

**FUNCIONAMIENTO DEL PRACTICANTE EN SU PRIMERA EXPERIENCIA EN LA  
ATENCIÓN PSICOLÓGICA DENTRO DE LA HUSI**

**KARINA LUNA**

**STEFANNYA MORA**

**DIRECTORA Y CO-AUTORA**

**NUBIA TORRES**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PSICOLOGIA**

**BOGOTÁ D.C., 24 DE NOVIEMBRE**

**2014**

## Contenido

	<b>Pág.</b>
Resumen.....	3
Abstract .....	4
Introducción .....	5
Marco Teórico.....	8
Comprensión de la condición de la mujer embarazada y gestante a quienes va enfocada la atención psicológica de los practicantes .....	8
Formas de atención psicológica, los distintos niveles de atención psicológica, las funciones del terapeuta y la enseñanza de la clínica en general.....	27
Descripción de las características institucionales .....	45
Objetivos.....	46
Objetivo general.....	46
Objetivos específicos .....	46
Metodología .....	47
Diseño investigación.....	47
Participantes.....	48
Instrumentos y uso analítico de los instrumentos .....	49
Procedimiento .....	50
Resultados .....	52
Discusión.....	70
Referencias.....	87
Anexos .....	90

## Resumen

La presente investigación intenta comprender el papel y la función del practicante de psicología durante su primera experiencia de atención psicológica en el contexto hospitalario, donde se hace una revisión de lo sucedido con el fin de aprender de la experiencia vivida en la institución hospitalaria. Se considera una investigación de tipo cualitativa y con una metodología de investigación-intervención, la cual permite una unión entre la teoría y la práctica. Esto se hizo por medio de nueve (9) encuentros con pacientes gestantes o que ya han tenido su bebé, posteriormente se tiene en cuenta el uso de protocolos y revisiones meditativas que permiten comprender la vivencia tanto del paciente como del practicante, en donde se vislumbra un practicante inexperto ante los encuentros y las experiencias que surgen en la situación. Esto se tiene en cuenta para generar propuestas en torno a lo que se requiere en las primeras experiencias de práctica frente a un contexto hospitalario.

*Palabras clave:* Práctica profesional, atención psicológica, relación terapéutica, embarazo en alto riesgo, atención médica

### **Abstract**

This research seeks to understand the part and the function of the psychology student during their first experience of psychological care in the hospital environment, where they review what happened in order to learn from the experience in the hospital institution. It is considered a qualitative research, with a methodology of research-intervention, which allows a connection between theory and practice. This was made by nine (9) meetings with pregnant women or with patients who have already had their babies. Later on, is taken into account the use of protocols and meditative reviews that provide insights into the experience of the patient and the student, where an inexperienced student is seen at encounters and experiences that arise in the situation. This is taken into account to generate proposals on what is required in the early experiences of practice in front of a hospital environment.

*Keywords:* Professional practice, psychological care, therapeutic relationship, high risk pregnancy, medical care

## **Introducción**

En este trabajo investigativo se busca una comprensión sobre el papel y el funcionamiento de las practicantes en un primer acercamiento hacia la atención psicológica dentro del contexto hospitalario con el fin de aprender de la experiencia vivida en la institución Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) acompañado bajo las dinámicas que caracterizan la atención primaria en contextos sanitarios y la condición psíquica por la cual atraviesan las pacientes en el aquí y el ahora. En este sentido, se responde a la pregunta ¿Cómo se desarrolla la función de la practicante de psicología en su primera experiencia de atención psicológica dentro del contexto hospitalario?

Para dar respuesta a esta pregunta, en un primer momento se hace una revisión bibliográfica sobre atención psicológica y la condición psíquica de mujeres embarazadas en condición de riesgo. Frente a esta problemática que como practicantes se vivió en el HUSI en la unidad de recién nacidos y alojamiento conjunto, se configuró la revisión teórica en torno a generalidades de la temática del embarazo y especificidades comprendidas desde el vértice psicoanalítico. En el marco teórico se hace un recorrido conceptual que abarca la comprensión de la condición de la mujer embarazada y gestante puesto que es a quienes va enfocada la atención psicológica de las practicantes, esto desde una mirada biológica, psicológica, psicosomática y cultural, sin embargo más adelante se contextualiza un poco la problemática desde una perspectiva psicoanalítica.

Cabe aclarar que aunque la investigación no esté encaminada hacia el análisis de la condición psíquica de las pacientes, es pertinente para abordar el tipo de funcionamiento que la practicante va construyendo en los encuentros. Es decir, el estado emocional en que se encuentre la paciente será relevante para forjar un tipo de relación paciente-practicante que surge en la conversación de la atención psicológica brindada.

Posteriormente, se presenta una ampliación en términos del funcionamiento médico como una realidad que genera choque con la relación terapeuta-paciente que se establece en el encuentro psicológico. Asimismo, se realiza una búsqueda basada en el psicoanálisis para realizar una comprensión detallada del funcionamiento terapéutico y la técnica que ello supone. Finalmente, se describe la atención psicológica breve, más específicamente, atención en crisis

como la intervención a la que las estudiantes practicantes tuvieron una considerable formación antes de abordar la situación hospitalaria con las pacientes.

El funcionamiento del practicante primerizo en el contexto hospitalario es una problemática que está de la mano con la realidad, ya que gira en torno al primer acercamiento práctico que tienen los estudiantes de psicología interesados en un ámbito clínico. A su vez, resulta interesante comprender y tener en cuenta esta primera experiencia puesto que es donde se comienzan a elaborar los primeros cimientos en la vida profesional y donde se pueden considerar cambios o aprendizajes en la forma de enseñanza en el ciclo formativo del estudiante. Este tipo de vivencias tienden a funcionar como realidades que permiten mejorar aspectos negativos en la institución universitaria, y así se permea un funcionamiento integral en el estudiante donde se integran aspectos tanto teóricos como prácticos.

Esta investigación intenta servir como herramienta para futuras investigaciones, debido a que busca generar propuestas que permitan contribuir y mejorar la concepción y el desarrollo de la práctica psicológica a partir de lo vivenciado y aprendido en la experiencia hospitalaria. Teniendo en cuenta lo dicho, es posible pensar, desarrollar y enseñar habilidades que coordinen con lo que necesita un practicante para un buen funcionamiento terapéutico.

Yáñez (2005) acentúa la inconformidad ante la pertinencia social en el diseño de la formación profesional y el mundo del trabajo como una forma de desarrollo social y bienestar. Para esto, resulta interesante el modelo de competencias como una forma que permite diseñar la formación profesional y la realización exitosa de una labor o actividad. Así, Del Prette, Del Prette y Barreto (1999) consideran que las relaciones interpersonales juegan un papel importante en el éxito del profesional, entre esas, la psicología. En este sentido, el desarrollo de las habilidades sociales para el psicólogo se convierte en un factor incluyente.

Surge necesario y urgente contrarrestar las dificultades que genera el quehacer psicológico por medio del desarrollo de facultades sociales capaces de permear sentimientos, cogniciones y comportamientos propios de la adaptación del individuo. En este sentido, es posible manejar elementos que se salen de control en el quehacer práctico de la psicología como; la dificultad en adoptar una perspectiva distinta proveniente de otro precisamente por los prejuicios; la incapacidad por generar comprensión y retroalimentación en los pensamientos y sentimientos del otro; la dificultad en elaborar preguntas pertinentes a la situación; problemas para dirigirse al público; dificultad en presentar apoyo verbal y no verbal al otro cuando es

necesario; problemas para dirigirse a personas desconocidas y de carácter autoritario; problemas para controlar la ansiedad de sí mismo; dificultad en lidiar con el silencio del otro, etc. (Del Prette, Del Prette y Barreto,1999 p.32).

## **Marco Teórico**

Durante la elaboración del presente trabajo investigativo, se comenzó por realizar una búsqueda bibliográfica sobre atención psicológica y la condición psíquica de mujeres embarazadas en condición de riesgo. Frente a esta problemática que como practicantes se vivió en el hospital san Ignacio en la unidad de recién nacidos y alojamiento conjunto, se configuró la revisión teórica en torno a generalidades de la temática y especificidades comprendidas desde el vértice psicoanalítico. A continuación, se hará un recorrido conceptual que abarca un panorama amplio y específico de la problemática en cuestión.

Así, se empieza por realizar una comprensión de la condición de la mujer embarazada y gestante a quienes va enfocada la atención psicológica de las practicantes, desde una mirada biológica, psicológica, psicosomática y cultural, sin embargo, más adelante se contextualiza un poco la problemática desde una perspectiva psicoanalítica. Posteriormente, se presenta una ampliación en términos del funcionamiento médico y la relación terapeuta-paciente en una atmosfera psicológica desde un sostenimiento psicoanalítico. Finalmente, se describe la atención psicológica breve, más específicamente, atención en crisis como la intervención a la que las estudiantes practicantes tuvieron una considerable formación.

### **Comprensión de la condición de la mujer embarazada y gestante a quienes va enfocada la atención psicológica de los practicantes**

Al tratar con madres gestantes y madres que ya han tenido su bebé bajo una condición de riesgo, surge importante mencionar las dificultades que influyen de manera significativa en dicho proceso; tal es el caso del estrés.

En este aspecto, Pinto, Aguilar y Gómez (2010) consideran el estrés como la respuesta del organismo ante la identificación de condiciones adversas o amenazantes, ya sean internas o externas que pueden perjudicar el equilibrio y la armonía del organismo. Esto ocurre debido a que el organismo lo detecta como un estímulo al que no es capaz de responder, puesto que los recursos son insuficientes, dentro de los cuales se destacan las experiencias de aprendizaje y la tolerancia a eventos emocionales, ansiosos, de presión, entre otros.

Así, Pinto et al. (2010) se refieren a lo que estudios realizados han demostrado, y es que los efectos del estrés no solo afectan a quien lo experimenta, sino que también puede trascender y afectar el desarrollo del bebé. En este sentido, los estudios en seres humanos han indicado que

el estrés materno prenatal está relacionado con el incremento en los abortos espontáneos, una mayor inquietud en el bebé durante el ultrasonido, una mayor irritabilidad, llanto y dificultad para calmarse en los primeros meses de vida. A su vez, se encuentran repercusiones en el bebé, como; la manifestación de enfermedades congénitas, bajo peso al nacer, menor tiempo de gestación, alteraciones neuroendocrinas y del neurodesarrollo motor y sensorial, trastornos psiquiátricos; como, la esquizofrenia, entre otros. En esta línea, es importante mencionar los tres mecanismos posibles por medio de los cuales se posibilita transmitir el estrés materno al bebé: reducción del flujo sanguíneo del bebe, transporte placentario de las hormonas maternas y la liberación de CRH placentaria.

Igualmente, es de vital importancia tener en cuenta a la madre gestante y aquellos factores que influyen en su bienestar, que en muchas ocasiones se convierten en factores estresores, ya que éstas, además de verse expuestas a las situaciones que puede enfrentar cualquier individuo, también pueden vivenciar otros eventos que se asocian directamente con las condiciones del embarazo. Algunos factores que influyen en el estrés materno y que se evidenciaron en el HUSI con las madres son: el estrés laboral, las dificultades económicas, la relación marital, estrés psicosocial (racismo, discriminación, violencia personal), estrés agudo ocasionado por eventos externos (guerras, terrorismo, desastres naturales), malestar físico (fatiga, micciones frecuentes, sudoración, dolor de espalda, cistitis), vulnerabilidad emocional causada por hormonas y miedo en relación con el parto, la paternidad y la salud del bebé (Pinto, Aguilar y Gómez, 2010).

Por otro lado, se considera importante tener en cuenta el impacto emocional que genera la condición de alto riesgo en las pacientes y familiares. De esta manera, Torres (2004) afirma que es pertinente rescatar las características psicológicas del embarazo cotidiano; por un lado, éste se considera como una situación natural resultado de un instinto básico, producto de la culminación de la sexualidad adulta y de una capacidad que obedece a la madurez de la pareja, en tanto a la disposición y la capacidad para ser padres. De igual forma, resalta el deseo de toda mujer de tener un hijo, lo que se refleja en las fantasías que giran en torno a la maternidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, Torres (2004) recurre a testimonios de mujeres en embarazo para ejemplificar un poco la experiencia. Así, la definen como un acontecimiento maravilloso que genera gran significancia e intensidad para ellas; sin embargo, se percibe como un momento aterrador, ya que es un evento que abre un límite entre la vida y la muerte. Estos

sentimientos ambivalentes, que en su mayoría no son conscientes muestran el temor inconsciente de la experiencia y el resultado.

A modo de ampliar lo dicho, es pertinente considerar la propuesta que Winnicott describe como preocupación maternal primaria. En este sentido, se entiende como un estado de enfermedad normal en la que la mujer es capaz de dedicarse por completo a su hijo, si por el contrario, no es capaz, puede entrar en una huida hacia la cordura en la que no puede desprenderse de preocupaciones de otra índole, lo que conlleva a no dedicarse a su hijo y consigo desajustes en el niño (Muñoz, 2009, p. 4 citado por Manzo et al., 2011). Por estas razones, se considera relevante que la madre brinde cuidados al niño con amor, pues permitirá integrar los estímulos, representaciones de sí mismo y adquirir un yo sano (Manzo et al., 2011).

Lo descrito anteriormente es el proceso al que Winnicott llamaba Holding, en el cual la madre debe ser precavida y notar cuándo debe alejarse del bebé para que éste desarrolle sus capacidades yóicas adaptativas y se dé lugar a la diferenciación madre-hijo, es decir, “darle el mundo en pequeñas dosis”. En el caso en que ésta situación no sea posible pueden aparecer la sobreprotección o deprivación. Dicho así, la primera ocurre si se mantiene por demasiado tiempo la identificación primaria y dependencia total, y la segunda cuando la madre no cuida a su hijo (Manzo et al., 2011). De esta forma, se puede decir que parte primordial de la función que tiene la madre en la relación con su bebé es cuidar de él, lo que a su vez puede generar en ella diferentes sentimientos y pensamientos.

No obstante, Torres (2004) señala que el embarazo es el periodo en donde deben realizarse tareas de maduración emocional para preparar a la mujer en su papel de madre. En primer lugar, es importante la aceptación del embarazo y los cambios que trae consigo, es el caso de la adaptación paulatina hacia la renuncia por el cuerpo, cambio en las actividades de su tiempo libre, renuncia del sueño, los malestares físicos, el dolor y los riesgos en éste. En segundo lugar, la adaptación hacia el cambio de funcionamiento como mujer y pareja que genera la llegada de un nuevo bebé, y que la madre instintivamente genera sentimientos de protección y pertenencia hacia él. En tercer lugar, el desarrollo del apego entre madre y bebé, que se representa por medio del progreso de la interacción entre estos, se hace de forma permanente y progresiva, convirtiéndose en la base de la relación afectiva futura con el bebé.

El desarrollo del vínculo entre madre-bebé al ser un factor influyente en dicha relación. Rodríguez (2010) vislumbra ciertas ventajas que aportan las sonrisas, juegos, abrazos, sonidos y

palabras de la madre en la capacidad de atención focal y de concentración, pues el bebé desde muy temprano dirige su atención casi exclusivamente a ella, surge la capacidad de comunicación del niño y luego su lenguaje verbal. Además, ocurre diferenciación y orientación entre estados de ánimo y necesidades del bebé de responder coherentemente a ellos, surge un aprendizaje conceptual y luego el desarrollo de criterios que será útil en la vida adulta, el amor y el apego sano permitirán que el bebé construya distintos elementos, el esquema corporal y sus funciones (orientación espaciotemporal, equilibrio y motricidad) siendo imprescindibles en el desarrollo.

Desde otra mirada, Winnicott (1993) afirma que en la relación madre-bebé se presenta la invasión a la privacidad y los sentimientos de culpa. La invasión de la privacidad de la madre hace referencia a si la madre puede guardar sus secretos sin privar al niño del sentimiento esencial “mi mamá es accesible para mí”. Sin embargo, ante ésta problemática es interesante evidenciar la línea que separa la suposición de un secreto como pecado escondido y la intimidad a la cual tiene derecho la madre, puesto que dentro de las tareas maternas está contener todo lo que se tiene dentro para no llenar al niño de ello. La adaptación al ritmo del niño es otro asunto que cabe mencionar, la rapidez en la atención de sus necesidades, sean alimenticias o de otra índole, y en ocasiones las necesidades del esposo que excluyen al niño en éstas mismas manifestaciones de necesidades “sueño, hambre, dedicación, etc.” (Winnicott, 1993).

En cuanto a los sentimientos de culpa que llegase a sentir la madre, dichas emociones imprevistas hacia sus bebés, la conexión entre el ideal y el embarazo real, dentro de lo que abarca la complejidad del amor, en ocasiones podría reprocharse no ser buena madre porque el niño no resultó lo que esperaba (Winnicott, 1993). En esta línea, es importante mencionar los deseos que impulsan a las mujeres a ser madres; la teoría psicoanalítica rescata dos tipos de deseos que sienten las madres: los inconscientes y los conscientes. Dentro de los motivos inconscientes se encuentran, el recuperar su propia madre, comprobar la fertilidad, correspondencia a un deseo infantil de regalar un niño a su padre y la representación del bebé ante el pene anhelado. Por otro lado, en los motivos conscientes entran, el revivir la propia infancia, brindar lo que no se tuvo, rivalidad con otras mujeres, retener al marido y una necesidad de status (Langer, 1999 citado por Manzo et al., 2011).

Manzo et al. (2011) exponen que la función materna actúa desde un carácter de sobrevivencia y crecimiento entre bebé y madre a partir de un anclaje entre deseo inconsciente e historia particular. Sin embargo, es importante considerar el carácter cultural que interviene en el

amor que la madre sienta hacia su hijo, puesto que existe una influencia importante en el momento histórico que se cruce la experiencia materna y las respectivas formas de entender, definir y conceptualizar dicho momento.

A pesar de que la función de ser madre es algo determinado culturalmente, ésta ha logrado definirse dentro de lo que se denomina “maternaje”, entendido como el conjunto de procesos psico-afectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad. Así, son los recursos internos y externos los que permitirán enfrentar y superar los nuevos desafíos que plantea el desarrollo del niño (Vidal, Alarcón y Lolas, 1995 p. 100 citado por Manzo, et al., 2011). En este sentido, lo que hace la madre es ayudar a que el bebé maneje sus propias angustias, regule sus instintos y los estímulos del medio, convirtiéndose en un yo auxiliar para que el niño se encuentre en la capacidad de desarrollar procesos de síntesis, integración, contención y generación de pensamientos (Manzo, et al., 2011).

Estos elementos se rastrean con mayor facilidad en aquellos embarazos que se consideran esperados y planeados, sin embargo cabe aclarar que estas tareas psicológicas no son fáciles de obtener, ni están exentas de patología, pero en ocasiones el estereotipo cultural las muestra como procesos que ocurren de manera tranquila y sin alteraciones. A pesar de esto, el embarazo que se desarrolla de manera normal, se considera un momento en el que por sí solo presenta un grado de estrés elevado acompañado por un estado de tensión emocional que produce ansiedad, vergüenza, cólera y en ocasiones una emoción indescriptible, esto es notorio que incrementa un poco más en embarazos con alto riesgo (Torres, 2004).

Las implicaciones emocionales que trae consigo un embarazo de alto riesgo son un indicativo que interrumpe el proceso psicológico normal del embarazo, estos son los casos en que las parejas se enfrentan a la esperanza de dar a luz en medio de dificultades médicas, como tener un hijo con malformaciones o con mínimas posibilidades de vida y de desarrollo. De esta manera, el curso natural se ve reemplazado por una serie de reacciones emocionales denominadas como reacciones de duelo, esto en pocas ocasiones se presenta de manera sencilla y tranquila, en la mayoría de casos se produce una mezcla de sentimientos y el resultado final depende del periodo en el cual se recibe la noticia, de la naturaleza de las dificultades mismas, de la historia y el grado de ajuste de la pareja y de la personalidad de los padres (Torres, 2004).

A modo de ejemplo es posible decir que, una mujer casada, que está preparada y que planificó el embarazo, vive distinto esta experiencia a una adolescente soltera que enfrenta un

embarazo no deseado y que no tiene apoyo familiar, que además se esperaría encontrar un deseo de muerte hacia su bebé; en ella eventualmente las reacciones psicológicas inmediatas no se darán de una forma dramática en comparación con la madre anterior, pero las consecuencias a mediano plazo como, ideas intensas de culpa, auto desprecio, conducta auto agresiva y depresión posterior, pueden ser catastróficas (Torres, 2004). En esta encrucijada, la relación de pareja es esencial para poder dar cuenta de la construcción del deseo, en donde a través de la negociación que se lleva a cabo antes de decidir tener un hijo, las expectativas de los varones se entrelazan junto con las de su pareja para concretar la construcción de su deseo de ser padre (Rodríguez, Pérez y Salguero, 2010).

De esta manera, el embarazo al ser considerado un momento crucial en la vida de la mujer desde distintas significaciones y al ser vivenciado desde una condición de riesgo, pone en escena distintas configuraciones en el estado mental de cada paciente, por tanto surge pertinente contextualizar teóricamente dicho concepto. Así, Muñoz (1995) resalta el estado mental como aquel que incluye los estados emocionales predominantes, el lugar de las relaciones del sí mismo con los otros, los valores y la forma de evaluar las circunstancias que vive. Así mismo, es un concepto que se ha ido utilizando desde Bion y Meltzer hasta Klein y Freud como una forma de relacionar el concepto con realidad psíquica. En este sentido, es cuando los autores plantean que es posible evidenciarse en el contexto clínico donde varían los estados mentales reiteradamente.

Muñoz (1995) en medio de una recapitulación, logra dar a entender por medio de Freud, Abraham, Klein, Meltzer y Bion lo que se conoce por estado mental. De esta manera, enfatiza que aunque Freud no hable directamente del concepto, hace referencia a estados patológicos que configuran un estado mental especial. Ahora, el concepto nace con la postura de Klein al sostener la organización psíquica como un escenario lleno de ansiedades, sentimientos, valores y defensas para contrarrestar o transformar la ansiedad, esto lo explica Klein citado por Muñoz (1995) al referenciarse a una realidad interna que transcurre por dos “realidades” distintas, una es cuando se tiene de la mano un escenario persecutorio donde el paciente siente la necesidad de esconderse ante un sentimiento de ataque, y otro es el depresivo, cuando el individuo necesita de protección, cuidado y necesidad de reparación al daño sufrido. Sin embargo, menciona que las fantasías inconscientes permiten que los individuos contrarresten las ansiedades que se generan tanto por la realidad interna como por la externa.

Este concepto es tomado por Meltzer citado por Muñoz (1995) en otro aspecto al hablar de una diferenciación en la organización psíquica adulta e infantil en cuanto a la forma de experimentación o vivencia emocional del escenario interno y externo. Así, define el estado mental del adulto donde existe una relación buena con el self y sus objetos internos, la presencia de valores y aspectos morales en el escenario de los objetos externos, la emoción, el pensamiento, la verdad y la toma de valor a la experiencia como una forma de acercamiento a ambos mundos. A diferencia del infantil que es un poco más corporal, sensitivo e instintivo. Aquí el aprendizaje se da más por identificación, es visto que le atribuyan significación a la vida desde el pasado más que el presente y se observa la predominancia a la curiosidad.

Por su parte, Bion (1970-1977) citado por Muñoz (1995) se interesa por el estado mental del analista como una forma de vinculación para el acceso de la realidad psíquica del paciente, cosa que se hace por intuición y no perceptualmente. Así mismo, es la capacidad negativa lo que permite configurar un estado mental en el analista caracterizado por la tolerancia a la incertidumbre y desconcierto de los hechos aislados/ fragmentados que posteriormente, irán recobrando coherencia y sentido. Esto es lo que dará lugar a que el analista llegue al estado mental que resulta desconocido en el paciente, la tolerancia a la espera y la incertidumbre.

Ante lo dicho, un estado mental es aquel que atraviesa y se afecta en la relación con el espacio interno y de los personajes que están presentes en relación con el propio self como una forma de comprender el mundo y asumirlo, de expresarse con valores, ideales o preceptos morales, de reaccionar por emociones ante diversos estados de ánimo que a su vez son expresados verbalmente o de tipo gestual (Muñoz, 1995).

