en algunos lugares de su cuerpo (el oro favorece la conducción).

Tiene quemaduras múltiples en los miembros superiores, pecho (alrededor del cuello), abdomen, zona lumbar, cintura hasta la ingle, miembros inferiores de la rodilla hasta los pies, y mano derecha.

En el transcurso de la mañana, se le habían hecho las curaciones en todo el cuerpo, y ahora, se sentía un poco dolorido por todo el movimiento. Está completamente desnudo, y tiene muy pocos vendajes. El psicólogo le dice "*...tiene una cicatrización muy buena, René, parece salido de las fotos de los libros...*"

Ante las presentaciones pertinentes sobre mí persona, yo me inclino y le toco la mano como saludo, lo cual fue respondido muy afectuosamente por el paciente, tomándome la mano. El psicólogo acerca un par de sillas a la cama de René, pero él no me suelta.

La entrevista comienza a desarrollarse. René cuenta estos dos últimos días que transcurrieron desde la visita del psicólogo, "*... los médicos me dicen que si sigo así, van a poder comenzar a hacerme los injertos dentro de quince días... estoy tan agradecido, todos me tratan tan bien, me siento tan querido, todos me cuidan tanto...mi Filo (Filomena, es la esposa que se encuentra con él desde el principio de la internación, en el momento de la entrevista había salido), ayer se me fue, me abandonó, estuvo todo el día afuera, me dijo que se iba a la peluquería, pero ya me estaba impacientando...*"

Esta referencia que hace René en relación a su esposa, luego fue apoyada y clarificada por el psicólogo, puesto que él había mantenido una charla con ella, en la última visita, en la que le sugería, que debía, en este momento, ocuparse un poco de ella misma, que debía salir un poco del hospital y "*...tomar aire, así cuando vuelves le puedes dar aire a René...*". A todo esta sugerencia subyacía otra problemática; René y Filomena tienen tres hijas mujeres, bastante pequeñas, catorce, nueve y cinco años,

respectivamente, y si bien las habían dejado en muy buenas manos en Ecuador, ella sentía que sus hijas la necesitaban, sobre todo las más chiquitas.

Filomena, había comentado que las extrañaba mucho a su esposo, y que quería viajar para verlas, y estar con ellas un tiempo. René se había puesto bastante mal, inquieto, porque si bien reconocía esta necesidad de Filomena, él comentaba *"... siempre estuvimos en las buenas y en las malas, juntos y yo le digo a mi Filo, ya falta tan poco... que me espere un poco más que nos vamos juntos..."*

Filomena, quiere regresar a Ecuador, pero siempre y cuando, alguno de los hermanos de René venga a Cuba, a reemplazarla, pero el tema dinero, es una cuestión a tener en cuenta. Ya que René, está aquí porque al ser un accidente laboral, la empresa aseguradora está cubriendo todos los gastos de él y su esposa, como acompañante. Pero no contempla, el intercambio de acompañantes, es decir, que los pasajes correrían por cuenta de ellos, pero su situación económica no es lo suficientemente buena como para cubrir estos gastos adicionales.

En esta encrucijada que ambos se encuentran, Filomena está bastante triste, porque, por un lado puede observar la mejoría notable de su marido, pero por otro, reconoce que *ahora*, las personas que la necesitan, son sus hijas. Ella está en ese punto de no retorno, de verdadero conflicto, ante la elección de alguna de las alternativas: dos partes sumamente queridas y entrañables para ellas; su esposo y sus hijas. Inclusive, es en este momento, donde se comienzan a notar los rastros de sufrimiento pasado por Filomena, de ahí las sugerencias hechas por el psicólogo para su cuidado personal. Filomena, inclusive vive en el hospital, *"...ha estado internada como René..."*

"...ayer hablamos con las niñas, son tan hermosas, las quiero tanto, y me preguntan cómo estoy, cuándo vamos a volver, que nos extrañan tanto, que ellas esperan que regresemos..." (a esta altura, se le quiebra la voz, y comienza a llorar, me sostiene más fuerte la mano)

El psicólogo le dice *"...René, déjalo salir, es mejor si puedes sacarlo, tienes que hacerlo para poder sentirte mejor, después..."* (mientras le dice estas palabras, se acerca más a él, y le toca el brazo que tiene sin quemaduras)

Mi impresión, a esta altura de la entrevista es que para este paciente, el contacto físico es muy importante. El acercamiento, las palabras cálidas, generan un ambiente muy contenedor entre los tres.

"...Me pongo así porque nos van a hablar esta noche (Noche Buena, vísperas de Navidad), es la primera Navidad que paso lejos de ellas, y no lo puedo tolerar, yo las amo con toda mi alma...y nunca, nunca las he dejado..." Tras un largo silencio, y recuperándose de su llanto, aliviado, dice *"...bueno,... pero ya pronto, vamos a estar todos juntos como siempre..."*

Filomena llega, y tras un saludo e intercambio de palabras, nos despedimos, es en ese momento, cuando René, me mira y me dice *"...recién nos presentó el doctor, pero me pareció como que la conozco de toda la vida..."*

II. ANÁLISIS

En primer lugar lo que quisiera destacar son estas implicancias que tiene todo tipo de intervención quirúrgica importante o alteración orgánica grave, en el aparato psíquico de todo paciente que se encuentra internado en una institución hospitalaria.

