



Universidad Empresarial Siglo 21

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Grado

"Motivos de Abandono de Tratamiento Psicológico"

Centro Médico- Hospital Privado de Córdoba

Autora:

Erica Sauer

Tutor:

Licenciado Miguel Angel Escalante

Profesor de las Cátedras "Psicología Social" y "Psicología Sanitaria"

Facultad de Psicología- U. N. C.

Tribunal Evaluador:

Licenciada Silvia Ayllón

Licenciada Hilda Galetti

Córdoba, Mayo 2004

Agradezco a todas las personas que de diferentes maneras me ayudaron a transitar este camino personal y académico...

Al Dr. Jorge Richardson, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba; Equipo de profesionales y secretarias...

A Miguel, por el seguimiento y apoyo de mi trabajo...

A mi papá, por el ejemplo del estudio...

A mi mamá, por el ejemplo de la constancia y el sacrificio...

A cada uno de mis hermanos: Cecilia, Facundo, Federico y Valentín...

A las amigas que coseché en este camino: Gabriela, Clarisa, Elina y Cecilia...

A Julio, por el apoyo de todos los días...

A la tutora de la carrera de Psicología de la UES 21, Mary Braganza; y a las profesoras Hilda Galetti y Silvia Ayllón...

A cada una de ellas, gracias por tantos motivos...

INDICE

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

Introducción	6
Justificación	8
Antecedentes	10
Problema	13
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14

CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Fundamentación teórica	16
Definición de Motivo	16
Psicoterapia Breve	17
Finalización del Tratamiento	20

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

Metodología	36
Diseño metodológico	38
Procedimiento metodológico	38
A) Técnica de Obtención de datos	38
Guía de pautas- Paciente	40
Guía de pautas- Terapeuta	41
B) Criterios muestrales	42
Población	42
Muestra	42
C) Procedimiento para el contacto con el paciente	44
D) Técnica de Análisis de datos	45

CAPITULO 4: RESULTADOS

Resultados 1	50
Resultados 2	53
Resultados 3	71

CAPITULO 5: CONCLUSIONES

Conclusiones	86
--------------	----

BIBLIOGRAFÍA	97
--------------	----

ANEXO	100
-------	-----

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

A partir de las actividades llevadas a cabo en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Privado de Córdoba y a través de los datos obtenidos de entrevistas realizadas a profesionales del mismo, surgió el interés de investigar y comprender la problemática del "Abandono de Tratamiento Psicológico".

Tal fenómeno es de una magnitud inquietante, que genera preocupación en los integrantes de dicho Servicio; porque si bien es elevada la demanda de asistencia en el área de Salud Mental, aproximadamente, 1700 personas concurren por mes; se pudo observar que de tal cantidad de personas, un 63% interrumpe la terapia por voluntad unilateral.

Al comienzo de esta investigación, se planteó el interrogante acerca de los posibles motivos del paciente para abandonar el tratamiento psicológico. Esta investigación estuvo abocada a tratamientos psicológicos, es decir se trabajó con pacientes que habían sido tratados con Psicoterapia Breve, únicamente.

En relación con los objetivos propuestos y el problema planteado, la metodología utilizada en la investigación es cualitativa y el diseño es de tipo exploratorio. En lo que se refiere al procedimiento, por un lado, se entrevistó a una muestra de pacientes que han abandonado el tratamiento psicológico, y por otro, a aquellos terapeutas que han atendido a esos pacientes. A través de las entrevistas, y con la información que se pudo extraer de las historias clínicas de los pacientes seleccionados, se intentó describir y comprender cuáles pueden haber sido algunos de los motivos que han llevado a los pacientes a tomar la decisión de abandonar el tratamiento psicoterapéutico breve.

El análisis de los datos se realizó utilizando el Método de Comparación Constante de Glasser y Strauss (1967), articulando los conceptos teóricos con el material recogido de las entrevistas. Cabe destacar que ese método tiene

como objetivo la creación de teoría acerca de la realidad, pero de acuerdo a las características del trabajo final de grado, sólo se realizó la identificación y descripción de las diferentes dimensiones teóricas surgidas del material empírico. En un segundo paso, se utilizó el análisis interpretativo, para poder realizar la comparación entre las entrevistas de los pacientes con las entrevistas de los terapeutas.

Si bien existen diferentes teorías psicológicas para abordar la temática "abandono de tratamiento psicológico", en esta oportunidad, la investigación se contextualizó en un marco teórico psicoanalítico. Interesó profundizar este tema y comprender aquellas posibles razones que tiene el paciente para abandonar un tratamiento psicológico.

JUSTIFICACION

En el año 2001 llevé a cabo la Práctica Profesional en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica, del Hospital Privado de Córdoba. La misma consistió en determinar cuáles eran los diagnósticos más frecuentes en dicho servicio. En relación con esto, el interés planteado por el Servicio, también consistía en realizar un diagnóstico clínico más dinámico y certero. Asimismo, poder llevar a cabo un seguimiento de cada paciente y su tratamiento indicado.

La investigación se basó en una muestra de 159 pacientes (adultos) elegidos al azar, a los cuales se accedió a través de las historias clínicas. Se cuantificaron variables tales como: Derivación, Fecha de primera consulta, Motivo de consulta, antecedentes y sintomatología actual, antecedentes familiares, sexo, ocupación, educación, edad, constelación familiar, diagnóstico y tratamiento indicado.

Del análisis de los datos resultó que los Trastornos mentales que se diagnosticaron, siguiendo la clasificación del DSM IV, con mayor frecuencia en el año 2001, en el Servicio de Psiquiatría fueron: los Trastornos del Estado de ánimo (29%) y Trastorno de Ansiedad (19.5%). Además, se pudo observar que el 82% de los consultantes son mujeres y un 18% hombres. Finalmente, en cuanto al tratamiento que se indica en la entrevista de admisión, el 55% es tratamiento combinado, entre Psicoterapia y Psicofarmacología, y el 45% es tratamiento psicoterapéutico solamente.

En el Servicio de Psiquiatría, mensualmente se realizan 1700 entrevistas de admisión. Aproximadamente a 1200 personas de las mismas, se les indica realizar un determinado tratamiento, ya sea psiquiátrico y/o psicológico. Asimismo, en dicho Servicio se atienden solo aquellas personas a las cuales se les puede indicar Psicoterapia Breve o Asistencia Psiquiátrica. Esto se debe a la relación existente entre la gran cantidad de pacientes que consultan y al número de profesionales que atienden las mismas. Importa

destacar que de los pacientes que han estado bajo tratamiento psicoterapéutico, el 63% de ellos abandonan.

A partir de estos resultados, se planteó una nueva línea de investigación entre el Servicio de Psiquiatría y el interés de la investigadora acerca de la temática "Abandono de Tratamiento Psicológico". La inquietud del Servicio es conocer qué ha sucedido con los pacientes que se consideraron para la muestra de la Práctica Profesional, un año después. Y así poder discriminar mediante los diagnósticos aquellas modalidades de tratamiento que demuestren efectividad para, mediante un protocolo, optimizar lo que necesita el paciente. Esto ayudaría al manejo de los recursos, tanto profesionales como económicos.

El interés particular de la investigadora es indagar y comprender acerca de los posibles motivos que tiene el paciente para abandonar un tratamiento psicológico, debido a que una vez que el paciente interrumpe la terapia no se conocen las razones, conscientes o inconscientes que lo llevan a tomar esa decisión. Es a partir de esto, que se puede pensar en plantear algunas posibles modificaciones para disminuir el fenómeno del "Abandono del Tratamiento psicológico".

La salud mental y su respectiva atención representan fenómenos sociales y por ende constituyen un campo concreto de estudio. Por esto, realizar investigaciones sobre la temática de los abandonos terapéuticos es un aporte para la Psicología porque se contribuye a profundizar esta problemática y a ampliar el campo de la información existente. Asimismo, la información obtenida mediante la revisión bibliográfica, indica que son escasas las investigaciones que estudian esta temática. Y por otro lado, los resultados que se han encontrados hasta el momento acerca de abandono de tratamiento, no son constantes entre los trabajos consultados.

ANTECEDENTES

La información que se pudo encontrar desde la Teoría Psicoanalítica, acerca del tema de interés, motivos de abandono de tratamiento psicológico data desde los comienzos del siglo XX. En relación con la bibliografía consultada actualmente no se encuentran investigaciones abocadas, específicamente a esta temática. La información encontrada es sobre casos clínicos tratados con terapias breves que consignan, prácticamente siempre éxitos terapéuticos, mientras que escasean las investigaciones y el examen detallado de fracasos terapéuticos.

Con relación a otras líneas teóricas, se encontró que dentro de la teoría Cognitiva - Comportamental existen estudios específicos sobre algunas patologías y su relación con la deserción. Pero con frecuencia lo que se halla en un estudio no se ratifica en otros. Hay que tener en cuenta que la información acerca de la evolución de tratamiento y los motivos de abandono del mismo, es escasa.

Con respecto a este tema, Pekarik, G. (1983) plantea que la manera más común de valorar el abandono es teniendo en cuenta la duración del tratamiento. Se usan diferentes franjas de duración, por ejemplo el abandono temprano (1 ó 2 sesiones de asistencia) y abandono tardío (próximo al final del tratamiento). Dentro de los resultados del estudio que un 29% de los abandonos se producen dentro del intervalo de las primeras 4 semanas y un 26% de las personas abandonan en la segunda semana. En general se puede decir que el abandono se da aproximadamente en un 1/3 o más de los pacientes en un tratamiento regular.

Calleri, Ivana; Flory, Andrea; (1988), realizaron una investigación sobre la deserción de pacientes del Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico Córdoba, en dónde se exploró y realizó una somera descripción de la incidencia de ciertas variables en la deserción de los pacientes. En este estudio, también, arribaron a la conclusión que el momento en que la mayor

cantidad de personas abandona el tratamiento es en las primeras entrevistas, más que en el transcurso del tratamiento. A esto lo relacionaron con factores tales como el desconocimiento por parte de los padres del paciente sobre lo que es un Servicio de Salud Mental y para qué sirve; la incompatibilidad con el profesional que lo atiende; la remisión espontánea del síntoma.

Y con respecto al Motivo de la Deserción, las respuestas más frecuentes se relacionaban con la solución o mejoría de los problemas; aspectos socioeconómico (gastos de transporte, bajos ingresos en la familia, inestabilidad laboral); dificultades en asistir al tratamiento por los horarios del Servicio o por tener algún familiar enfermo.

González Pinilla, Ana; La Fuente, Mercedes Delia; Losada, Elena; et. al. (2003), llevaron a cabo una investigación en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Español, Ramón Cajal, Madrid. Donde concluyeron que las personas que abandonan un tratamiento no es un grupo homogéneo de pacientes insatisfechos y sin mejoría, el abandono no es sinónimo de insatisfacción o de fracaso; la evolución no es necesariamente negativa, algunos se recuperan sin tener más tratamiento. Como resultados del estudio, obtuvieron que uno de los motivos más frecuentes que tienen estas personas para abandonar el tratamiento, es pensar que no necesitan ser tratadas; algunas pacientes se sienten capaces de superar el problema porque han mejorado y evolucionan mejor que las pacientes que abandonan porque se sienten insatisfechas con el tratamiento. Otra de las razones que aparece como desencadenante del abandono es la sensación de preferir mantenerse en la enfermedad antes que hacer el esfuerzo por cambiar. Con respecto al motivo de abandono, se encontraron respuestas, tales como: "no necesito tratamiento", problemas con el tipo de tratamiento, "dificultades horario- distancia", "prefiero estar mal", "dificultad para expresar lo personal", etc.

Otro autor, que relaciona al abandono con la percepción de gravedad de la sintomatología que tienen los pacientes, es Waller, G. (1997), quien

plantea que la dificultad que lleva a no completar la terapia se correlaciona más con una patología borderline, con rasgos impulsivos, inestabilidad afectiva y pobre control. Esta patología está asociada con una escasa comprensión y continuación de las terapias.

En un estudio realizado por Colom, F. (2001) plantea que el mal cumplimiento de las pautas terapéuticas es una característica muy frecuente entre aquellos pacientes afectados por una enfermedad mental crónica; se sabe que hasta un 80% de pacientes con algún tipo de psicosis presentan baja adherencia terapéutica. En los pacientes bipolares, la baja adherencia parece afectar a casi un 70% de la población. Entre los factores relacionados con este fenómeno, el autor plantea como los más frecuentes: la negación total o parcial de la enfermedad y los efectos secundarios de los fármacos, o el sentir su estado de ánimo "bajo control".

Los factores socio- culturales y la presión familiar pueden jugar asimismo un importante papel, debido a que el estigma social aún asociado con las enfermedades mentales puede llevar a muchos pacientes a rechazar el tratamiento. Otro factor de peso es que los pacientes pueden estar mal instruidos acerca del tratamiento y pueden abandonarlo si no perciben los efectos terapéuticos en un plazo más o menos corto de tiempo.

En cuanto a las variables sociodemográficas, el mal cumplimiento se ha asociado normalmente a los pacientes de edad joven, sexo masculino y de estado civil soltero, pero los datos al respecto son todavía motivo de gran controversia.

Estos son algunos de los antecedentes de aquellos estudios que se han llevado a cabo sobre este tema, por lo tanto, se considera importante realizar esta investigación, indagando y comprendiendo un fenómeno social como éste, siendo un primer paso a futuras investigaciones.

PROBLEMA

En este trabajo, el objeto de investigación son los motivos del abandono de tratamiento psicológico. Al abandono de tratamiento psicoterapéutico se lo define, desde una perspectiva psicoanalítica, como la interrupción irregular del tratamiento psicológico por parte del paciente, sin el consentimiento del terapeuta.

Debido a un alto índice, aproximadamente un 63%, de abandono de tratamiento psicoterapéutico, que se produce en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba; es que se hace necesario describir, analizar y comprender algunas posibles razones por las cuáles un paciente que ha concurrido a dicho Servicio buscando asistencia psicológica, comienza un tratamiento de objetivos y tiempo limitado, y luego lo abandona.