En otro plano, cabe rescatar un poco lo que Ernest Jones (Citado por Langer, 1964 p.50) menciona sobre las frustraciones que vive la niña en el desarrollo infantil psicosexual. En la etapa oral se evidencian ciertas frustraciones ocasionadas por la madre en cuanto no da toda la leche que desea el bebé. A raíz de esto, se manifiestan sentimientos de odio y sadismo oral en contra de la madre. Dentro de los imaginarios de la niña están que la madre alimenta al padre con el pecho, lo que hace que se entre en rivalidad con el padre. Por otro lado, imagina que la madre recibe una cantidad más generosa de leche por parte del padre (pezón más generoso-pene) y piensa que el interior del cuerpo de la madre está lleno de leche, penes e hijos dados por el padre, lo que ocasiona envidia y deseos de obtención. Estos sentimientos de agresividad son reprimidos, ya que la dependencia hacia la madre durante la primera infancia es total. Por tanto, en

contraposición con Freud, Jones piensa que el deseo de tener un pene para la niña, no es un asunto primario sino “actitud neurótica” que surgen del complejo de Edipo temprano y se desencadena con las frustraciones orales con la madre. (Langer, 1964 p.50).

Es por esto que, Langer (1964) explica la relación de total dependencia que tiene el bebé hacia su madre y su gran vulnerabilidad como un factor que hace que le tema, la envidie y la odie, sin embargo, esa misma dependencia e intimidad hacen que el bebé la quiera. Así, el hecho de que el bebé dependa del todo de su madre, caracteriza a su amor por la insaciabilidad y el deseo de exclusividad, y esto lleva a que el bebé sufra frustraciones una y otra vez, al no recibir lo que espera; como reacción a esto, aparece el odio y la proyección de estos sentimientos sobre su madre, generando un temor hacia ella.

Partiendo de esto, afirma que tanto el hombre como la mujer, rechazan inconscientemente a la madre por la cualidad de que en todos los seres humanos está presente la imagen de la madre buena junto la imagen de la madre mala que destruye, devora al niño y es vengativa, al contrario de una “madre buena” que acaricia y tiene pechos llenos de leche para dar al niño (Langer, 1964). Langer (1964) quiere dejar con esto que, las madres repiten de forma inconsciente frente al hijo lo que sufrieron de niñas por parte de su propia madre. Por esto, todo lo que parece hostil en ellas, proviene de sus propias frustraciones infantiles, por tanto lo que lleva a la madre al rechazo de su hijo, proviene tanto de su identificación inconsciente con la imagen de su propia “madre mala” como de los impulsos infantiles ligados a esta imagen.

Continuando con lo que respecta a la mujer, llegamos al punto de la significancia del embarazo y el parto. En este sentido, Langer (1964) hace un recorrido de la temática donde los dolores, angustias y trastornos del embarazo son provenientes de conflictos psicológicos importantes e identificaciones con otras mujeres que si bien atraviesan por sentimientos de culpa, que vuelven de la actividad psicosexual infantil y que conllevan a trastornar su feminidad. Esto último se considera un aspecto importante de intervención y educación como una forma de que el embarazo y el parto sean considerados como el logro máximo de una facultad biológica instintiva y por la plenitud de atravesar por la mayor experiencia de gestar, alimentar y regalarle lo más grande; la vida (Langer, 1964, p. 211).

Las dificultades del embarazo y del parto se han evidenciado como una consecuencia de conflictos psicológicos, por lo tanto son propios de manejar en psicoterapia. Salerno citado por Langer (1964, p.181) fue partícipe del logro significativo que causan las conversaciones

psicoterapeutas (de 30 minutos 1 vez por semana) en el buen término del embarazo en mujeres con una historia de trastornos, con especialidad en abortos espontáneos. La aparición de los trastornos se explican desde la identificación de la mujer con su madre en sus funciones maternas lo que hace que, el embarazo y el parto se sobrelleve con mayor facilidad o no, sin embargo, el rechazo hacia el niño es un factor que da lugar a los trastornos y muchas veces es por la situación económica, social o por desamor al compañero sentimental (Langer, 1964, p. 182).

Ahora, al repetirse en la mujer su situación infantil durante el embarazo y del parto, el bebé representa inconscientemente “algo robado a la madre” un algo que se debate entre un hijo perteneciente a la madre y el pene del padre que ella lleva dentro, estos son algunos de los imaginarios y fantasías inconscientes de la situación infantil de la mujer, al pensar que el interior del cuerpo de la madre está lleno de leche, penes e hijos dados por el padre y que ahora cree que la despojó de todos sus contenidos y teme su venganza por ello. Por tanto, “la reagudización o reaparición” de éstas viejas fantasías son una causa importante de las angustias y trastornos somáticos que se encuentran en éstas mujeres (Langer, 1964).

Además, el embarazo se ha relacionado y normalizado a un proceso doloroso y peligroso. En primer lugar, Read citado por Langer (1964, p. 206) parte del por qué la mujer se encuentra a la espera del dolor en el parto, y surge por una paciente que se niega a la ayuda del anestésico diciéndole “no dolió, no tenía por qué dolerme, ¿verdad doctor? Al escuchar esto, el autor ahonda en la estimulación que se le da a la niña durante toda su vida sobre lo doloroso del parto, dolor subjetivo que se alimenta de las contracciones uterinas y del ambiente psicológico inapropiado, pues toda mujer necesita de apoyo afectivo para asumir valor y fortaleza ante los sentimientos de soledad y angustia que les genera el trance del parto.

Dichas sensaciones hacen que se genere miedo en la paciente, lo que produce tensión muscular y dificulta el trabajo de parto por el dolor y la prolongación de ésta actividad, que lleva a la anestesia inmediatamente. Sin embargo, es importante mencionar el papel de la aplicación de anestésicos y analgésicos en la duración del parto, Eastman citado por Langer(1964, p.205) afirma que esto es una de las causas más frecuentes de muerte del bebé porque reducen el oxígeno en la sangre materna.

Otros factores que normalizan el dolor en los momentos del parto son las referencias bíblicas que dicen que, la mujer obligatoriamente tiene que sufrir como una forma de castigo, por

haber cometido el pecado original y el médico supone para el inconsciente de la “parturienta” un cómplice que actúa para escapar del justo castigo divino. Langer (1964, p.209) afirma que éste proceso de temor, tensión y dolor es debido a los sentimientos de culpa que causa la identificación con la madre al robarle los hijos, al querer reemplazar su lugar, al sufrir como la madre lo hizo cuando la dio a luz, al desear su muerte al tener a sus hermanos dentro de sus fantasías inconscientes.

La forma en que Read citado por Langer (1964, p. 209) habla sobre eliminar el miedo, se basa en la exposición que el médico y la partera le hacen a la paciente para soportar el trance del parto, en el sentido que intenta mostrar una realidad “exterior, buena y tranquilizadora” ante una realidad psíquica que está alimentada por angustias y representaciones sexuales infantiles de la concepción, el embarazo y el parto. Así mismo, el miedo se contrarresta con la promesa del ginecólogo y la obstetricia moderna en minimizar o evitar el dolor y sufrimiento bajo la medida de confianza que expone “la parturienta” en el médico de internarse en la clínica cuando vengan las primeras contracciones uterinas. Así, es importante mencionar cómo se desarrolla el parto inducido para conocer un poco la participación de la mujer aquí.

La aplicación de un edema, inyecciones y anestésicos son los pasos para un trabajo de parto inducido, sin embargo, la anestesia causa que la mujer despierte inconsciente, confundida y con rastros de dolor, y es en esta condición cómo conoce a su hijo ya aseado y vestido. Ante esto último, Deutsch citado por Langer(1964, p. 198) se opone a la evolución de la obstetricia moderna, ya que intenta “robar” por decirlo así, una participación consciente, activa y única que la mujer debería tener en este momento, y que se convierte en una participación pasiva por el adueñamiento que el médico partero apropia en la situación. Es por esto que, Deutsch sostiene que una interpretación válida para esto sería el deseo del hombre infantil reprimido, de dar vida, reclamando la participación masculina en esta actividad inconsciente.

La falta de consciencia y activos en el nacimiento del bebé representa anular la experiencia más gratificante para la mujer en ese momento. Sin embargo, no sólo se debe hacia la gratificación de la experiencia sino al momento en que “la parturienta” es capaz de confrontar la realidad buena del bebé existente y las fantasías que se había hecho en torno a su hijo, como una forma de aliviar el trauma y/o temor de separación con el niño al nacer, es por esto que Langer (1964, p.206) menciona la facilidad de las mujeres conscientes en el parto para aliviar la

depresión postparto y la unión rápida de su hijo real sobre aquellas mujeres que estuvieron inconscientes y que se observa extrañeza, indiferencia y desilusión.

Ahora, retomando las representaciones que tiene el bebé sobre su madre Deutsch citado por Langer (1964, p. 185) habla sobre la doble identificación en que la mujer vive su embarazo, cuando existe identificación con el bebé representa su deseo infantil de comer a la madre, y cuando por el contrario el bebé representa a su madre y teme la venganza oral de ella, se experimenta como angustias y destrucción para su mundo interno. En este sentido, las mujeres embarazadas ante la preocupación de dar a luz un bebé “anormal y defectuoso” son capaces de reconocer sus deseos infantiles y fantasías inconscientes hacia la madre como monstruosas, esto algunas mujeres lo hicieron consciente bajo sueños que tuvieron. También existen otras razones por las cuales se atemorizan de dar a luz un bebé defectuoso, y son los sentimientos destructivos contra el hijo, que para el inconsciente es perteneciente a la madre.

Asimismo, cuando la mujer está identificada con su hijo, pasa por el temor de separación de su madre, está identificada con su desamparo y a su vez, siente el temor de pérdida como la mayor ansiedad por las que pasan las mujeres al momento de parto, esto podría ejemplificarse con el caso de una paciente donde se interpreta un sueño que tuvo: “está deprimida porque va a perder a su hijita, dando a luz tendrá que separarse de ella, e identificada con ello, teme exponerla a una infancia tan desgraciada como la suya, la niña que duerme tranquilamente en su cuna es el bebé y es ella misma, feliz dentro de su madre, su marido que sacude la cuna es el padre que se interpone entre madre e hija, no tolerando por más tiempo su relación íntima que le excluye”(Langer, 1964, p.204).

El castigo que la mujer teme de su madre se ejemplifica en la esterilidad y por su contraparte, en la mujer embarazada que se atemoriza por pensar en ser destruida por el bebé; por esto recurren de modo semiconsciente al aborto, lo que ocasiona sentimientos de culpa en ella (Langer, 1964, p. 185-186). A su vez, el trance dar a luz es un momento clave para la mujer en dichos sentimientos de culpa que se enraízan por haber robado el niño a la madre, al darse cuenta que no ha sido castigada, que todo está bien e intacto en su interior, que ella no perjudicó a su hijo por la maldad que caracterizaba sus fantasías (Langer, 1967, p.204). Por otro lado, existe la negatividad de alimentar al bebé, lo que expresa la frustración oral que sufrió en sus momentos infantiles. Por lo que se reduce a un tipo de reclamo y excusa hacia su propia madre:

“¿cómo puedes pedir que yo de lo suficiente a mi hijo si tu no me has dado lo necesario?”  
(Langer, 1964, p.186).

No obstante, dentro de los conflictos que causan el embarazo, en cuanto a sus ansiedades y todo lo que se ha descrito anteriormente, los más frecuentes son de carácter oral: náuseas, vómitos y antojos y de carácter anal: estreñimiento. La pregunta que gira en torno a estas manifestaciones es si acaso tiene que ver con un cambio fisiológico de la mujer o por la descarga a la tensión psíquica producto del embarazo. Ante esto, Hupfer citado por Langer (1964, p.188) dice que, la mujer en los primeros meses de embarazo atraviesa por una relación ante el bebé con ambivalencia oral, lo quiere expulsar psíquicamente con vómitos y lo quiere reincorporar con antojos. Sin embargo, Hupfer atribuye la expulsión por la boca por varias razones: choca con el deseo de continuar con el embarazo, permite la descarga de tendencias negativas y angustiantes y porque éstas mismas surgen de las frustraciones y resentimientos orales hacia la madre.

La conflictividad del embarazo no sólo se manifiesta psicológicamente, sino también desde un plano psicosomático, donde los más frecuentes son de tipo oral y anal. Freud citado por Langer (1964, p.188) se detiene en la fantasía infantil reprimida en el inconsciente sobre la concepción del embarazo explicada por comer algo (simbólicamente el pene) y además reprimiendo la inexistencia de la vagina, confundiéndola con el ano, es por esto que se da a suponer que el bebé nace por el ano porque es equiparada con el excremento expulsado por esa vía y por esta misma razón es que se hace frecuente el estreñimiento en los trastornos del embarazo (el placer en la retención del objeto).

Continuando con la exposición de Langer en este tránsito conceptual. Surge relevante mencionar la importancia del contacto físico/afectivo del lactante y la madre real, en la medida que las primeras experiencias suponen de gran importancia en la formación de sus capacidades, sea de amar, relacionarse con el otro, de comunicarse, en el pensamiento y su procesamiento e incluso con el amor a la vida, que los “mundugumor” (una cultura) afirman la relevancia en la forma de la alimentación y el cariño necesario en esta actividad, pues aunque las mujeres se encargan de criar directamente a sus hijos, el trato hacia ellos es hostil y de rechazo, es por esto que en su vida adulta rechazan a sus hijos (Langer, 1964, p.214).

Se habla sobre la tendencia de las madres a brindar un alimento artificial al de la leche materna, por razones sociales y psicológicas. De esta manera, se le atribuyen a las causas sociales, la noción del tiempo que por el trabajo no hay un espacio para ocuparse de la crianza.

En cuanto a las causas psicológicas, se percibe la insatisfacción oral que frustra los primeros deseos del niño en la infancia. Deutsch citado por Langer (1964, p.213-214) explica que dichas frustraciones orales no están relacionadas directamente con que el niño no haya recibido pecho o no haya recibido la leche materna suficiente, lo realmente importante es el cariño, la pertinencia/espera en los tiempos del bebé con el fin de que sepa que estará ahí cada que lo necesite, hará que la frustración oral sea menos significativa a un pecho dado fríamente y apresurado.

En la cultura, se considera una madre buena a aquella que cumpla con lo que se considera correcto, entre esas, aquella que amamante al bebé. Sin embargo, el fracaso en mujeres para realizar ésta función es bastante evidente, por distintas razones, que expone Langer (1964, p.216) como: no tener suficiente leche y destete del niño por fisuras dolorosas a causa de la succión, esto en cuanto factores psíquicos, ya que al hablar de una posición fisiológica, la producción de leche materna se dirige hacia la normalidad en el funcionamiento de ciertas hormonas. Es por esto que, se abordan dos razones inconscientes que impiden el desarrollo normal de la lactancia y que asimismo atraviesan por la insatisfacción oral de la mujer.

Por un lado, los trastornos a causa del rechazo a la maternidad por el deseo latente de encontrarse en una actitud receptiva infantil, y los trastornos que se ocasionan por la persistente tendencia de dirigir hacia la madre actitudes agresivas infantiles. A raíz de estos trastornos, se genera una proyección sobre el bebé al identificarlo con su propia madre mala por hacerles sufrir dichas frustraciones, o una identificación con su propia madre frustrante brindándole un trato al bebé de una forma parecida a como fueron tratadas en su infancia. No obstante, la razón inconsciente que la mujer hace sobre la agresión de la madre, es posible que la proyecte sobre la leche, tildándola como una sustancia que supone peligro y destrucción para el bebé, por tanto sería mejor que el niño no la recibiera (Langer, 1964, p.222).

Sin embargo, una lactancia de curso normal permitirá una buena identificación de la madre con su bebé a pesar de las frustraciones y temores que se enraizaron desde la infancia. Ahora bien, la identificación de la madre con el lactante es un momento crucial para que la mujer sea capaz de satisfacer sus deseos pasivos de lactarse con el deseo activo de amamantar, y alcanzar un ideal de buena madre que alimenta bien y que además le permite brindar al niño aquello que no tuvo y un poco más, cosa que sustituiría aquello que permanece inconsciente, en el deseo de recibir (Langer, 1964).

Asimismo, al ampliar las razones inconscientes de la mujer se encuentra el deseo de satisfacción a sus propios deseos orales y no a los del hijo, el temor de sufrir agresividad oral por parte del hijo así como en la primera infancia se tuvieron deseos de morder y destruir los pechos de la propia madre, la duda persistente de amamantar o mamar se manifiesta en el deseo de beber la leche del pecho de su madre y, no de darle pecho a su hijo, la satisfacción oral de la lactancia causa excitación sexual que ocurriría cuando la mujer le ha atribuido un carácter erótico (homosexual e incestuoso) al acto de mamar, por lo que supone una obligación privar al niño de la satisfacción de ser amamantados por el contenido erótico (Langer, 1964, p.218).

La lactancia en últimos términos es considerada como un punto clave para que se dé lugar a la identificación con el hijo y así lograr que la mujer supere sus conflictos pasados, con el fin de brindar satisfacción al bebé y el deseo de la madre ideal que muchas veces se ve troncada por la conflictividad y angustia de su propia lactancia que supuso insatisfacción, y que han quedado en el inconsciente (Langer, 1964).

Ahora, retomando la idea de que la conflictividad del embarazo no solo se manifiesta psicológicamente sino también desde un plano psicosomático, es pertinente citar a McDougall (1989) y su ocupación en la exploración de la comprensión en los fenómenos psicosomáticos. Así, el autor comienza por atribuirle el sentido de los problemas psicosomáticos que en el viaje analítico se ignora. En un primer momento, se enfatiza la tendencia a somatizar aquellos aspectos internos y/o externos que psicológicamente traspasan la resistencia del individuo para sobrellevar una vida sana y a su vez la desaparición de dichas manifestaciones somáticas como un efecto secundario del tratamiento analítico.

A su vez, la importancia en las significaciones de la enfermedad fisiológica ante una posible economía psíquica. (McDougal, 1989, p. 13). A modo de ejemplo, en el accionar del psicoanalista tradicional, McDougal enfatiza que desde éste panorama, se consideraría el insomnio como una expresión de los miedos que esconde el paciente, sea el miedo a dormir y a soñar, traducido en la pérdida del control sobre el mundo externo. En estas circunstancias, el psicoanalista en su función como terapeuta espera que sea posible una revelación de dichos miedos que aún son desconocidos y ocultos para lograr la reducción de los síntomas.

Ahora bien, McDougal (1989) aclara que la ayuda psicoanalítica debe cumplir con distintos factores. Entre esos; la percepción del sufrimiento psíquico por parte del analizado, pues es comúnmente esperado que pacientes con afecciones psicosomáticas recurran al análisis

por terceros y no por sí mismos, lo cual se considera peligroso puesto que no se reconoce la consciencia del dolor mental y/o sufrimiento de carácter psicológico en el sí mismo, y que a grandes rasgos no son capaces de descubrir todo lo que gira en torno del entendimiento del síntoma y sus continuas repeticiones. No obstante, la búsqueda del conocimiento de sí mismo, en la medida que el individuo no muestra interés en el porqué de su situación que de cierto modo, interviene con la incapacidad de imaginar, crear, pensar y comunicarse verbalmente, todo esto surge de una consecuencia que el paciente responsabiliza como ajena de sí, tal es el caso de culpar a la sociedad, a la religión, a situaciones familiares, entre otros.

Otra cuestión es, sí la situación psicoanalítica resulta tolerable, pues también existe la pregunta por parte del analista sobre la disposición para tolerar la tensión que surge de la relación terapeuta-paciente y el posible fracaso de la terapia, es arriesgarse a lo desagradable que pueda resultar la experiencia. Por último, ¿será posible depender de otro sin miedo? Lo cual obedece a la disposición del paciente en recibir la ayuda del analista y esto puede ocurrir por tres razones: considerar que el analista conoce todo lo que no se sabe de sí mismo, miedo por pensar que los conocimientos desconocidos de sí mismo, en lugar de ser un elemento benéfico resulte vulnerable en la cualidad narcisista (McDougall, 1989, p.18-19).

Retomando las enfermedades psicósomáticas en el terreno psicoanalítico, McDougall (1989) refiere su experiencia personal con los pacientes como una forma de comprender un poco lo que ocurre con el fenómeno psique-soma. Sin duda alguna, el autor fue uno de los que gran parte del tiempo no consideró importante el cuerpo en la comprensión del paciente, hasta comparar sus orígenes como un fenómeno que surge en la primera infancia. De esta manera, McDougal observa con sus pacientes adultos el funcionamiento psíquico característico de un niño, que recurre a la reacción psicósomática manifestada bajo una emoción dolorosa y que resulta complicado expresar por medio del lenguaje (McDougall, 1989, p.20-21). Cosa que crea cierta vulnerabilidad en el psicoanalista, pues el paciente muy pocas veces es capaz de verbalizar los síntomas y resulta muy difícil en términos del tiempo, crear asociaciones con las fantasías, pensamientos o sueños recurrentes a las explosiones somáticas.

La economía psíquica resulta de gran interés para McDougal (1989) puesto que habla de dichos sentimientos dolorosos que no son capaces de hablarse; no es posible hacer hablar al cuerpo y que en cierto modo no es capaz de evidenciar dentro del análisis. En esta línea, el autor enfatiza la comprensión que resulta de la respuesta ante una sobrecarga afectiva, y es que en este

caso el dolor mental no es descargado ni contenido y mucho menos pensado, hablado y reflexionado para encontrar soluciones y respuestas, por el contrario, se dispersa el contenido afectivo bajo otras acciones fundamentadas en excesos, tales como fumar, beber alcohol, agriparse, etc. (McDougall, 1989, p.27).

En este sentido, los fenómenos psicósomáticos se convierten inevitablemente en un aspecto incomprensible y complicado para McDougall, y a continuación se plantea las diferencias entre expresiones psicósomáticas e histéricas. Teniendo en cuenta que optó por nombrar los síntomas con el fin de conocer mejor sus significaciones inconscientes; esto para poder entender la imagen corporal que si bien está relacionada con la imaginación y por otro lado, el funcionamiento somático con la realidad del cuerpo. Así, el síntoma histérico se entiende por una disfunción corporal en un órgano sensorial que representa una significación simbólica inconsciente. En este sentido, McDougall cita a Freud para referenciarse a la histeria de retención, pues conlleva a entender que la psique utiliza al cuerpo como una forma de inhibir las pulsiones del ello, tal es el caso del estreñimiento, el insomnio, la impotencia sexual etc. (McDougall, 1989, p.28).

Las manifestaciones somáticas explican dos dinámicas distintas de la actividad afectiva del individuo, unas que presuponen la descarga de acontecimientos emocionales que aún no han sido elaborados psíquicamente y otros que se quedan en la retención emocional. A modo de ejemplo, se encuentran las úlceras gástricas y la rectocolitis hemorrágica típicas de la primera, y la segunda como el asma o la tetania (McDougall, 1989, p.29).

McDougall (1989) en las observaciones que hace con sus pacientes, logra rastrear que aquellos que se encontraban levemente afectados por la alexitimia, es decir la incapacidad de distinguir sus emociones y verbalizarlas; y también aquellos analizados con poco pensamiento operatorio característicos de personas con un pensamiento extremadamente pragmático, transitoriamente fueron perdiendo los síntomas, entre esos se encontraban casos de asma, úlcera gástrica y rectocolitis hemorrágica. Esto, debido a la capacidad metafórica del conflicto que atraviesan, sea por descarga o por retención emocional. Así mismo, se refiere McDougal a la economía libidinal, desde la significancia inconsciente de la somatización, y es la evidente situación edípica ante la prohibición de atracción hacia el padre (McDougal, 1989, p.28).

Los psicósomatólogos de Boston dieron lugar al concepto de alexitimia como aquello que explica la carencia del sujeto para darle nombre a sus significaciones afectivas o por otro lado, la

tendencia a confundir un estado afectivo de otro, por ejemplo, distinguir entre miedo e irritación o sentir ira cuando en realidad es hambre, etc. Sin embargo, para el paciente resulta una de las tantas formas de sostener el conflicto psíquico que en este caso es causado por la imposibilidad de distinción entre sujeto y objeto. Es por esto que, la dinámica observada entre cuerpo-psyque sea explicada bajo la primera infancia carente de palabra (McDougal, 1989, p.36).

Por otro lado, el autor se refiere a ciertas patologías que son dudosas de significar simbólicamente, es el caso de la impotencia sexual, el insomnio, el estreñimiento, en donde se podía ver que existía un asalto de la psique en el cuerpo. La explicación que el autor señala ante esto es que, sirven como una forma de mecanismo de defensa ante las pulsiones agresivas y sádicas que nacen en la etapa preedipica, y por otro lado, como una defensa hacia el miedo que se siente por perder la identidad subjetiva antes que el miedo a la pulsión e identidad sexual (McDougal, 1989, p.29).