Este proceso y estado de regresión es susceptible de ser padecido por toda persona que se encuentre en similares situaciones.

En este caso, René ha sufrido quemaduras de riesgo, con necesidad de realizar injertos, que lo ha llevado a estar internado durante un tiempo prolongado.

Este estado de regresión transferencialmente, se hizo sentir durante toda la entrevista, que estuvo signada por la búsqueda de contención, alivio, resguardo. Todas éstas, características de este primer vínculo madre-hijo. Me hace recordar a la Teoría del Apego, de la que Bowlby hablaba, que en ciertas circunstancias del acontecer de la vida (crisis, por ejemplo,) y de acuerdo a esta base de apoyo que se haya tenido durante la infancia, se retornaba a ella como un mecanismo para enfrentar la situación de indefensión.

La relación que se estableció entre René y mi persona, es una reedición del vínculo materno a nivel transferencial. Esto se evidencia en sus propias palabras "*...recién nos presentó el doctor, pero me pareció como que la conozco de toda la vida...*". A lo que se está refiriendo René es precisamente, que a lo que conoce de toda su vida es este vínculo madre-hijo y que en mí, encuentra el escenario oportuno para manifestarse.

El desarrollo de la entrevista deja traslucir que este tipo de relación, de tipo más simbiótico, dependiente, posesivo, también lo tiene con su esposa "*...mi Filo...; ...se me fue...; ...me abandonó...*".

Sería interesante poder dar cuenta de que si esta modalidad de vinculación es propia de este tránsito circunstancial o si se acredita a un aspecto más de su estructura de personalidad.

Por otro lado, también se pone de manifiesto la conflictiva subyacente, que considero obedece inclusive a este tipo de funcionamiento pero, ahora, a nivel familiar. Filomena, como un eje central, muy demandada y al mismo nivel René y sus hijas, muy demandantes. Pero que, dada las características de la situación, y por sobre todo, la distancia que establece la separación entre los miembros familiares, reaviva el conflicto, una vez pasada la urgencia.

Para finalizar, tengo que expresar que, contratransferencialmente, esta entrevista me movilizó muchísimo. Creo que, complementariamente, apoyamos nuestros roles y más aún, cuando René se emocionó y lloró, cuando se refería a sus hijas y de esta primera Navidad sin ellas; dio lugar, a una conjunción perfecta para reflejar una situación personal: yo también estaba alejada de mi familia, y también eran mis primeras fiestas que celebraba alejada de ella...

◆ *Grupo de Trabajo: Clínica de Obesidad*
Lic. Ismary Lara

Se compartió el Programa de la Clínica de Obesidad, con la psicóloga, puesto que no pude asistir a la ejecución del mismo, porque dada las fechas y que varios de los profesionales que forman parte del equipo, se tomaron licencia, por las fechas de las fiestas, no se realizó el tratamiento durante mi estadía en el hospital.

Sin embargo, esta es la estructura del programa:

- ⇒ la duración de las sesiones tienen un tiempo determinado de una hora y media a dos horas
- ⇒ se trabaja con pacientes obesos sin otra patología orgánica y/o psiquiátrica, la oscila entre los veinte a los cuarenta y cinco años, el grupo es cerrado y admite de doce a dieciséis miembros
- ⇒ el tipo de coordinación es activo-directiva
- ⇒ las técnicas grupales utilizadas son la dinámica grupales, técnicas participativas y técnicas psicodramáticas
- ⇒ la evaluación psicológica realizada antes de comenzar el grupo, contempla la siguiente batería de tests: Test de Rorschach, Raven, Métodos de indagación abierta (proyectivas)

En este modelo de trabajo se intenta integrar técnicas de la terapia racional emotiva a un enfoque grupal dinámico.

Este es el organigrama del programa de trabajo, por sesiones:

SESIÓN Nº 1

ASUNTO: Introducción

TEMA: Presentación de los miembros del grupo. Explicación del funcionamiento de la Clínica.

OBJETIVOS: Conocimiento general de los integrantes del grupo y de sus expectativas en relación al tratamiento.

SESIÓN Nº 2

ASUNTO: Autocontrol de conducta alimentaria

TEMA: Explicación del autorregistro, orientaciones generales en relación a conducta alimentaria.

OBJETIVOS: Obtener información que permita realizar acciones iniciales en el control de la conducta alimentaria.

SESIÓN N° 3

ASUNTO: Proyección futura. Valoración de ideales.

TEMA: Importancia de vivir el momento presente. La muerte.

OBJETIVOS: Obtener información sobre los aspectos que resultan frustrantes en la vida de los pacientes, reactivando motivaciones e intereses.

SESIÓN N° 4

ASUNTO: La prevención de la recaída.

TEMA: Análisis de pensamientos irracionales que sustentan conductas violatorias.

OBJETIVOS: Detectar los pensamientos irracionales que sustentan esas conductas y ofrecer estrategias de preparación para resistir la abstinencia.

SESIÓN N° 5

ASUNTO: Autovaloración

TEMA: Amor a sí mismo

OBJETIVOS: Señalar la escala de valores que asumen los pacientes, su repercusión en los vínculos que establecen y en la propuesta de metas futuras.

