

Psicoanálisis y el Hospital General²⁴

Luz María Pinilla Perdomo²⁵

«Se trata pues de considerar que cuando hay un síntoma es una voz, que nos habla de una fricción del cuerpo con el alma y en el descubrimiento de esta situación, hemos de oír a la persona que presenta el síntoma en una forma muy atenta y cuidadosa, con mucho amor, dado que la palabra es la más especial de las características de ser humano. Oír más de lo que dice, ver como lo dice, mirar sus ojos, sus manos, cómo camina y preguntarle por sus miedos y sus sueños, oírle si sufre y por qué, cómo vive, si se siente feliz, en fin, escucharle en toda su dimensión de ser humano»

Al maestro Arturo Lizarazo

Pretendo con este relato compartir con ustedes algunos aspectos de mi experiencia trabajando en las fronteras. Regresar al hospital general como psicoanalista es una experiencia única, esencialmente humana, que me permite el cuestionamiento y la autocrítica diaria.

En el hospital general donde trabajo, gracias al terreno abonado por el Dr. Álvaro Méndez, psicoanalista y fundador del Servicio de Salud Mental de la Clínica San Pedro Claver hace 40 años y gracias a la actual gerencia del Dr. Fernando Betancourt, caracterizada por el servicio humanizado y de buen trato, se hace énfasis en el paciente como ser humano con preocupaciones, miedos, esperanzas y desesperaciones, como un todo

²⁴ Publicado en la Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Colombiana. V. 1 2004.

²⁵ Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Colombiana. q.e.p.d.

indivisible y no como un poseedor de órganos enfermos. Allí el paciente se ha transformado en el legítimo objeto del interés médico, se me ha hecho fácil construir nuestra especialidad en las fronteras, contribuyendo a salir del aislamiento, reinsertarnos en la sociedad científica sin dificultad y expandiendo nuestro campo terapéutico.

El día a día

A un hombre de 38 años de edad en sepsis con trauma raquimedular y con colostomía, su médico le plantea como única alternativa terapéutica la amputación de ambos miembros inferiores, el paciente responde que prefiere morir completo antes que dejarse amputar. Una mujer de 40 años con sida súbitamente se torna silenciosa, deja de comer, se encuentra en posición fetal y mira fijamente a la pared. Cuatro horas antes el médico tratante le había informado a su esposo el diagnóstico que ella había mantenido en secreto. Una mujer de 58 años de edad con una hija adoptiva de 8 años al día siguiente de saber que su cáncer metastásico de ovario era inoperable, le cuenta a la enfermera lo afortunada que es de tener solamente un tumor benigno que fue completamente extirpado. Un hombre de 66 años, Quien lleva 40 años de matrimonio, llega con su mujer a la sala de urgencias. Ella presenta una bronconeumonía y un delirium secundario; tres años atrás le diagnosticaron una enfermedad de Alzheimer pero él insiste al médico que su mujer solo presenta algunas fallas de memoria, algunas veces se desorienta en casa pero ella ahora lo acompaña en su vida de pensionado y hacen muchas actividades juntos; solo hoy la encuentra incoherente. La adolescente que con la pistola de su hermano se disparó en el miocardio sin matarse está despertándose ahora, después de una larga cirugía.

Un joven médico hospitalizado le dice a la enfermera que no se dejará hacer la curación de la herida hasta que no le aplique una ampolla de meperidina, de lo contrario, se matará. Luego amenaza con matarla a ella. Un colega se encuentra molesto por que su paciente se rehúsa a la colocación de un estén en una de sus coronarias y resuelve no continuar atendiendo el paciente. El gerente solicita a los miembros del grupo de

trabajo de salud mental hacer parte del programa bandera de la institución «El buen trato». La oficina de recursos humanos desea asesoría para la selección de profesionales a laborar en el servicio de urgencias; unos meses antes, un médico se había suicidado en los baños del área de descanso...

Estos son unos pocos de los muchos dilemas que diariamente nos desafían en el hospital general. La pérdida de la salud, hacer frente a la enfermedad crónica, la desfiguración, la parálisis permanente, las quemaduras extensas, la pérdida definitiva de un órgano y la muerte segura, son retos dolorosos para todo ser humano y a los cuales nos confrontamos en el día a día.

Los paradigmas

Cuando Descartes concibió en el hombre un alma que no interactuaba con el cuerpo, se sembraron las semillas del pensamiento exclusivamente médico en el siglo XII. Este tipo de pensamiento muestra una visión dicotomizada del ser humano, disociando la mente del cuerpo. Un modelo que marca el pensamiento científico, llevando a la medicina a focalizar sus investigaciones en el cuerpo relegando los aspectos psicosociales de las enfermedades y estimulando el reduccionismo biológico que el alma como una amenaza a los fundamentos de la ciencia médica.