Este último, es posible explicarlo desde un caso analizado ante un paciente que se aqueja por impotencia sexual, donde las fantasías representan el miedo inconsciente de perder su cuerpo en otro objeto, no ser dueño de sus límites del cuerpo, de sujeto, de identidad propia en otro cuerpo (McDougal, 1989, p.29-30). En este sentido, el analista juega un papel importante para ayudar a elaborar psíquicamente fantasías reprimidas que de igual modo, aún no hacen parte del lenguaje, esto es primordial antes que se realicen significaciones del síntoma, sea un problema neurótico o psicótico.

Dicho análisis permite explicar la psicopatología como una aproximación aún más directa a la psicosis en la manifestación de angustias y temores. Sin embargo, es notable una semejanza en el funcionamiento psicótico y de somatización, pues se hace presente en ambos casos el temor inconsciente del cuerpo como un continente capaz de perder el límite, la identidad de sujeto y asimismo el temor que genera la imposibilidad del pensamiento, de sentir emociones y a su vez, de verbalizarlas (McDougal, 1989, p.30).

En cuanto a la psique y la enfermedad psicopatológica, se habla de un daño real en el cuerpo, sin embargo, se destaca la significancia pre simbólica del psicótico con la forma delirante en que usa la palabra, lo que le permite llenar vacíos que su actividad afectiva va generando en su lenguaje. Por el contrario, si en el psicótico se ubica el delirio en la palabra, en el estado psicopatológico se ubica en el cuerpo, observando un tipo de exceso en el

comportamiento corporal, o superfunciona o se inhibe a funcionar normalmente, no hay control, hablando desde el aspecto fisiológico.

Dicho esto, el autor no pretende limitarse y reducir el fenómeno psicossomático en enfermedades que respectan al soma sino también a la intervención psicológica como producto de la integridad física y del funcionamiento autónomo/normal del cuerpo. De igual modo, la recurrencia hacia la economía psíquica y/o los mecanismos de defensa por parte del sujeto, son comúnmente observados para lograr sostener el conflicto psíquico, tal es el caso de la drogadicción según McDougall, pues es una forma psicossomática de contrarrestar el dolor mental (McDougall, 1989, p.32). A su vez, para el autor resulta sorprendente la capacidad inconsciente de los pacientes en desarrollar una enfermedad como mecanismo de salida a una crisis o a una situación perturbante para sí mismos o como una necesidad de reafirmar sus límites corporales (McDougall, 1989, p.34).

Al ser esto un problema que se enraíza en la primera infancia, resulta importante hablar un poco sobre las primeras interacciones entre madre y lactante. McDougal(1989, p.38) cita a Brazelton (1982), Stern (1985) y Debray(1988) para resaltar lo que las investigaciones actuales priorizan sobre dicha relación temprana. Así, la madre se convierte en el sostenimiento total del bebé, tanto de sus preferencias y disgustos, por tanto debe estar libre de angustias y temores o “barreras internas” para no llenar de esto al bebé y poder recibir las primeras comunicaciones que el lactante está transmitiéndole. Si por el contrario, la madre llena al bebé de sus contenidos angustiosos es probable que el lactante cree un sentimiento de frustración, rabia e impotencia, pues en este sentido, la madre no será capaz de reconocer y sobrellevar las necesidades y comunicaciones del bebé (sonrisas, llantos, balbuceos, etc.) Esta primera experiencia que para el lactante resulta mala, da la posibilidad a que él mismo construya una forma de protegerse a sí mismo contra sus afectos y/o lo que le resulta amenazante.

McDougall se refiere al cuerpo y la psique como una fantasía/ilusión que obedece una unidad indivisible para dos personas, es así como comienza la vida psíquica. De tal forma el bebé observa a su madre aun cuando ya se considera un ser separado de ella, es vista como un todo enorme en el que él es una pequeña parte de este universo (McDougall, 1989, p.41). En cuanto al funcionar somato- psíquico del recién nacido es fundamental que la madre responda biológicamente a las necesidades vitales del bebé.

Asimismo, la madre con ayuda de su intuición es capaz de atender los llamados del bebé con su cuerpo, su calor, su voz, que generan consuelo y protección, con lo que es capaz de brindarle una representación al bebé de una imagen buena y protectora. Sin embargo, la madre debe ser capaz de que el bebé desarrolle su propio self, sus propios conflictos internos, de no ser así puede ocasionar más adelante trastornos psicossomáticos graves, uno de ellos es el insomnio a la hora de realizar ciertos hábitos del sueño o ciertas cosas que vayan en contra de los llamados del bebé, en sus tiempos.

McDougall(1989) cita a Winnicott para referirse a la relación madre-hijo suficientemente buena, capaz de facilitar el desarrollo de la distinción en la estructura psíquica de su propio cuerpo y el materno, así se irá esclareciendo en el psiquismo del niño la diferenciación de mente y soma. La paulatina desomatización de la psique trae consigo una búsqueda caracterizada por dos intenciones distintas: fusión completa con la madre y diferenciación completa de la madre. La primera, es con la intención que recurre el bebé para aliviar su sufrimiento físico y/o psicológico y que sólo los podrá contener su madre, pero habrá otro momento en el que luchan por lograr una diferenciación con su sí mismo propio y el de la madre.

Todo esto se logra por medio de los procesos psicológicos que siguen a la psique: incorporación, introyección e identificación, para que el bebé construya la imagen materna, posteriormente cree una representación mental materna como un contenido bueno, acogedor, seguro y tranquilizante de sus quejas afectivas, sin entrar en contradicción con sus deseos de acceder a sus propia psique y soma.

Cosa que logrará contribuir para que el bebé constituya su propio yo (McDougall, 1989, p.42-43). Si bien, en la introyección el bebé es capaz de diferenciarse con su madre, buscándola cuando sienta necesidad de alivio, pero si por el contrario, la madre no es capaz de satisfacer las necesidades y responder a sus quejas, o sea fuente de mayor sufrimiento por razones inconscientes, puede generar en el lactante una confusión para diferenciar las representaciones del sí mismo y del otro en cuanto a una representación corporal inconclusa o confusa en cuanto a: contornos del cuerpo, la investidura de zonas erógenas y distinción entre cuerpo materno y si mismo (McDougall, 1989, p.52).

### **Formas de atención psicológica, los distintos niveles de atención psicológica, las funciones del terapeuta y la enseñanza de la clínica en general**

En este aspecto, surge importante considerar la relación que se da entre terapeuta-paciente, ya que desde la perspectiva de Muñoz (2014) y Bion (1996) se asemeja a la relación que se presenta entre madre-bebé. Así, Bion (1996) propone la relación continente-contenido, en donde en la mayoría de ocasiones se puede ver cómo la terapeuta cumple la función de continente, ubicándose en un estado receptivo, se posiciona en el rol de aquella persona que está dispuesta a escuchar y a recibir todo lo que la paciente trae a sesión y contener aquellas cosas que no son recibidas ni toleradas por parte de la paciente, y esta última cumple la función de contenido, quien se deja contener por la terapeuta. Cuando esta relación se da, se favorece a la comunicación entre terapeuta-paciente, ya que aquellas experiencias difíciles son metabolizadas por el continente, haciendo que sean digeridas más fácilmente por el contenido, y de esta forma permitiéndole tomar una actitud creadora frente a su vida (Bion, 1996).

Desde la perspectiva de Bion (1996) se puede ver como la terapeuta cumple el papel de madre y la paciente el papel de bebé. En esta escena se muestra la forma en que los elementos beta se transforman en elementos alfa, es decir que la madre cumple con la función de metabolizar y transformar los elementos beta que el bebé es incapaz de contener y asimilar en elementos alfa, transmitiéndole al bebé experiencias que pueden ser toleradas y metabolizadas, lo que posteriormente le permitirá el pensamiento. Esta capacidad que tiene la madre de devolverle al bebé contenidos metabolizados y adecuados, Bion lo denomina la capacidad de reverie, en donde se requiere un estado mental en la madre libre y dispuesto para estar en sintonía con las necesidades del bebé (Bion, 1996).

Sin embargo, Bion (1996) afirma que si la madre es incapaz de metabolizar y contener la experiencia emocional del bebé es capaz de producir en el bebé un terror sin nombre, en donde el bebé en lugar de recibir aquello que es difícil de pensar en algo metabolizable, que le brinda capacidad de pensar, recibe todas sus experiencias como angustiosas y frustradas que son incapaces de ser contenidas y pensadas. En efecto, de esta misma forma se desarrolla la relación terapeuta-paciente, en donde la terapeuta debe estar en una función de continente, con actitud receptiva ante los contenidos que trae el paciente para lograr transformarlo y devolverlo de tal forma que ésta pueda generar nuevos pensamientos en relación a la experiencia.

No obstante, se debe tener en cuenta que así como en la madre se presenta una incapacidad de recibir aquellos contenidos que el bebé expulsa, en la terapeuta también se presenta, ya que en ocasiones ésta no se encuentra en la capacidad de recibir los contenidos que el paciente trae a sesión, lo que da lugar a que se devuelvan los mismos contenidos junto con las propias angustias, generando así sentimientos de angustia, ansiedad y frustración.

Muñoz (2014) cita a Bion para enfatizar la relación entre madre-bebe y/o analista-terapeuta, que se puede desarrollar de cuatro formas diferentes; como un desencuentro, como un choque, como un vacío o como un acople. Antes, es importante aclarar desde la perspectiva de Muñoz (2014) como se da la relación analista-paciente, por un lado el paciente se encuentra en situación de necesidad, ya que hay experiencias que no logra entender, que lo confunden y que le impiden desarrollarse, y por otro lado el analista quien tiene una preparación y una técnica que le permite presentarle al paciente con una mayor claridad aquellas experiencias confusas que este presenta, llevándolo a una nueva experiencia.

Ahora bien, después de hacer la aclaración, es pertinente desarrollar de forma más detallada las formas de relación en las que se puede dar el análisis. Por un lado, Muñoz (2014) plantea la relación como desencuentro, donde se encuentra una necesidad del paciente hacia un terapeuta que le ayude a contener aquellas experiencias que son difíciles de comprender, pero se encuentra con un terapeuta que no es un continente adecuado ya que no está en la disposición de recibir y participar en la sesión y en otro momento, está el terapeuta que le atribuye la función de continente a la paciente, donde no le corresponde. Este tipo de actitudes frente la relación terapéutica, deja en las pacientes una sensación de incomprensión, frustración y vacío consiguiendo como resultado que los contenidos se vuelvan tormentosos, intrusivos o que se pierdan en la nada (Muñoz, 2014).

Por su parte, Muñoz (2014) plantea la relación analista-paciente como un choque cuando el paciente introduce contenidos angustiantes y el terapeuta no sabe qué hacer ni qué decir ante esto, es decir se encuentra en la incapacidad de contener dichos contenidos. Por otro lado, se encuentra la circunstancia en que el terapeuta no hace una intervención adecuada al comportarse como cualquier persona, dejándose llevar por lo que siente en el momento y dejando de lado el contenido transferencial que está poniendo el paciente en escena. El choque que dicho suceso genera, no se prolonga ni se aumenta, pero la actitud que toma tanto terapeuta como paciente a

partir de ese momento genera un nuevo choque, y se puede vivenciar como el vacío del terapeuta en la incapacidad de recibir, en la falta de entendimiento de no saber qué pasa.

Por tanto, se muestra como un objeto inanimado, incapaz de calmar al paciente y en lugar de terminar la sesión en comprensión, termina en medio de la incompreensión y desesperación tanto del terapeuta como del paciente. Así pues, cada quien introduce su propio contenido, los dos chocan entre sí, se produce una fragmentación tanto en el paciente como en el terapeuta, en donde el paciente se deshace de su experiencia emocional traumática expulsándola y el analista se defiende de su desintegración aislándose (Muñoz, 2014).

En tercer lugar, Muñoz (2014) plantea la relación analista-paciente como un vacío, es aquí donde el paciente no tiene posibilidad de comunicar algo y el terapeuta tampoco está en la capacidad de interpretar algo. Son dos personas que comparten un mismo espacio pero cada una está sumergida en el vacío de su propia soledad. En este tipo de relación no hay ni continente ni contenido, fracasa la capacidad comunicativa del paciente y la capacidad interpretativa del terapeuta, lo que se da en este tipo de relación es más un proceso de reflexión del paciente sobre sus propios pensamientos y sentimientos, que un proceso analítico (Muñoz, 2014).

Posteriormente, Muñoz (2014) plantea la relación analista-paciente como un acople, es cuando las intervenciones del analista producen una modificación en el estado del paciente y el estado del paciente ocasiona reacciones específicas en el comportamiento y en la actitud del analista, en esta relación se ve presente la función de continente-contenido por ambas partes.

Por otro lado, Muñoz (2014) plantea la función analítica. Aquí hace referencia a un estado mental del analista que le permite acercarse a las experiencias del paciente y a su propia vivencia con respecto a esto, de tal forma que implica una expansión del conocimiento y un contacto con el estado emocional propio y del paciente. Teniendo en cuenta lo dicho, Muñoz propone la función analítica receptiva e interpretativa.

Ante la función analítica receptiva, Muñoz (2014) propone cuatro dimensiones, por un lado está la receptividad y la tolerancia a la transferencia y a la contratransferencia. Cuando se hace referencia a recibir y tolerar la transferencia incluye aceptar el objeto envidioso, sádico y aterrador, pero a la vez tierno, amoroso e interesado que el paciente transfiere, lo que significa tolerar las identificaciones proyectivas del paciente. Ahora bien, al recibir y tolerar la contratransferencia se está aceptando la aparición de sensaciones, sentimientos y pensamientos

sobre el paciente que, no son producto de la observación sino de lo proyectado por el paciente o de las experiencias propias del analista.

En segundo lugar, Muñoz (2014) propone la receptividad y la tolerancia a la desorganización del paciente y a la propia desorganización. Recibir y tolerar la desorganización del paciente implica una capacidad de contener aquellas experiencias que están desorganizadas y que son confusas para éste, de tal manera que se llegan a vivenciar y a comprender como propias, cosa que dará lugar a comprender al paciente. Por su parte, la tolerancia a la desorganización propia implica que el analista contenga aquellas experiencias que no dan lugar al surgimiento de nuevas ideas.

La tercera dimensión que Muñoz (2014) expone es el interés y la capacidad de indagar sobre la realidad onírica, el lenguaje y el comportamiento no verbal. Por un lado, indagar, explorar, analizar e interpretar sobre la realidad onírica del paciente resulta una forma significativa de acceder al mundo interno del paciente en la comprensión psicoanalítica. Por otro lado, examinar sobre el comportamiento verbal del paciente permite llegar a estructuras y contenidos de la realidad interna como también se logra acceder al mundo interno por medio del comportamiento no verbal ya que se comunica mediante sus gestos, dolores y enfermedades corporales.

La cuarta dimensión que Muñoz (2014) plantea es indagar bajo un esquema de pensamiento abierto, esto conlleva a la utilización del esquema de conocimiento descrito por Bion; preconcepción, realización, concepción y concepto que a su vez vuelve a convertirse en preconcepción. En pocas palabras, las dimensiones propuestas por Muñoz hacen referencia a las capacidades que tiene el analista al entrar en contacto con aquellos elementos que el paciente ha depositado en él.

No obstante, Muñoz (2014) considera la función analítica interpretativa como un estado mental del analista que le permite acercarse de cierta forma a su conocimiento para transmitirlo al paciente que está siendo analizado. En relación a esto, Muñoz plantea factores que intervienen en dicha función. En primer lugar, se encuentra la capacidad del analista para hacer de la interpretación un instrumento que ayude a desarrollar la capacidad de sentir y pensar en el analizado y en sí mismo, por tanto esta función debe ser un instrumento en donde el analista le muestre al analizado la forma en que éste maneja el pensamiento y el sentimiento.

Luego, Muñoz (2014) expone la capacidad del analista para convertir la interpretación en una experiencia emocional y de conocimiento entre el analista y el analizado, esto se relaciona con lo que Meltzer denomina interpretación inspirada; descrita como una experiencia que surge de las actividades del paciente como un momento esencialmente personal para examinar el significado de la relación que se está dando en el momento (Muñoz, 2014 citando a Meltzer, 1967). Otro factor es la capacidad del analista de hacer de la interpretación un aspecto interesante de explorar por él y por el analizado, en donde se trata de algo que brinda la posibilidad de continuar la indagación y estimularla, ya que aplica algo atractivo en sí mismo. Asimismo, plantea la capacidad para hacer interpretaciones veraces y evaluables conjuntamente con el analizado, de tal manera que lo que se observe se diga de manera veraz y del mismo modo el paciente sea capaz de evaluar la veracidad de lo dicho.

En suma, Muñoz (2014) expone la capacidad para considerar varias interpretaciones y elegir una de ellas; otra, es la capacidad del analista para conservar en la interpretación el máximo contenido del material del analizado, esto hace referencia al uso del material para mostrar los distintos niveles de la estructura de la personalidad presente en el momento de la observación. De la misma manera, Muñoz propone la capacidad para aceptar que pueden existir interpretaciones desafortunadas, no sólo por el contenido de la interpretación sino por el estado mental del analizado que puede impedirle ver algunas interpretaciones.

De la misma manera, Muñoz (2014) expone la capacidad del analista en reconocer que la interpretación produce un cambio en la situación que se observa. Finalmente, en la función analítica interpretativa, se resalta la capacidad del analista para incluir en las interpretaciones los patrones y las reacciones leves observadas en el paciente. Es decir, el analista lo que hace es dar una descripción al analizado de lo que está observando a manera de patrón regular que ha venido presentándose en diferentes ocasiones.

Otro aspecto que resulta significativo y central en la elaboración del trabajo ha sido el funcionamiento médico con el paciente en contextos sanitarios. En este sentido, Sorokin (2000) explica la relación médico-paciente a partir de la medicina occidental que se originó con Hipócrates, la cual se caracterizó por regirse bajo un criterio de dualidad malo-bueno. Lo malo obedeció desde sus principios al desorden, es decir a todo aquello que estuviera por fuera de lo natural, desde entonces el enfermo se consideró como una figura pasiva. Es por esto que, la función del médico se ha centrado en hacer el bien, restablecer al individuo al orden natural del

cual se desvió bajo el sufrimiento, y los pacientes en asumir las indicaciones del mismo, si por el contrario, el paciente se atrevía a opinar sobre la relevancia médica y sus prescripciones, era tomado como “error subjetivo”. Por tanto, el médico se consideró como un representante técnico y moral, y el paciente se relacionó como un ser de ayuda. Todas estas caracterizaciones son las que rigen el modelo paternalista médico.

La edad moderna llega con un modelo un poco más guiado hacia una relación horizontal y democrática entre médico-paciente. Dicho cambio, trajo consigo cierta autonomía en el sentido que el médico ya no representa una figura que dictamina lo bueno o malo para el paciente sino que se llegan a ciertas negociaciones en la toma de decisiones sobre la significación de la enfermedad y de la vida, lo que da cabida a incluir un poco más al paciente, la familia, la sociedad y el estado, que en tiempos antiguos eran propios de exclusión (Sorokin, 2000).

Actualmente, cabe resaltar los conflictos religiosos y ético-morales que intervienen en el vínculo médico-paciente. Dentro de las diversas discusiones que se abordan en este aspecto, se encuentran distintos elementos. En primer lugar, el acrecimiento en tecnologías avanzadas que utiliza el médico para diagnosticar al paciente, abre una brecha hacia el distanciamiento en el contacto e interacción interpersonal entre ambos, lo que ha dado lugar a deshumanizar la medicina y su práctica en el vínculo terapéutico. En segundo lugar, la atención hacia al paciente por medio de innumerables especialistas, puesto que el paciente se siente fragmentado en partes y no siente que es atendido como un todo y además genera confusión en el vínculo con distintos personajes, sin tener como base a un médico referente en su atención (Sorokin, 2000, p.89-90).

En tercer lugar, la actitud paternalista por parte de los profesionales en la salud está distada de poca voluntad de cambio, especialmente, en médicos de mayor edad, pues consideran que los pacientes no son aptos para identificar y participar en las decisiones que respectan a su salud. En cuarto lugar, el área privada de la salud se percibe como una empresa con motivación económica en donde se cataloga al paciente como consumidor y al médico como proveedor. Por último, la medicina se ha reducido a términos curativos sobre la eliminación y tratamiento de una queja física que presente el paciente y no se incluye el aspecto preventivo de la medicina (Sorokin, 2000, p.89-90).

Sorokin (2000) le atribuye al modelo paternalista que siguen los médicos una consecuencia que nace del miedo a las demandas judiciales por “mala praxis” en el sentido de que existen ciertos elementos que podrían causar dicha demanda: vulnerar la consistencia en los

procedimientos terapéuticos, ocasionar problemas económicos al sistema de atención de salud, descuidar al paciente de alto riesgo y asimismo conllevar al desarrollo de riesgos que pudieron ser evitables. Por tanto, el porcentaje de confianza que pone el médico sobre el paciente como ser autónomo, es muy baja. Es en este sentido, se busca la posibilidad de desarrollar un modelo biomédico de vínculos y con base en la confianza mutua entre médico-paciente con un trato digno guiado hacia ambas partes.

Barbado, Aizpiri, Cañones, Fernández, Goncalvez y Rodríguez (2005) consideran como deficiencia medica aquella en la que el médico excluye la narración sintomática y biográfica del paciente y en la que intenta convertir en casos de atención al paciente. En este sentido, vale la pena distinguir ciertos aspectos que forman parte de la enfermedad. Así, Barbado et al. (2005) citan los planteamientos de Lipowski entorno a la medicina psicosomática (mente-cuerpo) para referirse al transcurso de la enfermedad desde el carácter molecular hasta el interpersonal, es decir que la psique, el soma y el contexto son factores que intervienen conjuntamente.

De esta manera, existen elementos importantes a tener en cuenta en la alteración que presenta el paciente, entre esos, la situación total del paciente, el factor psicosocial, la relación interpersonal entre médico-paciente como factor susceptible de efectividad en la terapia. Es por esto que el paciente espera que más allá de curar la enfermedad, se entiendan otros aspectos que se dejan de lado, como la comprensión y la escucha activa.

Barbado et al. (2005) resalta el impacto que tienen los mensajes del médico sobre los pacientes, pues a éstos les genera cierta sensibilidad, lo que se explica por el condicionamiento a estímulos verbales, es decir en las palabras del médico. Esta razón reitera un poco más la importancia de las habilidades relacionales (empatía, calidez, reconocimiento) sobre el éxito terapéutico. Así mismo, se vislumbran este tipo de habilidades en la atención primaria, con el plus de que se puede ir fortaleciendo, educando y transformando actitudes negativas que se consideren interferentes (Barbado et al, 2005, p.33).

Ahora bien, en cuanto los aspectos específicos del médico, se rastrean distintas funciones que lo caracterizan. Sin embargo, es importante devolverse a las significaciones que se le han dado a la palabra “médico”, mederi que significa curar y meditar, por su parte, la palabra doctor se remonta a maestro, es por esto que desde hace mucho tiempo, se piensa al médico desde distintos funcionamientos: el saber cómo la capacidad de diagnosticar, la curación como el resultado de un tratamiento y la función de educar al paciente (Barbado et al, 2005).

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible explicar el porqué de los problemas en la relación médico-paciente, ya que muchas veces surge un aspecto excesivo y negativo en el funcionar del médico. Primero, exceder su función curativa puede llegar a poner la necesidad del médico sobre el paciente, sometiéndolo a todo tipo de exploración y manipulación sin palabras con el fin de llegar al diagnóstico. Segundo, exceder su función pedagógica al momento de ayudar al paciente, es posible que se tienda a normativizar la relación, en la medida que impone su opinión personal sobre aspectos que incluso se salen de la dolencia en particular (Barbado et al, 2005).

Tercero, el papel de la receta en la necesidad del médico por curar, que se traduce en una forma de sobrellevar la consulta, una herramienta que permite evitar problemas, dar algo de sí; y por parte del paciente, como un regalo del médico, como una forma para mostrar con firmeza la condición de enfermo ante familiares y colegas. Por último, las inseguridades propias del médico en sus funciones, pues puede llegar a entablar una relación estereotipada con sus pacientes, caracterizada por una búsqueda racional de la sintomatología y del trato a la enfermedad, dejando de lado al individuo en su totalidad (Barbado et al, 2005 p.34).