Dadas las características de la temática a investigar, el estudio se orientó a trabajar con una estrategia cualitativa por considerar que es la que más se ajusta a los objetivos planteados. Para poder comenzar con esta investigación se planteó la siguiente pregunta que guió este trabajo:

¿Cuáles son los posibles motivos de abandono de tratamiento psicológico en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba, que se han producido en el transcurso del año 2002?

OBJETIVO GENERAL

- Conocer los posibles motivos de abandono de tratamiento psicológico de los sujetos en estudio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir a los pacientes que abandonaron según las características sociodemográficas, como sexo, edad, ocupación, estado civil; el diagnóstico, la cantidad de sesiones y la cobertura económica del tratamiento.
- Comprender los posibles motivos de abandono de tratamiento psicológico, desde la perspectiva del paciente.
- Conocer los posibles motivos de abandono de tratamiento psicológico, desde la perspectiva del terapeuta de los pacientes seleccionados.
- Comparar los posibles motivos de abandono de tratamiento desde la perspectiva del paciente como del terapeuta de dichos pacientes.
- Identificar los posibles indicadores de abandono de tratamiento psicológico que surjan del análisis de las entrevistas.

CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El marco teórico es una guía que permite definir y relacionar los conceptos o categorías que se irán construyendo para dar cuenta del problema planteado.

En esta investigación, se utilizó un marco teórico psicoanalítico para poder realizar el análisis y la comprensión de los posibles motivos que llevaron al paciente a abandonar el tratamiento psicológico.

Los tres pilares que componen la fundamentación teórica y que permitieron sustentar esta investigación son: la definición de Motivo, la Psicoterapia Breve y la Terminación del tratamiento psicoterapéutico. A continuación se desarrollará cada uno de ellos.

Concepto de Motivo

Se utiliza a lo largo de este estudio el concepto de motivo, por considerar que es el vocablo que coincide con lo que se intenta conocer y comprender en esta investigación acerca de los abandonos de tratamientos.

A la palabra motivo se la define en el Diccionario de Psicología, de Friedrich Dorsch (1994) como el móvil de una conducta humana, diferente de su objetivo concreto. Es el trasfondo psíquico, impulsor, que sostiene la fuerza de la acción y señala su dirección. El curso del acontecer psíquico se rige por el motivo más fuerte, quedando apartados, sin efecto los motivos más débiles. Raras veces, un acto procede de un solo motivo, sino que, en general, nace de un conjunto de ellos, ofreciendo posibilidades de elección que tienen en cuenta las consecuencias.

Siguiendo a José Bleger (1996), quien utiliza como sinónimos los términos de motivo y motivación, expresa que cuando una persona acusa o expresa una motivación de su conducta, puede ser solo parte de la motivación

total, pero puede también ser únicamente una justificación o racionalización de aquella, escapando a su conocimiento, las motivaciones verdaderas.

El primer caso es lo que lleva a la distinción entre motivos concientes o inconscientes, y esta admisión de motivos inconsciente permite ampliar los límites de la conducta humana.

La motivación conciente o inconsciente se refiere, en última instancia, al conocimiento o desconocimiento, respectivamente, que el propio individuo tiene de las motivaciones.

Este autor también plantea que toda conducta se halla sobredeterminada, es decir, que tiene una policausalidad muy compleja que deriva de distintos contextos o múltiples relaciones en los que se halla todo ser humano y cada una de sus conductas. Nunca está operando un solo motivo.

Siempre hay un porqué específico para el tipo de problema que se investiga, y el motivo sólo tiene sentido en un contexto delimitado de relaciones; de otra manera, se disuelve o diluye el fenómeno que se estudia en la infinita interacción con todos los fenómenos. El motivo siempre se refiere a un esquema referencial, es decir a un conjunto recortado de relaciones.

La Psicoterapia Breve

Es importante tener en cuenta que dentro del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado, la modalidad terapéutica que utilizan la mayoría de los psicólogos, es de acuerdo a los lineamientos de Psicoterapia Breve, algunos de estos profesionales con orientación psicoanalítica. Para poder adentrarnos en el tema se conceptualiza qué es una Psicoterapia Breve.

Siguiendo a Héctor Fiorini, (2000) explica que el término **breve** se utiliza por falta de otro más adecuado. Lo esencial de esta terapia no es la brevedad sino su carácter multidimensional para abordar una situación particular, y que sólo por esta capacidad de acción múltiple se pueden lograr

ciertos objetivos en un tiempo limitado. Este autor, plantea que una Psicoterapia Breve debe organizarse teniendo como referencia determinados modelos sobre la etiología y el funcionamiento normal y enfermo de la personalidad. Los fundamentos que dan apoyo teórico a este tipo de asistencia son:

- Un Modelo Etiológico, que se orienta hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis o descompensación de la persona.
- Un Modelo de Relaciones entre Psicopatología y Comportamientos, potencialmente adaptativos, que entiende a la enfermedad en interacción con el funcionamiento normal. Donde el tratamiento se organiza de modo elástico y en función de la evaluación total de la situación del paciente, del grado de enfermedad y del potencial adaptativo de su personalidad; organizando los recursos terapéuticos según las capacidades que están invadidas por conflictos o libres de ellos. Se orienta hacia el fortalecimiento de aquellas áreas del yo que están libres de conflictos.
- Un Modelo de Motivaciones y Cogniciones de la personalidad, desde un nivel motivacional, la terapia se dirige tanto hacia las motivaciones primarias (aquellas motivaciones egoístas, regidas por el principio de placer), como a aquellas motivaciones secundarias tendientes a la autonomía.

Entonces, desde esta perspectiva se considera al sujeto enfermo como un objeto complejo, multideterminado por diferentes factores. Por esto se hace necesario flexibilizar la elección técnica, en función de cada situación concreta.

Esta psicoterapia breve tiene rasgos particulares que le confiere una estructura propia, estos parámetros son: el papel activo del terapeuta, la individualización del tratamiento, la planificación a través de una estrategia

general de trabajo, la focalización del esfuerzo terapéutico, y la flexibilidad para reelaborar la estrategia en función de la evolución del tratamiento.

Esta terapia puede producir modificaciones que comprende:

- a- Alivio o supresión de los síntomas.
- b- Modificaciones correlativas en el manejo de las defensas con el reemplazo de técnicas regresivas por otras más adaptativas.
- c- Mayor ajuste en las relaciones con el medio.
- d- Incremento en la autoestima y el confort personal.
- e- Favorecer el insight, incremento en su autoconciencia, con mayor comprensión de sus dificultades y el significado de las mismas.
- f- Ampliación de perspectivas personales.

Es fundamental, en este tipo de tratamiento, la coherencia interna entre los objetivos del tratamiento y la organización estratégica de los instrumentos que se van a utilizar. Ya que la ausencia de una clara definición de la estrategia, así como la incoherencia en el manejo de intervenciones y actitudes del terapeuta pueden producir efectos confusionales, siendo inductores de fracasos y de abandonos que de algún modo podrían atribuirse a dificultades resistenciales del paciente.

Se considera crucial el manejo que el terapeuta haga en la primera entrevista, porque tiene una influencia en la continuidad o abandono del tratamiento, y de ser mantenido, en la eficacia que alcance el proceso terapéutico. Es importante destacar que esta entrevista está destinada a cumplir no sólo funciones diagnósticas y de fijación de un contrato, sino que desempeña un rol terapéutico. Se debe crear de entrada una alianza sólida para poner en marcha el proceso terapéutico, y así reducir el índice de abandonos.

Siguiendo a Fiorini, H. (2000) se pueden definir ciertos ejes del proceso de la psicoterapia, de la siguiente manera: durante la psicoterapia se intenta producir en el paciente una activación de sus funciones yoicas, mediante las cuales se pueda elaborar de una manera focalizada la problemática que está inserta en una situación específica vital, con la ayuda de la guía, el estímulo y las realizaciones simbólicas del vínculo vivido en una relación de trabajo personificada con el terapeuta, y con la correlativa activación de las funciones yoicas de este último.

Terminación del Tratamiento Psicoterapéutico

Uno de los puntos fundamentales dentro de esta modalidad psicoterapéutica, es la planificación de dicha asistencia. Es decir, debe haber una planificación, programación y un planeamiento general previo, que incluye la noción de principio, desarrollo y final del proceso con metas claramente establecidas.

En esta investigación, es interesante el momento final del proceso. Lucio Pinkus (1984), plantea que los criterios acerca de cuándo terminar la terapia es algo que en cierta medida está preestablecido, pero tiene un valor más específico el cómo terminar la relación. Es común, que el paciente trate de anticipar la terminación de la terapia para evitar la frustración que implica la separación y, por consiguiente, actúen las fantasías conectadas con la angustia de separación. Esto puede algunas veces poner en vilo la totalidad del trabajo psicoterapéutico, porque puede llevar a que el paciente muestre una mejoría precoz y sorprendente (resultados de los procesos defensivos contra la angustia de separación), mediante la negación de los síntomas, para demostrar que ya se encuentra bien y que no hay razón para proseguir la psicoterapia; o mediante una continua producción de nuevos materiales, para así justificar la continuación del tratamiento.

Son tantos y tan variados los problemas que propone la terminación de la psicoterapia que para organizarlos se sigue a Horacio Etchegoyen (1997), quien los agrupa en tres puntos de vistas: Teórico, Clínico y Técnico.

1- El problema Teórico consiste en saber a qué se llama final de tratamiento, lo que equivale decir cuáles son los criterios de curación, a qué supuestos se remite frente al problema de la salud mental de un individuo, qué diferencias se establecen entre salud y enfermedad.

2- El enfoque Clínico de la terminación de tratamiento tiene que ver con los indicadores, es decir, se debe encontrar signos que permitan afirmar, con una razonable seguridad, que el paciente está por entrar en la etapa de terminación del tratamiento. Estos indicadores permiten detectar el estado del proceso terapéutico en un momento dado. Hay, además, otros indicadores que aparecen con motivo de la terminación del tratamiento; es decir, por el hecho que la terminación se plantee, que son consecuencias del proceso de terminación. De modo que desde el punto de vista clínico se distinguen los indicadores que advierten que el proceso ha llegado al final y los que resultan de esta fase del proceso.

3- Y por último, el aspecto Técnico de la terminación, cómo y cuándo opera la etapa final del proceso. Este es el momento en donde el paciente percibe que su tratamiento ha entrado en su etapa final y el terapeuta coincide con esa apreciación. Por lo general esta alternativa configura dos momentos distintos, una cosa es la presunción y otra que el terapeuta la comparta. Sólo cuando se presta el acuerdo por parte del terapeuta se desencadena el nuevo momento dialéctico que se llama con propiedad terminación del tratamiento.

A continuación se detallará cada uno de los aspectos, que plantea Etchegoyen, H. (1997), en relación a la terminación del tratamiento.

1- Aspecto Teórico de la terminación del tratamiento

De los numerosos problemas teóricos que puede suscitar la terminación del tratamiento dos son los más importantes para este autor: si existe la terminación del tratamiento y cuáles son los factores curativos.

Freud (1937) plantea que el análisis empieza con determinados objetivos y debe terminar cuando se los alcanza. También considera que un buen análisis debe poner al sujeto a resguardo de una recaída, dándole las herramientas suficientes para resolver, dentro de ciertos límites, sus conflictos.

En tanto se considere al tratamiento como un proceso, se debe tener por definición un término, porque cuando se inicia un tratamiento, se establece un contrato con un objetivo y por un tiempo determinado.

Este problema debería llevar a preguntar qué se entiende por terminación del tratamiento y cuáles son los objetivos que se tienen en cuenta frente a una terminación. Esto, indefectiblemente, lleva al otro tema de la teoría de la terminación, los factores curativos.

O sea, si se considera que el tratamiento termina cuando se ha cumplido con la tarea, surge qué se entiende por el cumplimiento de la tarea y esto lleva a los factores curativos, que los mismos dependerán de la teoría de la enfermedad y de la curación con la cual se trabaje.

2- Aspecto Clínico de la terminación del tratamiento

Dos temas importantes hay que tener en cuenta dentro de este punto de vista clínico: los tipos de terminación de tratamiento y los indicadores de la terminación del tratamiento.

Con relación al primer punto se plantea que no todos los tratamientos terminan de la misma forma, de modo que se podría hablar de las formas clínicas de la terminación del tratamiento.

Se considera que la terminación del tratamiento es sólo una, la que se logra por acuerdo entre el paciente y el terapeuta. Para los otros casos, cuando la decisión es unilateral o viene impuesta por circunstancias ajenas a la

voluntad de las personas, no se habla de terminación sino de interrupción del tratamiento, o si se quiere decir de terminación irregular o abandono.

A este fenómeno se lo puede clasificar en dos categorías: - Abandono en las primeras entrevistas: cuando el paciente ha concurrido al Servicio sólo de una a tres entrevistas; y - Abandono en el curso del tratamiento: cuando el paciente ha concretado por lo menos cuatro encuentros con el profesional.

Un criterio importante para este concepto es que, particularmente, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado se considera abandono psicoterapéutico transcurridos los seis meses, contando desde la última entrevista pautada con el terapeuta, a donde el paciente no concurre.

Pekarik, G. (1983) describe que existen diferentes formas de nombrar el hecho de no terminar un tratamiento, pero el abandono propiamente dicho, es la decisión del paciente de terminar un tratamiento que se llevaba a cabo de manera regular. Es muy distinto tomar la decisión de terminar con el tratamiento por parte del terapeuta, haciendo el final prematuro. Y el rechazo del tratamiento sería la no- aceptación de la terapia que se le esta ofreciendo.

Puede haber casos, los menos, en que factores externos impidan a un paciente seguir con el tratamiento o a un terapeuta seguir haciéndose cargo del proceso terapéutico ya comenzado. Por ejemplo, en los años de la dictadura Militar.