Afectos como el miedo, la rabia, la alegría y la tristeza provocan alteraciones corporales muy complejas en el sistema nervioso, cardiorrespiratorio, digestivo, inmunológico, endocrino, muscular entre otros; fenómenos que hacen parte de nuestra experiencia diaria y que no reconocemos. Esos procesos subjetivos, en los cuales las primeras sensaciones son percibidas como emociones, son objetivamente observados como funciones corporales alteradas, denominados fenómenos psicósomáticos. Para la construcción de la medicina psicósomática se hizo necesario el desarrollo de una metodología y de unos conceptos que permitieron el abordaje y el estudio de cómo las emociones influyen en el curso de la enfermedad.

La primera posibilidad para este abordaje se dio con el método de la asociación libre propuesto y desarrollado por Freud, que permitió el estudio de las secuencias causales de los fenómenos del aparato mental, centrándose en los hilos inconscientes que ligan las ideas. Esto abrió el camino para el estudio de las tensiones emocionales conscientes o inconscientes, como capaces de concurrir en la generación de una enfermedad orgánica.

Los pioneros explicaron todos los síntomas, hasta los que afectan las funciones viscerales como expresión directa de fantasías reprimidas desconociendo, desafortunadamente, que los órganos vegetativos internos desempeñan funciones biológicas básicas y no pueden expresar minucias de contenido psíquico, al contrario de lo que sí sucede con órganos dotados de control voluntario, capaces de comunicar ideas como sucede en las manifestaciones histéricas o conversivas.

Pero también es real que los órganos viscerales internos, si bien no descargan tensiones reprimidas, sí se ven alterados por una emoción como sucede, por ejemplo, con la presión arterial elevada por la rabia que, aunque no alivia la rabia, sí es inducida por ella. Los estados emocionales activan funciones fisiológicas que se encargan de preparar al organismo para la situación señalada por tales emociones.

Cuando este conocimiento fue aplicado al estudio de la tensión emocional en enfermedades orgánicas se inició verdaderamente la era de la medicina psicosomática. Después de la segunda guerra mundial, en Alemania surge el interés por los factores emocionales en las enfermedades orgánicas. L. Alkam afirmó que las tensiones emocionales crónicas podían provocar alteraciones físicas manifiestas como enfermedades orgánicas crónicas.

Este interés se extendió a los Estados Unidos llevado por Alexander quien en 1932 inició el Instituto Psicoanalítico de Chicago, el primer centro de investigaciones sistemático en problemas psicosomáticos. Él planteó algo fundamental: la personalidad como la expresión de la unidad del

organismo. El entendimiento total de la unidad sintética que nosotros llamamos cuerpo solamente puede darse desde el punto de vista de la personalidad, cuyas necesidades son abastecidas, en último extremo, por todas las partes del cuerpo, en una sorprendente coordinación. H. Flanders, en una investigación similar, describió la personalidad ulcerosa, la coronaria y la artrítica entre otras. El grupo de Chicago, describió los patrones conflictivos característicos encontrados en pacientes con úlcera duodenal, colitis ulcerosa, asma, hipertensión arterial idiopática, artritis reumatoidea, neuro-dermatitis e hipertiroidismo. Otros mostraron cómo las influencias que actúan negativamente en la madre son transmitidas al niño bajo la forma de ansiedad, predisponiéndolo a determinadas patologías como el asma bronquial.

Observaron, sin embargo, que no todos los individuos con los mismos rasgos caracterológicos presentaban los síntomas orgánicos correspondientes, lo que dejaba en claro que además de las manifestaciones psíquicas son necesarios otros factores como la vulnerabilidad del órgano constitucional o adquirido y un acontecimiento vital traumático como la enfermedad y factores estresantes crónicos en la vida de un paciente. Uno de los más grandes exponentes del trabajo integrador biopsicosocial es Lipowski quien finalmente organizó la plataforma de nuestro quehacer.

Los bagajes teóricos son necesarios; los diferentes paradigmas son complementarios. En el paciente hospitalizado, adolorido somáticamente, son necesarios estos paradigmas, para centrar nuestra escucha y darle un sentido, conservando nuestra calma y evitando el acting out, puesto que la hospitalización puede reactivar traumas psíquicos, de conflicto o de déficit.

Desde el punto de vista tripartito, la reacción del Yo a una experiencia dolorosa depende de su fortaleza y desarrollo. Un Yo débil se verá fácilmente arrollado por un evento traumático, que produce una inesperada experiencia dolorosa de la cual aprenderá inicialmente a defenderse mediante la negación y luego con otros mecanismos de defensa. El Yo maduro, por el contrario, reacciona de acuerdo con el principio de realidad y es capaz de

admitir las experiencias dolorosas. Reconocer que la realidad se impone le evitará experiencias dolorosas o responderá a ellas adecuadamente y convertir el dolor en algo inofensivo, e incluso, útil.