En cuanto a la ética de la relación médico-paciente, se puede decir que junto a la llegada del desarrollo tecnológico y médico, han traído consigo tres modelos éticos distintos en dicha relación. La ética de beneficencia (modelo tradicional) en donde el médico es el que ilustra el conocimiento con cierta rigidez y el paciente lo acata exactamente en todas sus recomendaciones y prescripciones. Por otro lado, se encuentra la ética de la autonomía caracterizada por una relación un poco más simétrica y horizontal, donde se le da espacio a que el paciente decida sobre sí mismo, es aquí donde surge el consentimiento informado, los programas psicoeducativos y los grupos de autoayuda, lo cual da lugar a una medicina basada en evidencias y decisiones.

Por último, la ética de la pseudosolidaridad que nace de la inconformidad en la economía sanitaria, es por esto que el médico trastoca su función hacia la necesidad de la estructura hospitalaria, cosa que produce cierta frustración en la profesión de medicina (Barbado et al. 2005, p.35). Finalmente, la preocupación que surge por la regular y a veces tan olvidada relación médico-paciente puede permearse por medio de distintas acciones: flexibilizar las creencias y actitudes frente a cada paciente como caso particular, singular e incomparable; considerar el sentido del humor como una forma de conservar la propia salud mental y la autocrítica; la curiosidad como una constante en el accionar de la profesión; sostener la capacidad meta-

comunicativa con el paciente sobre la relación que se ha estado entablando y el compromiso ético con cada cual, protegiendo la confidencialidad (Barbado et al., 2005, p.35-36).

Siendo esto una temática que concierne al accionar del psicólogo, es interesante comenzar hablando sobre un aspecto general que se relaciona con la manera en que se reconoce la praxis psicológica. En este aspecto, Yáñez (2005) acentúa la inconformidad ante la pertinencia social en el diseño de la formación profesional y el mundo del trabajo como una forma de desarrollo social y bienestar. A su vez, resalta el modelo de competencias como una forma que permite diseñar la formación profesional y la realización exitosa de una labor o actividad.

En el campo de la psicología se han venido realizando distintas agrupaciones que apuntan hacia la mejoría de la calidad de formación, homologación de títulos, grados de definición de las competencias laborales para la profesión del psicólogo. Una de estas son; la creación en 1993 de la federación iberoamericana de asociaciones de psicología, la red iberoamericana para la acreditación de la calidad de la educación superior en 2003, entre otras. Esto se considera relevante al momento de pensar sobre las inconformidades que se han presentado en la necesidad de que exista coherencia en la enseñanza del saber psicológico en la universidades y lo que se requiere como aprendiz (Yáñez, 2005).

Este estudio que se sostuvo en seis psicólogos con especialidad en psicología clínica, muestra distintas competencias que se relacionan con el conocimiento y habilidades para el diagnóstico, intervención, evaluación e investigación. Se pueden ver distintas competencias, entre esas, la habilidad en detectar las necesidades que surgen del paciente, diferenciación en cuadros psicológicos, aplicación de entrevistas clínicas y técnicas, y en cuanto habilidades, se reconoce la habilidad en crear empatía, de tolerar la frustración, el manejo de idiomas específicamente inglés y autoaprendizaje (Yáñez, 2005, p.91).

En esta línea, Ruiz (2004) menciona que la urgencia inmediata sobre la profesión reviste en emprender una nueva apuesta por la psicología clínica en cuanto la inclusión y participación en el contexto de salud. A modo de ejemplo, es pertinente traer a colación el estudio que se hizo en España, donde el 80% de la población de psicólogos en especialidad clínica, solo ejercen en el sector privado y tan sólo el 2,95% ejerce en contexto ambulatorio público de salud mental. Así, Margarita Laviana citado por Ruiz (2004) se atreve a apuntar que el principal problema de la profesión se debe a la escasa participación en el sistema sanitario público, que por lo menos en España no deja de ser un vértice sin solución.

Ahora, dentro del sistema nacional de salud es lógico señalar que, así como la psicología es una profesión que brinda asistencia sanitaria y a su vez, es un derecho al que todo ciudadano debería tener a su alcance, es sabido que no debe operar al margen de la normatividad y las leyes que velan por la formación especializada en dicho sistema. Si bien, se concede la publicación del decreto 2490/98 como un anhelo a alcanzar en la regulación de la psicología clínica en el contexto de formación. Aquí el punto esencial es la limitación que existe en ejercer la profesión como clínica, y sobre lo público (Ruiz, 2004).

De esta forma, se considera un problema particular no sólo el hecho de que los ciudadanos no accedan a un derecho garantizado, sino como una problemática particular en penetrar a lo público de lo sanitario y del sistema por condición y derecho propio. Y lo único que se ha podido permear con estas condiciones han sido una salida por la tangente, ejercer la profesión en un medio privado como una forma de ignorar la situación actual que se padece, y la enseñanza de la psicología clínica en materia de salud. En el campo educativo de la clínica, el autor (2004) recalca como imprescindible un profesorado sin vinculaciones a prácticas relacionadas a salud mental y a aquello vinculado al contexto de salud como esquema referencial en el aprendizaje.

La pregunta final a la que se quiere llegar como pretensión a modificar el modelo que se vive en los tiempos actuales es, por qué no apuntar hacia un sistema con una estructura sanitaria biopsicosocial, como una forma estratégica de desarrollo. Aquí no solo se habla de un desarrollo profesional guiado hacia la situación de unidad mental, sino como un aspecto global que recoge la necesidad de imponer la psicología sobre el sistema. Repensar la profesión desde distintos vértices puede ser una opción dentro de la cual la universidad, la organización colegial y la asociación científico-profesional deben concentrar sus esfuerzos sobre todo alrededor de la convergencia e importancia de lo académico y lo clínico.

Ante la idea de repensar la profesión Del Prette, Del Prette y Barreto (1999) consideran que las relaciones interpersonales juegan un papel importante en el éxito del profesional, entre esas, la psicología. En este sentido, el desarrollo de las habilidades sociales para el psicólogo se convierte en un factor incluyente. Una de las estrategias que resaltan para la adquisición de habilidades sociales se encuentran en primera medida, ubicar los problemas que se presentan en el aprendizaje de estas y que a su vez manifiestan la necesidad de desarrollar facultades sociales que permeen sentimientos, cogniciones y comportamientos propios de la adaptación del

individuo; la falta de componentes verbales-no verbales como base de un comportamiento social, la ansiedad considerada como una respuesta ante situaciones sociales, inhibición cognitiva debido a prejuicios, creencias, auto verbalizaciones y auto instrucciones fuera de lugar, y con tendencias a la perfección, deficiencia en percepción social, es decir la discriminación ante el comportamiento considerado como adecuado o inadecuado.

No obstante, estudios que se han realizado sobre las dificultades de estudiantes de psicología, como caso particular, es notorio que frecuenten manifestar un mayor desarrollo hacia la sensibilidad sobre las relaciones interpersonales, cosa que se observó a partir de situaciones interpersonales de inventario. Es por esto que, surge la necesidad de acentuar en los planes académicos el aprendizaje hacia habilidades sociales cotidianas y lo que es más útil, habilidades interpersonales profesionales guiadas hacia el quehacer psicológico (Del Prette et al., 1999)

Dicha necesidad nace también por las dificultades que se generan en este quehacer, lo cual se evidencia en los estudiantes con dificultades en el ámbito práctico de la psicología, visto desde la carencia y las fallas en relaciones interpersonales, lo cual se rastrea en: problemas para leer un contexto social; dificultad en adoptar una perspectiva distinta proveniente del otro; generar comprensión y retroalimentación en los pensamientos y sentimientos del otro; positivismo en la retroalimentación (si es posible hacerla); dificultad en la elaboración de preguntas pertinentes; dirigirse al público, dificultad en presentar apoyo verbal y no verbal al otro cuando es necesario, problemas para dirigirse a personas desconocidas y de carácter autoritario; problemas para controlar la ansiedad de sí mismo, lidiar con el silencio del otro, etc. (Del Prette et al., 1999, p.32).

Estas dificultades podrían llegar a matizar un problema en el campo laboral de la psicología. A lo que Uribe, Aristizabal, Barona y López (2009) se refieren como un conjunto de requerimientos sociales y/o personales, en donde se vislumbra la integración de la estrategia general de la institución y los objetivos individuales, donde intervienen requisitos cognitivos, afectivos, físicos y sociales propios del funcionar individual en el éxito profesional. Si bien, hay competencias que sólo se requieren en el campo en cuestión, como; bases científicas de la psicología e investigación, evaluación psicológica, intervención psicológica, consultoría y elaboración interprofesional, supervisión y desarrollo profesional (Uribe et al., 2009, p.27) pero que indiscutiblemente son capacidades que se desarrollan en el contexto educativo como el primer escenario de aprendizaje hacia la realidad profesional, es por esto que se considera

inminente la relación institución-profesión en el éxito profesional, puesto que la formación, el aprendizaje, la forma de enseñanza y la adecuada recepción del aprendizaje son elementos que permiten que el psicólogo profesional desempeñe y desarrolle ciertas competencias (Álvarez, Gómez y Ratto, 2004, citado por Uribe et al., 2009).

De acuerdo a lo dicho, es necesario que el aprendizaje y el desarrollo de competencias se permute un poco más, esto con la ayuda de nuevas tecnologías y aprendizajes que van evolucionando a medida que pasa el tiempo, puesto que la competencia en el mercado laboral cada día es mayor, y se ha relacionado y direccionado hacia el perfil del profesional. Es por esto que, el psicólogo en resumidas cuentas, debe desarrollar distintas habilidades, tales como; nutrirse y acrecerse a partir de los cimientos que le proporciona el proceso formativo en sus competencias, crear adaptación ante el avance y la evolución del contexto, fomentar estrategias guiadas hacia el desempeño óptimo y eficaz en el área profesional, entre otras (González, 2002, citado por Uribe et al., 2009).

Castro (2004) citado por Uribe et al. (2009) enfatiza otras competencias laborales que deben formar parte del quehacer en el psicólogo clínico. Entre esas, habilidades características de buen manejo en orientación psicológica, tratamientos, interconsulta y entrevistas de diagnóstico clínico, conocimiento de modelos clásicos, redacción de informes psicológicos, manejo en intervención en crisis y emergencias en el trabajo en grupos interdisciplinarios. Además, como competencias genéricas que deben hacer parte de la psicología clínica, se encuentran entre otros, habilidades en trabajo con poblaciones de bajos recursos económicos y programas comunitarios, y conocimientos en el campo de investigación (Uribe et al., 2009, p.30).

Por otro lado y desde el vértice psicoanalista, Freud (1912) es un autor que al hablar sobre su experiencia individual como analista, permite comprender un poco más la función que el terapeuta debe ejercer sobre el paciente en un ambiente terapéutico. En primer lugar, habla sobre la difícil tarea de retener en la memoria todos los aspectos que caracterizan al paciente, donde son más de uno al día. La tarea de no confundir un material analítico de otro es delicada. Pues, Freud manifiesta que la única labor recae en, no intentar retener información sino amenizarla de modo tranquilo y fluido.

Asimismo, la retención voluntaria conllevaría a que se seleccione información y aspectos puntuales del paciente, para desechar otros, que de igual manera requerirían igual importancia, por otro lado, seleccionar la información y detalles específicos conllevaría al analista a quedarse

en lo que se sabe, y no ahondar más allá de lo que el enfermo cuenta. En contraposición, el médico debe ser fiel a la siguiente regla: evitar la facultad consciente de retención y dirigirse hacia una memoria totalmente inconsciente, la única preocupación del momento debe ser escuchar con toda su atención y sin prejuicios al paciente.

En segundo lugar, la posibilidad de tomar notas y apuntes en el momento en que se está con el paciente para elaborar un protocolo es nula, puesto que resulta perturbador para el paciente y se opone al principio del cual se habló anteriormente. En este sentido, al transcribir todo aquello que el analizado cuenta, se consigue fortuitamente la selección de la memoria del terapeuta. Sin embargo, existen varias excepciones a la regla, tales como fechas y textos de sueños, aunque Freud (1912) particularmente prefiere que el paciente escriba por sí mismo su relato después de que lo habló, si de un sueño se trata.

En tercer lugar, se considera la transcripción inmediata de las sesiones como una justificación para hacer una publicación científica del caso, cosa que no puede ser negada al médico. Pero, si es el caso de utilizar protocolos detallados en historiales clínicos psicoanalíticos no presenta mucha utilidad, pues resultan ser tediosos al momento de leerlos y además es considerado una ambigüedad, si quiere creer en el material y el trabajo del analista lo felicitará y si por el contrario, no le genera ninguna necesidad de credibilidad, ningún protocolo será impresionante. Por tanto, los estos no son una fuente real para llenar vacíos en la evidencia psicoanalítica.

Otro elemento del que habla Freud (1912) es la coincidencia de la investigación con el tratamiento. Sin embargo, en este sentido se contrapone al interés científico, puesto que el fin terapéutico se guía hacia la sorpresa y libertad en la dirección del caso, ojalá sin prejuicio y especulación alguna en el análisis del paciente, pues antes de colocar el material como fuente de elaboración científica, se prefiere reunir lo analizado para llevarlo a un nivel mental de síntesis.

A su vez, Freud recomienda otra técnica en el análisis a sus pacientes, y es protegerse a sí mismo como terapeuta y al analizado, en la medida que debe silenciar los afectos y la compasión sobre el analizado para sobrellevar lo más importante en el paciente, su curación. Así, uno de los riesgos que genera esta situación, serían para el paciente, resistir ciertos elementos importantes que conducen su curación y para el terapeuta resultaría desfavorable en su vida misma.

Otro aspecto que resulta importante en el tratamiento, es cuando Freud (1912) menciona la técnica afectiva que el psicoanalista joven pone en escena para impulsar al paciente, entre

esas, contándole aspectos íntimos de la vida, confesando sus propios defectos, mostrarse a sí mismo como es en cuanto sus particularidades. Si bien, esta técnica conlleva a abandonar el campo psicoanalítico del tratamiento, el paciente tiende a silenciar novedades y quedarse en lo conocido, provoca curiosidad hacia la vida del terapeuta, lo que hace que olvide la importancia de su propio análisis. De esta manera, esta técnica no es recomendable en ningún sentido, Freud (1912) no lo considera dentro de los parámetros auténticos del psicoanálisis.

No obstante, menciona la actuación educadora del terapeuta en la evolución psíquica. Pues, es visible que el médico se anticipa a sus propios deseos olvidando las capacidades propias del analizado, no es imprescindible ver que realice un acto sobre el enfermo que le ha costado tanto llegar al punto en el que está, lo que Freud (1912) dice es que al analizado no se le debe imponer sublimación alguna ya que se tiende a privar de las satisfacciones más simples y próximas de sus propios instintos. Por tanto, el médico debe satisfacerse con la cura del individuo, y ser tolerante con sus capacidades.

Por último, Freud (1912) se pregunta por el punto en que debería hacerse necesaria la colaboración intelectual del analizado en el tratamiento. Aquí se resalta en gran medida la personalidad del paciente con respecto al análisis. Pues, no es recomendable hacer que elabore un mapa mental alrededor de su vida, puesto que para la curación de la neurosis no es pertinente la voluntad y/o el esfuerzo reflexivo sobre un contenido inconsciente, al hablar sobre las diversas personalidades de los analizados, se encuentra el paciente que le interesa contextualizarse intelectualmente con bibliografía psicoanalítica para su condición, no es lo apropiado ya que se tiende a caer en la reflexión y el esfuerzo exacerbado por comprenderse a sí mismos.

Ahora, Sassenfeld (2006) alimenta un poco la mirada del proceso terapéutico que se ha venido hablando, pero antes enfatiza la condición de paciente en tanto atraviesan por conflictos internos inconscientes que regulan los comportamientos y síntomas del sujeto en su condición actual. Es por esto que, el paciente requiere de un terapeuta alejado de prejuicios y elementos que vayan en contra de la neutralidad y objetividad en la comprensión y comunicación interpretativa de dichos conflictos. En este sentido, el carácter genuino en el entendimiento del paciente logra en términos del psicoanálisis tradicional, el cambio de la personalidad y la resolución de la sintomatología en cuestión.

Bacal (1998) y Riera (2002) citado por Sassenfeld (2006) explica que el terapeuta es visto desde el analizado como un objeto relacional capaz de afectar positivamente sus sentimientos a

partir de sus comunicaciones. En este sentido, se resalta el concepto de selfobjeto, el cual se describe como un aspecto subjetivo de una función determinada y que es mantenida en una relación (Wolf, 1988, citado por Sassenfeld, 2006).

Así, es importante la existencia de objetos que pongan en escena experiencias adecuadas capaces de favorecer el surgimiento y mantenimiento del self, el cual necesita de distintos elementos, entre esos: experiencias de espejamiento, definidas como vivencias caracterizadas por el reconocimiento, aceptación y confirmación de la grandeza, unicidad y totalidad del self; experiencias de idealización, sustentadas en vivencias compartidas con otro que represente una figura de sentimientos de tranquilidad, fuerza, sabiduría y bondad capaces de enriquecer las cualidades que el propio self siente que no tiene; por último, experiencias alter-ego, en donde se percibe al otro objeto como una figura que representa similitud al propio self (Bacal, 1990; Kohut, 1977; Wolf, 1988 citado por Sassenfeld, 2006, p.56).

No obstante, desde la relación terapeuta-paciente se reconocen dos procesos terapéuticos complementarios que devienen de la psicología del self. Uno de estos es el proceso atmosférico del que habla Wolf, entendido como un proceso en el que el paciente encuentra un ambiente distinto al que atravesó en su infancia con fallas empáticas en las necesidades que en ese momento atravesaba su propio self, y ahora es posible de encontrar en un psicoterapeuta responsivo y cálido hacia las necesidades actuales o pasadas que en su selfobjeto fueron frustradas. Así, Wolf (1989) citado por Sassenfeld (2006) resalta el gran valor que tiene el entorno sobre la sanación del self, de aspectos y potencialidades que se vieron pasmadas e inhibidas y que ahora existe un objeto capaz de interesarse por las vivencias y experiencias del paciente sin prejuicio alguno.

El otro proceso terapéutico es el que se evidencia con la interrupción y restablecimiento del vínculo selfobjeto construido entre paciente y analista. En este sentido, Kohut (1984) hace una explicación sobre el transcurso de la relación terapéutica, y es que en un principio, el terapeuta es capaz de reconocer, sostener y aceptar la fragilidad del selfobjeto con las que llega el paciente para convertirlas en experiencias selfobjeto entre analista-paciente que reemplazan las frustraciones pasadas enraizadas en las figuras de apego de la infancia (Sassenfeld, 2006, p.57). En otro momento del proceso terapéutico, se evidencia cierta resistencia del paciente a expresar sus propias necesidades que surgen en la relación, lo que conlleva a detenerse en el aspecto vincular de la relación terapéutica, pues existe el temor por parte de paciente hacia la

reactivación traumática de sus frustraciones pasadas en la situación actual por consecuencias en las fallas empáticas que se originan en el terapeuta.

La superación de la resistencia que pone en escena el paciente, es una manifestación de que se atreve a la retraumatización, porque viene acompañada del sostenimiento del terapeuta para asumir las funciones selfobjeto que busca y necesita. Por tanto, esta capacidad de empatía que es capaz de desarrollar el terapeuta, contribuye a que el paciente fortalezca ciertas cualidades que han estado debilitadas, tales como, la confianza, la seguridad y la valentía de sí mismo (Wolf, 1989 citado por Sassenfeld, 2006, p. 57).

Siguiendo con la importancia del fortalecimiento empático, resulta pertinente mencionar ciertas actitudes que el terapeuta pone en escena, tal es el caso del analista que sitúa por encima la realización de las propias teorías que la comprensión de la situación en cuestión del paciente. Esta actitud conlleva inevitablemente a que se rompa la transferencia selfobjeto que se había construido y el paciente regresa al estado inicial de incomprensión; no sólo eso, el selfobjeto del paciente sufre desintegración, fragmentación, dificultades en la autorregulación afectiva y lo que es más importante, regresión a las formas de relación que vivió en su primera infancia (Sassenfeld, 2006).

Ante esto, el terapeuta se esfuerza por lograr una restauración en el ambiente empático; en esta medida, reconoce la responsabilidad de sus actos en la irrupción del vínculo, lo que traerá una gran ventaja en el ambiente y en el paciente específicamente, pues surgirá un estímulo para expresar libremente las vivencias y así, contribuir entre ambos hacia el resurgimiento del vínculo. Orstein (1998) citado por Sassenfeld (2006) amplía este argumento, en la medida que dice que la reparación relacional trae consigo frustraciones de vínculos traumáticos, que en este momento se da permiso a ser elaborados e integrados (Sassenfeld, 2006 p.60).

Este accionar del terapeuta da cuenta de un funcionamiento distinto al que los selfobjetos de la infancia del paciente se mostraron, ahora, se evidencia un distanciamiento de lo que anteriormente se percibía, pues existe una figura capaz de aceptar al paciente sin cuestionamientos y prejuicios. Por tanto, la importancia del ambiente terapéutico, no recae tanto en las interpretaciones mismas del analista sino de que estas significaciones evoquen en el paciente una experiencia relacional nueva y distinta desde una valoración positiva (Wolf, 1998 citado por Sassenfeld, 2006, p.60). Todos estos elementos que el terapeuta pone en escena, hacen que la interrupción empática en la relación no sea traumática sino terapéutica.

Así mismo, al ser el terapeuta la figura principal en este trabajo investigativo, vale la pena resaltar el recorrido conceptual que Bacal y Thompson (1996) hacen alrededor de la contratransferencia como una forma en que los sentimientos del analista afectan la terapia con el paciente. En este sentido, citan a Freud (1910) para dar cuenta de su entendimiento hacia la contratransferencia como algo que impide el éxito terapéutico. Sin embargo, Heiman (1950) citado por Bacal y Thompson (1996) alude que la contratransferencia es un recurso emocional por parte del analista que supone gran utilidad en el entendimiento del inconsciente de paciente. Asimismo, Sandler (1976) citado por Bacal y Thompson (1996) toma el concepto como un proceso dentro del cual el analista se adelanta en las experiencias significativas del paciente, lo que permite señalar que, hay ciertos aspectos del paciente que toman significado dentro del analista.

Ahora bien, deteniendo nuestro interés en el funcionamiento del analista, Sullivan (1953) citado por Bacan y Thompson (1996) rescata el papel de la condición humana del terapeuta, propio de una historia y experiencias significativas que son patentes de ponerse en juego dentro de la situación analítica. Por lo tanto, existe una correlación psicológica entre paciente y analista, sólo que desde miradas funcionales distintas. No obstante, los autores se valen de los argumentos de Kohut (1971) para hablar sobre las transferencias narcisistas y la reacción del analista hacia éstas, y lo explica desde la frustración en las fantasías reprimidas del self analista ante las idealizaciones que surgen del narcisismo infantil de paciente.

Cuando Wolf (1980) y Kohler (1985) citado por Bacal y Thompson (1996) se refieren a transferencias de selfobjeto, están hablando de las necesidades del paciente sobre el analista en restaurar y reparar el propio self y la contratransferencia para que el analista se remonte a dichas transferencias en el analizante. Sin embargo, el autoconocimiento en los terapeutas sobre sus propias necesidades y vulnerabilidades en su funcionamiento terapéutico permitirán aclarar con mayor facilidad la empatía y sensibilidad hacia el paciente.

Es importante explicar lo que Bacal y Thompson (1996) habla sobre las frustraciones del selfobjeto en la contratransferencia. Pues, aun siendo analista no se está exento de sensibilidades, vulnerabilidades y anhelos que nacen de frustraciones pasadas o presentes, sean personales o profesionales (Wolf, 1979 citado por Bacal y Thompson, 1996). En esta línea, cabe relacionar el hecho que Bacal y Thompson ilustran y es, cuando un paciente se fragmenta psicológicamente, las necesidades selfobjeto del analista atraviesan por la frustración por distintos motivos, entre

esos, pérdida de eficacia, sentimientos de enojo, incompetencia, desilusión, decepción en sí mismo y vergüenza. Es en este sentido cuando la contratransferencia toma importancia para Gunther (1976) ya que es una realización en las frustraciones del analista que se ven construidas en la relación con el paciente.