Pero cuando la interrupción viene por factores internos se habla de resistencias. Lo más común es que la resistencia venga del paciente y que el terapeuta no haya sido capaz de resolverla; pero puede nacer también en el terapeuta. A veces un terapeuta decide no continuar un tratamiento porque le parece que el paciente no se va a curar y está perdiendo el tiempo o porque no puede tolerar la carga emocional que ese paciente le genera. Si estos motivos son conscientes, no corresponde hablar de resistencia, y lo mejor será decírselo al paciente, reconociendo las limitaciones y dejándolo libre para intentar un nuevo tratamiento.

Uno de los motivos más frecuentes de abandono de tratamiento es la resistencia que viene del paciente, y se llama Resistencia Incoercible. En realidad todas las resistencias son analizables hasta el momento en que no lo son más, y entonces se dice que son incoercibles. Proviene del paciente, pero eso no quiere decir que no influya sobre el terapeuta. Ninguna resistencia incoercible deja de influir en el terapeuta, ya sea porque contribuyó a provocarla o porque no la supo manejar.

A la Resistencia, desde el diccionario de psicoanálisis de Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (2001), se la define como todo aquello que, en los actos y palabras del paciente, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Es un obstáculo al esclarecimiento de los síntomas y a la progresión de la cura. Por lo tanto, la resistencia constituye lo que impide el trabajo terapéutico.

Freud, S. (1926) considera una característica específica de su técnica la interpretación de la resistencia y de la transferencia. Es más, la transferencia debe considerarse en parte como una resistencia, en la medida que reemplaza el recuerdo por la repetición actuada; a esto debe añadirse que la resistencia utiliza la transferencia, pero no la constituye. La resistencia es una manifestación, inherente al tratamiento y a la rememoración que él exige, de la misma fuerza ejercida por el yo contra las representaciones penosas. Sin embargo, parece ver el origen último de la resistencia en una repulsión proveniente de lo reprimido como tal, en su dificultad en volverse consciente y, sobre todo, en ser plenamente aceptado por el sujeto. Para esto, se hallan dos elementos de explicación: la resistencia viene regulada por la distancia respecto a lo reprimido; por otra parte, corresponde a una función defensiva.

Este autor distingue cinco formas de resistencia; tres de ellas corresponden al yo: la represión, la resistencia de transferencia y el beneficio secundario de la enfermedad. Además, hay que considerar a la resistencia del ello y del superyo.

Freud, S. (1905) plantea que la transferencia es un fenómeno inevitable del tratamiento psicoanalítico; es una nueva creación de la enfermedad que debe ser resuelta. Si la transferencia no puede ser evitada es porque el paciente la usa como un recurso a fin de que el material patógeno permanezca inaccesible; pero, agrega, que sólo después de que se la ha resuelto el paciente llega a tener conocimiento de la validez de las construcciones realizadas. Aquí, la transferencia aparece como obstáculo y agente de cura.

Freud (1905) caracteriza a la transferencia como un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculado a objetos y deseos pretéritos que no son conscientes para el sujeto y que le dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real, actual. La vida emocional que el paciente no puede recordar es revivenciada en la transferencia, y es allí donde debe ser resuelta.

Freud, S. (1912) clasifica a la transferencia en positiva y negativa, la primera se subdivide en sublimada y erótica. Sólo las transferencias negativa y positiva con impulsos eróticos actúan como resistencias, son las que deben ser eliminadas haciéndose conscientes. Y permitir que persista la transferencia positiva sublimada para el progreso del tratamiento.

Siguiendo a Etchegoyen H. (1997), en las formas clínicas de terminación de tratamiento, se encuentra el último caso donde el tratamiento termina irregularmente, con el Impasse, donde el tratamiento no termina realmente sino que se prolonga indefinidamente, porque no avanza ni retrocede. En esto existe la responsabilidad por ambas partes y en general las dos partes lo admiten. Este es un concepto técnico que se expresa con los siguientes puntos esenciales: es una detención insidiosa del proceso, tiende a perpetuarse, el encuadre se conserva en sus constantes fundamentales, su

existencia no se hace presente como resistencia incoercible o como error técnico, y se arraiga tanto en la psicopatología del paciente como involucra la contratransferencia del terapeuta.

El segundo punto dentro de este aspecto clínico son los indicadores de la terminación del tratamiento, justamente cómo se la diagnostica, cómo se evalúa la marcha del proceso para suponer que la terminación está próxima.

Lo que interesa son los concretos indicadores clínicos que aparecen espontáneamente, y entre ellos se encuentran:

a)- El más obvio y vulgar pero para nada despreciable, es que se hayan modificado los síntomas por los cuales el paciente se comenzó a tratar. Antes de plantearse la terminación del tratamiento hay que comprobar que los síntomas por los cuales comenzó el tratamiento y otros que puedan haber surgido durante el transcurso del mismo, se hayan modificado suficientemente. Entonces, la intensidad y la frecuencia de los síntomas, así como la actitud que uno adopta frente a ellos, es lo que guía en este punto.

b)- Otro criterio para dar por terminado el tratamiento es la normalización de la vida sexual. Un objetivo válido y asequible del tratamiento es que un individuo debe conseguir al final del tratamiento una vida sexual regular, satisfactoria y no demasiado conflictiva.

c)- Se tiene que haber modificado durante el tratamiento, las relaciones familiares y sociales.

d)- La disminución de la angustia y la culpa son indicadores importantes, aunque no se trata de que falten por completo sino que se las pueda enfrentar y manejar.

Los indicadores que hasta aquí se manejan son útiles y confiables si se los valora adecuadamente; pero no son los únicos. Uno seguramente no basta; pero, cuando aparecen varios, cuando surgen espontáneamente y en diferentes contextos, se puede pensar que se está en la última etapa del

tratamiento. Los indicadores valen, si y sólo si, se los recoge del material espontánea e indirectamente, jamás si se introducen subliminalmente en el paciente como una ideología del terapeuta.

3- Aspecto Técnico de la terminación del tratamiento

En este punto corresponde explicar el proceso de la terminación de la psicoterapia, es decir el *modus operandi* con que se pone punto final a un tratamiento.

Annie Reich (1950) señala que la terminación del tratamiento conlleva una doble pérdida, transferencial y real. La primera es inevitable, ya que en el tratamiento más logrado siempre quedan restos de transferencia y nunca termina por extinción. Junto a esa pérdida por los objetos transferidos de la infancia, el paciente pierde también al terapeuta mismo, al terapeuta como persona. Una relación que se ha prolongado y que llegó a alcanzar un alto grado de intimidad y confianza que no puede dejarse sin pena. Por esta doble pérdida es que esta autora plantea que es necesario fijar una fecha de terminación anticipadamente.

Hay sin duda un momento, en el curso de la terminación del tratamiento, en que se le impone tanto al paciente como al terapeuta la idea de que se cumplieron suficientemente los objetivos con que se inició el tratamiento y que ha llegado el momento de terminar con el mismo.

Desde el punto de vista técnico, pueden seguirse varios cursos de acción con respecto a la forma de culminar un proceso psicoterapéutico, que va a depender de la teoría y el estilo del terapeuta, así como también de las predilecciones del paciente y de las circunstancias reales. Puede fijarse directamente una fecha concreta de la terminación del tratamiento o puede llevarse a cabo en dos pasos, afirmando primero que el tratamiento está en la etapa final y que no se prolongará más de determinada fecha y luego se fijará el día preciso en que se llevará a cabo la última sesión.

Se considera que de ninguna manera debe ser el terapeuta quien proponga la terminación del tratamiento. Lo único que puede hacer válidamente el terapeuta es interpretar que el paciente piensa en terminar, que lo desea o lo teme, o cuando advierte que esos deseos existen y el paciente los reprime; pero no debería en principio dar opiniones.

El terapeuta debe ir dando su opinión a medida que se hace necesario y sin anticiparse a lo que va a venir. Esto sería el momento en que el terapeuta confirma que el tratamiento está en el período de terminación, sin adelantar cuándo y cómo va a terminar. A medida que va tomando forma este momento del proceso, se estipula la fecha de terminación.

Etchegoyen, H. (1997) plantea diferentes vicisitudes del proceso psicoterapéutico. Para ahondar este tema se debe tener en cuenta que una de las modificaciones posibles que puede producir esta modalidad terapéutica, la psicoterapia, es el insight, pero también hay que considerarlo como el motor principal de los cambios progresivos que promueven el tratamiento.

La palabra insight define un nuevo conocimiento que adquiere el paciente en el tratamiento, un conocimiento personal. Hay que aclarar que no todo conocimiento nuevo es insight sino solo aquél que cumple con el postulado de hacer consciente lo inconsciente, para poder comprender las dificultades que lo traen al paciente a consultar y el significado de las mismas.

Si bien existe un motor en la persona para poder llevar a cabo el tratamiento, también existen obstáculos que pueden detener o hacer fracasar el proceso.

El Acting Out, la Reacción Terapéutica Negativa (RTN) y la Reversión de la Perspectiva, configuran una clase de fenómenos de respuestas a las que llamamos estrategias del yo, en cuanto son más complicadas que los mecanismos defensivos; y son operaciones que tienen una finalidad ulterior, no inmediata.

Mientras el Acting Out impide el desarrollo de la tarea para evitar la experiencia dolorosa del insight y la Reversión de la Perspectiva cuestiona el contrato de trabajo, en la RTN la tarea se realiza y el insight se consuma, pero después sobreviene una respuestas que lleva esos logros hacia atrás.

Estas tres estrategias impiden que el insight se lleve a cabo; lo que las distingue a cada una, es que operan de diferente manera y obstaculizan diferentes áreas del tratamiento. El Acting Out perturba la tarea terapéutica; la RTN perturba los logros del insight, que se pierde o no se consolida, porque puede llevar al paciente a abandonar el tratamiento. Y en la Reversión de la Perspectiva, el insight no se alcanza porque el paciente nunca se lo propuso y en realidad tiene otro propósito, opera sobre el contrato. Cada vez que uno de estos procesos se mantiene y resulta imposible resolverlos, se llega al Impasse.

El Acting Out aparece como una acción en lugar de la comunicación, el pensamiento y/ o recuerdo. Aquí hay una intención (en el sentido de la fantasía inconsciente) que va en contra de la convenido y acordado. El Acting Out es definido como una acción hecha "en lugar de" la tarea que se tiene que realizar. Esta tarea, para el caso del tratamiento, será alcanzar el insight, pero también se puede afirmar que el Acting Out se opone al recuerdo, al pensamiento a la comunicación o que ataca el encuadre o la alianza terapéutica. En este sentido el Acting Out es un recurso regresivo del paciente, que va del pensamiento al acto; del verbo al no- pensamiento, es omnipotente y onnisciente, sirve al narcisismo y no a la relación de objeto, quiere volver atrás en lugar de buscar el crecimiento o el desarrollo, este movimiento regresivo se instrumenta para interferir en la tarea.

El otro de los obstáculos importantes que encuentra el proceso terapéutico, es la Reacción Terapéutica Negativa (RTN), porque como se expuso, puede llevar al paciente a que abandone el tratamiento.

Para poder explicar este fenómeno hay que comenzar a entender cómo se genera la RTN. Por lo tanto, se dice que uno de los mecanismos más importante para inhibir la agresión humana es introyectarla, internalizarla, mandarla de nuevo a donde se originó, esto es al yo. Una parte del yo la toma a su cargo y, convertida en superyo, se coloca frente al resto y lo amenaza con la misma hostilidad que antes ese yo se dirigió contra los demás. La tensión entre el severo superyo y el yo, que a él se le somete, se llama sentimiento de culpa, que se exterioriza como necesidad de castigo.

Freud, S. (1923) plantea que las personas que tienen un sentimiento de culpa extremadamente fuerte exhiben en el tratamiento la RTN frente a cada progreso terapéutico.

Horney, K. (1936) señala que la RTN se trata de un empeoramiento paradójico, que se produce en el momento que debiera existir un progreso o, más aún, en el momento en que ha sobrevenido un progreso.

Esta autora, realiza otro aporte cuando considera la respuesta del paciente frente a la interpretación que realiza el terapeuta. La RTN sólo es posible cuando la tarea ha sido cumplida, cuando hay un logro. Es importante señalar que este logro es reconocido, en general, por ambas partes; pero lo decisivo es que el paciente lo reconoce como tal en alguna forma, explícitamente diciendo que la interpretación es correcta, o en forma implícita porque tiene una sensación de alivio o porque registra un cambio positivo. Es justamente en ese momento cuando empieza una crítica demoledora por parte del paciente, lo que antes había aliviado, resulta ahora una porquería. Cuando estamos frente a un empeoramiento determinado, tenemos que saber diferenciar que hay de lógico en ese retroceso y que de paradójico. Es lógico que cuando el terapeuta le revela algo desagradable al paciente, éste aumente su resistencia y su hostilidad. Esta reacción, sin embargo, ni para el terapeuta ni para el paciente está fuera de lo esperado; y, el progreso persiste, no queda anulado, si bien la resistencia puede haber aumentado transitoriamente. El

paciente puede rechazar la interpretación o considerarla errónea o agresiva, sin que por ello anule necesariamente lo que le fue interpretado. En la RTN, en cambio, la interpretación es reconocidamente como eficaz en un primer momento pero luego opera en sentido contrario. A veces las dos formas de reacción coinciden, se superponen; y entonces habrá que evaluar el porcentaje de una y otra. Si el paciente se siente dolido porque le interpretaron su homosexualidad, su tendencia al robo o sus deseos incestuosos, su reacción negativa es comprensible y la tarea del terapeuta no será difícil; consistirá en darle tiempo para que vaya elaborando su resistencia. La RTN no tiene que ver con el contenido de la interpretación sino con su efecto.

K. Horney (1936) piensa que la RTN se produce en un cierto tipo de personas, no en todas, y son aquellas en donde predomina el narcisismo y los rasgos sadomasoquistas, los que condicionan una respuesta distorsionada frente a la interpretación, que los lleva, en muchos casos, a competir con el terapeuta. Son pacientes que sienten mucha rivalidad, y rivalizan con el terapeuta en el tratamiento, un rasgo caracterológico que lo remite a la envidia y a la etapa sádica- anal.