El Yo de nuestros pacientes con una insuficiencia renal, sida, cáncer, amputaciones, cardiopatías, infartos del miocardio, trauma raquimedular, están en una situación bastante similar a la del Yo que experimenta por primera vez un trauma, y sus síntomas son motivo de consulta en el hospital general: ansiedad, rabia, insomnio y pesadillas. Un factor decisivo que puede debilitar aún más al Yo, es el monto de la energía requerida para el mantenimiento de las contracatexias, así como los puntos de desarrollo del Yo, donde se han establecido los conflictos psíquicos. Frente al trauma, la persona tiende a regresar a patrones de reacción arcaicos.

Los intentos maduros de control presuponen la capacidad de aprender, de clasificar las experiencias nuevas de acuerdo a las experiencias pasadas, de comprender las diferencias y modificar la conducta en términos de un juicio razonable. Pero un Yo débil, carece de esta capacidad y tiende a reaccionar con patrones infantiles.

Con la enfermedad física se debilitan las fuerzas defensivas y lo aquello que había sido reprimido vuelve a un primer plano. Una persona enferma permite formas de desahogo que en otras circunstancias habría bloqueado.

Desde el punto de vista de los objetos, Ballesteros (2002) señaló en su pasada ponencia en las Jornadas Psicoanalíticas de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, que un Yo saludable es el producto de múltiples factores biológicos, genéticos y circunstanciales, especialmente del adecuado desempeño de la madre, con quien se establece un patrón básico de relación y a partir del cual se conformará un buen objeto interno. Por el contrario, funcionamientos inadecuados de ese objeto primario dejarán un Yo débil, en una relación asfixiante con un objeto interno malo que abrumba y exige conformación que, dice él, ha encontrado constantemente en pacientes con intenciones suicidas.

Sin profundizar en lo expuesto por Ballesteros, su punto de vista me recuerda aquellos pacientes que llegan a la clínica «para morirse» y que sienten que la vida no les pertenece. Son enfermos en quienes efectivamente, a pesar de todos los esfuerzos médicos, pacientes denominados «de buen pronóstico», fallecen sin una clara explicación médica. La enfermedad es un acontecimiento infortunado en la vida del ser humano y si sus previas experiencias lo han sido, no tendrá mayor razón para seguir viviendo.

Según Ballesteros en el Yo débil subsiste como remanente genético, la esperanza de encontrar su objeto ideal preconcebido necesario para continuar viviendo, y en esta esperanza, se funda nuestra posibilidad terapéutica.

Desde el punto de vista del self, González (1993) dice en su libro *La cohesión del self*, que los pacientes con trastornos psicofisiológicos tuvieron un trauma por fallas en la conexión empática con el self-object arcaico, cuando el self aún se hallaba en los primeros estadios de su desarrollo.

Dicho trauma se experimenta como un sentimiento de vacuidad y de ausencia de acontecimientos importantes en la evolución psicológica del individuo, se le agrega la sensación perturbadora de haber vivido en un medio cargado de repetidos malentendidos con los padres, en relación con la necesidad perentoria de ser percibido como un cuerpo íntegro y total: un sentimiento de fragmentación corporal.

Vivencia que observamos claramente en el paciente hospitalizado cuando hay fallas en la relación médico/paciente. Ellos son descritos por el médico tratante, que no es capaz de una comprensión empática integradora, como «pacientes difíciles, demandantes de atención».

Estas personas refieren una larga historia de respuestas no empáticas provocadoras de fragmentación: exceso de atención a la apariencia personal, con desatención de los sentimientos internos, preocupación por los aspectos negativos del comportamiento, el paciente no recibe el reflejo continuo y sostenido de su self corporal completo, sino una imagen

prismática de partes aisladas, en realidad siente desconectados sus órganos enfermos.

Esta experiencia también se reactiva en la hospitalización, y el paciente la refiere con frecuencia: «El doctor vino esta mañana a revisarme, miró la herida, está limpia y bonita, luego se fue, no me saludó, ni siquiera me preguntó cómo me sentía...»

Desde 1959 Green y Millar investigaron sistemáticamente casos de personas con leucemia y linfoma, descubrieron que con frecuencia estas enfermedades se desarrollaban cuando el individuo estaba deprimido o luchaba por elaborar una pérdida o una separación de una persona importante para su vida. Algunos estudios demuestran que las consultas médicas y las hospitalizaciones aumentan en personas que están en el trabajo de duelo. En 1958, Marris entrevistó a 72 viudas de menos de 56 años e informó que en un 43% ellas consideraban que su salud había empeorado y sus síntomas incluían: fibromialgia, artritis reumatoide, mareos y abscesos en la piel después de enviudar.

Para finalizar, quiero recordar a los Dres. Celia y Norberto Bleichmar, en su libro *Las perspectivas del psicoanálisis*, publicado el año pasado, plantean que habitamos un territorio complejo donde no hay respuestas firmes y la investigación psicoanalítica, así como los conocimientos médicos en continuo progreso, siempre proporcionarían elementos nuevos para reformular nuestras ideas. Refieren que en análisis realizados por ellos a pacientes con cáncer, artritis y asma, entre otros, no se interpretó una fantasía específica como causante del padecimiento. Opinan que estas fantasías específicas de las conversiones pregenitales y de un libretto inconsciente simbolizado en un síntoma parecen inaplicables. Sus análisis se centraron en las fantasías que acompañaban la enfermedad y en ayudar al paciente a expresar emociones tempranas, ansiedades de separación de la madre, sentimientos con los objetos parciales y ansiedades paranoides, depresivas o psicóticas. Enfatizan que la pérdida objetal juega un papel etiológico importante en el inicio o empeoramiento de una enfermedad.