Ahora bien, las necesidades del terapeuta son manifestadas por medio de sus funciones terapéuticas. En esta medida, el analista siente la necesidad inconsciente de que sea reconocida y reafirmada su función, bien sea la de proporcionar holding. Cosa que se ve satisfecha inconscientemente por medio de distintas actitudes que proporciona el paciente en el proceso terapéutico, tales como, la puntualidad y asistencia en las sesiones, la permanencia en el diván mientras transcurre la sesión, mostrando interés en las interpretaciones, pagando las sesiones, en últimas mostrando una adaptación hacia la situación analítica (Bacal y Thompson, 1996).

Por otro lado, es importante tener en cuenta la preparación académica que las practicantes tuvieron en la modalidad de intervención en crisis. En este sentido, se considera a una persona que se siente incapaz de enfrentar los sucesos dolorosos y angustiantes por las que se ve confrontada en el momento. Por tanto, lo que debe hacer el terapeuta en un principio es ayudar a la persona a ponerse en marcha hacia el enfrentamiento con la crisis, esto incluye el control de los sentimientos o una contención emocional por parte del terapeuta, luego se puede empezar a pensar en el proceso de solución del problema (Slaikou, 1996, citado por Lazarus, 1980).

Asimismo, es posible que el terapeuta se apoye sobre otros aspectos en la atención. Por un lado, proporcionar apoyo en aquellas personas que se encuentran vulnerables y requieren de compañía. En otras palabras, proporcionar apoyo significa construir una atmósfera de confianza en la que el paciente sea capaz de hablar y expresar sentimientos negativos como la ira y el temor, que si bien interrumpen su propia tranquilidad. A su vez, se busca fortalecer al paciente y buscar soluciones sobre aquellos aspectos que generan debilidad (Slaikou, 1996).

Otro aspecto que el terapeuta tiene en cuenta para confrontar una situación de crisis es, reducir la mortalidad, que en otras palabras está enfocado a la salvación de vidas y a la prevención del daño físico durante la crisis. Es frecuente, en sociedades donde la violencia hace parte de la cotidianidad, que el resultado de algunas crisis lleve al daño físico contra sí mismo o contra los demás u ocasione una muerte o suicidio. Por tanto, es de vital importancia tomar medidas para reducir las posibilidades destructivas, como deshacerse de las armas, conversar con

una amigo o con alguien que pasa por una situación semejante, o incluso iniciar la hospitalización de urgencia (Slaikou, 1996).

Entretanto, el terapeuta en su funcionar debe proveer un enlace con fuentes de asistencia y apoyo, ya que antes de tratar de resolver el problema de manera inmediata, el terapeuta debe establecer las necesidades del paciente para realizar una remisión idónea a algún otro terapeuta o fuente de apoyo. En ocasiones, dicha remisión será para una orientación individual breve pero en otras circunstancias será para asistencia legal o ayuda por parte de un servicio social (Slaikou, 1996).

### **Descripción de las características institucionales**

El hospital Universitario San Ignacio (2014) es una institución de cuarto nivel de complejidad, se encuentra ubicado en la ciudad de Bogotá D.C y se caracteriza por brindar prestación de servicios de salud de alta complejidad. Por su parte, se sostiene en la excelencia profesional, alto manejo tecnológico, integralidad, calidad y trato humano. La investigación científica está en constante desarrollo, se centra el profesionalismo en una atención alrededor de valores éticos morales e instituciones que van en una dirección que favorece a todo el usuario. Ellos mismos plantean la institución con una proyección social.

No obstante, tienen una visión con auto sostenimiento, son líderes en prestación de salud de excelente calidad y se contribuye enormemente al progreso de la ciencia y de la sociedad a través de la docencia y la investigación. A su vez, el carácter humanitario del Hospital San Ignacio es crucial en el manejo que se le da como institución y como servicio hacia los pacientes. Aquí se vela por respetar los valores del ser humano, en donde la única importancia radica en el paciente en su calidad de ser humano. Asimismo, el trato entre pares e impares es de respeto y dignidad (Hospital Universitario San Ignacio, 2014).

La honestidad es un patrón en el accionar del personal médico, entre esas, hacer el bien, respetar la confidencialidad, responsabilidad de las acciones mismas y sus consecuencias, y una comunicación directa, recta y abierta. Por otro lado, es una institución proactiva, que va más allá. En este sentido, existe iniciativa propia y colectiva en torno a ideas y soluciones en problemas que se presenten y de este modo contribuir al alcance de los objetivos que busca el hospital. Es una institución que se preocupa por la búsqueda activa en resultados que permitan un avance aceptando nuevas ideas de otras fuentes, la escucha activa y la retroalimentación. Se aprende de lo que se hace y se enseña lo que se sabe, dicen (Hospital Universitario San Ignacio, 2014).

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Generar propuestas de ajuste que impacten tanto la atención prestada por los estudiantes como los requerimientos de acompañamiento y formación para tal fin, dentro del marco de los objetivos de la práctica atención psicológica en contexto.

### **Objetivos específicos**

1. Explorar la labor de las practicantes de psicología en el contexto hospitalario, en la participación de Unidad de Recién Nacidos y Alojamiento Conjunto.
2. Establecer las funciones que las estudiantes pueden y van realizando en torno a la atención psicológica de las mujeres hospitalizadas.
3. Evaluar la pertinencia de estas funciones en relación con el contexto en tanto con la condición emocional de la paciente y características y demandas de la institución.
4. Hacer recomendaciones sobre los procesos de acompañamiento y formación, derivados de la presente indagación.

## **Metodología**

### **Diseño investigación**

El presente trabajo investigativo es de tipo cualitativo y con una metodología de investigación-intervención, en el que se hace una revisión de lo sucedido con el fin de aprender de la experiencia vivida en la institución hospitalaria. Para empezar, este es un proyecto de carácter cualitativo, ya que produce hallazgos a los que no se puede llegar a partir de procedimientos estadísticos o por medio de procesos cuantificables (Strauss y Corbin, 2002). Así, la investigación cualitativa se trata de investigaciones sobre la vida de las personas, aquellas experiencias vivenciadas, los comportamientos, emociones y sentimientos, como también de los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones. En la investigación cualitativa algunos de los datos pueden cuantificarse, pero ésta se enfoca en analizar a través de la interpretación, como en la presente investigación.

Según Strauss y Corbin (2002) el análisis cualitativo se define como un proceso de interpretación, que se realiza con la intención de descubrir conceptos y relaciones en los datos obtenidos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico. Los datos pueden consistir en entrevistas y observaciones, pero también pueden incluir documentos o películas e incluso datos que se hayan cuantificado con otros propósitos tales como los del censo (Strauss y Corbin, 2002).

Asimismo, desde la perspectiva de Strauss y Corbin (2002) existen muchas razones válidas para realizar una investigación cualitativa, pero esencialmente se opta por elegir una investigación de este tipo teniendo en cuenta la naturaleza del problema que se investiga. En particular, los métodos cualitativos pueden usarse para explorar áreas sustantivas sobre las cuales se conoce poco o mucho, pero se busca obtener un conocimiento nuevo (Stern, 1980, citado por Strauss y Corbin, 2002). Además, los métodos cualitativos se pueden usar para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de extraer o de aprehender por métodos de investigación más convencionales (Strauss y Corbin, 2002).

Por otro lado, al referirnos a una estrategia de investigación-intervención, se hace hincapié en la unión de teoría-práctica. De esta manera, esta estrategia se entiende como la forma de pensar, el saber y el hacer, y esto se sostiene a partir de diferentes aportes teóricos desarrollados en distintos momentos históricos. Esta modalidad ha implicado un cambio en la

concepción del quehacer del psicólogo y se le concede una doble función, la del investigador-científico y la del practicante-profesional (Duran, Medina, Ballesteros, Arregocés, Novoa, Torres, Sánchez, Díaz, Gómez, Robledo, Alzate y Marciales, 2007). Asimismo, la intervención-investigación se piensa como “un proceso multiciclo en el que la teoría, la investigación y la intervención se retroalimentan recursivamente” (Duran et al., 2007, p. 13). Desde esta perspectiva, el acercamiento teórico y la reflexión sobre el hacer están presentes durante todo el proceso, ajustándose al desarrollo del trabajo terapéutico. Para esto se requiere una evaluación permanente del trabajo clínico, de modo que de manera conjunta se genere conocimiento y ajuste en la intervención (Duran et al., 2007).

### **Participantes**

El presente trabajo investigativo se centró en describir el funcionamiento de las practicantes y autoras del trabajo realizado en la atención de pacientes hospitalizadas en la Unidad de Recién Nacidos y en Alojamiento Conjunto del Hospital San Ignacio. Fueron dos participantes; Karina Luna García con 22 años de edad y Stefannya Mora Rojas con 22 años de edad, las dos participantes son estudiantes de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana y cursaban octavo semestre al realizar su práctica en el Hospital San Ignacio. No obstante, se construyen categorías emergentes en torno a las participantes, con respecto a su funcionamiento dentro del HUSI y se hace un análisis de su pertinencia o necesidad de ajuste a las condiciones de la paciente y al funcionamiento del hospital.

De esta manera, las participantes acordaron libremente usar los protocolos de trabajo para hacer la presente indagación. Cabe mencionar que, las autoras-participantes se mostraron de acuerdo con realizar la investigación, lo cual se puede evidenciar a través del consentimiento informado (Apéndice A). Además, el uso del material recogido durante la práctica de atención en contextos fue el que habitualmente hace parte del proceso académico, está respaldado y autorizado por los anexos técnicos suscritos para este fin entre el hospital y la facultad de psicología. Por tanto en el presente trabajo no se hace mención directa de las pacientes ni su identidad, ni los contenidos privados relatados por ellas en los encuentros, aquí sólo se relacionan de forma descriptiva los estados mentales que pusieron en escena durante la atención de apoyo emocional que se les brindó con el fin de lograr comparar y evaluar esta condición psíquica con el funcionamiento ofrecido por las estudiantes en el contexto hospitalario.

### **Instrumentos y uso analítico de los instrumentos**

Teniendo en cuenta lo anterior, éste proyecto se desarrolló en la práctica de atención en contextos en el Hospital San Ignacio, Unidad HUSI, donde se realizaron encuentros breves de máximo 30 minutos con madres gestantes, madres que ya han tenido su bebé y familiares o allegados. No obstante, se contó con un supervisión semanal con la profesora Nubia Torres y con la coordinadora en el hospital Claudia Fajardo, quien es la encargada de asignarnos los casos y posteriormente discutirlos a partir de las vivencias que se generaron con cada paciente particular.

En cuanto al instrumento que se utilizó en la presente investigación, cabe decir que se utilizaron los protocolos de registro de la atención de apoyo, los cuales fueron sometidos a supervisión por parte de la docente co-autora. Posterior al análisis, estos fueron utilizados para realizar revisiones meditativas, que consisten en hacer una matriz en donde se narra lo que pasó en cada conversación con la paciente y con la terapeuta, de forma individual y conjuntamente, se van elaborando posibles hipótesis que genere la situación.

En efecto, los protocolos consisten en el registro de la experiencia ocurrida durante cada conversación a la manera de la huella que dicha conversación deja en la memoria de las estudiantes, haciendo énfasis no solo en las narraciones de las pacientes, sino también de manera muy especial, en el tono emocional que la experiencia tuvo para las participantes desde el juicio de la estudiante. Estos protocolos fueron sometidos a la revisión conjunta entre estudiante-profesor en los espacios de supervisión, que supone una nueva mirada sobre lo sucedido de manera conjunta, con el fin de establecer hipótesis comprensivas a la luz de la experiencia emocional compartida, las observaciones y preguntas que se hacen frente a la misma, y lo registrado en los protocolos, todo ello bajo el marco de entendimiento del funcionamiento psíquico tal y como lo plantea la perspectiva psicoanalítica.

Una nueva mirada, ya en el terreno de la presente investigación es lo que se denomina revisión meditativa de los protocolos, que es una técnica propuesta por Bion (1966) que permite a través del uso de cuadros o matrices, plasmar lo que ha sucedido en sesión, esto servirá como un recurso para recordar lo que ocurrió durante la sesión con el paciente, y hacer posibles hipótesis teniendo en cuenta teorías y lo que piensa en torno lo que ocurrió. Estas matrices contribuyen a orientar las especulaciones que surjan durante los encuentros entre analista-paciente, permite que las hipótesis surgidas sean comprobadas o no comprobadas durante el desarrollo del proceso (Bion, 1988). Teniendo en cuenta lo anterior, al hacer las revisiones

meditativas de cada protocolo, van emergiendo categorías sobre la función del estudiante acompañante, se van llenando de contenido, lo que luego lleva al análisis de los aprendizajes en este terreno tanto para la atención misma como para el trabajo de formación de la práctica.

A partir de esto, se realiza un análisis y una comprensión a la luz de las teorías, teniendo en cuenta la experiencia de la practicante inexperta en cada uno de los conversatorios, para así entender como ésta se afronta y como está preparada ante cada conversatorio que implica una situación nueva, y a partir de esto construir nuevos planteamientos teóricos.

### **Procedimiento**

En un primer momento, se realizó una revisión de los materiales recogidos en el semestre anterior durante la práctica, en donde encontramos pertinente rescatar aquellos conversatorios realizados con las pacientes, que nos permitieron entrever las experiencias vivenciadas por las practicantes durante estos encuentros breves, considerándolo interesante y estimulante, para así dar origen a esta investigación.

Posterior a esto, ya teniendo los materiales utilizados en el semestre anterior durante el desarrollo de la práctica, entre estos, los protocolos de dichos conversatorios, lo que se hacía era una supervisión con la docente-co-autora en donde poníamos en escena nuestras perspectivas en relación a cada conversatorio, y de estas supervisiones surgían hipótesis que nos permitían comprender pero también cuestionarnos aquello que había sucedido de diferentes maneras. Luego de realizar el análisis de dichos protocolos, estos fueron utilizados para hacer revisiones meditativas. Hay que hacer notar que, la revisión meditativa es una técnica propuesta por Bion que permite ir apreciando tanto los usos, como la evolución del pensar y los pensamientos de los participantes, y teniendo en cuenta esto generar hipótesis con respecto a esto, que se fortalecen o se retiran durante el desarrollo del proceso (Bion, 2008, citado por Muñoz y Torres, 2014). Por consiguiente, las revisiones meditativas realizadas durante la investigación consisten en hacer una matriz en donde se narra lo que sucedió en cada conversatorio con la paciente y con la terapeuta, de forma individual en cada una de estas, y realizar posibles hipótesis con respecto a lo que sucede y a lo que piensan estas.

De esta manera y teniendo en cuenta lo anterior, se establece el objetivo general y los objetivos específicos que permearían nuestra investigación, para así dar inicio a la búsqueda bibliográfica de artículos y documentación teórica y empírica, que le permitió a la investigación una mayor comprensión con respecto a lo encontrado durante los conversatorios y a lo analizado

en las supervisiones a través de los protocolos y las revisiones meditativas, permitiendo así la correspondiente construcción del marco teórico. Vale la pena aclarar que esta tarea se inició y se mantuvo hasta el final del trabajo de grado.

Después de hacer los análisis pertinentes tanto a los protocolos como a las revisiones meditativas y desarrollar la revisión bibliográfica, surgieron tres categorías desde donde podíamos concebir la investigación, la primera categoría fue la institución y lo que se relaciona al funcionamiento institucional, en donde se presenta un encuentro de perspectivas distintas, la segunda categoría que surge es la de la paciente, dentro de ésta se tiene en cuenta la condición emocional o psíquica y los estados mentales de la paciente, y la tercera categoría que se tiene en cuenta es el funcionamiento del estudiante practicante durante el acompañamiento, en donde se perciben los aspectos de la atención y los pensamientos que están presentes durante los conversatorios.

Al tener en cuenta estas tres categorías, se hacen unas matrices de análisis de cada conversatorio que nos permitían evidenciar lo que se presentaba en cada una de las categorías, para así tener una perspectiva más detallada de cada una de las categorías y lo que pasaba en los conversatorios con relación a éstas, esto permite enfocar la investigación y dar inicio a los resultados y a el análisis de estos. En cuanto al análisis de resultados se establecen las formas de funcionamiento presentadas frente a los distintos estados emocionales tanto del estudiante como de las pacientes.

Por consiguiente, después de realizar el marco teórico y ya teniendo el análisis de los resultados de los conversatorios, se realiza la discusión en donde se contrasta la teoría investigada junto con los resultados obtenidos de cada uno de los conversatorios, permitiéndonos vislumbrar las conclusiones y hacer las recomendaciones y propuestas para trabajos futuros, en donde se plasman tanto las dificultades y las limitaciones, como los aprendizajes que se tuvieron en relación al proyecto.

## Resultados

Al momento de hacer las revisiones meditativas de cada protocolo, surgieron categorías emergentes, descriptivas y analíticas del funcionamiento del practicante en la atención, la perspectiva de funcionamiento en la institución y la condición psíquica de las pacientes. De esta manera, al realizar un análisis minucioso de cada paciente como caso particular permitió que se abordaran los primeros aprendizajes en el terreno de atención psicológica para las autoras del trabajo, como para el trabajo de formación de la práctica atención en contextos. A continuación, se dará una explicación de cada categoría, desde lo que arrojó la experiencia, entendida desde las significaciones que tanto las pacientes como las practicantes les atribuían a cada aspecto, cabe decir que, se evidenciaron patrones que se mantuvieron durante todo el proceso de atención y otras que no.

*La institución:* Por esta categoría se entiende las referencias a la forma de actuar del personal médico y de enfermería durante la atención brindada a las pacientes: quejas, demandas, reconocimiento, tipos de interacción, formas de información, etc.

*Condición psíquica de las pacientes:* Aquí se tiene en cuenta el estado mental en la paciente gestante o que ya tuvo bebé, que atraviesa por varios factores. Un estado mental incluye los estados emocionales predominantes, el lugar de las relaciones del sí mismo con los otros, los valores y la forma de evaluar las circunstancias que vive (Muñoz, 1995).

*Funcionamiento de las practicantes en la atención:* se define por la forma de acercamiento que la estudiante a las pacientes hospitalizadas, las emociones que vive y la forma de resolver tanto las demandas de las pacientes o las dificultades presentadas en la Unidad, y el papel que estas respuestas tienen en el servicio prestado.

Caso A (paciente 14 años en gestación)

<p><b>La institución: Encuentro de perspectivas distintas: Funcionamiento - demandas de la institución y sobre la concepción de atención de la practicante</b></p>	<p><b>Sobre la condición emocional o psíquica de las pacientes</b></p>	<p><b>Sobre los aspectos de la atención (Funcionamiento de la practicante)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del soma enfermo, la paciente se siente como un objeto de intervención. Así mismo, se evidencia una instrumentalización sin explicaciones (toma de sangre y exámenes médicos) y la falta de reconocimiento por parte de los profesionales en el papel del psicólogo, por ejemplo, interrumpiendo su función.</li> <li>• Existe un ofrecimiento de seguimiento en la atención con la hospitalización domiciliaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente en un estado inicial caracterizado por comunicación no verbal (sonrisas y gestos), miedo y necesidad de protección/compañía</li> <li>• Frustración por los cambios del cuerpo</li> <li>• Proyección de sus necesidades hacia el bebé.</li> <li>• Centrada de sí misma y sus gustos.</li> <li>• Dependiente y urgida de su propia madre</li> <li>• La madre de la paciente tiene dificultades para aceptar lo ocurrido con la hija y lo que está ocurriendo en el momento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurrencia al guion como una herramienta que permite lidiar con los silencios. Para el practicante se convierten en un momento de bloqueo mental, miedo y sentimientos de estar siendo intrusivos con la paciente.</li> <li>• Papel contención emocional: necesidad de acompañar más que de ofrecer discurso. Ofrecer calma y calidez que permita a la paciente expresar sus preocupaciones.</li> <li>• Utilización de mándalas como forma de creación de espacio transicional que permite una dinámica distinta a la que se vive en el hospital y como un espacio en el que la practicante acompaña de una forma distinta a las palabras y a las preguntas</li> </ul>

La situación total de la atención está marcada por la angustia que se refleja en la manera como se vive el contexto de atención, la gestación y el ofrecimiento de atención de las estudiantes. Nadie parece tener la capacidad para pensar y más bien lo que prima es el hacer. Hacer sin pensamiento en el sujeto o sujetos involucrados; en esta condición de angustia, la estudiante logra superar los miedos iniciales, y gracias al acompañamiento en supervisión, que sirve para dar orden y sentido

a lo vivido, le ofrecen una compañía amable y dispuesta, que usa otros elementos distintos a la palabra. En esta situación, lo más importante es ofrecer calidez y calma, por eso se recurrió al uso de mándalas para buscar que el centramiento de la atención y un acercamiento lento, cuidadoso y respetuoso.

Caso B (paciente 22 años con bebé recién nacida)

<p><b>La institución: Encuentro de perspectivas distintas: Funcionamiento - demandas de la institución y sobre la concepción de atención de la practicante</b></p>	<p><b>Sobre la condición emocional o psíquica de las pacientes y su red de apoyo.</b></p>	<p><b>Sobre los aspectos de la atención (funcionamiento de la practicante)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gran cantidad de información, instrucciones y manuales sobre el cuidado generan saturación en la paciente.</li> <li>• Quejas ante el ambiente hospitalario como un lugar que genera incomodidad y estrés.</li> <li>• Los profesionales no reconocen el papel de psicólogo, irrumpen su atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente que crece aislada de apoyo familiar, con una historia que se caracterizó por “rumbas” desde temprana edad, rechazo de sus padres por su actitud “rebelde” e “inmadura” y de vivir sola durante su adolescencia.</li> <li>• El bebé es motor y motivación para ofrecerse a sí misma y al bebé algo distinto de su historia junto a su pareja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La practicante recurre al guión como una forma de abrir una conversación: ¿cómo ha sido ésta experiencia para ti? Es una pregunta que permite que la paciente cuente un poco de su historia y la practicante se agarre de ahí para desarrollar la sesión.</li> <li>• Papel de la escucha: necesidad de descarga por parte de la paciente más que de recibir un discurso. Función continente respetuoso. Éste funcionamiento de la practicante permite que la paciente se sienta en un ambiente de confianza y tranquilidad para expresar la intimidad de su historia y sus sentimientos, sin necesidad de estimularla con preguntas cerradas.</li> </ul>

El guion es utilizado como fachada para ocultar el miedo de las practicantes y al tiempo poder entrar en contacto con el otro de una manera tentativa. Toda la escena se vive como un caos que no ha sido posible ser entendida. Caos en la atención, en la información, que pone en escena lo “demasiado” para ser digerido y entendido. El caos hace que las estudiantes vivan lo mismo, sin poder encontrar inicialmente el camino para conversar – pensar- ordenar todo lo que está

sucediendo. Sin embargo, luego de la primera entrada con el guion, este va dando paso a una conversación que es recibida atentamente.

Caso C (paciente 21 años con bebé de 11 días de nacido)

<p><b>La institución: Encuentro de perspectivas distintas - Funcionamiento y demandas de la institución y sobre la concepción de atención de la practicante</b></p>	<p><b>Sobre la condición emocional o psíquica de las pacientes y su red de apoyo.</b></p>	<p><b>Sobre los aspectos de la atención (funcionamiento de la practicante)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El hospital da de alta al bebé recién nacido y ella se queda hospitalizada por su estado de salud y porque en esa condición no puede amamantar al bebé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con bebé canguro, hospitalizada por tres días con mastitis. La abuela del bebé se encarga de canguriarlo</li> <li>• Estado de angustia, frustración y preocupación ante la separación de su bebé durante su hospitalización (el bebé se encuentra con la mamá de la paciente durante este tiempo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resulta difícil mantener una conversación con la paciente. Está distraída viendo televisión, con la mirada ida. Es por esto que el guion siempre estuvo presente como una herramienta para lidiar con los silencios de la paciente y con la vulnerabilidad emocional que le produce a la practicante su estado de ansiedad.</li> <li>• Fue una sesión corta y rápida, pues fue la primera paciente que la practicante atendió y no contaba con recursos suficientes para lidiar con su propia vulnerabilidad y con la de la paciente.</li> </ul>

Lo que se encuentra en este caso es la situación de una madre que es separada de su bebé y no puede amamantar. Recibe todos los cuidados que requiere y tiene el apoyo de la madre, pero sin embargo está como ausente, perdida. La atmósfera es de angustia, tal vez no poder estar con su bebé recién nacido, lo que hace que ese sea su único interés del momento y no responda a la sesión. Esto y el hecho de que haya sido la primera paciente de atención para la practicante, hizo que se generaran sentimientos de vulnerabilidad emocional. De lo contrario, la paciente se habría beneficiado de mayor experticia por parte del estudiante, esta situación permite hacer

recomendaciones sobre la necesidad de mayor atención en la preparación en estas habilidades. Se sugieren juego de roles con estos materiales que pueden ser un buen recurso.