Junto a esta intensa rivalidad, y dependiendo en gran medida de ella, estos pacientes son muy sensibles a todo lo que pueda dañar su autoestima y aumentar su sentimiento de culpa, por esto tienden a sentir la interpretación como algo que los disminuye o los acusa. Se cumple en ellos la regla general según la cual la falta de autoestima y el sentimiento de culpa se potencian mutuamente. No hay más que un paso para sentirse rechazado e incomprendido.

Otro dato para agregar a esta compleja estructura caracterológica es que el progreso y el triunfo implican un riesgo demasiado grande. El paciente teme despertar la rivalidad de los demás si progresa y se siente despreciado si fracasa.

En el tratamiento es de suma importancia poder identificar la presencia de la RTN, lo cual se realiza a través de indicadores. A veces es necesario estar muy atento para poder detectar en que momento el paciente reconoce la ayuda recibida y comienza a desvirtuarla.

M. Klein (1957) plantea tres indicadores para el diagnóstico de la RTN: la crítica, la confusión y la convicción. Cuando aparezcan las críticas a una interpretación que en un principio produjo alivio, nos debe hacer presumir la RTN, aunque esas críticas tengan visos de realidad. Si el terapeuta logró aliviar la angustia del paciente o resolver un conflicto, decir: "porque no lo hizo antes", "porque se demoró"; o criticar la forma en que se expresó; por más que estas reflexiones sean justas, lo más probable que expresen la RTN. El gran peligro de utilizar con demasiada generosidad el concepto de RTN es reforzar la omnipotencia del terapeuta.

Otro de los indicadores importantes es la confusión. Esta autora, señala en este punto que la envidia produce confusión porque no permite discriminar entre el objeto bueno y el objeto malo. Si el terapeuta hace una interpretación que parece acertar y el paciente dice que no la entendió, lo primero que piensa el terapeuta es que no se expresó claramente; pero no hay que pecar ni de vanidoso ni de ingenuo. Porque lo más común en estos casos es que cuando se vuelve a dar la interpretación tratando de hacerla más clara el paciente no la acepta por otros motivos.

El último indicador es la convicción. Muchas veces este tipo de pacientes frente a una interpretación dicen que sí, que la interpretación es cierta pero no quedan del todo convencidos. Cuando el paciente dice que la interpretación no lo convence, ya implica algún conflicto porque lo que el terapeuta dice no es para convencerlo sino para informarlo. Si el paciente dice que la interpretación no lo convence, hay algo llamativo, porque podría decir que no está de acuerdo, que la interpretación le parece equivocada o que conlleva una falla lógica.

Retomando con los obstáculos que se pueden plantear durante un proceso psicoterapéutico, y siguiendo a Etchegoyen, H. (1997), se describirá la Reversión de la Perspectiva como otro de ellos.

En una primera aproximación, con relación a este tema, se puede definir al insight como la capacidad de asumir el punto de vista del otro, de captar algo con una perspectiva reversible. La Reversión de la Perspectiva es todo lo contrario, un mecanismo psicótico que le impide a la persona cambiar y revertir su punto de vista para aceptar el del otro. Con la noción de perspectiva reversible, que contrapone a la Reversión de la Perspectiva, se define de una manera convincente el papel de la interpretación y del insight. En realidad, cuando se interpreta, lo que se hace es darle al paciente otra perspectiva de los hechos que él está describiendo y enjuiciando. Se le ofrece la posibilidad de rever y eventualmente de revertir la perspectiva que tenía. Esta capacidad de ver desde otro ángulo es justamente lo que caracteriza al insight. La Reversión de la Perspectiva es un proceso antagónico pero al mismo tiempo vinculado con la perspectiva reversible y con la capacidad de insight del sujeto.

La Reversión de la Perspectiva consiste, por definición, en que el sujeto viene al tratamiento no para conocerse a sí mismo, crecer o resolver sus problemas, sino con una idea distinta, que hasta puede ser la de demostrarle al terapeuta que no necesita el tratamiento. En estos casos, el paciente quiere imponer sus premisas y desconocer las del otro en un despliegue descomunal de narcisismo. En este proceso, existe un punto que es fundamental, el paciente necesita del otro para demostrar y demostrarle que lo que afirma es cierto.

El fenómeno de la Reversión de la Perspectiva da cuenta de ciertos casos en que entre terapeuta y paciente hay un acuerdo manifiesto que oculta una discrepancia verdaderamente radical. El paciente no cuestiona y al contrario acepta lo que el terapeuta dice, se pone de acuerdo con él e inclusive discrepa como cualquiera puede hacerlo, mientras ve todo desde otras

premisas. Lo que realmente está en juego, entonces, son los supuestos de la relación y de la tarea. Se configura un contrato paralelo y mientras no se tenga acceso a ese contrato oculto no se podrá nunca captar el motivo por el cual los hechos se revierten.

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

La elección del tipo de diseño de investigación implica tomar una decisión en función a tres dimensiones; a la epistemológica, a la estrategia general y a las técnicas de obtención de datos y análisis de la información.

De acuerdo a las fundamentaciones explicitadas y siguiendo con una coherencia interna, la metodología que se utilizó en esta investigación es cualitativa, se puso énfasis en la lógica inductiva- analítica- tendiente a la explicación y comprensión de los hechos. La elección de esta metodología se debió a las siguientes razones:

- Lo que se intentó en este estudio fue tener una comprensión lo más amplia y compleja posible de la problemática a tratar.
- No se partió de un corpus teórico rígido y limitado; y lo que se realizó fue, que a medida que se avanzaba en el trabajo, se fue ampliando el marco teórico. Cabe destacar que si bien dicho método tiene como objetivo la creación de teoría acerca de la realidad, de acuerdo a los fines del trabajo final, sólo se trabajó en función de la identificación y descripción de las diferentes dimensiones teóricas surgidas del material empírico.
- Otro elemento fue la flexibilidad, en cierta manera estratégica, es decir que si bien uno sabe cuál es el punto de partida y para qué se parte, también sabe que este camino no está dado rígidamente, sino que hay que construirlo, y que esta construcción implica un repensar sobre los hechos que van surgiendo y posiblemente, optar por otros nuevos caminos.

La **Metodología** que se aplicó fue **Cualitativa**. En referencia a González Rey (2000), si se partió de una epistemología cualitativa, lo importante a tener en cuenta, fue no sólo las consecuencias metodológicas en esta investigación sino, también, aquellos procesos que llevaron a la producción de conocimientos. A partir de esta elección de la modalidad metodológica, se debe considerar tres puntos fundamentales:

1) El conocimiento como una producción constructiva-interpretativa, porque el carácter interpretativo se genera por la necesidad de otorgar sentido a las expresiones del paciente, cuya significación es sólo indirecta e implícita. La interpretación es un proceso en cual se integra, reconstruye y se presenta en construcciones interpretativas diversos indicadores obtenidos durante la investigación, los cuales no tendrían ningún sentido si fueran tomados en forma aislada, como hechos empíricos. La interpretación es un proceso constante de complejidad progresiva, donde la teoría está presente como instrumento a nuestro servicio. La teoría ayuda a dar sentido al proceso de producción teórica, pero no es el esquema general al que se debe subordinar este proceso.

2) El carácter interactivo del proceso de producción del conocimiento, se enfatiza en la relación investigadora- investigado como condición para el desarrollo de las investigaciones en las ciencias humanas. Esto, le otorga valor especial a los diálogos que durante la investigación se desarrollan y, en los cuales los sujetos se implican emocionalmente y se comprometen en un proceso en el cual se produce información de gran significado.

3) Y la significación de la singularidad como nivel legítimo de la producción del conocimiento. La validez del conocimiento no se legitima sólo por la cantidad de sujetos a estudiar, sino por la calidad de la expresión de cada uno.

Se intentó a través de la metodología cualitativa, una visión del fenómeno social: "Los posibles motivos de Abandono de Tratamiento psicológico"; se trató de comprender el hecho a través de los significados que, los pacientes le otorgaron a la decisión de abandonar el tratamiento, como a través de los significados de los terapeutas de estos pacientes.

Diseño Metodológico

El tipo de diseño que se utilizó, siguiendo a Sampieri y Collado (1998), fue **Exploratorio**, porque el objetivo fue poder aproximarse al fenómeno del abandono de tratamiento psicológico. Acerca de este tema existe escasa bibliografía y en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba este es el primer estudio que se realizaba al respecto. Lo que se intenta, es poder incrementar la familiaridad con el fenómeno del Abandono de Tratamiento psicoterapéutico, específicamente sobre cuáles pueden ser los motivos de tal decisión, generar y aclarar conceptos. Es un primer paso del que no se puede eludir; para luego ampliar en posteriores investigaciones.

Procedimiento Metodológico

A) Técnicas de obtención de información

En función de los objetivos de este trabajo y del tema objeto de investigación, se utilizaron argumentos teóricos de la entrevista en profundidad extraídos de "Introducción a los métodos cualitativos de investigación" de S. J. Taylor y R. Bodgan.

Estos autores plantean que la entrevista en profundidad es un encuentro cara a cara entre el investigador y el informante; es un encuentro dirigido hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias y situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Estas entrevistas tienen las características de ser flexibles y dinámicas. Se pueden diferenciar tres tipos de entrevistas en profundidad: 1- La historia de vida o autobiografía sociológica; 2- Las entrevistas que se dirigen al aprendizaje de acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente; y 3- Las entrevistas que tienen como finalidad proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios,

situaciones o personas, y se pueden aplicar a un número relativamente grande de personas, en un lapso relativamente breve.

En este estudio se utilizó el segundo tipo de entrevistas en profundidad, la que se focaliza en conocer acontecimientos y actividades, en este caso en particular, los motivos de abandono de tratamiento psicológico, que no se pueden observar directamente, sino por intermedio de sus participantes.

Con cada persona seleccionada, ya sea paciente o terapeuta, se intentó concertar por lo menos un encuentro, cara a cara; y así poder indagar sobre la temática planteada, y dar cuenta de los significados y perspectivas que tienen con respecto al abandono terapéutico.

En estas entrevistas se utilizó una guía de pautas para poder orientarla, y asegurar que los puntos claves sean explorados. Esta guía no es un protocolo estructurado, sino que se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada persona seleccionada.

También se llevó a cabo la lectura de las historias clínicas, pertenecientes a los pacientes seleccionados, para poder recoger material relevante para la investigación, entre ellos: cantidad de sesiones, obra social y cobertura, edad, sexo, educación, ocupación, diagnóstico, entre otros.

Guía de Pautas- PACIENTE

1- Datos del Paciente

Datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, ocupación, educación, diagnóstico.

2- Datos del Servicio de Psiquiatría del Hospital

Conocimientos acerca del Servicio de Psiquiatría del Hospital.- Cómo llega al Servicio de Psiquiatría?

Entrevista de admisión. Sabías de la entrevista de admisión?

3- Datos de la Demanda asistencial

Motivo de consulta.- Cuál fue el origen de la demanda?

Motivación para el tratamiento- Cuáles eran las expectativas frente al tratamiento?

4- Datos del Tratamiento Psicoterapéutico

Descripción de sentimientos durante la terapia- Cómo se sintió durante el tratamiento?

Qué aspectos positivos y/o negativos pudo observar en el transcurso del tratamiento?

Intervenciones del terapeuta- Cómo podría describir la actitud del terapeuta?

Resultados del tratamiento- Pudo observar algún resultado del tratamiento? Sí? Cuáles?

5- Terminación del tratamiento

Forma en que terminó el tratamiento- Cómo terminó el tratamiento? Se interrumpió? Sí, porqué? No, haría otro tratamiento con este terapeuta o con otro? Preferiría que sea hombre o mujer?

Motivos de la terminación- Recuerda porqué un día decidió dejar de ir?

Guía de Pautas- TERAPEUTA

1- Datos de la Demanda asistencial

Motivo de Consulta del Paciente

Cómo fue la motivación hacia el tratamiento?

2- Datos del Tratamiento Psicoterapéutico

Descripción del tratamiento- Asistía regularmente, trabajaba durante la sesión, traía material?

Cómo podría caracterizar el vínculo que estableció con el paciente?

Resultados del tratamiento- Puede describir algún resultado o algún objetivo cumplido durante el tratamiento?

3- Terminación del tratamiento

Forma en que terminó el tratamiento- Cómo finalizó el tratamiento psicoterapéutico?

Motivos de la terminación- Porqué cree que abandono el tratamiento?

Cuáles pueden haber sido indicadores de abandono de tratamiento?

Qué aspectos serían relevantes tener en cuenta para disminuir el abandono terapéutico? Cómo se podría disminuir el índice de deserción?

B) Criterio Muestral

1- Población

La población está integrada por hombres y/o mujeres, mayores de 18 años, que hayan estado bajo tratamiento psicológico en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado y hayan abandonado la terapia durante el año 2002.

2- Muestra

La muestra está compuesta por 8 personas, hombres y mujeres, mayores de 18 años, que hayan estado bajo tratamiento psicológico en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado y hayan abandonado la terapia durante el año 2002.

En esta muestra deben incluirse los 4 profesionales, Licenciados en Psicología, que atendieron a los pacientes seleccionados.

Criterio para la Selección de la muestra

La técnica de selección de la muestra que se utilizó para este tipo de estudio es un muestreo intencional y teórico y limitado por saturación. Es decir, se seleccionaron 15 casos que se usaron como punto de partida, y esta muestra sufrió modificaciones, no por las categorías teóricas emergentes, sino por la aceptación de los pacientes a realizar la entrevista, esto llevó a achicar la muestra intencional inicial. Este tipo de muestreo es no probabilístico.

El criterio que se consideró pertinente para la selección de la muestra estuvo relacionado con las cuestiones metodológicas que enmarcaron el trabajo. Por tanto, dentro del tipo de investigación cualitativa que se propuso, para el proceso de selección de la muestra a estudiar, se utilizó el Muestreo Teórico postulado por Glasser y Strauss (1967). Según los autores, a partir del muestreo teórico, la investigadora, puede seleccionar, codificar y analizar (conjuntamente) su información y decidir que información escoger y donde encontrarla. Este proceso de recolección teórica de información estuvo

controlado por la teoría emergente. Las decisiones para la recolección teórica de información estuvieron basadas en una teoría general y sobre un tema general. Se inició la investigación con algunos conceptos "locales", designando unas pocas características principales de la estructura y proceso en las situaciones que se estudiaron. Estos conceptos proporcionaron una primera base para comenzar la investigación.