Los bagajes teóricos son necesarios y los paradigmas son complementarios. Quiero insistir en la complementariedad de los paradigmas, pues personalmente considero que todos están orgánicamente integrados para ayudarnos a una mayor comprensión del paciente y no para desintegrarnos en la defensa individual de los mismos.

La labor cotidiana

Intentaré plantear una definición de nuestro quehacer: El psicoanálisis de enlace es un área del psicoanálisis aplicado que se dedica a ofrecer el cuidado psíquico y emocional del paciente hospitalizado por razones médicoquirúrgicas. Incluye la atención a la familia del enfermo y las actividades docentes, de investigación y de enlace con el equipo interdisciplinario médicoadministrativo del hospital general.

La característica fundamental de los enfermos que acompañamos psicoterapéuticamente es la presencia de un estado médicopsicológico concomitante con un estado somático patológico general. Nos solicitan por situaciones encontradas durante el ingreso, en el proceso de atención o al momento de ser dado de alta el paciente, y podemos encontrar las siguientes situaciones clínicas:

- Conflictos emocionales que repercuten en el paciente produciendo enfermedades físicas.
- Consecuencias emocionales de la enfermedad física.
- Conflictos emocionales que impiden el cuidado de la salud física.
- Conflictos emocionales generados en la relación médico/paciente.

Todos los seres humanos padecemos enfermedades físicas cuyo origen es un conflicto emocional, todos somatizamos en situaciones que nos vulneran emocionalmente. Si estamos angustiados o deprimidos es más probable que nos dé una gripa o un dolor abdominal por un colon irritable.

El Diccionario enciclopédico ilustrado, tomo II, define la palabra enlace como:

- “Conexión, unión, empalme, nombre que se le da al empleado agente de transmisión”.

- “Persona que tiene la misión de establecer este contacto”.

- “Contacto que se establece entre las diferentes fuerzas que coadyuvan a un fin común, para que, con el conocimiento de las mutuas situaciones y necesidades, se pueda obtener de ellas el máximo rendimiento”.

La singularidad del rol que desempeñamos al interior del hospital general está enmarcada por el intercambio que se produce entre un grupo de especialistas y el equipo hospitalario con sus puntos de vista respectivos y métodos particulares, a veces incluso bastante diferentes. Es decir, establecemos contacto, empalme o conexión con todos los miembros de una comunidad hospitalaria que coadyuvan a un fin común y propenden por la recuperación de la salud y obtener el máximo rendimiento posible.

Teniendo en cuenta que el sujeto de nuestra labor es el paciente de un colega es importante que este perciba nuestra participación como una cooperación y en especial, como facilitadores de procesos.

Surgimos de esta síntesis, al trabajar en la interfaz mente/cuerpo, contribuyendo y demostrando la utilidad práctica de una visión integrada del ser humano (el modelo psicoanalítico) al equipo de trabajo interdisciplinario, conformado por los médicos tratantes, las enfermeras, las auxiliares y los profesionales administrativos del hospital general.

En la evaluación y tratamiento de un enfermo médico quirúrgico tenemos mucho que aprender de nuestros colegas de otras especialidades, y estamos obligados a acercarnos a sus disciplinas de manera receptiva y respetuosa, en beneficio de los pacientes.

La medicina se ha sofisticado tanto que surgen problemas de todo tipo. Ahora se abordan estructuras que no se habían tocado nunca como sucede con los trasplantes de órganos, el cuidado intensivo, el genoma, la fertilización in vitro, actuaciones médicas que movilizan la angustia del paciente, de sus seres queridos, y nos plantean cuestiones éticas que hace unos años no existían y por ende, no contemplábamos.

Con alguna frecuencia también nos vemos abocados a cuestiones legales, específicamente a solicitudes para determinar si un paciente es competente para aceptar o rehusar un tratamiento (frontera con el psicoanálisis y la ciencia forense) y solicitar su salida voluntaria o cuidar de sí mismo en casa.

La verdadera interdisciplinariedad se genera en este ámbito real de intercambio y enlace, entre las diferentes disciplinas de las ciencias de la salud, buscando una verdadera integración de visiones y aportes en beneficio de la persona. Entonces, el trabajo, se caracteriza por ser un trabajo compartido con el paciente, las familias y el grupo interdisciplinario de trabajo hospitalario.

No hacemos psicoanálisis en el hospital general, pero el marco de referencia es el psicoanálisis.