Caso D (paciente 15 años con 4 meses de embarazo)

<p><b>La institución: Encuentro de perspectivas distintas - Funcionamiento y demandas de la institución y sobre la concepción de atención de la practicante</b></p>	<p><b>Sobre la condición emocional o psíquica de las pacientes y su red de apoyo.</b></p>	<p><b>Sobre los aspectos de la atención (funcionamiento de la practicante)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe información no puede entender, debido a que no se ha aclarado su situación de salud, lo que hace que se sienta aún más confundida pues le ofrecen de reiteradamente versiones que se repiten, sin que ella pueda salir de su confusión.</li> <li>• Existe desacuerdo y falta de claridad en los diagnósticos médicos.</li> <li>• Instrumentalización sin palabras. Es decir, no hay explicaciones concretas ni conocimiento de los procedimientos por parte de la paciente y familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Joven de 13 años que revela ser mucho menor, en apariencia. No sabe si está o no embarazada</li> <li>• La madre de la paciente asume el embarazo adolescente como un asunto normal, se vive como tradición familiar. El padre de la paciente se le dificulta pensar que su niña pequeña tendrá un bebé.</li> <li>• En un estado de confusión e incertidumbre y con ilusiones e ideales puestos sobre el bebé.</li> <li>• El cuerpo habla de sus propias angustias “antes sentía el bebé, ahora no”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recurre al guion como una herramienta de acercamiento y como una forma de escape al no saber qué hacer con la información y cómo devolverla a la paciente (la duda sobre la existencia física del bebé se convierte en un tema de difícil manejo, incluyendo la confusión que generan los propios médicos en sus discursos, la practicante teme generar más confusión).</li> <li>• La estudiante siente imposible la solicitud de aclarar la situación médica que se demanda. ( si aún está embarazada o no)</li> <li>• Apoyo emocional: se recurren a otros aspectos que no se tocan en el ambiente hospitalario (toda la emoción que gira en torno a la llegada del bebé y a la falta de claridad que existe en esta situación) como una forma que permite tolerar la espera e incertidumbre.</li> </ul>

Es un caso de desacuerdos tanto por parte de la situación médica, en la falta de claridad y acuerdos en el diagnóstico, de un asunto que pareciera sencillo pero por alguna razón en este caso se complica y no hay una respuesta: está o no embarazada aún. Por otra parte, existe una

posición dividida por parte de los padres de la joven: la madre, reconociendo como normal el embarazo adolescente y como tradición familiar, y el padre de la joven resultándole difícil asimilar esta realidad. Frente a esto, las practicantes prefieren recurrir al guion para evitar generar más angustia y confusiones, pero también porque nuestra función como estudiantes-practicantes no permite que respondamos a ese tipo de solicitudes, lo que hace que experimentemos sentimientos de incomodidad e inutilidad. Son estos estados emocionales de las estudiantes lo que no permite construir una comunicación más amable y tranquila sobre el significado que tiene para la joven su situación. Lo sucedido con las estudiantes en relación con la paciente es también un asunto común en la Unidad y se convierte también en otra oportunidad de trabajo preparatorio para los estudiantes.

Caso E (paciente 23 años con embarazo gemelar)

<p><b>La institución: Encuentro de perspectivas distintas - Funcionamiento y demandas de la institución y sobre la concepción de atención de la practicante</b></p>	<p><b>Sobre la condición emocional o psíquica de las pacientes y su red de apoyo.</b></p>	<p><b>Sobre los aspectos de la atención (funcionamiento de la practicante)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se considera un espacio en el que la buena atención facilita la comodidad y tranquilidad de la paciente. Se valora el control sobre su salud recibido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con embarazo gemelar, preeclampsia y con requerimiento de hospitalización hasta la cesárea.</li> <li>• Paciente que muestra necesidad de descarga, mostrándose racional y consciente de la situación de riesgo.</li> <li>• Sorpresa del esposo y la familia por el embarazo gemelar, que había sido un deseo secreto de ella. Cuenta con el apoyo familiar.</li> <li>• Sentimientos de aburrimiento por la hospitalización pero lo prefiere por la salud de sus hijas.</li> <li>• Sueños: irse del país con la fantasía de una familia numerosa, pero desiste al considerar los requerimientos económicos y de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurrencia al guion como una herramienta de acercamiento entre paciente-practicante y para que la practicante se haga una primera idea de por qué se encuentra hospitalizada.</li> <li>• Papel de escucha: surge de las primeras preguntas que caracterizan el guion, en este punto la paciente comienza a hablar de su historia personal, de sus deseos y angustias. Para la practicante éste contexto se convierte en un escenario de acompañamiento y escucha más que de discurso. Sin embargo, se recurrió a devolverle a la paciente la información de una forma distinta, con cierto orden, hace que ella misma amplíe lo que está diciendo.</li> </ul>

En el presente caso es evidente que la forma protocolaria como se funciona en la institución de salud es vivida de acuerdo con los recursos, fortalezas o debilidades que cada paciente. En este caso, a pesar de entender su situación y los riesgos, la paciente vive lo que ocurre en su hospitalización de una forma más tranquila. Por eso mismo, el acercamiento de las practicantes se facilita, pues tiene capacidad de reflexión, de palabra y se aprovecha del ofrecimiento de

conversación. Así, las estudiantes pueden pasar del guion inicial a una escucha atenta, respetuosa y dispuesta que hacen que la paciente siga sus pensamientos con la compañía de un interlocutor interesado pero no intrusivo. En este caso la practicante cumple una función de organización de los relatos entre angustiosos y esperanzadores de la paciente que hace esfuerzos por mantenerse integrada y continuar.

Caso F (paciente de 23 años)

<p><b>La institución: Encuentro de perspectivas distintas - Funcionamiento y demandas de la institución y sobre la concepción de atención de los estudiantes</b></p>	<p><b>Sobre la condición emocional o psíquica de las pacientes y su red de apoyo.</b></p>	<p><b>Sobre los aspectos de la atención (funcionamiento de la practicante)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La institución trata de igual manera a todas las personas, incluso cuando aparece un síntoma en el que haya riesgo de accidente en su traslado de una unidad a otra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesita hablar sobre lo sucedido alrededor del parto: contracciones fuertes, dificultades en el momento de pujar y desgarrar con la necesidad de puntos; posteriormente insensibilidad en las piernas lo que causó que se cayera de la camilla.</li> <li>• Deseos: cargar al bebé a todo momento, lo que se lo impiden los dolores intensos.</li> <li>• El bebé fue planeado junto al esposo, se crean imaginarios físicos del bebé cuando lo ven en ecografías.</li> <li>• Emoción: nace de tener a su lado un bebé que tuvo dentro de ella y que ahora está con ella.</li> <li>• Planes: apropiarse del bebé sólo ella y nadie más alrededor de la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No fue necesario hacer ninguna pregunta inicial pues la paciente estaba urgida de comunicar su experiencia.</li> <li>• Se formulan preguntas en relación con su relato o emoción y para evitar cortar el encuentro con rapidez.</li> <li>• Se recurre al guion como una forma de evadir elementos que causan desconcierto y temor en la practicante.</li> <li>• Además, se devuelve con una pregunta lo que ha contado como una forma de enriquecer su discurso y conocer un poco más lo que está sintiendo.</li> </ul>

La relación con esta paciente fluyó y fue posible seguirla en su relato y en sus intereses. Esto permitió que ella hablara también de las emociones buenas y dolorosas presentes en el momento, en particular de su dificultad para cargar a su bebé que lo tiene al lado. Cuando aparece esta referencia, la practicante se refugia en el guion como una forma de evadir un relato que causa angustia y que no puede contener. Sin embargo, la paciente comienza a enriquecer la conversación por sí misma, proporcionándole alivio y organización.

Caso G (17 años con bebé recién nacido)

<p><b>La institución: Encuentro de perspectivas distintas: Funcionamiento - demandas de la institución y sobre la concepción de atención de los estudiantes</b></p>	<p><b>Sobre la condición emocional o psíquica de las pacientes y su red de apoyo.</b></p>	<p><b>Sobre los aspectos de la atención (funcionamiento de la practicante)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es posible el trabajo de médicos y practicantes sin interrupción.</li> <li>• No se suministra información a la paciente sobre su estado de salud.</li> <li>• No hay certeza del día de salida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El bebé es el tema central de preocupación.</li> <li>• La familia se ha ido acercando poco a poco.</li> <li>• La pareja de la paciente ha estado presente durante todo el embarazo.</li> <li>• La relación de pareja: uno habla y otro asiente.</li> <li>• El padre se comunica por gestos, en su mayoría.</li> <li>• Se recibe con alegría el bebé.</li> <li>• La pareja habla sobre el cansancio, expectativas e imaginarios sobre el bebé.</li> <li>• La llegada del nuevo bebé es una nueva obligación.</li> <li>• Se observa miedo a que existan desacuerdos entre pareja.</li> <li>• Esfuerzo por mirar lo que viene con optimismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recurre al guion como estrategia de acercamiento.</li> <li>• El sentimiento de ser intrusivo con la pareja conlleva a la practicante hace que prefiera recurrir a preguntas que surjan irrelevantes para tratar el aquí y el ahora de la situación en cuestión.</li> <li>• El uso del guion como una fuente de tranquilidad y seguridad en una relación que resulta nueva para la practicante.</li> <li>• Se recurre al guion por la inexperiencia de la practicante, es una forma de apaciguar los miedos que nacen en la interacción con otros.</li> <li>• La timidez de la practicante y de los padres abren un espacio de silencios que posibilitan pensar sobre la situación.</li> </ul>

En esta situación la estudiante asiste una escena en la que una pareja hace esfuerzos por reconstruir el vínculo. Esto hace que la terapeuta tenga mucho cuidado de no decir nada inapropiado y por eso vuelve el guion al rescate, con el riesgo de que al seguirlo, surjan preguntas

o comentarios irrelevantes o extraños para el momento. Pude ser útil hacer preguntas para que estas ilusiones tengan un sustento de mayor conciencia de sus implicaciones, asunto que al parecer fue logrado en la conversación. En estos casos lo que ayudaría es permitirles hablar de lo que les gustaría que sucedieran y tal vez en alguna idea que hablara de una meta pequeña pero realizable.

Caso H (18 años con bebé recién nacida)

<p><b>La institución: Encuentro de perspectivas distintas: Funcionamiento - demandas de la institución y sobre la concepción de atención de los estudiantes</b></p>	<p><b>Sobre la condición emocional o psíquica de las pacientes y su red de apoyo.</b></p>	<p><b>Sobre los aspectos de la atención (funcionamiento de la practicante)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La institución permite estar presentes y desempeñar nuestras funciones.</li> <li>• El personal médico atiende el soma y sus alteraciones.</li> <li>• Las pacientes muestran agradecimiento hacia una atención distinta del médico, direccionada hacia la escucha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo de la madre a hacerle daño al bebé.</li> <li>• Concibe que el aprendizaje se va dando con el tiempo.</li> <li>• Experimentó rechazo hacia su compañero pero ya se ha superado.</li> <li>• La madre cuenta con apoyo y la alegría familiar.</li> <li>• En principio para la familia surge difícil asimilar la noticia, es la hija menor y no se esperaba.</li> <li>• El futuro propio no está claro aunque considera que podría estudiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surge el guion como estrategia de acercamiento, acompañados de momentos de espontaneidad por parte de la terapeuta hacia el paciente.</li> <li>• En esta ocasión se facilita la conversación con la paciente por la actitud receptiva que mostró ante la practicante.</li> <li>• La practicante se acerca hacia la paciente considerando aspectos del aquí y el ahora.</li> <li>• Se rescatan temáticas como, el recibimiento de la noticia de la llegada del nuevo bebé, la función de ser mamá y sus planes futuros como una forma de desarrollar la conversación hacia un punto específico.</li> <li>• El uso del guion como una fuente de tranquilidad y seguridad para la practicante. Así mismo, surge como una forma de lidiar con la inexperiencia y los miedos en la interacción con otros.</li> </ul>

La estudiante siente siempre una tensión para entrar en contacto con una persona desconocida que no ha pedido ni atención, ni ayuda. El guion surge como un elemento tercero que facilita un contacto que va desde lo más formal y amable y que podría abrir la posibilidad de un encuentro más significativo. Es muy importante para que esto suceda, tener el permiso de las pacientes. En

este caso la estudiante puede rescatar suavemente algún elemento de esperanza que le permita a la paciente fortalecer el vínculo de amor con su hijo.

Caso I (15 años con bebé recién nacida)

<p><b>La institución: Encuentro de perspectivas distintas: Funcionamiento - demandas de la institución y sobre la concepción de atención de los estudiantes</b></p>	<p><b>Sobre la condición emocional o psíquica de las pacientes y su red de apoyo.</b></p>	<p><b>Sobre los aspectos de la atención (funcionamiento de la practicante)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La institución nos deja hacer nuestras funciones y estar presentes con las pacientes en el hospital.</li> <li>• El personal médico atiende las necesidades de salud física de la paciente</li> <li>• La paciente siente que no hay información clara sobre su condición ni sobre su salida del hospital. La paciente menciona que estaba esperando a la terapeuta, porque de hablar con ella dependía que pudiera salir el mismo día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La paciente a gusto con su bebé</li> <li>• La paciente en un principio tenía mucho miedo de contarle a los papás. Cuando ellos se enteraron se pusieron muy bravos, en especial el papá, se generó una discordia en la familia.</li> <li>• La mamá de la paciente siempre la apoyo, y a medida de que se fue desarrollando el embarazo, la relación con el padre fue mejorando.</li> <li>• El hermano al igual que el padre no estaba de acuerdo con lo que había pasado, pero luego se involucró en el proceso y le puso el nombre al bebé.</li> <li>• El bebé nació el día anterior a la conversación, ya su mamá y su hermano fueron a visitarla, el papá no ha podido porque está trabajando.</li> <li>• La paciente menciona que quiere seguir estudiando y que en el proceso de embarazo el colegio le facilitó las cosas.</li> <li>• Al referirse al parto indica que fue muy duro,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El acercamiento psicológico se centra en la atención de las dificultades emocionales.</li> <li>• Hay urgencia por salir</li> <li>• Aunque la paciente casi no hablo durante la conversación, al final le agradece a la terapeuta por brindarle una atención diferente a la que le proporcionan los médicos (Agradece por escucharla y por conversar con ella).</li> <li>• Guion como estrategia de acercamiento, debido al sentimiento de ser intrusivo con la paciente, ya que esta se encuentra amamantando a su bebé.</li> <li>• Al momento de iniciar la conversación se puede ver como la terapeuta pregunta en torno a como está y como se siente, haciendo referencia a el aquí y el ahora, y preguntando en relación a lo que la paciente considera importante en el momento.</li> <li>• Se dan momentos en donde surge la espontaneidad por parte de la terapeuta hacia el</li> </ul>

	<p>pero que todo salió muy bien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de sus expectativas estaba que el bebé naciera bien, sin complicaciones y señala que antes de nacer ella” ya sabía” que era niña</li> <li>• La lactancia se le ha facilitado y no ha tenido complicaciones con respecto a eso.</li> </ul> <p>El padre del bebé no estuvo presente en el embarazo, y afirma que no quiere ninguna ayuda de su parte, aunque su familia le aconseja que debería demandarlo.</p>	<p>paciente, gracias a la apertura amable de la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debido a los silencios que se dan en varios momentos durante la conversación, reaparece el guion, que genera tranquilidad y le permite sentirse segura en una relación nueva para ella.</li> <li>• El guion surge debido a la inexperiencia de la terapeuta, quien pone en juego sus miedos propios a la hora de interactuar con los otros.</li> <li>• La timidez que se da tanto en la terapeuta como en la paciente, es un aspecto que en esta ocasión puede favorecer la conversación, ya que cuando surgen silencios se da tiempo para pensar en torno a lo que se está dando en la conversación.</li> </ul>
--	--	---

La terapeuta sintió que hablaba con una niña y eso tal vez tuvo que ver con la aparición nuevamente de la precaución al acercarse. También el hecho de que estuviera amamantando al bebé. La niña-mamá estaba súper feliz y emocionada con su niño en brazos, asunto también que resulta inquietante. La hipótesis de la terapeuta es que esta niña-mamá estaba realizada con la llegada del bebé pero se mostró renuente a tocar el tema difícil de su pareja.

## Discusión

Al tener en cuenta los resultados ilustrados a través de las matrices, se puede comprender que hay de entrada un choque o desencuentro entre dos perspectivas de atención: la medicina y la psicología, además de dos posiciones contrarias frente al saber hacer: la experticia y la inexperiencia, posturas que se reflejan en la forma de acercarse a las pacientes.

En términos de lo observado y narrado por las pacientes, en algunos casos, teniendo en cuenta lo que referían, se rastrean procedimientos médicos que generan confusión en las pacientes y en los familiares que las acompañan, ya que perciben las intervenciones de manera confusa porque no tienen la aclaración que necesitan con respecto al estado de salud en el que se encuentran.

En un primer plano, la institución hospitalaria al ser interpretada desde el accionar del personal médico durante la atención brindada a las pacientes, genera en éstas quejas, demandas, reconocimientos y tipos de interacción que logran contrastarse con lo que plantea la teoría. En esta línea, Sorokin (2000) se refiere al modelo tradicional médico como aquel que se ha centrado en velar por el bienestar del individuo, siendo el paciente una figura que asume las indicaciones que se le suministran. Si por el contrario, el paciente intenta contradecir lo que el médico instruye, se le consideraría error subjetivo a la iniciativa del paciente a opinar sobre la relevancia médica y sus prescripciones, por tanto, el médico es visto como un representante técnico y moral, y el paciente como un ser que requiere de ayuda. A su vez, la paciente, la familia la sociedad y el estado son excluidos en toda participación guiada hacia la salud (Sorokin, 2000).

Con relación a lo anterior y al acercamiento del practicante de psicología, las pacientes muestran agradecimiento genuino hacia las practicantes por brindar una atención distinta a la que brinda el médico, pues se encuentra direccionada hacia la escucha activa, que en la atención primaria médica no resulta pertinente. Con base en esto, es conveniente citar a Sorokin (2000) al relacionar este accionar médico con el acrecimiento en tecnologías avanzadas que se utilizan en el diagnóstico del paciente, esta situación abre una brecha hacia el distanciamiento en el contacto e interacción interpersonal entre ambos, cosa que en la atención psicológica cobra mucho sentido y relevancia, y que a su vez las pacientes agradecen enormemente (Sorokin, 2000,p.89-90).

Para el psicólogo surge relevante una relación en la que exista una disposición a ser receptivo con el paciente, a recibir todo lo que la paciente trae consigo y contener aquellas cosas que no son capaces de ser toleradas por sí misma, y así generar una buena comunicación y/o alianza terapéutica entre paciente-terapeuta permitiéndole tomar una actitud creadora frente a su vida, dándole lugar a generar pensamientos (Bion, 1996). En este sentido, el quehacer psicológico y médico entran en choque, y asimismo esto relaciona la forma en que cada quien se acerca al paciente. Sin embargo, el Hospital San Ignacio se propone como una institución que dentro de sus lineamientos, plantea el carácter humanitario como un elemento crucial en el servicio hacia los pacientes, se respetan los valores, la calidad de ser humano y se preocupan por actuar siempre bajo un trato de respeto, honestidad, confidencialidad y trato digno hacia los demás. Cosa que se vivencia en el contexto al momento de fijar la atención directa en las necesidades que demanda el paciente desde distintos funcionamientos, que como entidad van dirigidos hacia valores morales, éticos e institucionales propios de favorecer a todo el usuario (Hospital Universitario San Ignacio, 2014).

Barbado et al. (2005) al citar a Lipowski nos ayuda a enriquecer la postura médica que olvida la escucha activa en las pacientes y que en la atención psicológica resulta eminente. En este sentido, la medicina psicosomática piensa que la psique, el soma y el contexto son pertinentes para lograr un entendimiento total de la enfermedad en cuestión, aquí es necesario tener en cuenta la situación total del paciente, el factor psicosocial y la relación interpersonal médico-paciente. Es por esto que, sería beneficioso para el paciente que se pueda ir más allá de curar la enfermedad y que se entiendan otros aspectos que se deja de lado como es la comprensión y la escucha activa.

Las pacientes embarazadas sienten la atención psicológica como un espacio generador de sensibilidades y agradecimientos porque está guiado a la empatía, calidez y reconocimiento hacia su condición actual (Barbado et al, 2005, p.33). Asimismo, el desarrollo tecnológico que se ha entendido como un factor quebrantante en la alianza terapéutica, ha traído consigo tres modelos éticos distintos en dicha relación. En los resultados que se rastrearon en la atención, nos permite relacionar la ética de beneficencia en algunos casos, ésta es adoptada por el modelo tradicional en el cual el médico es el que ilustra el conocimiento con cierta rigidez y el paciente lo acata exactamente en todas sus recomendaciones y prescripciones: se evidencia la gran cantidad de

información, de instrucciones y manuales sobre el cuidado que deben tener las madres en su situación de riesgo, lo que termina generando saturación en la paciente.

Al contrario, la ética de la autonomía (Barbado et al.2005) fue algo que más bien se evidenció en la atención psicológica al tratar de manera simétrica y horizontal la relación terapéutica, donde se le da espacio a que la paciente decida sobre sí misma, es aquí donde surge el consentimiento informado, los programas psicoeducativos y los grupos de autoayuda, lo cual da lugar a una atención basada en decisión propia, que más adelante se analizará el porqué del funcionamiento del practicante en este contexto experiencial.

En cuanto a la falta de información en el estado de salud que les aqueja a las pacientes, Sorokin (2000) cuenta sobre el miedo que sienten los médicos hacia las demandas judiciales a las que se puedan enfrentar por “mala praxis” en el sentido de que, existen ciertos elementos que podrían causar dicha demanda, tal es el caso de vulnerar la consistencia en los procedimientos terapéuticos, ocasionar problemas económicos al sistema de atención de salud, descuidar el paciente de alto riesgo y asimismo conllevar al desarrollo de riesgos que pudieron ser evitables. Por tanto, el porcentaje de confianza que pone el médico sobre el paciente como ser autónomo es muy bajo, y es porque el modelo biomédico en sí se la ha olvidado un poco la importancia del vínculo en la relación terapéutica.

Una de las quejas que son posibles generalizar en este aspecto es cuando dicen: “no sé cuándo me darán de alta” “me hicieron eso pero no sé por qué” “vinieron, me sacaron sangre y ya” “se le hizo una operación pero no se sabe si hay o no bebé, no nos dicen nada”. Estos son algunos discursos que dan cuenta además de la instrumentalización de procedimientos sin palabras, donde no hay explicaciones concretas ni conocimiento por parte de la paciente y familiares, ya como se mencionaba anteriormente. En esta misma línea, una situación particular de una paciente, que pone en escena la información como algo que no se puede entender, debido a que no se ha aclarado su situación de salud, hace que se sienta aún más confundida, pues le ofrecen deliberadamente distintas versiones que se repiten pero que desafortunadamente no permiten que la paciente salga de la confusión.

Este es un elemento que se puede relacionar con lo que Sorokin (2000) propone como una consecuencia que nace de la atención por innumerables especialistas, pues el paciente se siente fragmentado en partes y no siente que es atendido como un todo y además genera confusión en el vínculo con distintos personajes, sin tener como base a un médico referente en su

atención (Sorokin, 2000, p.89-90). Precisamente, ésta fue una de las quejas que la madre de la paciente manifestó, pues cada día llegaba a la habitación un médico distinto a brindar una explicación distinta del estado de la paciente, es decir, no había concordancia en el diagnóstico.

Sin embargo, la medida de confianza inexistente de médico a paciente no es recíproca, puesto que en el caso del parto, la mujer embarazada contrarresta su miedo con la promesa del ginecólogo y la obstetricia moderna en minimizar o evitar el dolor y sufrimiento bajo la medida de confianza que expone “la parturienta” en el médico de internarse en la clínica cuando vengan las primeras contracciones uterinas. Esto es un ejemplo para manifestar que, la paciente muestra la capacidad de poner la confianza en los conocimientos y procedimientos del médico (Read citado por Langer, 1964, p.209).

