

Argüello, Mariela

La técnica psicoanalítica y su práctica cotidiana en el consultorio

II Jornada de Intercambio Académico y de Investigación, 2012
Facultad de Psicología y Psicopedagogía - UCA

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Argüello, M. (2012, octubre). La técnica psicoanalítica y su práctica cotidiana en el consultorio [en línea]. Presentado en *Segunda Jornada de Intercambio Académico y de Investigación*, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Buenos Aires, Argentina. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/ponencias/tecnica-psicoanalitica-practica-cotidiana.pdf> [Fecha de consulta:]

La técnica psicoanalítica y su práctica cotidiana en el consultorio

Argüello, Mariela

Resumen

El presente trabajo monográfico consiste en una reflexión personal, realizada luego de haber cursado el primer año de la maestría en psicoanálisis en La Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, en el cual se plantean diversas situaciones con las cuales uno se encuentra en el trabajo cotidiano en el consultorio y las posibilidades que la técnica psicoanalítica brinda para la comprensión y tratamiento de nuestros pacientes. Por un lado, se reflexiona acerca del encuadre, dado por la institución de medicina prepaga y el posible lugar que ocuparían el psicoanálisis y el analista; la eficacia o no de tratamientos breves; el vínculo terapéutico, del paciente con el analista y de ambos con el trabajo interdisciplinario. Por último, se rescatan aquellos elementos técnicos que podrían ayudar a la experiencia personal de trabajo con pacientes graves (esquizofrenia, trastornos del espectro bipolar y trastornos de la personalidad, entre otros).

Este trabajo fue presentado en la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados, en la cual me encuentro realizando la “Maestría en Psicoanálisis”, como cierre de la materia Teoría y Técnica freudiana.

Partiendo de preguntas, la primera que me hice dado que trabajo en una empresa de medicina prepaga fue: ¿esta institución está preparada para la atención psicoanalítica?

En el poco tiempo que tengo en esta institución pude ver que el sistema está plagado de cuestiones burocráticas que parecieran ir en favor de la atención masiva y despersonalizada de los pacientes que pareciera condicionar la tarea del analista en muchos aspectos.

La institución establece como regla que, debido a la gran demanda de profesionales de la salud mental y para que haya circulación de pacientes, los mismos, deberán realizar psicoterapias breves, en turnos de entre 30 y 45 minutos, una vez por

semana, con una cobertura de 30 sesiones. En mi sector, se trabaja con pacientes que padecen de patologías graves tales como: esquizofrenia, trastornos del espectro bipolar y trastornos de la personalidad, para los cuales el tratamiento suele ser más prolongado; el equipo es interdisciplinario.

El paciente que quiera ingresar al sistema y acceder a una terapia, primero deberá hacer una entrevista de admisión con un psiquiatra admisor. Allí puede elegir entre tres terapeutas que el psiquiatra le recomienda. Luego viene el llamado telefónico:

“...vengo porque el psiquiatra que me atendió el otro día dice que tengo que hacer terapia y quería pedir un turno...”

“...te llamo porque vengo a hacer terapia y además porque necesito que me hagas un apto para que me renueven el registro de piloto...”

“...el psiquiatra que me atendió me dio tres números de psicólogas y el tuyo es el primero así que te llamé primero...”

“...hace tiempo que tenía ganas de empezar, y ahora que tengo cobertura lo puedo hacer, ¿te pido un turno?...”

“...hola me recomendó el psiquiatra que te llame, me dio una orden en la que dice: paciente con síntomas de autoreferencia, conductas obsesivas de tipo TOC y con dificultades en la comunicación verbal, me dijo que pida turno con usted...”

Estas son algunos de los primeros motivos de consulta que suelen aparecer en el servicio. Teniendo en cuenta éstos ejemplos, me pregunto, ¿hay atisbos de lo silvestre en el modo en que el discurso médico dirige sus comunicaciones al paciente?, quien luego viene a la consulta perplejo por dichas aseveraciones acerca de su padecimiento o diagnóstico previo. Asimismo, el discurso institucional condiciona ciertos modos en los que se debe atender al paciente y por otro lado, brindándole la posibilidad de acceder a una atención de su padecer sólo si se somete a dichas admisiones. Ante ésta situación, me pregunto, ¿Cuál deberá ser el discurso del psicoanalista que trabaja en éste lugar?

Al llegar a la primera consulta, el terapeuta tiene la obligación de tomarle un examen de admisión que incluye una batería diagnóstica de “tests psicológicos de admisión”. En la segunda sesión el paciente puede empezar a contar lo que le pasa, si recuerda el motivo de su consulta.

En éste clima es donde se pueden cometer errores tal como el planteado por Freud en Psicoanálisis Silvestre, en el cual las comunicaciones dadas en un momento inadecuado pueden traer graves consecuencias para el paciente. En dicho texto Freud dice lo siguiente: "... una intervención psicoanalítica presupone absolutamente un prolongado contacto con el enfermo, y el intento de tomarlo por asalto mediante la brusca comunicación, en su primera visita al consultorio, de los secretos que el médico le ha colegido es reprobable técnicamente y las más de las veces se paga con la sincera hostilidad del enfermo hacia el médico, quien así corta toda la posibilidad de ulterior influjo".¹

En la institución de medicina prepaga, esto puede ser cometido tanto por el médico admisor como por el analista que lo recibe y puede marcar sentencia desde el primer día. Muchos pacientes se quedan con lo que el psiquiatra admisor les dice el primer día, que por lo general suele ser un diagnóstico de tipo DSM IV, y luego los pacientes llegan al analista con muchas dudas y miedos.