Gracias a la identidad psicoanalítica suficientemente establecida utilizamos las herramientas psicoanalíticas para acompañar al paciente adolorido a comprender e integrar la enfermedad somática a su vida.

Nuestro modelo permite comprender el funcionamiento biopsicosocial del ser humano en la medida que toma en cuenta las complejas conexiones que existen entre los factores biológicos, psicológicos y sociales de cualquier enfermedad.

En el quehacer podemos meditar a través de nuestra historia de carácter único de la propia experiencia frente al trauma y las pérdidas, así como acerca de las propias teorías como escribe Benedetti en su Inventario: «La enfermedad recuerda y revive un poco de nuestra vida»

Intentamos ayudar al paciente hospitalizado a descubrir su propia manera de entender su reacción emocional ante el acontecimiento debemos reconstruir un entendimiento del evento vital por el cual atraviesa y enriquecerlo con posibles alternativas. Una de nuestras tareas es llevar a la persona a reconocer la certeza de la incertidumbre y a hacer frente a lo imprevisible con sus propios recursos yóicos de una manera más adaptada a la realidad.

Como hacemos lo que sabemos

El ambiente hospitalario es un espacio donde se ejerce violencia (Restrepo), donde desaparecen algunos derechos fundamentales, donde se niega la singularidad humana y se ofrecen cuidados obligatorios negándole a la persona la posibilidad de tener su manera propia de abordar el nacimiento, el dolor, la salud, la enfermedad y la muerte y donde se despoja por completo a la persona de su intimidad. Es decir, el hospital genera y reactiva traumas por sí mismo que regresan al enfermo a formas primitivas de control y de funcionamiento.

En su habitación generalmente se encuentra otra persona enferma. Con cierta regularidad la puerta es abierta abruptamente y sin permiso, el médico tratante da órdenes médicas, realmente órdenes, que la enfermera cumple a cabalidad sin informarle a nuestro paciente y mucho menos preguntarle si está o no de acuerdo. Usualmente tiene dolor físico, está usando una cama, una cobija y una almohada que no son suyas y sus seres queridos solo pueden visitarlo a horas predeterminadas, por lo que la mayor parte del tiempo se encuentra solo.

Es en este espacio físico y mental en el cual con profundo respeto acompañamos al paciente en su proceso de pérdida y recuperación de la salud y ayudamos al médico tratante, a las enfermeras y al personal administrativo, a cumplir su misión. Es también en este espacio donde justamente las herramientas psicoanalíticas como la paciencia, el silencio, la espera tranquila, el encuadre adaptado a las necesidades, la asociación libre, la atención flotante, la neutralidad terapéutica, el apaciguamiento, la contención, la abreacción, las confrontaciones, las clarificaciones, la transferencia, la contratransferencia, la abstinencia y la comprensión empática, adquieren su verdadero valor, puesto que ofrecen al grupo humano con que laboramos, unas reglas de juego pérdidas y un orden. De esta manera todos, el equipo interdisciplinario, saben hacia dónde va, qué esperar y qué dificultades pueden aparecer por el camino.

El camino en algunos pacientes se hace largo, en otros tortuoso, en otros tiene un rápido desenlace hacia la vida, pero en otros, uno rápido hacia la muerte.

Nuestra referencia interna psicoanalítica es una garantía de calidad en el día a día que nos permite enfrentar como terapeutas con mayor serenidad y menor sufrimiento la pérdida de la salud de otros, aunque también implique una mayor capacidad para adaptar y flexibilizar los Consejos que nos dio el Dr. Freud a la realidad de la institución hospitalaria.

Al recibir la solicitud de alguno de los miembros del equipo tratante de que acompañemos psicoterapéuticamente a su paciente, encontramos que su problema puede surgir en el momento del ingreso, en el transcurso de la hospitalización o a su salida.

Muchas de estas dificultades, si bien puede tener que ver directamente con el trauma, el dolor y el duelo que le impone la enfermedad misma al paciente, también puede tener que ver con el médico tratante, como lo explicó en su pasada conferencia magistral en el Simposio de Psiquiatría de Enlace, Dolor Psíquico en el Equipo Interdisciplinario, el Dr. Fabio Eslava.

También es cierto que en muchos casos estas dificultades tienen que ver con traumas que la institución misma genera o reactiva en el paciente, puesto que esta y las personas del equipo interdisciplinario, se convierten en sus primeras figuras objetales y pueden, sin saberlo, reactivar relaciones infortunadas previas consigo mismo y con los suyos; porque así las acciones médicas y actos heroicos estén destinadas a salvar vidas «por el bien del paciente», se pueden convertir en ataque reales para el enfermo, en quien solamente la propia historia y su modo de funcionamiento mental previo determinarán como el paciente sobrevive a esta nueva vivencia. Entonces, comenzamos el acompañamiento: la primera entrevista varía en cada caso, la mayoría de las veces el paciente no está enterado de nuestra visita (por su puesto nadie le ha consultado) cerramos la puerta de la habitación y acercamos la silla a la cama; este encuentro tiene como esencia que dejamos que el enfermo nos relate y exprese lo que quiera de

su historia y lo incentivamos a que haga libremente, sin preguntas que solo traerían respuestas y en compañía de nuestro silencio, para así comenzar a imaginarnos cómo funciona el paciente y determinar qué es lo que más le duele en el momento.