No obstante, la función del médico se ha remontado al saber cómo la capacidad de diagnosticar, la curación como el resultado de un tratamiento y la función de educar al paciente. En esta situación, surgen problemas en la relación médico-paciente por distintos motivos. Primero, porque al exceder su función curativa puede llegar a poner sus propias necesidades por encima de las del paciente, sometiéndolo a todo tipo de exploración y manipulación sin palabras con el fin de llegar al diagnóstico (Barbado et al, 2005). Esto se evidencia en gran parte con lo que se observó en las madres con la atención y lo que en sí mismas interpretaban desde lo que sentían, entonces surgieron cosas como; la atención guiada hacia el soma enfermo, la paciente sintiéndose como un objeto de intervención, etc.

Por otro lado, el médico al exceder su función pedagógica al momento de ayudar al paciente, es posible que se tienda a normativizar la relación, en la medida que impone su opinión personal sobre aspectos que incluso se salen de la dolencia en particular (Barbado et al., 2005). En este ámbito, se puede rastrear en la atención a las madres, cuando en la interacción que tienen con los médicos se presencia la gran cantidad de información, instrucciones y manuales sobre el cuidado, que terminan generando saturación en la paciente.

Ahora, aunque el accionar del psicólogo fue permitido en el Hospital, durante su funcionamiento se vio interrumpido por el personal médico, más que todo por los practicantes de medicina, por tanto el papel del psicólogo no fue reconocido, en ocasiones. Ante esto, Ruiz (2004) menciona la urgencia inmediata de generar una nueva apuesta por la psicología clínica en cuanto inclusión y participación en el contexto de salud. Pues, así como la psicología es una profesión que brinda asistencia sanitaria y a su vez, es un derecho al que todo ciudadano debería

tener a su alcance, es necesario que la limitación que existe en ejercer la profesión sobre lo público sea cosa del pasado.

¿Por qué no apuntar hacia un sistema con una estructura sanitaria biopsicosocial? es la pregunta que gira en torno a una forma estratégica de desarrollo. Aquí no solo se habla de un desarrollo profesional guiado hacia la situación de unidad mental, sino como un aspecto global que recoge la necesidad de imponer la psicología sobre el sistema. Repensar la profesión desde distintos vértices puede ser una opción dentro de la cual la universidad, la organización colegial y la asociación científico-profesional deben concentrar sus esfuerzos sobre todo alrededor de la convergencia e importancia de lo académico, lo clínico, centrado en un análisis permanente de lo relacional.

Por otro lado, al tener en cuenta la condición psíquica de las pacientes gestantes o que ya tuvieron bebé como un estado mental que incluye los estados emocionales predominantes, el lugar de las relaciones del sí mismo con los otros, los valores y la forma de evaluar las circunstancias que vive (Muñoz, 1995) permite en la practicante por medio de la intuición rastrear factores que intervienen en la configuración de la condición de la paciente, entre esas se vislumbró el miedo a enfrentar un embarazo a corta edad, la necesidad de una figura de protección y acompañamiento, la frustración por los cambios del cuerpo, la dependencia hacia la propia madre, la importancia de una red de apoyo, sentimientos de angustia y preocupación por la separación que sufre la madre con su bebé al estar hospitalizada, angustia ante el estado de riesgo que en ocasiones es psicosomatizado, necesidad de descarga, dolores físicos y cansancio, lo que no permite cargar al bebé en todo momento.

Por su parte, la llegada del bebé configura un cambio de escenario, pues representa motivación para ofrecer algo distinto a la historia personal, donde están puestos deseos, ideales, sueños, planes, cambios en el proyecto de vida, obligaciones y un motivo de acercamiento familiar. En esta medida, todos los factores mencionados dan cuenta de lo que Klein citado por Muñoz (1995) se refiere al sostener la organización psíquica como un escenario lleno de ansiedades, sentimientos, valores y defensas para contrarrestar o transformar la ansiedad, cosa que puede ser sobrellevada por medio de fantasías inconscientes.

El presente trabajo no intenta analizar lo descrito con las pacientes, sin embargo, es una primera experiencia por medio de la cual atraviesan las practicantes. En este sentido, los recursos, fortalezas o debilidades que muestren las pacientes serán proporcionales al curso de la

atención a éstas. Bien se muestra en los resultados, una paciente con capacidad de reflexión, de palabra y que asimismo aprovecha el ofrecimiento de la conversación. Así, las practicantes pueden tener una experiencia mediada por la escucha atenta, respetuosa y dispuesta que hace que la paciente siga sus pensamientos con la compañía de un interlocutor interesado pero no intrusivo. A diferencia de esta paciente, se encuentra una madre que al estar separada de su bebé y por lo tanto, no poder amamantarlo, configura un estado mental de angustia por no poder estar con su bebé recién nacido, lo que hace que ese sea su único interés del momento y no responda a la sesión. Este estado de vulnerabilidad emocional no permite que se haga un buen aprovechamiento de la conversación.

Ahora bien, el funcionamiento de las practicantes en cuanto a la atención con las pacientes, se puede evidenciar cómo durante este espacio surgen temores y angustias particulares que nacen ante la primera experiencia práctica en un contexto desconocido. Entre esas, el miedo a ser intrusivas con la paciente y familiares, el temor a los silencios prolongados en sesión, la vulnerabilidad emocional, la timidez y el bloqueo mental que causan las angustias de la paciente, la falta de recursos para acompañar al otro, la necesidad de escape causada por el no-saber qué hacer con la información recibida y cómo devolverla, el sentimiento de inexperiencia, el miedo a la interacción con desconocidos en situaciones nuevas, la necesidad de receptividad y aceptación por parte de la paciente.

Este tipo de emoción por la que cruza la practicante se relaciona con la inexperticia que surge ante el primer acercamiento en la experiencia que se considera nueva y de alto valor emocional. En este sentido, Del Prette et al. (1999) muestran la relevancia de las habilidades sociales en el accionar del psicólogo. Una de las estrategias que resaltan para la adquisición de dichas habilidades, se encuentra en ubicar los problemas que se presentan en el aprendizaje de éstas y que a su vez manifiestan la necesidad de desarrollar facultades sociales que permeen sentimientos, cogniciones y comportamientos propios de la adaptación del individuo; la falta de componentes verbales y no verbales como base de un comportamiento social; la ansiedad considerada como una respuesta ante situaciones sociales; la inhibición cognitiva debido a prejuicios, creencias, auto verbalizaciones y auto instrucciones fuera de lugar y con tendencias a la perfección; la deficiencia en percepción social, es decir la discriminación ante el comportamiento considerado como adecuado o inadecuado.

En este sentido, se evidencia en estudiantes dificultades en el quehacer práctico de la psicología, visto desde la carencia y las fallas en relaciones interpersonales, lo cual se rastra en: problemas para leer un contexto social; dificultad en adoptar una perspectiva distinta proveniente del otro; problemas en generar comprensión y retroalimentación en los pensamientos y sentimientos del otro; positivismo en la retroalimentación (si es posible hacerla); dificultad en la elaboración de preguntas pertinentes; dirigirse al público, dificultad en presentar apoyo verbal y no verbal al otro cuando es necesario; problemas para dirigirse a personas desconocidas y de carácter autoritario; problemas para controlar la ansiedad de sí mismo; lidiar con el silencio del otro, etc. (Del Prette et al., 1999, p.32).

Estas habilidades que se han mencionado son posibles de rastrear también en el funcionamiento del practicante. Existen elementos angustiantes que se ponen en escena en la conversación y que asimismo ocasionan miedo, no permite que se encuentre la facilidad de entrar en contacto con el otro, de conversar, pensar y ordenar lo que está sucediendo en el momento. A su vez, la atmósfera de angustia que se vive por parte de la paciente en sus contenidos, hace que la practicante genere sentimientos de vulnerabilidad emocional; son estas situaciones las que conllevan a que la conversación no se aproveche totalmente, se pierde la intención de beneficiar a la paciente, es por esto que surge la urgencia de hacer recomendaciones sobre la necesidad de mayor atención en la preparación de este tipo de habilidades. Aquí, se sugieren juegos de roles con el material recogido en esta investigación como un recurso útil y práctico.

Los miedos y la intolerancia a la incertidumbre al no saber son elementos que al igual que los mencionados anteriormente, ponen en juego la calidad de atención y ayuda a la paciente. En esta problemática que surge en el accionar del practicante, Bion (1970-1977) citado por Muñoz (1995) al interesarse por el estado mental del analista como una forma de vinculación para el acceso de la realidad psíquica del paciente, resalta la capacidad negativa como una forma que permite configurar un estado mental de quien ofrece la atención, guiado hacia la tolerancia a la incertidumbre, en el desconcierto de los hechos fragmentados en el paciente, y que posteriormente irán recobrando coherencia y sentido; en este transcurso, se tiene la posibilidad de ir adaptando un estado mental de espera que surge en la relación con el espacio interno y de los personajes que están presentes en relación con el propio self como una forma de comprender el mundo y asumirlo, de expresarse con valores, ideales o preceptos morales, de reaccionar por

emociones ante diversos estados de ánimo que a su vez son expresados verbalmente o de tipo gestual (Muñoz, 1995).

Aquí resulta importante mencionar la tolerancia a la desorganización del paciente y a la propia desorganización de la que Muñoz (2014) habla. De esta manera, recibir y tolerar la desorganización del paciente implica una capacidad de contener aquellas experiencias que están desorganizadas y que son confusas para éste, de tal manera que se llegan a vivenciar y a comprender como propias, cosa que dará lugar a comprender al paciente. Por su parte, la tolerancia a la desorganización propia implica quien brinda la atención psicológica contenga aquellas experiencias que no dan lugar al surgimiento de nuevas ideas.

Dicho esto, la practicante contiene aquellas experiencias que están desorganizadas por medio del guion (más adelante se abordará esta temática), pero también emerge la propia espontaneidad para que se vayan dando lugar a nuevas ideas e hipótesis con respecto a lo que sucede. Aquí interviene en gran medida la condición de riesgo, las dolencias físicas que manifiestan las pacientes, la dificultad en la experiencia del embarazo y elementos de alto contenido emocional en sus historias particulares.

En este sentido, a las practicantes se les dificulta la tolerancia a la frustración que nace de inseguridades propias al creer que la conversación en ningún momento estaba ocasionando un impacto en las pacientes por el tiempo de duración y encuentro que resultaban ser cortos. Esto se logró tolerar un poco con el tiempo al notar que las pacientes mostraban un agradecimiento sincero al ser escuchadas y tenidas en cuenta. De igual modo, la necesidad de que las pacientes pusieran en palabras lo que estaban sintiendo en el momento era un aspecto significativo para las practicantes, sólo de esta manera esperarían que ellas encontraran sentido en este acercamiento, sin embargo se pudo ver que no siempre era la única comunicación para expresar sus contenidos, también lo hacían por medio de gestos y pensamientos para sí mismas.

Ante esta situación caracterizada por la impaciencia en la falta de comunicación verbal de las pacientes y la inquietud por acceder al mundo interno de las pacientes para validar la función de las practicantes y de esta manera atenuar las inseguridades propias del practicante, surge interesante citar a Muñoz (2014) cuando expone su interés en la capacidad de indagar sobre la realidad onírica, el lenguaje y el comportamiento no verbal. Por un lado, indagar, explorar, analizar e interpretar sobre la realidad onírica del paciente resulta una forma significativa de acceder al mundo interno del paciente en la comprensión psicoanalítica, cosa que para Freud

(1912) también es importante. Por otro lado, examinar sobre el comportamiento verbal del paciente permite llegar a estructuras y contenidos de la realidad interna como también se logra por medio del comportamiento no verbal, ya que se comunica mediante sus gestos, dolores y enfermedades corporales.

Dicho esto, las conversaciones con las madres al ser en su mayoría cortos y de un solo encuentro no permiten indagar en torno a la vida onírica, pero si a través del lenguaje y el comportamiento no verbal (gestos y síntomas físicos) de las pacientes para saber cómo acercarse a ellas, sin embargo, la falta de palabra surge como un elemento frustrante para la practicante. Esto se relaciona en gran medida con lo que McDougal (1989) observa en sus pacientes adultos que muestran un funcionamiento psíquico característico de un niño, que recurre a la reacción psicósomática manifestada bajo una emoción dolorosa y que resulta complicado expresar por medio del lenguaje. Cosa que así como le ocurrió a las practicantes, la autora lo reitera, pues esta situación crea cierta vulnerabilidad en el practicante, el paciente muy pocas veces es capaz de verbalizar los síntomas y resulta muy difícil en términos del tiempo, crear asociaciones con las fantasías, pensamientos o sueños recurrentes a las explosiones somáticas.

Por su parte, el tipo de relación paciente-practicante configurará el funcionamiento de ésta, en la medida que se observó que dependiendo de la forma de afrontamiento de la paciente en su hospitalización se facilitará el acercamiento de las practicantes, asimismo, se aprovechará mejor la conversación cuando se presenta la capacidad de reflexión y de palabra. La actitud amable y receptiva que tienen las pacientes en algunos casos y la urgencia de descarga permea la espontaneidad y la comodidad del practicante y logra dejar de lado los temores ocasionados por la condición de practicante primerizo.

Por supuesto que las dinámicas del hospital intervienen en los sentimientos que cruzan por el practicante, hubo un caso particular en el que la falta de información y claridad en el diagnóstico de la paciente generó una demanda hacia la practicante para responder esta duda, sin embargo, nuestra función como estudiantes-practicantes no permite que respondamos a este tipo de solicitudes, lo que hace que experimentemos sentimientos de incomodidad e inutilidad, aquí volvemos otra vez al cruce entre las dudas propias y profesionales y las dinámicas institucionales. Sin embargo, son estos estados emocionales de las estudiantes lo que no permite construir una comunicación más amable y tranquila sobre el significado que tiene para la joven su situación. Este tipo de requerimientos que resultan ajenos para el practicante, surgen también

como un elemento de trabajo preparatorio para estudiantes. Saber cuál es la función y no salirse de ella.

En este aspecto, cabe citar a Muñoz (2014) y Bion (1996) para contrastar la relación practicante-paciente con la relación que se presenta entre madre-bebé. Desde esta perspectiva, la relación continente-contenido de la cual habla Bion está presente en el funcionamiento terapéutico, siendo la practicante quien cumple la función de continente caracterizada por encontrarse en un estado receptivo dispuesta a la escucha activa de todo aquello que la paciente no es capaz de tolerar y que asimismo manifiesta en su necesidad de ser contenida. En este sentido, las pacientes mostraron sus quejas, sus reclamos, sus peticiones y también sus sentimientos de felicidad y de amor hacia el bebé, cosa que la practicante puede lograr comprender y devolver por medio de un estado mental dispuesto y abierto para recibir de manera amable y libre de prejuicios todo lo que la paciente pone en escena.

Frente a la función receptiva que debe tener el terapeuta frente la paciente, Muñoz (2014) plantea la función analítica receptiva en donde hace referencia a un estado mental del analista que le permite acercarse a las experiencias del paciente y a su propia vivencia con respecto al proceso que se da, de tal forma que implica una expansión del conocimiento y un contacto con el estado emocional propio y del paciente. No obstante, cuando Muñoz (2014) hace referencia a recibir y tolerar la transferencia incluye aceptar el objeto envidioso, sádico y aterrador, pero a la vez tierno, amoroso e interesado que el paciente transfiere, lo que significa tolerar las identificaciones proyectivas del paciente. Ahora bien, al recibir y tolerar la contratransferencia se está aceptando la aparición de sensaciones, sentimientos y pensamientos sobre el paciente que, no son producto de la observación sino de lo proyectado por el paciente o de las experiencias propias de analista.

Es a través de esto donde se puede ver cómo tanto la practicante como la paciente transfieren sentimientos entre sí. En esta dimensión el practicante tiene que estar en disposición de recibir todo lo que la paciente trae y pone en escena durante la conversación; sin embargo, esto se presenta en algunos casos, ya que en otros no se posibilita debido a que los contenidos que la paciente trae logran invadir a la practicante. Pero, son los estados de ansiedad los que producen vulnerabilidad emocional en el practicante y lo que no da lugar a responder en la sesión y a construir una comunicación más amable y tranquila sobre el significado que tiene para la paciente su situación en cuestión.

La imposibilidad de la practicante en metabolizar y contener la experiencia emocional de la paciente, es posible comprenderla desde lo que Bion (1988) explica como la dificultad en la función continente- contenido que, se produce cuando el contenido recibido resulta excesivo para el continente, entonces en lugar de que ocurra un encuentro significativo, lo que se produce es un desencuentro entre unos elementos que buscan o requieren organización y la ausencia de un espacio psíquico que pueda darles forma y significación. Lo anterior produce sensaciones de displacer o malestar entre los participantes, que van desde la sensación de frustración hasta de sin sentido.

Teniendo en cuenta lo anterior, la practicante al encontrarse ante una situación que resulta nueva, desconocida e impactante en algunos casos, da paso a que se manifiesten sentimientos de miedo a no saber cómo afrontar lo que se le presenta, un impacto frente a la situación de la paciente, esto en ocasiones sobrecarga a la practicante. Por tanto, el papel de la supervisión es fundamental para poder hablar y pensar en torno a lo vivido; a la descarga de contenidos emocionales que causaron vulnerabilidad en la practicante y a generar hipótesis sobre lo sucedido en la experiencia. Es decir, el restablecimiento de la función continente-contenido en otro momento y escenario.

El miedo a ser intrusivas en la privacidad de la paciente fue otro elemento que surgió en las practicantes, debido al temor a no hacer las cosas de una forma adecuada. Es decir, el no saber cómo actuar es disfrazado en el miedo a la intrusión, que en parte es una causa que nace por la inexperiencia que se vive en no saber cómo abordar lo que está pasando, no saber qué decir ni cómo actuar sobre el espacio y la vida del otro.

Es por esto que surge la necesidad de recurrir a una herramienta que genere seguridad en el practicante, este es el caso del guion, que permite la facilidad en el acercamiento con el otro, pero a la vez un mecanismo defensivo. En este sentido, definimos como guion a aquellas preguntas habituales que usamos para indagar elementos que influyen en el estado mental de las pacientes, tal es el caso de saber cómo se sienten en el momento, cómo es la relación de apoyo generalmente con sus familias, las expectativas que se han hecho sobre el futuro, los ideales frente al bebé, entre otras. Generalmente, se recurre a una pregunta específica: ¿cómo ha sido esta experiencia para ti? Porque es una pregunta que permite que la paciente cuente un poco de su historia y la practicante se use este relato para desarrollar la sesión.

Entretanto, el guion es un recurso valioso al que buscan las practicantes por otras razones. Por una parte, se usa como una herramienta que permite lidiar con los silencios y con la vulnerabilidad emocional en la que se encuentra la paciente, ya que esta situación se convierte en un momento de bloqueo mental, miedo y sentimientos de estar siendo intrusivos con la paciente. Por otro lado, facilita la urgencia de escape que siente el practicante al no saber qué hacer con la información y cómo devolverla, puesto que en ocasiones se le dificulta brindar información delicada con respecto al estado de salud o temas difícil en relación con la paciente. Un ejemplo a esta situación es el caso D, paciente de 15 años con embarazo de 4 meses y que se encuentra presente la duda sobre la existencia física del bebé; esto se convierte en un tema de difícil manejo para todos, ya que los propios médicos en sus discursos han generado una confusión que las practicantes temen acrecentar.

El guion surge para lidiar con los propios estados emocionales de la practicante, pues a la hora de interactuar con las pacientes se ponen en juego los miedos propios, la vulnerabilidad emocional característica de la condición humana, los prejuicios, los sentimientos de amor y la necesidad de comprender al otro. Frente a esto, Sullivan (1953) citado por Bacan y Thompson (1996) rescata el papel de la condición humana del terapeuta, propio de una historia y experiencias significativas que son patentes de ponerse en juego dentro de la situación analítica, por lo tanto existe una correlación psicológica entre paciente y analista, sólo que desde miradas funcionales distintas.

Así pues, el analista no se está exento de sensibilidades, vulnerabilidades y anhelos que nacen de frustraciones pasadas o presentes, sean personales o profesionales (Wolf, 1979 citado por Bacal y Thompson, 1996). En esta línea, cabe relacionar el hecho que Bacal y Thompson ilustran y es, cuando un paciente se fragmenta psicológicamente, las necesidades selfobjeto del analista atraviesan por la frustración por distintos motivos, entre esos, pérdida de eficacia, sentimientos de enojo, incompetencia, desilusión, decepción en sí mismo y vergüenza. Es en este sentido cuando la contratransferencia toma importancia para Gunther (1976) ya que es una realización en las frustraciones del analista que se ven construidas en la relación con el paciente. Ante esto, las practicantes se identifican en la medida que en ciertas ocasiones la dificultad que se crea por no lograr mantener una conversación, la falta de herramientas para devolver contenidos comprensibles a la paciente, huir con preguntas al miedo que ocasiona la emoción del otro, las inseguridades propias y demás son factores que conllevan a que la practicante se sienta

incompetente y decepcionada de sí misma por no aportar al otro que se encuentra en una condición de vulnerabilidad; es la impotencia de no haber ido un poco más allá.

Una técnica que resulta muy favorable en el analista es la función analítica interpretativa que habla Muñoz (2014) y que explica como un estado mental del analista que le permite acercarse de cierta forma a su conocimiento para transmitirlo al paciente que está siendo analizado. En relación a esto, plantea factores que intervienen en dicha función. En primer lugar, la capacidad del analista para hacer de la interpretación un instrumento que ayude a desarrollar la capacidad de sentir y pensar en el analizado y en sí mismo, por tanto esta función debe considerarse como un instrumento en el que el analista sea capaz de mostrarle al analizado la forma en que éste maneja el pensamiento y el sentimiento.

En el contexto del hospital y la práctica de psicología, esta función es riesgosa y tiene poco presencia. En su lugar, opera la indagación respetuosa que invita a la imaginación – reflexión como por ejemplo, lo que se realiza en los intentos de las practicantes de devolver los contenidos a las pacientes de distintas formas, en su mayoría con una pregunta que sea capaz de enriquecer el discurso de la paciente y que figure como una manera de conocer un poco más lo que está sintiendo, esperando que esta atención cuidadosa genere en la paciente la oportunidad de que ella pueda volver sobre su experiencia o sus vivencias y que en presencia de un testigo con una actitud benévola, pueda también encontrar nuevos sentidos para la misma.

Asimismo, la capacidad para hacer interpretaciones veraces y evaluables conjuntamente con el analizado es otro elemento que Muñoz (2014) recomienda. De nuevo, lo que se pone en escena en el hospital es una relación genuina, que se funda en el valor de la verdad útil y pertinente en el momento. En esta medida, las conversaciones al ser cortas y en su mayoría de un solo encuentro, configuraron una relación paciente-practicante bajo una retroalimentación inmediata en la que el pensamiento es compartido, brindando la capacidad de pensar en otras cosas apartes de la condición de hospitalización. Tal fue el caso de la paciente A que, se le brinda una atención distinta a la palabra, ya que en esta situación lo más importante es ofrecer calidez y calma, por eso se recurrió al uso de mándalas para buscar el centro de la atención caracterizado por el cuidado y el respeto. Estos espacios se buscan con la intención de responder siempre a las necesidades emocionales que demanda la paciente y no por imposición de una necesidad de la practicante.

Como cita Sassenfeld (2006) a Wolf (1989) para referirse al proceso atmosférico en el proceso terapéutico, al paciente se le posibilita encontrar un ambiente distinto al que atravesó en su infancia con fallas empáticas en las necesidades que en ese momento atravesaba su propio self, y ahora es posible de encontrar en un psicoterapeuta responsivo y cálido hacia las necesidades actuales o pasadas que en su selfobjeto fueron frustradas. Así, Wolf (1989) citado por Sassenfeld (2006) resalta el gran valor que tiene el entorno sobre la sanación del self, de aspectos y potencialidades que se vieron pasmadas e inhibidas y que ahora existe un objeto capaz de interesarse por las vivencias y experiencias del paciente sin prejuicio alguno.

En un sentido análogo, uno de los funcionamientos del practicante fue el considerar el papel de contención como la necesidad de acompañar más que de ofrecer discurso, ofrecer calma y calidez que permita a las pacientes expresar sus preocupaciones; así, el uso de mándalas como la creación de un espacio transicional que permita una dinámica distinta a la que se vive en el hospital, al papel de la escucha ya que se encontraron pacientes con necesidad de descarga, y la construcción de un espacio que diera cuenta de aspectos en su historia personal que jamás fueron pensados por ellas y que resultan ser de carga emocional.