SESIÓN N° 6

ASUNTO: Causas generadoras de estados emocionales negativos.

TEMA: Ocupados o preocupados.

OBJETIVOS: Expresión de preocupaciones por parte de los pacientes. Análisis de los pensamientos irracionales que la sustentan.

SESIÓN N° 7

ASUNTO: La asertividad.

TEMA: Búsqueda de aprobación.

OBJETIVOS: Valorar la capacidad asertiva de los pacientes y su repercusión en los estados de ánimo. Ofrecer modelos de conducta diferentes.

SESIÓN N° 8

ASUNTO: Flexibilidad y tolerancia.

TEMA: Explorando lo desconocido.

OBJETIVOS: Señalar comportamiento rígido y estereotipado. Brindar orientaciones respecto al tema.

SESIÓN N° 9

ASUNTO: Proceso de Identificación.

TEMA: Presentación de un caso.

OBJETIVOS: Propiciar el intercambio que permita el planteamiento de inquietudes con relación a la estabilidad de la conducta.

SESIÓN N° 10

ASUNTO: Conclusión de la Clínica.

TEMA: Compromiso y despedida del grupo.

OBJETIVOS: Cierre del grupo y explicación de seguimiento durante un año.

♦ *Grupo de Trabajo: Clínica de Diabéticos*
Lic. Ismary Lara

En esencia, la Clínica tiene un perfil informativo-educativo.

Los pacientes se ven por sala. Y en general, los eventos afectivos importantes, tanto positivos como negativos, son los que generalmente, provocan las descompensaciones en los diabéticos.

El grupo se subdivide en Diabetes 1, correspondiente a la niñez, la adolescencia y juventud; y la Diabetes 2, que incluye a los adultos.

Existen ciertos parámetros, para considerar esta enfermedad; como son:

- Normalidad/Anormalidad: donde es fundamental realizar una evaluación de los límites que impone la enfermedad.
- Cultural: ya que es una enfermedad que si no se tiene cierto control sobre ella, puede producir efectos extremos, como por ejemplo, amputaciones, ceguera, una muerte aplastante, neuropatas ópticas, entre otras.
- Familia: los lazos de dependencia/independencia que se establecen.
- En la adolescencia, dos puntos fundamentales para clarificar, las relaciones sexuales en la pareja, y el embarazo: si la mujer es diabética, su hijo varón va a ser diabético. Hay un factor real hereditario muy importante.
- Se observa, lo que se denomina, el Período de Luna de Miel: puesto que estos pacientes cuando se les diagnostica la enfermedad a tiempo, en los primeros estadios, pasan entre seis y ocho meses asintomáticos, en los que ellos creen que no tienen la enfermedad. Que luego de ese período, se produce una descompensación fuerte, se realiza el tratamiento apropiado, aparecen los síntomas clínicos en esta etapa, y se vuelve a una compensación. Lo más importante en este período es que el páncreas deja de funcionar.
- Los hábitos alimentarios deben modificarse, y los deportes pueden realizarse pero con un mayor consumo de alimentos.
- Las mujeres embarazadas, se ingresan y tienen un régimen de dieta especial.
- Existe la imperiosa necesidad de modificar los estilos de vida. Pero también, se contempla la existencia de diferencias individuales en la dieta alimentaria, por ejemplo.
- Es muy importante trabajar con la asertividad: romper con las ideas irracionales que subyacen a la enfermedad.

El programa debe ser lo más flexible posible, dadas las circunstancias particulares, que se basa en distintas etapas:

- * Aceptación de la enfermedad.
- * Limitaciones de la misma.
- * En el segundo grupo -- Diabetes 2 -, correspondientes a los adultos, una dificultad que aparece con regularidad, son la disfunciones sexuales, en el hombre, pérdida de erección, y en la mujer, pérdida de la libido.

Las consultas muchas veces son individuales, fuera del programa en relación a la Clínica. Pero dentro de ella, el equipo está conformado de una manera, interdisciplinaria. Enfermeras, Trabajadora Social, Endocrino, Educación para la Salud (Nutricionista), Podólogo, Oftalmólogo, Médico, Psicólogo. Donde cada uno de ellos, cubre una faceta de esta enfermedad.

Los factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo de una Diabetes, puede ser varios, pero uno de los más importantes, es la obesidad.

Los grupos no se mezclan en la clínica, una semana le corresponde al grupo 1 y en la segunda, al grupo 2.

En muchos casos, en el grupo 1 - niños, adolescentes y jóvenes -, se puede presentar una aversión a las agujas e inyecciones (insulina), entonces, es necesario aplicar una desensibilización sistemática para que logren y aprendan a inyectarse ellos mismos. Esto, generalmente, es realizado por las enfermeras, que en muchos casos, van estableciendo un acercamiento paulatino entre el paciente y el material, pidiéndole ayuda para organizarlo y ordenarlo, prepararlo para el resto de los pacientes, e inclusive, realizar la ronda, acompañándolas, para darle a cada uno la inyección correspondiente.

Cuando los pacientes, tienen un deterioro bastante importante, ya sea, con amputaciones o ceguera, por ejemplo, no son incluidos en la clínica, son tratados por consulta individual.