Desde el primer momento, facetas de la transferencia y la contratransferencia se expresan en la medida en que le ofrecemos al paciente un espacio psíquico para que ponga de manifiesto su mundo interno y su actual situación. Es posible que el enfermo, en este primer encuentro, esté en la unidad de cuidado intensivo, con ventilación mecánica o tenga una traqueotomía o simplemente se encuentre muy cansado y no pueda hablar. Es nuestra oportunidad de hablar, de hablar empáticamente, poniéndonos en su pijama para intentar devolverle las palabras perdidas.

Recordando que ser empático es un proceso creativo, una respuesta interpersonal en la que el terapeuta expresa comprensión de una forma en que el paciente se siente aliviado, pero no lo estimula necesariamente a profundizar y es posible que, en estas circunstancias físicas del paciente, el profundizar no sea lo prioritario. La empatía en pacientes regresados psicodinámicamente a una dependencia infantil permite acceder al mundo interno, un mundo que no se puede conceptualizar o verbalizar en ese momento.

En otras ocasiones, el enfermo está tan agitado, incoherente, asustado y desorientado que solo podemos apaciguarlo con una caricia en la cabeza o con una inmovilización, explicándole siempre que es necesario hacerlo para que no se maltrate, igual que una madre que contiene a su hijo.

Todos tenemos una historia que contar, nuestros pacientes la tienen, ellos intuyen que su enfermedad tiene algo que ver con esa propia historia y la interpretan a su manera.

Al finalizar esta primera sesión, y en la medida que nuestro contrato es bilateral, proponemos e intentamos un encuadre: que nos seguiremos encontrando en su habitación, unos días fijos, con una duración y a una hora exacta siempre y cuando él lo desee, aclarándole que en el ambiente hospitalario esto puede variar, pero que en la medida de las posibilidades

de ambos, lo vamos a cumplir para conversar y acompañarlo en su proceso de enfermedad. Para el paciente es eso, una conversación, con alguien interesado en escucharle.

Para nosotros, se inicia un proceso de acompañamiento psicoterapéutico e investigativo de sus mecanismos de defensa, de su intensidad de la compulsión a repetir viejos patrones de comportamiento, de sus vínculos, de sus duelos para llegar a una comprensión rica de su personalidad por medio de la cual intentaremos ayudarle en su sufrimiento, para que lo integre a su vida.

Nuestro lenguaje difiere además del lenguaje del hospital general; el lenguaje científico, médico que con alguna frecuencia toma la forma de un código narcisista, que solo él comprende y que descalifica de entrada al interlocutor, bloqueando la posibilidad de expresión del enfermo y su familia, imponiéndole un silencio forzoso que perpetua «la escisión comunicativa». Escisión que no es más que la proyección de los propios temores del médico tratante.

Los siguientes encuentros, uno, dos, diez, quince o más, son una escena inconsciente única aquí y ahora, que investigamos con participación activa del enfermo, donde se generan comprensiones acerca de su capacidad de frustración, la importancia que tienen para él las separaciones, el miedo a morir o a desintegrarse, entre otros aspectos.

Aunque logramos percibir, sentir y ver más allá de lo que nos dice, guardamos silencio, como decía uno de los estudiantes: «ver y no tocar, como en los museos». Aunque realmente algunas veces sí logramos tocar profundamente y devolver, pero en el nivel que el paciente lo pueda comprender verdaderamente: ahí también radica la aplicación de nuestro arte.

Aquí, nuestra personalidad tiene todo que ver, así como el análisis personal, la capacidad para sintonizar, recibir y contener todo ese dolor del paciente, metabolizarlo y devolvérselo empáticamente. Se reconocen nuestras fantasías, afectos, limitaciones y defensas para la comprensión,

resistiéndonos a satisfacer todos los deseos del paciente, pero siendo capaces de re-afirmarlo, si lo requiere: porque es aquí, en la relación terapéutica, donde la historia de las relaciones objétales del paciente renacen.

Recuerdo ahora uno de mis primeros pacientes en el hospital general. Se trataba de un hombre anciano, delgado, pálido, de cabello blanco, con profundas entradas en la frente, además médico de profesión, especialista en un área y que se desempeñaba como director de un hospital especializado desde hacía veinte años.

Su médico tratante solicitó mi ayuda puesto que él no entendía como su paciente, un connotado médico, no aceptaba un puente coronario sin el cual fallecería en corto tiempo, y me advirtió que fuera a conversar con él sin contarle que yo era psicoanalista porque si se enteraba, con seguridad no me recibiría. En ese entonces transcurría el mes de agosto. Se encontraba en la unidad de cuidado intensivo, y cuando ingresé a su cubículo, lo encontré sentado en su cama. Miraba a lo lejos por la ventana y me di cuenta que sus ojos eran profundamente azules... como los de mi abuela. Lo saludé.