Otro funcionamiento que describe al practicante está relacionado con lo que se refieren Wolf (1980) y Kohler (1985) citado por Bacal y Thompson (1996) a transferencias de selfobjeto, están hablando de las necesidades del paciente sobre el analista en restaurar y reparar el propio self, y la contratransferencia para que el analista se remonte a dichas transferencias en el analizante. Sin embargo, el autoconocimiento en los terapeutas sobre sus propias necesidades y vulnerabilidades en su funcionamiento terapéutico permitirán aclarar con mayor facilidad la empatía y sensibilidad hacia el paciente. De esta manera, es importante explicar lo que estos autores hablan sobre las frustraciones del selfobjeto en la contratransferencia.

Así, las practicantes por medio de las supervisiones que se tuvieron al inicio y sucesivamente, fueron capaces de realizar una preparación de autoconocimiento antes de lanzarse a la experiencia nueva. En esta medida, se pensaron sobre los miedos en el manejo de un nuevo contexto, de una problemática ajena a sí mismas, expectativas, entre otros elementos que en parte colaboraron para esclarecer un poco el funcionamiento terapéutico con las pacientes, pero que indiscutiblemente la empatía y la sensibilidad fueron elementos que surgieron y se fortalecieron con el aprendizaje en la experiencia poco a poco; esto posibilitó que se desarrollaran ciertas habilidades que representaron dificultad, como fue el hecho de acercarse

al otro de una manera en la que las pacientes no hacen la solicitud de la atención sino que las practicantes son las que llegan a las habitaciones con el miedo de ser rechazadas o no-escuchadas.

Para finalizar es importante mencionar las dificultades y aprendizajes que dejó consigo la experiencia. En este sentido, la conversación con las pacientes surgió un poco controversial en toda la extensión de la palabra, pues al ser una practicante inexperta y primeriza se presentan miedos frente al no saber, referido a cómo iniciar una conversación, cómo tratar a la paciente, cómo devolverle lo que nos está confiando en una relación de paciente-practicante, cómo no caer en un sentimiento de intrusión frente a su historia particular, cómo reaccionar ante un “no quiero hablar ahora”, cómo hacer para no sentirse asustado a cometer errores, qué hacer para no generar más ansiedad en la paciente.

Todos estos elementos se ponen de frente en el primer acercamiento, sin embargo con el tiempo esto va desapareciendo puesto que la confianza en sí mismas va creciendo, se va conociendo uno mismo, se descubren capacidades que nunca se creyeron tener, pero todo esto lo permite la experiencia comprendida como transitoria y no de la noche a la mañana. Es inevitable reconocer un proceso análogo al que vive una madre al tener a un recién nacido en brazos, lo que invita no solo a acompañar respetuosamente este proceso, ofreciendo cercanía y confianza, asunto que también se requiere a la hora de la formación de los estudiantes que hemos llamado inexpertos.

Estos miedos que se enraízan en las inseguridades de las practicantes, hacen que se dificulte el desarrollo sincero y eficaz en la conversación con las pacientes, genera el estancamiento de hipótesis en torno a lo conversado, porque lo que hace la practicante es escudarse y/o esconderse detrás del guion, que funciona para lograr acercarse con confianza al paciente pero al mismo tiempo se convierte en un mecanismo de defensa para sí mismo. Por tanto, se pone en escena una situación egoísta por parte del practicante al asegurarse a sí mismo sin dejar fluir novedades en la situación en cuestión.

Otra cosa que generó ansiedad en las practicantes fue el cambio que significa encontrarse con una demanda hecha por un potencial paciente, al ofrecimiento de una atención no solicitada. En el Hospital Universitario San Ignacio, a las practicantes se les asignaban los casos, minutos previos a ir a sus habitaciones se contaba un poco sobre la condición actual, del porqué de la hospitalización, la edad, el nombre, entre otros. En este sentido, las practicantes atravesaban por

el temor de rechazo, específicamente. Otra cosa que surgió en esta dinámica fue el hecho de no darle continuidad a las pacientes, sólo se veían una vez, siempre eran pacientes distintas, por lo que se trabajaba en el aquí y el ahora pero muchas veces dejaba un sinsabor de querer dar un poco más y rectificar el impacto que las conversaciones tendrían en ellas.

No obstante, con el paso del tiempo se fue fortaleciendo un poco más nuestras habilidades, porque al principio no contábamos con una primera experiencia para acercarnos a una persona en estado de vulnerabilidad como lo es el embarazo en alto riesgo, también las inseguridades y los miedos que en lo personal nos impedían la fluidez de éste proceso, el hecho de sentir miedo al rechazo como hemos mencionado anteriormente, de un manejo en situación en crisis, de una contención y validación emocional que en teoría sonaba sencillo pero que en la práctica era otra cosa; sin embargo, los seminarios preparatorios en lo académico nos ayudaron muchísimo en éste sentido, y por supuesto las supervisiones, en cuanto exponíamos casos y juego de roles para perder el temor y entender ciertas situaciones. También, la sensibilidad para saber cuándo era pertinente iniciar una conversación, muchas veces las pacientes estaban indispuestas, con sueño, con dolor, comiendo, con sus familiares e ir entendiendo que los intereses profesionales de nosotras mismas no podían excluir las necesidades y condición actual de las mujeres.

Éste semestre en el hospital nos permitió confiar un poco más en nosotras mismas, que el tener un objetivo que encamine una conversación no es lo mismo que tener planeado y estructurado a la perfección un libreto para llegarles a las pacientes, más bien fue una experiencia compartida, donde pudimos aprender tantas cosas de lo que ponían en escena las madres, tanto reconocimiento de ellas mismas por el apoyo brindado y nosotras como dadoras de esa realidad. El impacto es otra variable que valdría nombrar, no sobra decir que cuando se hace algo, se quiere ver una manifestación del trabajo; sin embargo, con el paso fuimos comprendiendo que lo que ocurre en el aquí y el ahora son momentos valiosos, y con un caso particular como el de la atención a una adolescente después de uno de los conversatorios, el impacto que generó simplemente la escucha hacia otra paciente, la comprensión y el que simplemente esté una persona al lado que reconozca que existo y que estoy pasando por un momento difícil, que me cuesta mucho asimilar sola o que aún no he tenido un momento para pensar qué está ocurriendo, son cosas que transforman, comprender que no es una cuestión de resultados investigativos, sino de compromiso de lo que el otro está confiando.

Esto en un gran sentido se relaciona con la actitud que llega el practicante, nos costó demasiado pero a medida que pasó el tiempo pudimos ir regulándolo, sentir sueño, pereza, enfermedad, problemas en la vida, prejuicios son cosas que tenemos que dejar ahí porque habrá quien nos espera para ayudar en el momento que están pasando, y que en este contexto es distinto porque ellas no son las que acuden a nosotras, esto en general como ética se tiene que ir aprendiendo un poco más.

Podemos decir que a pesar del cansancio, en lo personal nos ayudó a comprender y fortalecer cosas en nosotras mismas, saber que tendremos que convivir con limitaciones en cualquier contexto, pero que se pueden ir abriendo pequeños pasos para que ocurran cambios, como lo son el poder brindarle un espacio distinto a las madres durante su hospitalización, que sin pretender cambiar su vida radicalmente, aportar al entendimiento de una situación o de traer a escena cosas que en otro momento no pudieron ser pensadas por los momentos de ansiedad, desesperación y/o estrés que viven.

Es importante mencionar a Zuleta (2005) y lo que afirma en sus escritos cuando se refiere a la dificultad. Elogia a la dificultad puesto que “permite desear una relación humana inquietante, compleja y perdible, que estimule nuestra capacidad de luchar y nos obligue a cambiar” (Zuleta, 2005, p.14). A partir de esta afirmación, se quiere concebir la dificultad más como reto que como problema, gracias a las dificultades que se presentaron en torno a los conversatorios, se logró desarrollar este trabajo investigativo y a crecer como seres humanos y profesionales. Así mismo, permite que se evalúen elementos que tiendan a entrar en conflicto y frustración al practicante en este contexto e intentar matizarlo mediante la enseñanza y práctica de habilidades que resultan relevantes en este campo. Podemos decir que la experiencia es el mejor escenario para el aprendizaje pero que de todos modos, es necesario tener un ambiente preparatorio para abordar estas problemáticas.

Otro aprendizaje es que, cada paciente supone una dinámica de funcionamiento distinta, no se puede pretender generalizar en este contexto. Cada paciente es visto como una persona particular, una nueva experiencia que trae consigo diferentes sensaciones, emociones y contenidos que harán que el practicante reaccione de distintos modos, siempre estará el factor sorpresa, de lo desconocido, de la incertidumbre y por lo tanto de la curiosidad también; cosa que nos mantuvo activas en este proceso.

## Referencias

- Bacal & Thomson. (1996). Las necesidades de selfobject del psicoanalista y el efecto de su frustración en el curso del tratamiento: una nueva visión de la contratransferencia. *Intercambios: papeles de psicoanálisis*, 1, 67-78.
- Barbado, Aizpiri, Cañones, Fernández, Goncalvez & Rodríguez. (2005). Aspectos históricos antropológicos de la relación médico-paciente. *Habilidades en salud mental*, 70, 31-36.
- Bion. (1988). Capítulo XX. *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Horme-Paidós
- Bion. (1996). Una teoría del pensamiento. *Volviendo a pensar*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Del Prette, Del Prette & Barreto. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7, (1), 27-47.
- Freud. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Obras completas*, 107-119.
- Hospital Universitario San Ignacio. (2014). *Descripción*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2014 de: [http://servicios.corferias.com/stand\\_virtual/index.cfm?stand=13968](http://servicios.corferias.com/stand_virtual/index.cfm?stand=13968)
- Hospital Universitario San Ignacio. (2014). *Nuestra institución: Nuestras políticas*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2014 de <http://www.husi.org.co/nuestras-politicas>
- Langer. (1964). Maternidad y sexo: Estudio psicoanalítico y psicosomático. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Manzo, Vásquez, Jacobo & Tenorio. (2011). Maternidad y Paternidad: una reflexión desde el psicoanálisis. *Uaricha-Revista de psicología*, 8, (16), 1-11.
- McDougall. (1989). El psicósoma y el viaje analítico. Paris: Editions Gallimard.
- Muñoz. (1995). Algunas reflexiones sobre la realidad psíquica. *Revista de la sociedad colombiana de psicoanálisis* 20, (1), 29-59.
- Muñoz. (2014). Parte B Reflexiones sobre técnica psicoanalítica. *Clínica psicoanalítica doce estudios de caso y algunas notas de técnica*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Muñoz & Torres. (2014). El maltrato y la violencia estrechan y aniquilan lo psíquico. *Universitas Psychologica*, 13, (3), 15-26.

- Pinto, Aguilar & Gómez. (2010). Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognoscitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 9, (3), 749-759.
- Rodríguez, Pérez & Salguero. (2010). El deseo de la paternidad en los hombres. *Avances en psicología latinoamericana*. 28, (1), 113-123.
- Ruiz. (2004). Sobre la profesión de psicólogo clínico: Consideraciones actuales y retos futuros. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 139-147.
- Sassenfeld. (2006). El concepto del selfobjeto y el proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de la psicología psicoanalítica del self. *Gaceta Universitaria: Temas y controversias en psiquiatría*, 2, (1), 55-60.
- Slaikau. (1996). Intervención de primera instancia. Primeros auxilios psicológicos. *Intervención en crisis*. México: Editorial El manual moderno.
- Sorokin. (2000). Relación intersubjetiva médico-paciente: en defensa propia. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, 5, (1), 89-92.
- Strauss & Corbin. (2002). Introducción: La investigación cuantitativa. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Duran, Medina, Ballesteros, Arregocés, Novoa, Torres, Sánchez, Díaz, Gómez, Robledo, Alzate & Marciales. (2007). Estrategia de investigación-intervención. *Propuesta programa de posgrado maestría en psicología clínica* (p. 12-13). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Torres. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, (3), 285-297.
- Uribe, Aristizabal, Barona & López. (2009). Competencias laborales del psicólogo javeriano en diferentes áreas aplicativas: clínica, educativa, social y organizacional. *Psicología desde el Caribe*, (23), 21-45.
- Winnicott. (1993). Conversando con los padres: aciertos y errores en la crianza de sus hijos. Barcelona: Editorial Paidós.
- Yáñez. (2005). Competencias profesionales del psicólogo clínico: un análisis preliminar. *Terapia psicológica*, 23, (2), 85-93.

Zuleta. (2005). El elogio de la dificultad. *El elogio de la dificultad y otros ensayos* (p. 13-18)  
Medellín: Hombre nuevo editores y Fundación Estanislao Zuleta.

## Anexos

### Anexo A. Consentimiento Informado

Somos estudiantes de pregrado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, Stefannya Mora Rojas y Karina Luna García, ambas de 22 años de edad. Como parte del proceso práctico en atención psicológica en contextos, estuvimos inmersas en una experiencia en el contexto hospitalario que fue facilitado por el Hospital Universitario San Ignacio en la Unidad de Recién Nacidos y Alojamiento Conjunto. Esto se realizó durante el primer semestre del 2014 y ahora en el segundo semestre del 2014 se le dio continuidad a este proceso, mediante el análisis de la experiencia vivenciada durante la práctica. Por tanto, el objetivo del trabajo investigativo está guiado a la comprensión del funcionamiento del practicante primerizo en un contexto hospitalario, de manera que permita dejar un aprendizaje en estudiantes y en la práctica por medio de propuestas que ayuden hacia la mejora en la forma de enfrentarse a un contexto como éste.

Esta investigación se realizó a partir de un interés personal como jóvenes estudiantes que están inmersos en una práctica que se da en un contexto hospitalario y que configura una primera experiencia para el ámbito profesional. En este sentido, al ser las autoras y al mismo tiempo las participantes en el desarrollo de la investigación, consideramos importante prevalecer los criterios de respeto a la dignidad y la protección de los derechos que propone la ética profesional. Por tanto, estamos elaborando el presente formato como una manera de respetar y seguir los lineamientos que caracterizan la autonomía del participante.

De esta manera, teniendo claridad en el carácter de elaboración en la presente, Stefannya Mora Rojas identificado con la C.C. 1022375874 y Karina Luna García con la C.C. 1020781039 autorizan su participación en la investigación que se llevó a cabo con respecto al funcionamiento de la practicante que se desarrolla en el contexto hospitalario frente a la atención psicológica hacia madres gestantes y/o que tuvieron bebé.

En constancia firma,

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ cc. \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ cc. \_\_\_\_\_

**Anexo B. Plan de Práctica Formativa**

<b>UNIVERSIDAD JAVERIANA</b>			
Facultad	Facultad de Psicología	Nivel de Formación	Pregrado
Programa Académico –Registro SNIES – Número de Estudiantes por Registro Calificado.	Carrera de Psicología - 950 - Cupos: 87 estudiantes en primer semestre		
Asignatura	Atención Psicológica En Contexto.	Nivel de Avance	8º semestre
Nombre de la Rotación	Promoción y cuidado de la lactancia materna		
Intensidad Horaria	4 Horas Semanales		
Responsable(s) de la Universidad Javeriana - Cargo.	Nubia Esperanza Torres Profesora Asociada Facultad de Psicología		

<b>ESCENARIO DE PRÁCTICA</b>	
Nombre del Escenario de Práctica	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO -
Número de estudiantes por Programa que rotan simultáneamente en el escenario de práctica	10 estudiantes en total, presentes en la unidad sólo en grupos de dos, dos veces a la semana. Los estudiantes estarán con pacientes ( madre – bebé ) en Alojamiento Conjunto Area de Ginecobstetricia y en la Unidad de Recién Nacidos estarán en el Area Educativa a Familiares, para unirse a las charlas educativas a padres y familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Recién Nacidos y/o Alojamiento Conjunto.
Responsable del Escenario de Práctica – Cargo.	CLAUDIA EMILSE FAJARDO, PSICÓLOGA PEDIATRÍA. HOSPITAL SAN IGNACIO
<b>CARACTERIZACIÓN DE SERVICIOS</b>	
<b>Unidad de Servicio</b>	<b>Código de Habilitación del Servicio</b>
Unidad De Recién Nacidos Y Alojamiento Conjunto	110010945601
	18

<b>INTENCIONALIDAD FORMATIVA</b>			
OBJETIVO GENERAL DE LA ROTACIÓN EN EL ESCENARIO DE PRÁCTICA.		HABILIDADES A DESARROLLAR POR EL ESTUDIANTE	
<p>Estudiar las relaciones entre la demanda, la atención psicológica y el bienestar/sufrimiento en contexto de la Unidad de Recién Nacido y Alojamiento Conjunto, con el fin de generar junto con las directivas a cargo del servicio, estrategias de primer nivel de atención psicológica, que favorezca el vínculo de la madre y su bebé y el soporte de la familia, teniendo como foco de exploración y acercamiento la lactancia.</p>		<p>Competencias de Observación, registro y análisis de lo observado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar de primeras entrevistas.</li> <li>- Desarrollar competencias de atención psicológica y acompañamiento psicoterapéuticos</li> <li>- Desarrollo de estrategias de atención y comunicativas de prevención</li> <li>- Desarrollo estrategias de atención y comunicativas de prevención</li> <li>-</li> </ul>	
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN EN EL ESCENARIO DE PRÁCTICA.</b>			
<p>Comprender la importancia del vínculo temprano madre-bebé-padre-familia extensa en el desarrollo del infante y de las competencias de cuidado y soporte del entorno</p>			
<p>Desarrollar habilidades comunicativas de escucha, cuidado y contención de las experiencias de otros en un marco de cercanía afectiva y respeto.</p>			
<p>A partir de las comprensiones realizadas de las condiciones de los y las usuarias del servicio, generar acciones que favorezcan el desarrollo psicológico de los mismos.</p>			
<b>PROGRAMA DE DELEGACIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE*</b>			
	FUNCIONES O ACTIVIDADES	RESPONSABILIDAD Y NIVEL DE DELEGACIÓN	CONDICIÓN(ES) DECUMPLIMIENTO
1	Observación, Registro y	Atención Dirigida	3 Observaciones

	Análisis		Semestrales
2	Primeras Entrevistas.	Atención Dirigida	10 Entrevistas Semestrales
3	Apoyo psicológico a usuarios	Atención Dirigida	10 Sesiones Semestrales

\*Leer la Guía para el diligenciamiento del Anexo Técnico(Documento Adjunto).

<b>METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA –APRENDIZAJE</b>	
Estrategias pedagógicas para las prácticas	Seminarios de la Facultad de Psicología: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seminario Teórico: Campo de la Salud, Sustrato neuropsicológico del desarrollo infantil, teorías psicológicas sobre el desarrollo temprano</li> <li>2. Seminarios Metodológicos</li> <li>3. Supervisión y seguimiento de Casos</li> </ol>
Medios educativos para las prácticas	Salones dotados de medios Audiovisuales completos.

<b>EVALUACIÓN</b>	
¿Qué se evaluará?	Presencia y compromiso ético con las responsabilidades dentro de la Unidad  Calidad de los productos de las observaciones y de la atención psico-educativa de apoyo a los usuarios  La calidad del producto comunicativo de prevención y promoción
¿Cómo se evaluará?	Registros de Observación  Protocolos o registros de la atención psicológica  Elaboración de ensayos teórico-prácticos de las experiencias  <i>Nota: Cada una de las actividades, tendrá una nota expresada en una escala de 1.0 a 5.0.</i>

<b>CUERPO PROFESORAL</b>		
<b>NOMBRE DEL PROFESOR</b>	<b>PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA</b>  (Horas Semanales que le dedica a la rotación, horas de disponibilidad)	<b>ESCENARIO DE PRÁCTICA</b>  (Horas Semanales que le dedica a la rotación horas de disponibilidad)
CLAUDIA FAJARDO	5 HORAS	
<b>TCE: 0.65</b>		

\* TCE: \*Un tiempo completo equivalente para un docente son 40 horas semanales.

<b>Bibliografía</b>
- Torres, N., Rojas A. (2000) El Desarrollo Infantil. Bogotá, Javegraf.

-----	-----
<b>JULIO CESAR CASTELLANOS R.</b>  Director General  Hospital Universitario San Ignacio	<b>VICENTE DURAN CASAS S.J.</b>  Vicerrector Académico  Pontificia Universidad Javeriana



De manera complementaria, garantizamos en nuestra calidad de estudiantes y por ende autoras exclusivas, que la Tesis o Trabajo de Grado en cuestión, es producto de nuestra plena autoría, de nuestro esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de nuestra creación original particular y, por tanto, somos las únicas titulares de la misma. Además, aseguramos que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifestamos que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de nuestra competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Pontificia Universidad Javeriana por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaremos conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Pontificia Universidad Javeriana está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

**NOTA: Información Confidencial:**

Esta Tesis o Trabajo de Grado contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de una investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. Si  No

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta, tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

NOMBRE COMPLETO	No. del documento de identidad	FIRMA
Karina Luna García	1020781039	Karina Luna García.
Stefannya Mora Rojas	1022375874	Stefannya Mora.

FACULTAD: Psicología  
 PROGRAMA ACADÉMICO: Pregrado

**BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.**  
**DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO**  
**FORMULARIO**

<b>TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO</b>						
Funcionamiento del practicante en su primera experiencia en la atención psicológica dentro de la HUSI						
<b>SUBTÍTULO, SI LO TIENE</b>						
<b>AUTOR O AUTORES</b>						
<b>Apellidos Completos</b>			<b>Nombres Completos</b>			
Luna García			Karina			
Mora Rojas			Mayra Stefannya			
<b>DIRECTOR (ES) TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO</b>						
<b>Apellidos Completos</b>			<b>Nombres Completos</b>			
Torres Calderón			Nubia Esperanza			
<b>FACULTAD</b>						
Psicología						
<b>PROGRAMA ACADÉMICO</b>						
<b>Tipo de programa ( seleccione con "x" )</b>						
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado			
X						
<b>Nombre del programa académico</b>						
Psicología						
<b>Nombres y apellidos del director del programa académico</b>						
Sandra Juliana Plata						
<b>TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:</b>						
Psicóloga						
<b>PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):</b>						
<b>CIUDAD</b>		<b>AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO</b>			<b>NÚMERO DE PÁGINAS</b>	
Bogotá		2014			92	
<b>TIPO DE ILUSTRACIONES ( seleccione con "x" )</b>						
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos	Mapas	Fotografías	Partituras
		X				
<b>SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO</b>						
<p><b>Nota:</b> En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.</p>						

MATERIAL ACOMPAÑANTE					
TIPO	DURACIÓN (minutos)	CANTIDAD	FORMATO		
			CD	DVD	Otro ¿Cuál?
Vídeo					
Audio					
Multimedia					
Producción electrónica					
Otro Cuál?					
<p align="center"><b>DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS</b></p> <p>Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. <i>(En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo <a href="mailto:biblioteca@javeriana.edu.co">biblioteca@javeriana.edu.co</a>, donde se les orientará).</i></p>					
ESPAÑOL			INGLÉS		
Práctica Profesional			Professional Practice		
Atención Psicológica			Psychological Care		
Relación Terapéutica			Therapeutic Relationship		
Embarazo en alto riesgo			High Risk Pregnancy		
Atención Médica			Medical Care		
<p align="center"><b>RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS</b> (Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)</p>					
<p>Resumen: La presente investigación intenta comprender el papel y la función del practicante de psicología durante su primera experiencia de atención psicológica en el contexto hospitalario, donde se hace una revisión de lo sucedido con el fin de aprender de la experiencia vivida en la institución hospitalaria. Se considera una investigación de tipo cualitativa y con una metodología de investigación-intervención, la cual permite una unión entre la teoría y la práctica. Esto se hizo por medio de nueve (9) encuentros con pacientes gestantes o que ya han tenido su bebé, posteriormente se tiene en cuenta el uso de protocolos y revisiones meditativas que permiten comprender la vivencia tanto del paciente como del practicante, en donde se vislumbra un practicante inexperto antes los encuentros y las experiencias que surgen en la situación. Esto se tiene en cuenta para generar propuestas en torno a lo que se requiere en las primeras experiencias de práctica frente a un contexto hospitalario.</p> <p>Abstract: This research seeks to understand the part and the function of the psychology student during their first experience of psychological care in the hospital environment, where they review what happened in order to learn from the experience in the hospital institution. It is considered a qualitative research, with a methodology of research-intervention, which allows a connection between theory and practice. This was made by nine (9) meetings with pregnant women or with patients who have already had their babies. Later on, is taken into account the use of protocols and meditative reviews that provide insights into the experience of the patient and the student, where an inexperienced student is seen at encounters and experiences that arise in the situation. This is taken into account to generate proposals on what is required in the early experiences of practice in front of a hospital environment.</p>					