La familia es un punto muy importante a considerar en estos casos, porque, esta enfermedad requiere de muchos cuidados cotidianos para mantenerla compensada, por ejemplo, hay que llevar una dieta equilibrada y regular, entre otras cosas.

Entonces, muchas veces, es necesario, cuando se declara la enfermedad en el paciente, realizar una orientación a la familia, más que psicoterapia. Ya que, lo que debe realizar el grupo familiar, es una reacomodación a esta nueva circunstancia, tomando y teniendo en cuenta, todas las probabilidades y desarrollos de esta enfermedad.

Por eso, el aspecto informativo y educativo es de suma importancia en esta área. Los conflictos que pueden aparecer, susceptibles de psicoterapia, son los concernientes a la pareja, debido a las repercusiones en la esfera sexual.

♦ *Servicio Priorizado: Piso 9 Grupo de Migraña
Lic. María Elena Rodríguez*

También este grupo de trabajo, tiene una clínica, que se da todos los días a nivel orientativo y educativo.

Lo que hay que aclarar tanto a los pacientes como al resto, es que *"...no se cura la migraña, entonces, hay que aprender a manejarla..."*, con distintas técnicas y ejercicios. Uno de los factores más importantes que participan en la aparición, es el estrés y las emociones fuertes, tanto positivas como negativas. Cuando a un paciente ya se le ha diagnosticado migraña, y se encuentra en una crisis, *"...es necesario internarlo para introducirlo, en la relajación - eje fundamental, alrededor del cual gira toda la clínica - para que el paciente inicie un entrenamiento para el control de su dolor..."*

En la clínica, se informa, primero, de las causas, los tipos y los desencadenantes de la migraña; después, de los factores psicológicos que se ponen en juego; luego, de los factores hormonales (la menstruación y la menopausia son dos situaciones de importancia); la alimentación; los trastornos del sueño, etc.. Los tratamientos se realizan dos por día, y también se lleva un autoregistro día a día, con la intensidad del dolor puesto en una escala numérica y con distintos colores (rojo=muy intenso).

En varias ocasiones es factible encontrar pacientes con muchas dificultades para tratar a la migraña, no pueden realizar la relajación y hay veces que piensan en el suicidio, por eso, hay que tomar la precaución de compensarlos muy bien.

La migraña es un dolor crónico, es una enfermedad neurológica con ciertas descomposiciones. El perfil que se puede elaborar de estos pacientes, consideran ciertas características comunes:

- * poca tolerancia a la frustración
- * asumen muchas responsabilidades
- * muy poco flexible
- * necesidad de mantener todo bajo control
- * ansiosos
- * tendencia a la depresión
- * tendencia a los trastornos del sueño

Existen dos tipos de cefaleas muy típicas.

La cefalea rebote, que es aquella, que es resultado de los medicamentos que se administran para que cese el dolor de cabeza originario, pero que, en vez de producir el efecto deseado, produce el inverso, una cefalea de mayor intensidad.

Y la cefalea atencional, es el dolor de cabeza producido por la mantención de la atención sostenida en el tiempo, que produce tensión.

Como es un trastorno de tipo neurológico, existe la participación de neurotransmisores. La serotonina, que tiene su participación en la depresión, los trastornos obsesivos-compulsivos y los trastornos del sueño, también la tiene en la migraña. Por esta razón, es que en el cuadro de migraña, se manifiestan las características de los trastornos ya enunciados.

El tratamiento incluye, por un lado, medicación a bajas dosis, técnicas de relajación y respiración y biofeedback.

♦ *Servicio Priorizado: Piso 13 Medicina Interna*
Lic. Wilfredo Pérez - Grupo de Trabajo de hipertensión Arterial (HTA)

Se considera que es necesario tener una presión arterial de 140/90 por más de diez días, para ser hipertenso. Hay una predisposición genética que incide en esta enfermedad, es decir, el factor hereditario es muy importante. Así como también, los factores emocionales asociados al estrés. Las embarazadas son un grupo de riesgo, también el trabajo, con una jornada laboral superior a las ocho horas diarias y más cuando se tienen horarios irregulares. Otro de los factores precipitantes es el psicológico "...por ejemplo, un cambio brusco, en el curso escolar secundario al preuniversitario..." "...la esfera sexual se ve afectada, provocando impotencia, eyaculación retardada..., en general, el factor precipitante/debutante es una patología orgánica: riñón, corazón, en un 10% y 90%, respectivamente, de los casos de hipertensión..."

Lo que se intenta es informa de los factores nutricionales, la importancia del calcio y el potasio, el objetivo "...saber de la enfermedad, es se lleva a cabo en la parte educativa, con terapia cognitiva..."

Los pacientes manifiestan la enfermedad de forma particular, pero existen ciertos síntomas generales de la HTA, como son: taquicardia, mareos, vómitos, dolor de cabeza occipital, ansiedad, nervioso, angustia (que aumenta la presión). Estos últimos rasgos, están íntimamente relacionados con las técnicas de afrontamiento, por eso en el tratamiento, lo que se intenta introducir son variadas técnicas de relajamiento para producir un cambio de actitud hacia la enfermedad.