LM. —Buenos días doctor, soy LMP médica, psiquiatra psicoanalista, y la coordinadora del área—. (Definitivamente tenía mucho miedo a su rechazo, de lo contrario no le hubiera referido mis títulos, pero además, estoy convencida de que si buscamos la verdad, hay que partir de ella y no podía esconder mi oficio).

M. —Sonrió y dijo— el doctor C. insiste, mijita, en que yo vaya a cirugía... que cosa con los colegas—.

LM. —También sonreí. (Sentí que veía en mí a una nieta) y él siguió hablando.

M. —Me contó como hacía treinta y cinco años, cuando en Colombia no se realizaban estas cirugías viajó a Houston donde le practicaron tres puentes coronarios, me refirió su ingreso a la clínica, su dolor postquirúrgico que él imaginaba pero que nadie le había advertido, su soledad, pues allá

dijo que si se respetan las horas de visita, y habló de su miedo a morir en esa época.

Él consideraba que ya habían transcurrido desde entonces treinta y cinco años de una vida productiva y plena y no encontraba razón para prolongarla más,

(Silencio)

Que lo que más le había molestado en esta ocasión, fue que sin preguntarle, el día de su ingreso, después de los primeros resultados de los exámenes, le comunicaron que sería llevado a cirugía en tres días.

— ¿Acaso creen que soy un bebé, que no puedo pensar y conversar con mi familia?

LM. — (Sentí que necesitaba ser reafirmado en su necesidad) y le dije— Comprendo doctor que sienta usted malestar por no ser tenido en cuenta en una decisión que tiene que ver exclusivamente con su vida.

—Claro, mijita, y para entender eso, la enviaron a usted.

LM. —Y para acompañarlo— dije.

—Acompañarme?

(Silencio)

—Yo siempre fuí escéptico con los locólogos...

—Sabe mijita.... yo me casé y me separé... ahora tienen problemas mis hijos del primer matrimonio con los del segundo, para ponerse de acuerdo con las visitas acá... —(Comenzó a llorar).

—Dirá usted que soy un viejo tonto.

LM. —¿Tonto?

Continuó con su historia... y sí tenía una nieta médica.

—No recuerdo ahora cuanto tiempo duró ese primer encuentro, pero sí que al despedirme me dijo:

—Doctora, ¿usted vuelve mañana?— Y sonreí yo.

Los encuentros continuaron, fui a verlo todos los días, durante quince días seguidos a la unidad de cuidado coronario, a las 10:00, durante 45

minutos cada vez, pero algunas sesiones fueron más cortas, por que el paciente se fatigaba.

Ahondó en su historia, comprendió que algunas pérdidas y algunas separaciones seguían activas, tal vez levantó algunas defensas, expresó otros miedos reservados hasta entonces sólo para él. Aprovechó para conversar con su primera esposa, para agradecer a sus hijos menores y para pedir perdón a los hijos del primer matrimonio...

Al despedirnos dijo:

—Gracias doctora, por acompañarme.

En el mes de enero siguiente, al abrir las páginas del periódico, leí los avisos que invitaban a su entierro.

Sólo se trató de acompañar, dentro de un espacio sosegado, neutral y respetuoso, que minimizó los riesgos de un nuevo trauma y permitió que aspectos de su mundo interno afloraran tranquilamente, respetando su autonomía, sus decisiones y reconociendo sus experiencias y fantasías.

Observo, en general, que en la hospitalización el enfermo se siente indefenso, sometido, lejos de su hogar, de su familia, de su cama, de su almohada, no comprendido, no tenido en cuenta, solo, abandonado, impotente y adolorido físicamente.

Todas ellas sensaciones angustiosas que favorecen la regresión psíquica y la reactivación de temores de aniquilamiento o de desintegración, temores que a su vez incrementan su vulnerabilidad somática y psíquica.

La historia del paciente, la naturaleza de las necesidades reactivadas instintivas o evolutivas definirán la estrategia terapéutica pero en la práctica, las dos necesidades se ven yuxtapuestas, se organizan juntas de manera indisoluble mostrando complejos patrones, de manera que los derivados del déficit y del conflicto no deben verse como fenómenos separados, sino como aspectos diferentes de un solo proceso evolutivo, que el trauma actual hace evidente.

En consecuencia, nuestras intervenciones psicoterapéuticas, propenderán por favorecer el encuentro con el paciente, sin que le generemos un esfuerzo más, una carga más de la que ya está viviendo con palabras que hagan parte de su propio lenguaje de manera que él pueda construir un significado e integrar la vivencia.

Nuestra disponibilidad emocional que se transmite al paciente que no está solo será fundamental el nuestro acompañamiento; gracias a la neutralidad podemos aceptar la transferencia observar los conflictos y las carencias y comprender empáticamente la experiencia interna del enfermo adolorido físicamente. Para finalizar, quedaron asuntos pendientes por tratar como la labor con el grupo humano asistencial y el que administra la clínica.