Por otra parte, Sirvent (1997) señala con claridad la diferencia entre muestreo intencional y muestreo teórico. Ambos son teóricos e intencionales, pero difieren en el tiempo. El primero corresponde a los casos que se usan como punto de partida, mientras que el segundo tiene modificaciones- por agrande o por achique- que hace el investigador basándose en las categorías emergentes que van surgiendo durante el proceso en espiral, propio de la investigación cualitativa. El muestreo teórico es un modo de operar en investigación, cuando el objetivo es generar categorías teóricas. Como aparecen categorías no previstas, esto lleva a agrandar o achicar la muestra inicial a partir de esas categorías emergentes.

La selección de la muestra de esta investigación resultó de una muestra anterior que se seleccionó para realizar la Práctica Profesional de la investigadora, en el año 2001.

La muestra que se utilizó en la Práctica se configuró seleccionando 15 pacientes al azar por cada profesional, ya sea psiquiatra o psicólogo, que atendiesen personas mayores de 18 años. Cada paciente dentro del sistema institucional del Hospital Privado de Córdoba tiene un número de historia clínica. Para poder seleccionar esta muestra se le adjudicó a cada profesional 2 números al azar, luego se tomó aquellas historias clínicas que en su último número contenían el número que se le había adjudicado al profesional. De esta manera, se arribó a una muestra de 159 pacientes.

El primer corte que se hizo de esta muestra de 159 pacientes, para seleccionar la muestra para esta investigación, fue considerar a aquellos

pacientes que hayan estado bajo tratamiento psicoterapéutico solamente. Por lo tanto esta muestra queda reducida a 72 personas.

Pero de estos 72 sujetos, hubo 45 pacientes que abandonaron el tratamiento psicológico.

Otro criterio de inclusión en la muestra fue que hayan abandonado el tratamiento psicoterapéutico en el transcurso del año 2002, siguiendo con este criterio, la muestra se reduce a 19 personas.

Y por último, de estas 19 personas sólo se consideraron aquellas que habían asistido a por lo menos 4 sesiones del tratamiento, ya que el equipo de profesionales del Servicio de Psiquiatría considera a esos primeros encuentros dentro de la etapa diagnóstica, no como parte del tratamiento.

Quedando así una muestra de 15 pacientes; de este total accedieron y realizaron las entrevistas 8 pacientes.

Cabe resaltar que solo para la comparación de las entrevistas entre terapeutas y pacientes, se consideraron 7 pacientes, por la imposibilidad de concertar la entrevista con el profesional del octavo paciente, que ya había realizado la entrevista con la investigadora.

Por lo tanto se consideraron, también, a los 4 profesionales, Psicólogos, que han atendido a esos 7 pacientes, para poder realizar la comparación de las entrevistas.

C) Procedimiento para el contacto con el paciente

Se llamó por teléfono a cada paciente y se les dijo:

"Buenos días, con el Sr./a. XXX por favor. Mi nombre es Erica Sauer; el motivo por el cual lo estoy llamando es porque se está llevando a cabo un estudio entre el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba y la Universidad Empresarial Siglo 21, acerca de la terminación de los tratamientos

que se llevaron a cabo en el Servicio durante el año 2002. Yo soy la persona que está a cargo de esto y de realizar unas entrevistas con algunas personas que han asistido al servicio y que por diferentes razones no han continuado con el tratamiento. Me gustaría aclararle que su participación es anónima y confidencial y no tiene costo alguno. Por lo tanto si Ud. está dispuesto me gustaría acordar una entrevista para poder hacerle unas preguntas en relación con esto; la misma tendrá una duración aproximada de 30 minutos".

Las entrevistas se llevaron a cabo en los consultorios del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Córdoba, o en el domicilio del paciente, esto fue de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Speech antes de la entrevista:

"El objetivo de este estudio es poder conocer cuales son los motivos que llevan al paciente a dar por terminada una terapia desde el mismo paciente; como futuros profesionales de la salud mental es importante conocer el punto de vista de algunos pacientes"

Procedimiento para el contacto con el terapeuta

Se localizó al terapeuta, una vez que la investigadora se había entrevistado con el paciente, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado, en sus horarios de trabajo y se concertó una entrevista con el profesional.

D) Técnica de análisis de información

Para llevar adelante el análisis de la información obtenida, se utilizó como un primer paso el Método Comparativo Constante de Glaser y Strauss (1967). Y en un segundo paso se realizó un análisis interpretativo para poder comparar cada una de las entrevistas de los pacientes seleccionados con el terapeuta correspondiente.

Método Comparativo Constante

"La comparación es un proceso inductivo que permite la generación de teoría a partir de los datos empíricos" (M.T.Sirvent, 1999).

El método mencionado va enfrentando casos similares entre sí, pero que difieren en algunas características, tratando de formular interpretaciones que incluyan conceptos teóricos. Estos conceptos se van construyendo en ese mismo proceso de análisis (Strauss, 1987). Dicho proceso implica la formulación de conceptos que se van creando en un continuo ir y venir, en forma de espiral, de la información empírica a la construcción teórica.

En este tipo de análisis se trata de encontrar recurrencias, diferencias, señales que permitan orientar la formulación de nuevas preguntas y poder identificar clases y propiedades.

Cuando las categorías y propiedades emergen, en el análisis se puede descubrir dos tipos de clases, las que se construyeron por sí mismas y aquellas que han sido abstraídas de la investigación (Glaser y Strauss, 1967).

Según Glaser y Strauss (1967) las características generales del método son las siguientes:

- Tiene respeto por la realidad externa como fuente de información.
- Prevé orientaciones para el proceso de construcción del objeto.
- Provee de una herramienta para trabajar con la doble hermenéutica: interjuego dialéctico entre los significados que los actores le dan a la realidad y la interpretación que realiza el investigador.
- Asignar a la teoría un doble papel: ser una herramienta para facilitar una teoría emergente del análisis de la realidad teniendo en cuenta que la investigación implica producir y crear y, por otro lado, permitir que el investigador se acerque a la realidad con un caudal teórico que la incluye y es necesario utilizarla.

Sirvent, M.T. (1999), expone siete pasos para realizar el análisis de los datos a través del Método Comparativo Constante. Este análisis incluye un registro de tres columnas como forma de recolección y el fichaje como técnica que permite la objetivación de los datos empíricos en el proceso de la construcción de los ejes y las dimensiones.

El primer paso que se realizó en esta investigación en particular fue el registro de cada una de las entrevistas mediante la elaboración de un registro de dos columnas. No se consideró la tercera columna propuesta por la autora porque generalmente se utiliza para las investigaciones donde se genera teoría. Entonces una columna fue de observables, donde se consignó en detalle toda la entrevista, y la otra fue de análisis, donde surgieron los primeros conceptos más cercanos a la empiria. La organización de la información recolectada en estas dos columnas fue un medio para objetivar las ideas de la investigadora y entramarlas con los significados de los actores, en este caso los pacientes de la muestra.

El segundo paso fue una lectura intensiva de los registros, es decir de las entrevistas.

Para luego realizar el tercer paso del análisis, identificando en la columna de análisis los temas emergentes a partir de señalar los elementos que llaman la atención, llamados incidentes. Este fue un paso necesario para la identificación de categorías o propiedades de las mismas. Este proceso implica traducir la primera columna en enunciados que pudiesen referirse a posibles problemas y objetos de investigación.

El cuarto paso fue la identificación de temas recurrentes (aquellos que se repitieron con mayor frecuencia) a partir del análisis de los conceptos emergentes de esta segunda columna.

En el quinto paso se realizó un fichado sobre la base de los temas identificados como recurrentes. Fichar significa poder recortar trozos de la entrevista que tengan unidad de sentido (incidentes).

El sexto paso es la comparación de las diferentes fichas, de las distintas entrevistas, donde se buscó los elementos comunes y no comunes a fin de identificar nuevos conceptos. La comparación de las fichas puede llevar a diferentes niveles de categorización.

Y por último el séptimo paso, fue redactar los informes donde se registran las diferentes categorías que emergieron de los datos de las entrevistas.

CAPITULO 4: RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados que aquí se exponen están divididos en tres partes: los primeros, corresponde a un análisis descriptivo de la muestra de pacientes seleccionada para esta investigación. Los segundos, corresponden al análisis que se llevó a cabo a través del Método Comparativo Constante, de las entrevistas a los pacientes seleccionados. Y los terceros, surgen del análisis interpretativo de la comparación de las entrevistas de los pacientes y sus correspondientes terapeutas.

Resultados 1

A partir del análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, como edad, sexo, educación, ocupación; y diagnóstico, cantidad de sesiones y obra social de los pacientes que estuvieron bajo tratamiento psicoterapéutico en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba, y realizaron un abandono del mismo durante el año 2002; surgió que la edad de los pacientes de la muestra osciló entre los 21 y 46 años; siete de ocho pacientes fueron mujeres; en relación al estado civil, tres de estas personas estaban casadas y cinco solteras; la educación a la cual habían accedido estas personas fue desde el secundario completo, terciario y/o universitario completo, y otras están actualmente cursando estudios universitarios. Las ocupaciones de estos pacientes son diversas, entre ellas: administrativo, psicóloga, comerciante, estudiante, vendedora. Con respecto a los diagnósticos de los pacientes de la muestra, según la nomenclatura del DSM IV, se encontró que son de diversa índole: Problema Laboral, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Duelo, Problemas conyugales, Trastorno de la Conducta Alimentaria, Trastorno Límite de la personalidad y Trastorno Adaptativo.

En relación a la cantidad de sesiones del tratamiento de estos pacientes, se pudo observar que el número osciló entre 6 y 41 sesiones en

total, considerando tanto las sesiones a las cuales estos pacientes habían asistido y las sesiones a las cuales estos pacientes habían sacado el turno y faltaron (Referencia en el cuadro: T, total de sesiones; NV, no asistió a la sesión y no avisó). En los tres casos de pacientes que han faltado a algunas sesiones del tratamiento, son aquellos en donde los tratamientos tienen mayor número de sesiones.

Y por último, con respecto a la cobertura económica del tratamiento, algunos pacientes de la muestra están afiliados a la cobertura de salud del Hospital Privado de Córdoba y otros poseen otra obra social que les cubre la asistencia psicológica en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado. Lo que el Servicio de Psiquiatría ofrecía, institucionalmente, para todos los casos de la muestra, por el tipo de cobertura de salud que poseían, fueron 5 sesiones sin cargo y a partir de la sexta los pacientes debían abonar un plus de 5 pesos, y el tratamiento se debía llevar a cabo, como máximo, en 30 sesiones aproximadamente.

Es posible que las características de la cobertura económica del tratamiento pueda tener alguna incidencia en los motivos que los pacientes hayan tenido para abandonar la terapia que llevaban a cabo.

Datos de pacientes

Pte.	Edad	Sexo	Estado Civil	Educación	Ocupación	Diagnósticos/ DSM IV	Cantidad Sesiones
1	34	Mujer	Casada	Universitario Completo	Psicóloga	Problema Laboral	12 T
2	30	Mujer	Soltera	Universitario Incompleto	Administrativa	Trastorno de Ansiedad Generalizada	32 T 9 NV
3	21	Mujer	Soltera	Universitario Incompleto	Estudiante	Duelo	6 T
4	25	Mujer	Soltera	Universitario Completo	Psicóloga y vendedora	Problema Laboral	12 T
5	38	Hombre	Casado	Terciario Completo	Administrativo	Problemas conyugales	18 T
6	46	Mujer	Casada	Secundario Completo	Comerciante	Trastorno de Ansiedad Generalizada-Duelo	41 T 14 NV
7	21	Mujer	Soltera	Universitario Incompleto	Estudiante	Trastorno de la Conducta Alimentaria-Trastorno Límite de personalidad	29 T 7 NV
8	24	Mujer	Soltera	Universitario Incompleto	Administrativa	Trastorno Adaptativo	13 T

T: Total de sesiones

NV: No concurreó a la sesión y no avisó

Resultados 2

Para realizar este segundo análisis de los resultados, se extrajeron de las entrevistas de los pacientes, aquellos datos que eran más significativos; es decir, este criterio de significación se genera a partir de aquellas respuestas que se han dado con mayor frecuencia (dos o más veces) en cada una de las entrevista que se les administraron a los pacientes de la muestra, que concurrieron al Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba, donde llevaron a cabo un tratamiento psicoterapéutico. Cabe resaltar que este criterio de significación, siguiendo el Método Comparativo Constante, no es un criterio de valoración sino que permite el análisis de los resultados, su interpretación y la articulación teórica.

Estos resultados se plantean a partir de tres ejes fundamentales, que surgieron de las diferentes categorías a través del Método Comparativo Constante: Motivos de Terminación de Tratamiento psicoterapéutico; Nociones acerca del Tratamiento psicoterapéutico y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba; y Situación terapéutica posterior. Cada uno de estos ejes está compuesto a su vez de diferentes dimensiones y cada una de ellas se va articulando con la teoría.

EJE 1: MOTIVOS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

1.1 Motivo de Consulta

Se puede observar en esta categoría, Motivo de Consulta, que las razones por las cuales los pacientes consultan en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado pueden ser de diversa índole. Entre las respuestas de mayor significación se encuentran las situaciones de duelo "se suicidó una hermana mía y después a los dos años un hermano mío se le da vuelta el bote en el lago San Roque y también muere, o sea tenía que consolar a mi mamá, a las lágrimas de mi mamá, más el dolor mío, más los hijos esos que habían

quedado, era un desastre mi vida" (159), situaciones problemáticas familiares "tuve un problemita con mi hijo más grande que tiene 25 años, bueno... a raíz de todo esto, malas compañías y que se yo... me entero que él consumía marihuana" (159), organización de cuestiones personales "necesitaba revisar algunas cosas personales" (1), entre otras. También, se observa entre las respuestas de los pacientes otros motivos, pero que al no repetirse dos o más veces en el transcurso de la entrevista, no reúne los criterios de significación, siguiendo el método de análisis, por ejemplo: disminuir el nivel de angustia y ansiedad, poder vincularse con diferentes personas, estabilizar el estado anímico "venía con un estado terrible o sea estaba muy mal internamente, estaba mal yo con el mundo" (216).