La valoración de la enfermedad, "...se presenta en los extremos, SUBVALORADO, no le dan importancia, no toman la medicación, obvian la parte nutricional y la psicológica,... ante una crisis, aparece el otro extremo, SOBREALORADO, expresado con un temor a la muerte sostenido, fobias, y produciendo descompensaciones en su vida cotidiana... en general, son pacientes que no presentan una historia de patología..."

"...la hipertensión toma a los llamados órganos diana, donde se concentran los grandes vasos sanguíneos, el corazón se agranda; en los riñones producen nefropatías; en la visión, aumenta la presión ocular y puede desarrollarse glaucoma; en el cerebro, los accidentes vascular encefálico (AVE), pudiendo dejar secuelas de hemiplejías..."

De esta manera la calidad de vida de los pacientes se ve afectada por las afecciones en los diferentes órganos. En las personas que subvaloran esta enfermedad, se tiene que aplicar la llamada Terapia de Choque. Por otro lado, esta patología afecta a un grupo de personas en edad productiva, entre los veinte y cincuenta años. Son personas muy competitivas, muy relacionadas y comprometidas con su trabajo, obsesivos hasta llegar a la compulsión, se distraen poco, permanecen muy tensionados la mayor parte del tiempo, en función de un objetivo, son personas que avanzan mucho, muy ambiciosas.

En este país, es una de las enfermedades más importantes de los últimos tiempos, "...uno de cada tres cubanos adultos tienen hipertensión arterial, aproximadamente, alrededor de 2.000.000 de personas..."; "...esto es debido, a los cambios introducidos por la vida moderna, la tecnología y su impacto, que en salud se traducen en la aparición de enfermedades crónicas..., por otro lado, hay determinadas profesiones que están consideradas grupos de riesgo laborales, los profesionales de la salud son uno de esos grupos, con el llamado Síndrome de Burnout (efecto quemazón)..." "... la secuencia sería la siguiente:

ESTRES ⇔⇔⇔⇔⇔ VULNERABILIDAD ⇔⇔⇔⇔⇔ HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Este grupo de trabajo de HTA, está conformado por Clínicos, Cardiólogos, Nefrólogos, Oftalmólogos y Psicólogo.

Los factores de riesgos más influyentes son: la obesidad, el hábito de fumar y el alcohol. Por eso, el eje que se toma en el grupo es el informativo-educativo, para poder intervenir sobre estas áreas y producir modificaciones en estos hábitos y también para prevenir.

La atención psicológica que se les da a los pacientes con hipertensión arterial comprende:-

- **Tratamiento de relajación** (biofeedback, entrenamiento autógeno, hipnosis y meditación).
Ejemplo: ejercicios respiratorios, evocación de imágenes.
Objetivo: disminuir la excitación y concomitantemente la Presión Arterial.
- **Técnicas de manejo de estrés.**
 1. Identificar agente estresor/es individuales y desarrollar estilos de afrontamiento adecuados.
 2. Manejo del tiempo.
 3. Enseñar a expresar/manejar su ira adecuadamente.
 4. Cambios de estilo de vida.
 5. Grupo de apoyo.
- **Psicoterapia individual**
Objetivos:
 1. Disminuir los estados emocionales debido a actividades inadecuadas con respecto a la hipertensión arterial.
 2. Disminuir los estados emocionales que inciden en la presión arterial.
 3. Aceptación de la enfermedad, "...que aprenda a vivir con ella..."

♦ *Servicio Priorizado: Piso 13 Servicio de Medicina Interna*
Lic. Wilfredo Pérez

Esta es una entrevista que se mantuvo con una de las familiares directas, la hija mayor, de una paciente con hipertensión arterial.

Su nombre era Betsabw, tiene veintisiete años.

Se comienza la entrevista, brindándole a la hija información sobre la incidencia de los factores psicológicos que afectan a las crisis que provocan los picos de hipertensión. Y se le consulta, sobre "...que crees tu que le puede estar pasando..."
"...creo que le afectó la muerte de una prima, hace más o menos tres meses, mi mamá estaba muy apegada a ella, y ... también creo que ella asocia mis problemas de salud con los de mi prima..." "...después, también creo que puede estar influyendo la muerte de su papá, pero, eso fue hace bastante tiempo, pero en esa ocasión tuvo que ser tratada por un psiquiatra, porque estaba muy mal, y... la muerte inesperada de esta prima, creo que es lo determinó todo esto..." "... lo que ella tiene, para mí, es tristeza... y eso lo estamos viendo entre todos, en la familia..." "...en este momento, ahora, es el momento en que más unidos hemos estado... mi papá siempre fue el más inestable, pero parece ser que con el tiempo... ha cambiado, ahora, llega temprano, salen a pasear, caminan mucho los dos juntos..."

Betsabw, hace seis meses que se fue a vivir sola, y a partir de ese momento, la madre, comienza a comentar que se *siente sola, que tiene mucha soledad*. En cuanto a este vínculo entre madre e hija, Betsabw, comenta "...mi madre siempre fue mi madre y mi amiga... desde los trece años tengo una enfermedad rara y ella siempre me acompañó... pero ahora, ella quiere que para pero yo ahora no quiero parir y tal vez, ella asocia las dos operaciones, la de mi prima, y la mía. Pero me hice la citología y salió todo bien... yo ahora, quiero trabajar, dedicarme a mi casa, quiero tener hijos pero más adelante, no ahora..." "...yo le dije que si ella quiere yo me encargo de buscarle un trabajito cerca pero ella no quiere porque dice que si yo quedo embarazada, ella tiene que cuidarme... y no entiende que por ahora, yo no voy a quedar embarazada..."