Según lo expuesto aquí, en primer lugar, pareciera que el sistema estaría tomando a la persona que consulta como "cliente" del cual se puede sacar algún provecho económico, quedando así desdibujado el interés por la salud. Es aquí donde se encuentra el primer planteo, creo yo, que uno debe hacerse en relación a qué postura tomar ante el paciente, que podría depender de los objetivos terapéuticos a los que se quiera llegar, a motivos de ética profesional y personal de cada uno.

Al tomar al paciente como cliente, muchas veces sucede que el paciente termina asumiendo dicho rol, en variadas ocasiones y con mucho fervor. La mayoría de las veces son quejas dirigidas a la institución que entorpecen el avance del tratamiento y enlentecen el proceso de cura, el que se intenta realizar. Y no sólo eso, perturba el establecimiento del vínculo afectivo con el analista, pasando a ser un vínculo mediatizado, terciarizado y cuyos personajes son, la institución, el médico admisor, el analista y algún otro profesional que lo podría haber derivado. Teniendo en cuenta ésta situación, aparecen otros planteos relacionados al encuadre con el que se trabaja. El corto tiempo que esta terapia conlleva parecería modificar el establecimiento de una de las condiciones esenciales que Freud propone para su técnica: "...que su apego al médico (transferencia) haya llegado al punto en que el

¹Freud, S. (1910): "Sobre el psicoanálisis silvestre", A.E., 225, 226, XI.

vínculo afectivo con él le imposibilite una nueva fuga”¹ Hoy en día, parecieran estar funcionando unas múltiples transferencias a las que habría que diferenciar y tomar en cuenta para tratar de comprender lo que le sucede al paciente que consulta. Pienso que esto debe suceder en toda institución cuyo modo de trabajo sea interdisciplinario y será tarea de cada uno reflexionar sobre el rol que ocupa.

En segundo lugar, teniendo en cuenta el encuadre institucional planteado por el sistema (psicoterapia breve), uno debe analizar cómo hacer que el trabajo de uno sea positivo y de ayuda para este paciente que llega luego de haber atravesado los embates de la burocracia. Es allí donde pareciera estar el mayor desafío. En el trabajo día a día en el consultorio, con el paciente, la técnica y el encuadre institucional establecido.

El riesgo que corre el analista en éste tipo de encuadre sería el de mezclar y/o confundir su discurso con el discurso médico, sobre el cual Freud ya hacía referencia en su texto Sobre psicoterapia en el año 1905 donde decía: “Tuto, cito, incunde: el investigar y examinar no apunta a resultados rápidos, y la mención de la resistencia los prepara para esperar cosas desagradables”.²Dicha cita respondería al hecho de confundir la eficacia de un tratamiento psicoanalítico con la eficacia de un procedimiento médico ideal en el cual se busca curar de manera segura, rápida y agradable, en la que hoy en día se podría agregar que, si no es costoso, mejor. Aunque, luego, más adelante en el texto, aclara que su estudio sobre la técnica ha sido practicado en su mayoría sobre pacientes que padecían de neurosis graves y no tendría resultados sobre su funcionamiento en casos de afecciones más leves. ¿Podría ocurrir que los pacientes que acuden hoy en día a nuestros consultorios no necesiten tanto tiempo de análisis y con algunas sesiones puedan encontrar solución a su padecer? Si esto sucede sería posible que el encuadre de psicoterapia breve sea eficaz sin tener que caer en el discurso médico, a veces, los pacientes necesitan que se los escuche, dándole importancia al método que Freud llamó catártico y que es anterior a su gran descubrimiento que llamó asociación libre. ¿Tendrá éxito el uso de dichos elementos de la técnica en la psicoterapia breve?

¹Freud, S. (1910): “Sobre el psicoanálisis silvestre”, A.E., 225. , XI.

² Freud, S. (1905[1904]): “Sobre psicoterapia”, A.E., 252. , VII.

Supongo que sería tarea de cada uno como profesional confirmarlo o no en la práctica diaria.

A pesar de todos los contratiempos que puede generar el trabajar en una institución de medicina prepaga, hay ciertos elementos que provienen de la técnica psicoanalítica que pueden servir no solo en el tratamiento con pacientes neuróticos sino también en la atención de pacientes con patologías graves.

Teniendo en cuenta mis primeros pasos en la profesión, pude ver que en la mayor parte de los casos de pacientes graves con esquizofrenia, dicho modo particular de escucha o de actitud psíquica, me ha ayudado a comprender más allá del delirio y más allá de la incoherencia del discurso, pude escuchar verdaderos reclamos y estados afectivos primitivos y precarios. Entendí que si me quedo en el discurso médico, puedo perder de vista lo más interesante para mí, que es el poder escuchar al paciente y que éste se sienta escuchado y luego, gracias a los profesionales que me supervisan, poder ayudarlo con su padecer y a sus familiares.

Por último, como vimos al comienzo de la materia, en Estudios sobre la Histeria Freud comienza a construir una teoría de la memoria basada en aquello que no se recuerda y termina esbozando una teoría del aparato psíquico y su funcionamiento, en especial, en el de pacientes neuróticos. Esto sería lo más importante, pienso, más allá de los demás elementos fundamentales que la técnica propone, y es el hecho de que a través del psicoanálisis tenemos una perspectiva desde la cual concebir al aparato psíquico y al funcionar de los procesos mentales. Desde este lugar, es que podría intentar comprender lo que ocurre en los casos de pacientes graves.

Termino con muchas preguntas y entiendo que éste camino para mí recién comienza y todavía queda mucho por descubrir y aprender.

Bibliografía

Freud, S. (1905[1904]): "Sobre psicoterapia", A.E., VII.

Freud, S. (1912): "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", A.E., XII.

Freud, S. (1910): "Sobre el psicoanálisis silvestre", A.E., XI.

Freud, S. (1904 [1903]): "El método psicoanalítico de Freud", A. E., VII.