Algunos de estos motivos de consulta se pueden ver reflejados entre los que plantea Héctor Fiorini (2000) como posibles razones por las cuales un paciente consulta, entre ellas se encuentran: situaciones de crisis, síntomas perturbadores, amenazas de descompensación que alarman al paciente o al grupo familiar, o fracasos adaptativos.

Este autor plantea que en la práctica terapéutica el foco tiene un eje central, con mayor frecuencia este eje está dado por el motivo de consulta e íntimamente ligado a éste, subyacente al mismo, se localiza cierto conflicto nuclear exacerbado. Lo cual está inserto en una situación grupal específica. Este motivo de consulta se transforma a menudo en el eje motivacional de la tarea, y en consecuencia facilitador de la misma. A la vez el trabajo sobre el motivo de consulta es reforzador de la alianza terapéutica.

Alexander, F. (1965), en relación a este concepto, manifiesta que es importante que el terapeuta descubra primero qué es exactamente lo que desea el paciente. Es el paciente quien debe suministrar el incentivo para lo que se va a lograr en el tratamiento, y por más interés que haya por parte del terapeuta, todo será inútil a menos que pueda aprovechar para uso terapéutico algún fuerte motivo del paciente.

1.2 Motivación hacia el tratamiento

La motivación personal del paciente para asistir al tratamiento, fue una de las formas más significativa que se encontró entre las respuestas de los pacientes entrevistados; "Fue una decisión personal..." (37); "un día me levanté y le dije: "Mami voy a ir al psicólogo, quiero ir al psicólogo"" (67). Es lo que Pinkus, L. (1984) plantea como una motivación intrínseca.

Es decir, en algunos casos, el paciente concurre a la psicoterapia por la búsqueda espontánea por parte de éste de una ayuda psicoterapéutica, con el fin de lograr una comprensión de las propias dificultades y de los conflictos y de su solución. Lo importante es que el paciente, proporcionalmente a su grado de autonomía y a las posibilidades reales que tiene en lo referente a la gravedad de su disfunción de personalidad y a la posibilidad operativa de recurrir a un psicoterapeuta, acepte tener necesidad de ello y quiera recibir una ayuda psicoterapéutica.

Este autor manifiesta que es muy difícil conocer las motivaciones profundas por las cuales una persona solicita ayuda psicoterapéutica. Aparte del motivo de consulta, tales como el sufrimiento psíquico o la entidad de las perturbaciones, entran en juego numerosos otros factores que, sobre todo en una terapia breve, es difícil de analizar y que pueden hacer ineficaz el trabajo psicoterapéutico. Estereotipos socio- culturales sobre ésta o aquella forma de terapia; la fama o descrédito del psicoterapeuta o de la institución donde trabaja; las experiencias de conocidos; lecturas o estímulos audiovisuales; fantasías inconscientes; todo esto entra a formar parte de la complejidad de los motivos reales de elección.

1.3 Expectativas del paciente con respecto al tratamiento

En relación a este concepto se pudo conocer algunas de las expectativas que tiene el paciente antes de comenzar el tratamiento

psicoterapéutico. A la expectativa se la define como un anticipo y al mismo tiempo actualización de un acontecimiento futuro. Se basa siempre en experiencias anteriores, pero posee una cierta tensión de incertidumbre.

Del análisis de los datos se extrajeron las siguientes respuestas, que se presentaron con mayor significación, en relación a las expectativas de los pacientes; entre ellas: sentir contención durante el proceso psicoterapéutico "...lo que uno espera cuando busca una terapia, encontrar por ahí repuestas o soluciones a situaciones que uno encuentra difícil... y sentir sobre todo esto de la contención" (110); encontrar un espacio en donde hablar "si quiero hablar sé que me van a escuchar y fui con esa idea" (71); resolver las diferentes situaciones que lo llevaron a consultar; alcanzar un bienestar personal "fui en busca de elementos para ordenar un poco mi estado emocional" (60); también esperaban que le suministraran medicación para poder estabilizarse emocionalmente; y en otro caso la paciente buscaba asesoramiento en relación a una problemática familiar.

Las expectativas, antes mencionadas, pueden estar relacionadas con los objetivos que plantea el paciente al comienzo del tratamiento y con lo que espera de la relación terapéutica.

1.4 Forma de terminación del tratamiento psicoterapéutico

En relación a esta categoría, se encontró que, dentro de los datos más significativos de los casos seleccionados, una de las formas de terminación del tratamiento, fue por abandono psicoterapéutico; porque algunos de estos pacientes tomaron la decisión de manera unilateral de terminar con el tratamiento sin consentimiento del terapeuta; en la mayoría de estos casos ni siquiera plantearon, antes de la interrupción, los motivos y/o decisión de terminar con el tratamiento psicológico. Por ende no se pudo realizar un cierre del mismo "...ni siquiera cerré, nada, dejé de ir... pero no... posiblemente fui injusta con mi terapeuta por no haberle planteado esto..." (10).

En un solo caso de estos abandonos, la paciente plantea con anterioridad que va a interrumpir el tratamiento, lo que permitió trabajar sobre el cierre, pero no se lo considera un alta terapéutica "...yo lo dejé antes de terminarlo porque me cambié de mutual y quedó ahí el tratamiento... pero esto lo pudimos hablar con la terapeuta... o sea todo bien en realidad... no lo terminamos por un alta, lo tuve que dejar, pero lo terminamos bien, como que hubo un cierre de lo que habíamos estado trabajando..." (118).

Otra de las formas de terminación de tratamiento, que se produjo entre los casos de la muestra, fue la que se llevó a cabo de común acuerdo entre paciente y terapeuta, llamada terminación del tratamiento propiamente dicha o alta terapéutica "...fue una propuesta a ver qué opinaba yo, y ahí yo le digo: "Yo te estaba por decir", o sea mi idea quizá no fue dejarlo pero con lo que me dijo, hablamos mucho, no fue bueno listo, chau, suerte, no, ella abrió para una plática muy larga que se dio y no, yo le dije que sí, que estaba de acuerdo..." (96).

Estos abandonos se produjeron en diferentes momentos del proceso terapéutico.

Estos dos tipos de terminación de tratamiento que se produjeron de manera significativa en los diferentes casos de la muestra, se encuentran dentro de lo que expone Etchegoyen, H. (1997) sobre las formas clínicas de terminación de tratamiento.

Este autor plantea que no todos los tratamientos terminan de la misma manera. Considera que la terminación del tratamiento es sólo una, la que se logra por acuerdo entre el paciente y el terapeuta. Para los otros casos, cuando la decisión es unilateral o viene impuesta por circunstancias ajenas a la voluntad de las personas, no se habla de terminación sino de interrupción del tratamiento, o si se quiere decir de terminación irregular o abandono.

A este fenómeno se lo puede clasificar en dos categorías: - Abandono en las primeras entrevistas: cuando el paciente ha concurrido al Servicio sólo

de una a tres entrevistas; y - Abandono en el curso del tratamiento: cuando el paciente ha concretado por lo menos cuatro encuentros con el profesional.

Cabe resaltar un criterio importante para esta categoría, particularmente, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado se considera abandono psicoterapéutico, transcurridos los seis meses, contando desde la última entrevista pautada con el terapeuta, a donde el paciente no concurre.

Pekarik, G. (1983) concuerda con el autor anteriormente citado y con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que propone diferentes formas de nombrar el hecho de no terminar un tratamiento, pero el abandono propiamente dicho, es la decisión del paciente de terminar un tratamiento que se llevaba a cabo de manera regular. Es muy distinto tomar la decisión de terminar con el tratamiento por parte del terapeuta, haciendo el final prematuro. Y el rechazo del tratamiento sería la no-aceptación de la terapia que se le esta ofreciendo.

1.5 Motivo de terminación del tratamiento psicoterapéutico

Los motivos que han tenido los pacientes, de esta muestra, para terminar el tratamiento psicoterapéutico, son de diversa índole; se encuentran en relación con el tratamiento, con el paciente, con el terapeuta o con el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba.

Hay que considerar que la decisión de cada paciente está sobredeterminada, es decir, no es un sólo motivo el que acompaña a esta determinación.

Entre ellos se plantean: la modalidad terapéutica que ofrece el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado, porque apuntaba a una supresión sintomática y no a una revisión profunda de los problemas; el tiempo de duración de la sesión era muy corta, cuando el paciente empezaba a expresarse se le terminaba el tiempo "... porque en media hora es como que

no alcanzaba a hablar que ya se terminaba la sesión y en ese momento hubiese necesitado que sea por lo menos dos veces por semana... pero de una hora, porque lo mismo si hubiese sido dos o tres veces por semana sesiones de media hora no me servía, porque no alcanzaba a hablar, tras que soy una persona que me cuesta empezar a hablar, cuando recién me empezaba a aflojar que podía empezar a sacar cosas ya se cortaba el tiempo y esa fue por una de las razones que dejé..." (224); problemas de distancia y traslado "... en ese momento me empezó a quedar muy a contramano, tenía una motito, pero ahora tengo que tomar dos colectivos para ir, me quedó muy a trasmano... se dieron varias cosas..." (11); la posibilidad de realizar otra psicoterapia acorde con la modalidad terapéutica que necesitaba el paciente "... apareció otra persona que encajaba con la modalidad terapéutica que yo buscaba, que yo necesitaba..." (25); problemas de horarios laborales; se debía pagar un plus teniendo la cobertura de salud del Hospital Privado "... me molestó de sobremanera tener que ir y pagar todas las veces que iba a las sesiones cinco pesos..." (55); problemas económicos; logro de estabilidad emocional "... me sentía realmente bien y porque me estaban yendo bien las cosas..." (153); solución o no de los problemas "... me parecía que estaba perdiendo el tiempo, después empecé a darme cuenta que no me servía... seguía esperando algo de la terapia y de la terapeuta, pero como no lo logré por eso dejé..." (225); falta de tiempo personal "Y yo te digo por falta de tiempo total..."(193) y por la actitud del terapeuta.

Algunos de estos motivos se encuentran reflejados en el marco teórico utilizado en este trabajo, cuando se cita a Etchegoyen, H. (1997), quien plantea que puede haber casos, en que factores externos impidan a un paciente seguir con el tratamiento o a un terapeuta seguir haciéndose cargo del proceso terapéutico ya comenzado. Por ejemplo, cuando a un paciente lo despiden de su lugar de trabajo y no puede seguir pagando la obra social.

También, entre las respuestas más significativas halladas a partir del análisis de las entrevistas, se encuentran factores internos del paciente ligados

a esta determinación. Esto concuerda con lo que el autor, anteriormente citado, plantea sobre la interrupción del tratamiento psicoterapéutico, que la misma se puede producir por factores internos, a los cuales define como resistencias.

Lo más común es que la resistencia provenga del paciente y que el terapeuta no sea capaz de resolverla; pero puede nacer también en el terapeuta.

Uno de los motivos más frecuentes del abandono de tratamiento es la resistencia que viene del paciente y se llama Resistencia Incoercible.

Otro motivo que considera Etchegoyen, H. (1997) por lo cual puede terminar irregularmente el tratamiento es porque no se avanza ni retrocede durante el proceso psicoterapéutico, entonces se decide interrumpirlo por ambas partes, tanto paciente como terapeuta.

1.6 Resultados del tratamiento psicoterapéutico

Entre los resultados más significativos, que plantean los pacientes que han obtenido a través del proceso psicoterapéutico, se encuentran los siguientes: se consiguió un punto de vista objetivo de una situación particular; se estabilizó el estado emocional; se aclararon ideas; se pudo manejar situaciones desbordantes ; se obtuvo herramientas para comprender el tema de los duelos "... ahí es como que yo tuve bastante si se quiere herramientas, insisto, para ver todo el tema de los duelos, de qué se trataba, lo vi desde el punto de vista cristiano y también desde el punto de vista objetivo..." (88); disminuyó el nivel de ansiedad; se comenzó a disfrutar de los momentos; se incrementó la autoestima; aprendió a vivir; se comprendieron determinadas situaciones; aprendió a no idealizar a las personas y aceptar que tienen defectos y aprendió sobre el grado de responsabilidad que tiene cada uno en una situación determinada, entre otros.

Como se puede observar los resultados que han obtenido estos pacientes, a través del proceso psicoterapéutico, son heterogéneos. Estos resultados se pueden incluir dentro de lo que Héctor Fiorini (2000) plantea como los posibles cambios que producen las psicoterapias, los mismos pueden operar de modo simultáneo o sucesivo sobre aspectos intrapersonales, interpersonales o situacionales.