"...ella parece la Madre Teresa de Calcuta, está continuamente con la familia, pero con las cosas negativas, se hacen carne en ella, y ella con sus se siente sola, como aislada..."

El psicólogo aclara la decisión de hacer un seguimiento por consulta externa, acordando los días y horas más convenientes para ella, puesto que viven en Guanabo, una ciudad a cuarenta minutos de La Habana, cerca de Varadero. Así como comenta con la hija "...hay que sacarla de la rutina, hay que distraerla, hay que sacarla del duelo en que se encuentra..." A lo que Betsabw, responde "...cada uno tiene su camino y ella se queda esperando que alguien llegue..."

El psicólogo trae a esta entrevista el recuerdo de una de las preguntas que le hizo a su madre en una entrevista anterior, "...¿Cuándo te vas a ocupar de ti misma?..." , también destaca la incidencia de los factores emocionales tanto en la diabetes como en la hipertensión arterial, para que no produzcan un impacto fuerte y

desencadenante de las enfermedades "...tenemos que ponemos de acuerdo entre todos para apoyarla un poco y conseguirle un trabajo..." aclara su hija.

Por último, el psicólogo recomienda que los padres de la prima que falleció, reciban ayuda psicológica o de un psiquiatra, si familiarmente pueden apoyarlos en ese sentido.

II. ANÁLISIS

Esta entrevista con la hija de la señora que había estado internada, fue esencialmente, informativa. Asimismo, se consiguió corroborar ciertos datos que confirmaban el diagnóstico médico. La señora había sido internada por una descompensación de su hipertensión arterial.

Si hablamos de hombre en situación, aquí, hay que realzar cierta confluencia en el tiempo, de factores importantes, para esta paciente.

Una muy buena relación con su hija mujer, que se había ido a vivir sola aproximadamente, seis meses atrás.

Una enfermedad de su hija, a partir de la cual, había probabilidades de que no pudiese quedar embarazada, que luego, son desechadas por estudios que confirmaban todo lo contrario.

Esta situación personal, de no ocupar el tiempo libre, no trabajar, etc., una situación económica buena, tranquila, cómoda.

Una preocupación continua de que su hija tiene que tener un bebé, como una necesidad de cubrir sus propias expectativas.

Y por último, esta muerte de la prima, que viene a simbolizar a todas las otras pequeñas pérdidas que se habían sufrido en este último tiempo.

Lo que se intenta realizar, es en conjunto con la familia, repuntar esta situación de aislamiento, y promover cierta autonomía en su vida diaria.

♦ *Objetivos generales y objetivos específicos: evaluación y análisis.*

En esta última etapa, corresponde realizar una evaluación con respecto a los objetivos propuestos en el plan de trabajo al inicio de este proceso.

Por esta razón, cabe comparar igualmente entre **objetivos generales y objetivos específicos**.

En relación a éstos primeros, se distinguen como ampliamente cumplidos los siguientes:

- Construir el rol a partir de una mirada pluralista, actualizada e integrada; posibilitadora del acceso al saber psicológico desde múltiples enfoques y teorías.
- Reconocer las incumbencias del Psicólogo en esta cultura.
- Distinguir y Comparar el rol del Psicólogo desde una mirada crítica.

En cuanto al primero, creo haber podido lograr incorporar distintas modalidades de trabajo que hacen al rol del psicólogo, que se desenvuelven en una Institución Hospitalaria.

El segundo de los objetivos, relacionado con las incumbencias, en esta cultura particular e inclusive, dentro de la vida institucional - dependiendo, como ya establecí, de la conformación de cada servicio - está muy claramente discriminado y en general, integrada. Ya que, si hablamos de este servicio de psicología, estamos hablando del trabajo de diecisiete psicólogos que desarrollan sus tareas cotidianas en más de veinte servicios del hospital, más las interconsultas y los grupos de trabajo y clínicas. Es decir, que el trabajo interdisciplinar, en este ámbito es moneda corriente y creciente, puesto que la planta de este servicio, va en aumento desde los últimos cinco años (de acuerdo, a las necesidades que se van presentando y las demandas que el resto de profesionales acerca).

Con respecto al tercer objetivo, creo que al realizar la comparación del rol del psicólogo en uno y otro espacio, considero que la diferencia está enmarcada y atravesada por la realidad socio-política-económica con que se encara en cada uno de los países, la política sanitaria, que está inmersa en la diferencia de los modelos políticos (comunismo...? y capitalismo...?)

En relación con los consiguientes objetivos que se detallan, se han cumplido, algunos en mayor y otro en menor medida. A veces, debido al tiempo vivido en la residencia; otras, debido a puntos oscuros particulares de mi perfil personal; y otras, al tipo de institución que me recibió, en cuanto a la cantidad de servicios y profesionales trabajando, y la propia curiosidad de saber, que me movió a estar con cada uno de ellos:

- Posibilitar a los alumnos la implementación de sus conocimientos en la práctica, contextualizados en una realidad institucional y actitudinal.