Espero, por lo pronto, haya quedado claro que soy una convencida de nuestra técnica, teoría y método de investigación es un modelo de atención no violento y respetuoso de la singularidad humana con capacidad de devolver un orden y una manera tranquila de vivir las pérdidas que nos impone cotidianamente la vida.

Referencias

- Academy of Psychosomatic Medicine (1996). Los Trastornos Mentales en la práctica médica general. La psiquiatría de Interconsulta y Enlace: Un valor agregado al cuidado de la Salud. Comité de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (trad.).
- Alarcón C., Cantillo J., Mejía C., Pinilla L. M. (1999). La Psiquiatría de Enlace en la Clínica San Pedro Claver de Bogotá.
- Alarcón C., Cantillo J., Mejía C., Pinilla L. M. (1998). Salud Mental: Prevención Secundaria en el Ámbito Hospitalario de la Clínica San Pedro Claver. Seccional Cundinamarca. Seguro Social.
- Alexander, F., (1953). Enfermedades Psicossomáticas. Instituto de Psicoanálisis de Chicago.

- Ballesteros, G., (2002). Neutralidad y emergencias. Amenaza de suicidio. XVIII Jornadas Psicoanalíticas de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis.
- Brainsky, S., (2002). Algunas observaciones psicoanalíticas sobre el estudio de la dinámica y de las consecuencias de la violencia y el terrorismo.
- Bersh, S., (1999). Psiquiatría de Enlace. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Bialikamien, S., Introducción al narcisismo. Kohut y los estudios sobre el narcisismo.
- Cantillo, J., (1995). Protocolo de Psiquiatría de Enlace para el manejo de los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica San Pedro Claver.
- Campo, A., (1999). La Depresión Problema Médico Cotidiano. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría: 1999.
- Cassem, N., (1994). Hospital General de Massachussets Psiquiatría de Enlace en el Hospital General. Tercera Edición. Ediciones Díaz de Santos, S A.
- De Lima, L., (1999). La evaluación emocional de los pacientes terminales. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Diazgranados, D., (1999). Primeras Subespecialidades de la Psiquiatría en Colombia. Boletín 1. Año 25. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.
- Freud, S., (1955).Obras Completas LIX. Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. Santiago Rueda (ed.).
- Freud, S. (1955). Obras Completas XXII. El Método psicoanalítico de Freud. 1903-1904. Santiago Rueda (ed.).
- Freud, S., (1955). Obras Completas LX. La iniciación del tratamiento. 1913. Santiago Rueda (ed.).
- Freud, S., (1955). Obras Completas LX. El porvenir de la terapia psicoanalítica. 1910. Santiago Rueda (ed.).
- González, M. y García, R. (1977). Epidemiología de los trastornos mentales en Bogotá. Revista Colombiana de Psiquiatría. 6(3).
- González, M., (1993). Psicopatología del Self. La cohesión del Self. Colciencias.

- Laverde, E., (1988). Actualizaciones en Medicina Psicosomática. Rev. Col. Psicoanálisis.13(3): pp. 377-394.
- Lipowski, Z., (1967). Review of Consultation-Liaison psychiatry and psychosomatic medicine. I. Psychosom. Med.
- Lipowski, Z., (1967). Review of Consultation-Liaison psychiatry and psychosomatic medicine. II. Psychosom. Med.
- Lipowski, Z., (1968). Review of Consultation-Liaison psychiatry and psychosomatic medicine. III. Psychosom. Med.
- Méndez, A., Montano, H., y Ospina, H., Psiquiatría de Enlace en la Clínica San Pedro Claver. Seguro Social.
- Méndez, A., Mejía, B., Orjuela, F., Pineros, I., y Villamizar, I., Manual de Organización. Unidad Salud Mental Clínica San Pedro Claver. Seguro Social.
- Orjuela, F., y Pinilla, L.M. (1998) Protocolos para el manejo de las urgencias psiquiátricas más frecuentes vistos en los Servicios de Urgencias. Synthelabo.
- Pinilla, L. M., (1993). Violación y aborto en la Adolescente. Manejo interdisciplinario. Memorias del tercer curso de Actualización Médica.
- Pinilla, L. M., (1995). Protocolo de Psiquiatría de Enlace para el manejo de los pacientes de la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados de la Clínica San Pedro Claver.
- Pinilla, L. M., (1998). Psiquiatría de Enlace en la Unidad de Cuidado Intensivo. Memorias del IV Taller de Cuidado Intensivo. Clínica San Pedro Claver.
- Rincón, H., (199). El Hijo Pródigo. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Rincón, (1999). Los Beneficios de un Abordaje Biopsicosocial. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Rincón, H., (1999). Trastornos de la Interfaz Mente-otros sistemas corporales. Recomendaciones Básicas para la atención de los Trastornos Psiquiátricos. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Noosfera.