Entre los diversos niveles de cambio que plantea este autor, se encuentran los siguientes:

a- Modificaciones en el nivel de los síntomas, supresión o alivio de los mismos. **"Edra: Hoy siente que también ha disminuido su nivel de ansiedad?"** Eda: Sí totalmente, totalmente, yo no me daba cuenta pero no podía estar ni sentada, era una ansiedad elevadísima la que tenía..." "... pero sabés que no lograba que yo me sentara a ver televisión, "Quiero que te relajes, que te sientes, que mires televisión", "No, no puedo", no podía sentarme y hoy sí, te puedo decir que hoy me puedo sentar y bueno... hoy no me puedo sentar pero si me pudiera sentar me quedo a ver televisión, puedo estar sentada en el parque, cosas que no podía hacer antes... más relajada, no hace falta vivir así tan tensionada como vivía yo..." "... estoy más relajada lógico..."(183).

b- Variaciones correlativas en el empleo del repertorio defensivo, con la posibilidad de que defensas más primitivas (disociación, negación, identificaciones proyectivas masivas) cedan lugar a otras de mayor valor adaptativo. Tales variaciones pueden responder a la convergencia de reforzamientos yoicos, alivio de ansiedad y modificación en las condiciones grupales.

c- Logros de un mayor ajuste y gratificación en las relaciones interpersonales, por ruptura de estereotipos previos y emergencia de un nivel de comunicación más eficiente.

d- Adquisición de una autoestima más realista, vinculada a una mayor comprensión de sus dificultades y posibilidades.

e- Cambios en la conducta de los otros cercanos, correlativos al nuevo repertorio de mensajes que transmite el paciente en función a los cambios en él operados.

f- Mayor eficiencia en otras tareas adaptativas, productividad, creatividad, recreación y planificación. "... Otra cosa que me hizo muy bien es que con un grupo de amigas fuimos a bailar salsa, lo que nos reímos ese invierno, nos divertíamos, y yo le contaba a ella: "Ay! Me río, vos no sabés lo que fue volver a reírme", fui y le conté, no lo podía creer, le digo: "Me reí", yo creía que no me iba a reír nunca más a lo mejor, la verdad increíble... empecé a disfrutar... pero ya te digo, ella fue fundamental en mi vida..." (181).

g- Ampliación de la conciencia de posibilidades y trabas personales, una conciencia de sí mismo en parte nueva. El paciente aprende a pensarse y este aprendizaje apunta al logro de una mayor autonomía crítica. "... Y bueno pero gracias a Dios entiendo que la vida o sea los dolores por más que los tenés no voy hacer nada haciéndome daño... como que vas entendiendo..." (181).

EJE 2: NOCIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO Y DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA

2.1 Entrevista de Admisión

En relación a esta categoría, el resultado significativo encontrado fue que, a través de la entrevista de admisión, el paciente fue derivado por el admisor a un profesional con el cual comenzó el tratamiento psicoterapéutico.

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado la Entrevista de Admisión es el instrumento que permite el primer contacto entre el Consultante y el Admisor del Servicio. La finalidad de dicha entrevista es

evaluar la situación del paciente y, en caso de ser necesario, indicarle ya sea tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. En caso de admitir a la persona, el Admisor es quien determina la derivación a un psicólogo o psiquiatra, de acuerdo a la problemática particular del Consultante.

La mayoría de las personas de la muestra ingresaron en el Servicio de Psiquiatría por el sistema de la entrevista de admisión; pero también, pudieron ser admitidos y derivados por el Psiquiatra de guardia o por algún otro profesional del Servicio que pudiese estar atendiendo a un familiar.

2.2 Conocimiento acerca de la modalidad terapéutica

En relación a esta categoría, se pudo observar dentro de los resultados de mayor significación, que el paciente podía tener conocimiento o no del tipo de modalidad terapéutica que realizaba el equipo de profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba. **"Edra: Cuando vos comenzaste el tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital sabías cómo era la forma de trabajar?** Eda: No, no tenía la menor idea" (7). **"Edra: La terapeuta te comentó como era la modalidad?** Eda: La verdad es que no me acuerdo, yo creo que sí... que me tiene que haber comentado... sí, eso que es media hora..." (8).

Es muy importante tener en cuenta qué conocimientos, ya sean reales o distorsionados, tiene el paciente acerca de la modalidad terapéutica que brinda el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba. Hay personas que llegan al Servicio y conocen cual es la modalidad terapéutica con que se trabaja en dicho servicio, la psicoterapia breve; o por el contrario otras personas no tienen conocimiento. Frente a cualquiera de estos dos casos se debe explicitar en la primera entrevista, en el momento en que se establece el encuadre, en qué consiste este tipo de psicoterapia, cuáles son sus objetivos, con qué tiempos se manejan, entre otras explicitaciones.

En función de las propiedades de este concepto, Pinkus (1984) plantea que se le debe aclarar adecuadamente al paciente que esta clase de intervención no es un psicoanálisis reducido o concentrado, y comentar cuáles son las posibilidades terapéuticas y los límites propios de esta técnica, donde el factor "brevedad del tiempo" puede favorecer tanto la focalización del problema como las respuestas dinámicas del paciente, responsabilizándolo de su colaboración activa en la psicoterapia, que debe ser vista por el paciente no como algo que recibe, sino como algo que se construye y se realiza junto con él, hasta el punto de que si falta su participación activa, la terapia "no funciona".

2.3 Opinión sobre el Tratamiento Psicoterapéutico

Con respecto a la categoría "Opinión del paciente sobre su tratamiento" se encontraron diversas opiniones y, en algunos casos, contrapuestas. Se pudieron resumir en las siguientes frases:

- "Durante el proceso se trabaja en el fortalecimiento de los aspectos más adaptativos del paciente".
- "Buena evolución del paciente durante el tratamiento, donde se ha observado resultados del proceso psicoterapéutico". Ejemplo: "...y fue una cosa muy notoria la evolución que hice en esos dos meses... fue muy bueno..." (16).
- "Algunos pacientes manifiestan haberse sentido muy bien, cómodos y tranquilos durante el tratamiento". Ejemplo: "...fantástico, me sentí muy bien..." "...aparte encontré el lugar que yo pensaba, ese lugar en el cual yo podía hablar y podía sentir un feedback y en muchos momentos itac! Te da con un caño pero bien... era mi espacio... míó... me sentí muy bien..." (77).

- "Se realiza un balance positivo de la psicoterapia y se abre la posibilidad de iniciar nuevamente un tratamiento y con el mismo terapeuta". Ejemplo: "Me parece positivo, yo lo tengo como un balance positivo, no tengo nada que decir negativo, para nada, sino no volvería a ir, me gustó, quedé re- conforme, es más si tengo que recomendarle a alguien le recomiendo que vaya ahí y con esa psicóloga; a mi me hizo re- bien, capaz que a otra persona no le sirve la metodología, a mí sí me hizo bien..." (209).
- "En un caso de la muestra, se plantea una desconfianza por parte del paciente, en el comienzo del tratamiento, hacia la evolución del mismo, pensando la paciente que no iba a resultar y que estaba perdiendo el tiempo".
- "En otro caso la paciente manifiesta haberse sentido incómoda durante el tratamiento por el control excesivo de la duración de la sesión".
- "En la mayoría de los casos de la muestra se expresa la disconformidad frente al tiempo de duración de la sesión, de media hora, donde no existe flexibilidad en relación a la necesidad del paciente" Ejemplo: "...me pareció corta la sesión, apenas empezaba a tratar un tema estaba la necesidad de hacer un cierre, un redondeo, no había una hurgada digamos... quedaba con una sensación... puede tener que ver con una costumbre de una hora y de pronto media hora... sí, me pareció poco..." (15). "... Lo único que no me gustó fue lo de los tiempos... eso me molestó que por ahí ellos tengan que limitarte a estos treinta minutos y lo tenés que cortar porque obviamente hay gente atrás como que por ahí no te pueden extender por más que ellos quieran o vean la necesidad... o sea esto que sea así tan acotado... por ahí sí, a lo mejor cinco

minutos pero esos cinco minutos de más no te llegan a alcanzar..." (119).

En relación a esta categoría y específicamente al último punto planteado, duración del tiempo de sesión, Pinkus, L. (1984) plantea que si a la psicoterapia breve se la concibe como instrumento de trabajo en un ámbito institucional, la definición del contrato (entre ellos el tiempo de sesión, la duración del tratamiento, la frecuencia de las entrevistas, los objetivos terapéuticos, la relación paciente- terapeuta), se vuelve todavía más problemática, porque el psicoterapeuta no puede ignorar la dimensión institucional en la cual trabaja y todos los significados que genera en el paciente ni, por otra parte, debe identificarse con ella. En estos casos se debe circunscribir a normas, donde la flexibilidad y la adaptación a las situaciones particulares de los pacientes, tienen poco margen.

2.4 Conocimiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba

Este concepto hace referencia a cómo el paciente tiene conocimiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba; a partir del análisis de los datos se pudo observar que las personas de esta muestra, que han concurrido al Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba para ser atendidas, asistieron porque tenían la cobertura de Salud del Hospital Privado de Córdoba o porque la obra social que tenían les cubre la asistencia psicológica en el Hospital; también algunos de ellos tenían referencias de familiares que fueron atendidos en el lugar. "...Sí, digamos por la cobertura más que nada... aparte mis tíos, acá a la vuelta, cercanos, primos hermanos, también estaban en tratamiento y les ha ido muy bien, estaba mi tía y mi primo, así que sí... o sea tenía buenas referencias y entonces me metí ahí" (68).

2.5 Opinión sobre el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba

En relación a esta categoría, si bien los pacientes tenían conocimiento que concurrían a un servicio de Psiquiatría que estaba inserto en una institución hospitalaria, manifestaron disconformidad en relación a la entrevista de admisión y al tiempo que debían esperar para ser atendidos. Plantearon que la entrevista de admisión es un trámite burocrático, donde no se contempla la urgencia que trae el paciente. "...la primera entrevista la hice con el Psiquiatra admisor, esperé una eternidad... me pareció burocrático el trámite, tener que esperar a que el jefe del servicio dispusiera de tiempo..." (30).

También, consideraron que el Servicio de Psiquiatría estaba sobrecargado de turnos, por eso la demora en los mismos.

2.6 Opinión sobre el terapeuta

En relación a este concepto se pudo observar, a través de los casos de la muestra, que existen diferentes formas de describir a la actitud del terapeuta por parte del paciente.

Entre las opiniones se encontró que, positivamente, describieron al profesional que los atendió como una persona muy especial, calma, amable, respetuosa "...es muy especial, muy armonioso, muy calmo, muy fantástico..." (43); también clara en su manera de hablar, neutral "...nunca tomó partido por ninguno de los dos..." "... no tomaba partido... es totalmente neutral, en eso es profesional..." (145); participativa; y contenedora.

También algunos pacientes de esta muestra expresaron aspectos negativos con respecto a la actitud del terapeuta, como por ejemplo, un persona muy callada y que esta actitud hizo sentir a la paciente en la obligación de seguir hablando y reponerse rápidamente "... al principio de las sesiones yo lloraba mucho, porque parece que tenía mucha cosa interior

acumulada y de pronto él súper respetuoso me daba un pañuelo... entonces yo no podía ni seguir hablando, ni seguir llorando, ni nada, entonces como que sollozaba y bueno él se quedaba como mudo, me entendés y entonces eso a mí me... un poco me coartaba el seguir hablando con él... como que yo me repusiera rápido..." (59); muy joven y que generaba desconfianza porque no sabía si tenía experiencia; muy pasiva y que no realizaba devoluciones; muy fría durante la sesión y cuando se cumplía el tiempo de sesión "Claro, en su aspecto y en la forma en cómo me recibía, me parecía cálida, pero me parecía fría al final y durante la sesión..." (230).

Algunas de estas características positivas acerca del terapeuta, que describieron los pacientes, se encuentran dentro del conjunto de rasgos que definen al rol del terapeuta en una psicoterapia que propone Fiorini, H. (200).

Entre ellos se encuentran: Contacto empático manifiesto; calidez; espontaneidad; iniciativa; actitud docente, motivar al paciente para la tarea, clarificar los objetivos, reforzar todo avance en la tarea, claridad del método expositivo, exposición abierta de su método de pensamiento, utilización de todo recurso facilitador del proceso de investigación y comprensión de la problemática; e inclusión del terapeuta como persona real.

Este autor plantea que la relación terapéutica no sólo dependerá de varias condiciones del paciente (tipo de problemática, momento vital, nivel cultural, estructura caracterológica, inserción grupal). Sino también dependerá de la actitud que el terapeuta le ofrezca al paciente, de su capacidad para realizar aportes específicos al vínculo.

EJE 3: SITUACIÓN POSTERIOR AL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

3.1 Tratamiento posterior al realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba

Esta categoría mostró un resultado significativo, ya que un paciente de la muestra abandonó el tratamiento que llevaba a cabo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado y comenzó con otro, al cual también lo interrumpió irregularmente. Este es un dato significativo porque pasa a formar parte de un antecedente de la forma de terminación de los tratamientos que ha realizado la paciente.

3.2 Elección del terapeuta para un nuevo tratamiento

En relación a este concepto se encontró como respuesta significativa que el paciente elegiría al mismo terapeuta si iniciase un tratamiento nuevamente, pero lo llevaría a cabo en un consultorio privado, no por la cobertura hospitalaria, si las condiciones económicas se lo permitiesen. **"Edra: Si hubieses tenido la posibilidad económica de seguir, hubieses continuado?"** Eda: Eh... no en el servicio, hubiese buscado la manera de acordar con ella para que me atendiera en forma privada..." (129). **"Edra: Volverías a hacer un tratamiento con este terapeuta o con otro?"** Eda: Depende de las condiciones económicas, pero si pudiese sí..." (131).

Y dentro de los resultados de baja significación, también concordaron, algunos pacientes de la muestra con la posibilidad de elegir al mismo terapeuta, pero llevar a cabo el tratamiento dentro del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba.

3.3 Situación terapéutica actual

A través del análisis de los datos se pudo observar como respuestas significativas que algunas personas de la muestra se encuentran actualmente en tratamiento psicoterapéutico, con otro terapeuta que no pertenece al equipo de profesionales del Servicio de Psiquiatría.

Otros resultados de menor significación fueron: ciertos pacientes que habían abandonado el tratamiento psicológico, que llevaban a cabo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba, en este momento se encuentran en psicoterapia breve con la misma terapeuta dentro del Servicio de Psiquiatría del hospital. Otros no están bajo tratamiento psicológico.

Resultados 3

Estos resultados surgieron de la comparación de los significados que atribuyeron los actores, en cada una de las entrevistas que se les administró. Esto se realizó a través de un análisis interpretativo, donde se tuvo en cuenta las concordancias y las discordancias que se producían entre ambas entrevistas.

Entrevista 1

Si bien en la entrevista que se le administró a la paciente no se le preguntó acerca del motivo de consulta, la paciente lo mencionó; diciendo que consultó porque tiene una identificación conflictiva con la madre y necesitaba revisar asuntos personales y conflictos profundos. Se planteó una discordancia con lo que manifestó la terapeuta sobre el motivo que llevó a consultar a la paciente. La terapeuta planteó que fundamentalmente el motivo era la necesidad de realizarse en lo profesional y solucionar el problema de relación que tenía especialmente con el padre.