- Intentar integrar los tres ejes fundamentales, que son, la teoría, las técnicas y la práctica.
- Integrar los niveles : teórico, técnico y actitudinal en respuesta a la demanda de la práctica específica.

En cuanto a este último objetivo, considero que es fundamental, dado que creo que no solamente logre esta integración - quizás la parte teórica, fue el aspecto más débil -- sino que, el intercambio que se logró a nivel actitudinal, teórico y técnico fue muy satisfactorio, con todo el servicio de psicología y también con muchos de los profesionales, integrantes de los otros servicios, en los que participé.

- Formar parte como residente de este Servicio de Psicología, siendo aceptada como tal, con las limitaciones y potencialidades que ello implica.

Igualmente que el anterior, este objetivo fue realmente cumplido, puesto que puedo decir, que interactué con la mayoría de los profesionales que integraban este servicio, como uno más, en cuanto fui tratada como una novata, futura "profesional", que estaba allí para aprender.

- Realizar una práctica supervisada en un tiempo establecido y pautado, que culmine en la formulación de proposiciones hipotéticas, eventualmente iniciadoras de investigaciones futuras.

En cuanto a este objetivo, no fue cumplimentado el aspecto relacionado con la formulación de hipótesis. Debido a que no se profundizó en algún tratamiento terapéutico, por ejemplo, que diera los datos suficientes como para manifestar alguna proposición de ese tipo.

- Revisar el bagaje técnico psicológico tanto en la evaluación, diagnóstico e intervención, etc..
- Desarrollar estrategias, para el abordaje de situaciones problemáticas.
- Favorecer la creatividad personal y profesional para generar abordajes psicológico clínico ante las nuevas necesidades sociales en su área.
- Promover la revisión crítica de recursos y actitudes del futuro profesional psicólogo.

Estos objetivos, puedo decir que me movilizaron lo suficiente como para replantearme ciertos criterios con que uno se ha perfilado a lo largo de la carrera, sobre todo desde lo teórico. Dada la urgencia de la demanda que se presenta en forma cotidiana, en éstos ámbitos institucionales, es otro tipo de bagaje técnico que se debe implementar, así como el abanico de recursos con que se cuenta. La creatividad de cada profesional, se ve reflejada en su acontecer diario, y es en ese escenario donde se desarrolla el aprendizaje: donde se desarrollo mi aprendizaje. Asimismo, considero que como crítica que podría realizar, se encuentra el hecho de no haber percibido - dentro del servicio - una instancia de intercambio teórico relacionado con la práctica, como por ejemplo, discusión de casos o supervisión y comentario, ~~de algún caso clínico en particular~~; es decir, una instancia a nivel grupal que contemple, interroge, cuestione el trabajo del resto del equipo.

Analizando y evaluando los **objetivos específicos** puedo expresar que:

- Comprender la estructura del Servicio de Psicología.
- Esclarecer el rol profesional en el ámbito de trabajo y en relación con un equipo multidisciplinario.
- Entender el desarrollo de su organigrama.

Fueron objetivos que se cumplieron ampliamente, puesto que, como ya expresé anteriormente, fui incorporada a su equipo como una integrante más.

En cuanto al objetivo que manifiesta:

- Asumir tareas con responsabilidad;

considero que en esta adaptación que mencioné, el punto nodal en que se basó, fue principalmente, en una actitud, lo suficientemente abierta y dispuesta, como para establecer un vínculo sentado sobre las bases de responsabilidad y predisposición.

- Recabar información de cada Servicio en particular, con sus singularidades y modalidades de trabajo.

En relación a éste, considero que pude recolectar suficientes datos como para tener una idea acabada de las actividades que realizan los profesionales.

- Desarrollar la capacidad de observar, diagnosticar e interpretar en las situaciones clínicas.
- Conocer y aplicar distintas técnicas y abordajes.

En función de éstos objetivos, creo que el primero intenté lograrlo y considero que lo alcancé con diferentes niveles. Pero en cuanto al segundo, no creo haber podido llegar a aplicar, pero sí, a conocer distintas técnicas y abordajes.

- Observar el desenvolvimiento en el área específica del Servicio Priorizado.
- Captar y absorber la forma de trabajo en equipos multidisciplinarios.

Ambos fueron alcanzados ampliamente, expresando la experiencia y el aspecto más rico de todo este proceso que implicó la residencia.

- Aprender a realizar informes a partir de las actividades desarrolladas.

Si este objetivo se refiere a la confección de informes en las carpetas de historias clínicas, que se realizan a partir de las interconsultas, dentro del hospital, considero que aprendí a realizarlo, puesto que cada vez que salíamos de una entrevista solicitada por un profesional o servicio, era elaborado el informe consiguiente, junto con el psicólogo a quién en ese momento acompañara. Ahora bien, si se refiere a la elaboración de informes concernientes a las horas de trabajo en

la residencia, que son requisito para su aprobación, tengo que considerar la dificultad que se me presentó en el aprendizaje de la confección de los mismos.

- Participar en la organización de tareas y actividades a implementar según necesidades explicitadas.

No ha sido cumplimentado satisfactoriamente este objetivo. La razón: por un lado, el breve lapso de tiempo transcurrido en cada servicio que no permitió un mayor compromiso con una actividad a desarrollar.

Por otro lado, considero que aquello que me fue demandado - como bibliografía, discusión sobre casos, discusión sobre bibliografía de H.Fiorini, transmisión de ciertos conceptos teóricos referidos principalmente a psicoterapias focalizadas, etc. -, fueron satisfechos en la medida de mis propias posibilidades.

En cuanto al objetivo de:

- Sustentar teóricamente las acciones realizadas,

creo que éste, fue uno de los que mayores obstáculos me ha presentado para poder cumplirlo.

Mis esfuerzos estuvieron en todo momento apuntando a reforzar esta actividad, pero considero que a esta altura, todavía no le he alcanzado en los niveles que me he propuesto.

- Adquirir formación en el ámbito de la Clínica, a través del contacto directo con personas que demandan atención psicológica.

Este objetivo fue uno de los más anhelados durante toda la carrera, y estoy convencida que esta incipiente experiencia dio inicio a un nuevo proceso de enseñanza-aprendizaje.

Por último,

- Aproximación al abordaje psicoterapéutico en problemáticas de diversas características,

creo que fue cumplido siempre que se resalte esta características de "aproximación" que se manifiesta en la enunciación del objetivo.

◆ Palabras Finales

Hoy, al finalizar la confección de los informes, en fin, al dar término a la residencia, siento el compromiso de expresar mis reflexiones.

Considero que puedo establecer dos ejes alrededor de los cuales giran mis comentarios. Uno de ellos está referido en sí, a la situación generada en el origen de esta residencia.

Quisiera poder analizarla, parafraseando a Malvarez, desde la óptica del pensamiento estratégico. Pensando en la distribución de poderes que cada institución, instaura y genera, creo que a partir de la actuación de cada una de las partes, correspondería al consejo junto a la dirección de la facultad, la representación del poder político y administrativo; mientras que el poder técnico, podría recaer sobre el cargo que posee la jefa de residencias de esta área.

Y la pregunta surge. ¿Cuál es el inicio del conflicto? Más aún, ¿cuál es el conflicto?

En un principio estas respuestas son imposibles de ser respondidas. Se actúa. Se resuelve a partir de la urgencia, pero, como otra instancia, aparece, con el tiempo, la imperiosa necesidad, de poner palabras, de semantizar aquello que permaneció como lo innombrado. Y el conflicto comienza, de esta manera, a cobrar cuerpo y luz para esclarecerse. El conflicto, fue un conflicto de poderes entre instituciones, donde cada una de ellas desde una lógica diferente, actuó acorde a la misma.

El hospital cubano, atravesado por una problemática socio-económica-histórica muy particular, tiene como política "cobrar" por cada entrenamiento que brinda - lo cual forma una parte muy importante de su presupuesto anual -. El "malentendido" surge a partir de esta acción no aclarada, ni siquiera contemplada dentro de la firma del convenio.

Otro agujero negro, pero este correspondiente a nuestra institución, fue la decisión tomada por el consejo, que a pesar de haber transitado por los caminos correspondientes y por las autoridades competentes en el tema, no interpretó adecuadamente, el marco en que se encuadraba esta petición. Dando como resultado: *incertidumbre*.

Otra transgresión, fue la realizada por el hospital, puesto que al recibirme hizo una excepción, a mi entender, no legalmente declarada, por ende, cuando finalizó el período de residencia, la acreditación de la misma estuvo "declarada" desde otro lugar, que modificaba mi condición.

También, este primer paso que inauguraba un nuevo aspecto del vínculo iniciado más de dos años atrás, quedó trunco, puesto que el hospital, a través de las autoridades correspondientes, dejó sentado la excepcionalidad que me habían concedido.

Por otra parte, el proceso fue arduo, en cuanto que este camino no había sido transitado, por lo tanto, como expresa Machado, "*...se hizo camino al andar...*".

Ahora, es el momento para pensar y reflexionar, en ese camino.

En fin, los intersticios que deja toda institución y por donde, puede fluir el instituyente, se hizo visible.

Estoy agradecida por esta posibilidad de poder acceder a una experiencia esperada y también, por la posibilidad de conocer otra modalidad de trabajo, que si bien posee ciertas restricciones debidas al atravesamiento de su realidad cotidiana; el profesional psicólogo cubano ha instaurado una inserción diferente y una conformación de trabajo multidisciplinar decididamente, naturalizada. Dos aspectos a resaltar, para incluir entre los resultados obtenidos.

Retomando lo que inicialmente expresé, el segundo eje estaría íntimamente relacionado con la experiencia de residencia.

Aseverando que, este tránsito que se atraviesa singularmente, es compartido por el resto de mis compañeros. Un ejemplo de ello, es el primer período de adaptación entre el residente y la Institución que lo recibe. Y como ya manifesté en la evaluación de los objetivos, esta residencia en el área clínica, para muchos de nosotros, es una instancia esperada a lo largo de nuestra carrera, puesto de aquello que adolecemos, es precisamente de lo que se trata la residencia, CONTACTO CON LA REALIDAD.