En relación a la percepción de la motivación de la paciente hacia el tratamiento psicoterapéutico, se encontró una discordancia entre lo que planteó la paciente y la terapeuta. Se observó que para la terapeuta la motivación de la paciente era alta, estaba motivada a realizar el proceso psicoterapéutico, participaba y trabajaba durante las sesiones. Sin embargo para la paciente, no presentaba mucha motivación para llevar a cabo el tratamiento, además cuando lo comenzó ya tenía la idea de no terminarlo, porque la modalidad terapéutica con que se trabajaba en el Servicio de Psiquiatría no era lo que ella necesitaba, no se revisaban cuestiones de fondo, pero le servía para ir haciendo algo transitoriamente, hasta que le surgiese la posibilidad de cambiar de terapeuta. Le molestaba mucho la duración del tiempo de sesión.

Ambas, tanto terapeuta como paciente, concuerdan que el vínculo de trabajo fue muy bueno. No obstante la terapeuta plantea que este vínculo estaba teñido por la idealización de la paciente hacia la profesional, lo cual fue un punto que se trabajó.

En relación a los logros o aspectos positivos del tratamiento, se planteó una relativa concordancia, porque la terapeuta consideró que si bien no se alcanzaron la totalidad de los objetivos, si se pudieron obtener objetivos parciales. Y la paciente expresó que sólo pudo realizar una supresión sintomática y no resolver los conflictos más profundos.

Con respecto a los aspectos negativos del tratamiento. La terapeuta consideró que los puntos negativos estuvieron relacionados con cuestiones personales de la paciente, es decir con la dificultad de realizar cierres y terminaciones en las diferentes tareas que encaraba la paciente y la incapacidad de sí misma para expresarse libremente. En cambio la paciente hizo referencia a los aspectos negativos tanto del Servicio de Psiquiatría como del tratamiento, mencionando dentro de los mismos a la entrevista de admisión, la duración del tiempo de sesión y que el tratamiento no cumplía con la modalidad terapéutica que ella necesitaba.

Ambas, tanto paciente como terapeuta, concordaron que la forma de terminación del tratamiento fue por un abandono terapéutico.

Se planteó una discordancia en relación a los motivos que tuvo la paciente para abandonar el tratamiento psicoterapéutico. La paciente mencionó como motivo de terminación del tratamiento, un problema de distancia y traslado, y que le surgió la oportunidad de comenzar un tratamiento con una profesional que trabajaba con la modalidad terapéutica que ella quería y necesitaba. La terapeuta expresó que el motivo manifiesto, por el cual abandonó el tratamiento, fue por un viaje del marido, a quien tenía que acompañar (dato que la paciente no menciona), y como motivo subyacente, se podría pensar en la idealización que tenía la paciente tanto

hacia el tratamiento como hacia la terapeuta, donde se pudo haber producido una frustración, relacionada tanto a las expectativas hacia el tratamiento como a la modalidad de trabajo.

Conclusión: En este caso, se pudieron encontrar concordancias entre ambas entrevistas, en relación al vínculo de trabajo, donde se lo caracterizó como un buen vínculo terapéutico; en relación a los logros que se han alcanzado en el transcurso del tratamiento y en relación a la forma en que terminó el tratamiento, por abandono psicoterapéutico.

También, se pudieron observar las discordancias entre lo que planteó la paciente como motivo de consulta y cuáles fueron las expectativas hacia el tratamiento, y lo que percibe la terapeuta en relación a estas cuestiones. Esta paciente comenzó el tratamiento con la idea de no terminarlo, sino de realizar algo transitoriamente hasta que le surgiera la posibilidad de llevar a cabo una terapia con otra profesional que trabajaba con otra modalidad terapéutica que ella necesitaba, pero esto no fue planteado en el transcurso de su tratamiento.

Entre los motivos de abandono de tratamiento de esta paciente, también surgieron discordancias. Entre los significados, que cada una de las integrantes de este vínculo terapéutico atribuyeron a la decisión de la paciente de interrumpir el tratamiento, se encontró que la paciente planteó un problema de distancia y de traslado; y una disconformidad en la duración del tiempo de sesión, de media hora, y en los objetivos de esta modalidad terapéutica. Y la terapeuta planteó que más allá de los motivos que expuso la paciente para interrumpir el tratamiento, pudieron haber existido otros que influyeron en la decisión, entre ellos: la dificultad personal de la paciente de no terminar o cerrar las diferentes tareas que comienza, y una posible frustración de las expectativas hacia el tratamiento y hacia la terapeuta.

Entrevista 2

En relación al primer punto, motivo de consulta, se produjo una concordancia entre lo que planteó el terapeuta y la paciente con respecto a esto. Mencionaron un malestar anímico de la paciente relacionado con un conflicto con la madre y que la ansiedad sintomática estaba afectando diferentes ámbitos de su vida.

También existió concordancia, con respecto a la percepción de la motivación de la paciente hacia el tratamiento; era una paciente que tenía una alta motivación hacia el tratamiento, estaba conectada con su malestar y presentaba un gran interés de modificar su situación.

Ambos, tanto paciente como terapeuta concordaron que a lo largo de un año y medio de tratamiento, se pudieron obtener ciertos logros; era una paciente que tenía capacidad de insight y reflexión, y se encontraba en la última etapa del tratamiento, en el momento que la paciente tenía que realizar los cambios concretos, fue cuando decide abandonar sin tener motivos concientes contundentes.

Se planteó una concordancia en relación al vínculo terapéutico. La paciente mencionó que sus expectativas con respecto al terapeuta, fueron: que el terapeuta fuese más participativo o activo, que le aclarase más cosas y que tuviese una actitud más contenedora. El terapeuta mencionó que era una paciente muy demandante, pero que pudo respetar los tiempos de la terapia.

En relación a la forma en que terminó el tratamiento psicoterapéutico, ambos concordaron que fue por abandono del tratamiento por parte de la paciente.

Entre los significados, que terapeuta y paciente le atribuyeron a los motivos de este último para abandonar el tratamiento, se presentó una discordancia. Si bien ambos mencionaron que estaban en la última etapa del tratamiento, donde se tenía que empezar a aplicar lo que se había trabajado,

es decir a producirse los cambios, la paciente decidió abandonar. Ella consideraba que necesitaba seguir concurriendo a la terapia, porque todavía no había resuelto todo por lo que había ido a consultar, sino que sólo había podido aclarar algunas ideas. Pero como motivo de abandono, argumentó que estaba muy molesta por tener que pagar \$ 5 por cada sesión teniendo la cobertura de salud del Hospital y estaba cansada de acomodar los horarios del trabajo para asistir al tratamiento.

El terapeuta planteó que, por el momento en que se produjo el abandono del tratamiento psicoterapéutico, se podría pensar en una resistencia al cambio por parte de la paciente, porque era el momento en que se tenían que comenzar a realizar los cambios, sino ya no tenía sentido la continuidad de la terapia.

Conclusión: En este caso, el terapeuta expresó que el motivo por el cual la paciente abandonó el tratamiento fue por la resistencia de la misma a realizar los cambios, porque el abandono del tratamiento se produce en el momento en que se debían poner en marcha los cambios elaborados, era lo principal. También se lo podría considerar como una reacción terapéutica negativa. Los motivos a los que la paciente alude, entre ellos el problema de horarios, la disconformidad frente al pago de la sesión teniendo la cobertura de salud del hospital, y la actitud del terapeuta, se los puede considerar como motivos concientes o manifiestos que también influyen en la decisión de abandonar el tratamiento psicoterapéutico.

Entrevista 3

En esta entrevista, en relación al motivo de consulta concordaron, tanto paciente como terapeuta, en que la paciente consultó por un malestar anímico, una depresión reactiva a la muerte de una amiga y por la reactualización de un duelo sin elaborar, por la muerte de un hermano.

También, por la necesidad de cambiar una actitud personal de mostrarse siempre bien y fuerte frente a cualquier situación.

Con respecto a la percepción que tuvieron, tanto terapeuta como paciente, acerca de la motivación de esta última hacia el tratamiento psicoterapéutico, se pudo observar que son discordantes. La terapeuta sostuvo que la paciente estuvo motivada, principalmente, por una fuerte necesidad de hablar sobre lo que le estaba sucediendo, sin hacerle daño a nadie, pero como una búsqueda de descarga y no de elaboración de la situación. La paciente manifestó haber estado muy motivada hacia el tratamiento, donde fue con una actitud de apertura para hablar y escuchar. Planteó que fue a consultar por decisión personal, aunque le costó tomar la decisión de ir, pero una vez que empezó se sintió muy bien.

En relación al tratamiento y a los logros obtenidos se presentó una concordancia relativa, porque la paciente consideró que pudo alcanzar muchos logros, si bien ella era consciente que no estaba totalmente "curada", pero pudo obtener herramientas para comprender el proceso de los duelos. En cambio, la terapeuta consideró que se realizó una intervención psicológica en un momento puntual frente a una situación crítica, donde se consiguió trabajar sobre la posibilidad de exteriorizar su malestar y mostrarse débil frente al entorno, el miedo que producen las pérdidas; pero quedó todo el proceso de duelo sin elaborar, porque el tiempo del tratamiento fue muy poco para la problemática que traía esta paciente.

Con respecto al vínculo terapéutico ambas, tanto paciente como terapeuta, plantearon que fue muy bueno. Es decir, la paciente al comienzo estaba distante y ansiosa por las expectativas frente al tratamiento, pero luego se desarrolló la confianza, y se sintió tranquila y cómoda. Desde el punto de vista de la terapeuta, el vínculo que se pudo establecer fue bueno, a pesar del corto tiempo del tratamiento, porque le permitió a la paciente expresar lo que

le estaba ocurriendo, pero no existía mucho compromiso por parte de la misma.

Se planteó una discordancia en relación a la forma en cómo terminó el tratamiento psicoterapéutico, ya que la paciente manifestó que había sido de común acuerdo y la terapeuta consideró que fue un abandono de tratamiento.

Entonces, en relación al motivo de terminación del tratamiento, la paciente planteó que terminó con el tratamiento porque se sentía muy bien, que había mejorado su estado emocional y había conseguido las herramientas para poder seguir manejando las situaciones sola y por esto, quiso dejar de concurrir al tratamiento, a lo que la terapeuta estuvo de acuerdo, según la paciente. Del análisis de las entrevistas se pudo observar que la terapeuta, ante el pedido de la paciente de terminar con el tratamiento porque se sentía muy bien, le otorgó un alta provisoria, acordando realizar entrevistas cada un mes para realizar un seguimiento, y luego elaborar el alta si fuese necesario o continuar con el tratamiento, pero se le explicitó que quedaban temas importantes sin resolver, y donde su actitud personal de inconstancia frente a las situaciones, estaba influyendo en esta decisión.

Conclusión: A través del análisis de las entrevistas y de la comparación de las mismas se planteó que el motivo de abandono de tratamiento de esta paciente fue, probablemente, su precoz y aparente mejoría, sostenida por características personales muy fuertes de "estar siempre bien" y su actitud inconstante frente a las diferentes actividades que comenzaba. También se pudo observar una incapacidad de la paciente de realizar insight, provocado por una resistencia personal, esto podría haber influido en la decisión que tomó la paciente.

Entrevista 4

En relación al motivo de consulta no hubo información en esta entrevista, debido a que no se indagaba sobre el mismo en las entrevistas a los pacientes; pero entre otros casos, los pacientes lo comentaban espontáneamente.

Se produjo una concordancia en relación a la motivación que tenía la paciente hacia el tratamiento, tanto terapeuta como paciente acordaron que esta última acudió por una decisión personal, para encontrar soluciones a situaciones que le resultaban difíciles. Pero la terapeuta planteó, además, que la paciente estaba poco motivada a trabajar durante las sesiones, donde necesitaba de estímulo permanente.

También, se presentó una discordancia en los aspectos negativos del tratamiento, entre el discurso de la paciente y la terapeuta, debido a que la paciente hizo referencia al corto tiempo de duración de las sesiones; y la terapeuta se refirió a las dificultades personales de la paciente para poder expresarse y a la necesidad de estímulo constante para poder trabajar.

En relación a los logros, lo único que planteó la paciente es que obtuvo buenos resultados, donde estarían incluidos los que mencionó la terapeuta, estos fueron: la salida de la situación de estancamiento en la que había llegado a la consulta y el logro laboral.

Considerando la forma en cómo terminó el tratamiento psicológico, ambas concordaron que fue por un abandono de la terapia por parte de la paciente, pero esta última pudo plantearse a la profesional y así se pudo realizar un cierre del tratamiento de los temas que se venían trabajando.

Y en relación al motivo de abandono terapéutico, también concordaron que fue por cuestiones económicas. Dejó el tratamiento porque se tuvo que cambiar de obra social.

Conclusión: Se pudo observar que el motivo de la terminación genuinamente fue por una cuestión económica; y que la misma dificultad fue planteada por parte de la paciente con determinada anticipación, y así se pudo trabajar sobre el cierre del tratamiento.

Entrevista 5

En relación al motivo de consulta, se planteó una concordancia entre el paciente y la terapeuta; el paciente fue derivado a una terapia de apoyo, porque su mujer padecía trastorno depresivo mayor y había tenido intentos de suicidio, y necesitaba aprender a manejar esta situación crítica.

Con respecto a la motivación que tenía el paciente hacia el tratamiento, la terapeuta consideró que este tenía una alta motivación, aunque no había sido una decisión personal, sino que se lo habían sugerido y lo derivaron a una profesional para que comenzara una terapia; era importante la capacidad de insight que tenía este paciente. El paciente expresó que al comienzo no tenía ganas de asistir al tratamiento, pero se revirtió la situación durante el transcurso de las sesiones, a medida que iba observando los cambios positivos que se producían.

En relación a los aspectos positivos del tratamiento, ambos, concordaron que el paciente logró una estabilidad emocional y el manejo de la situación familiar, con su mujer y sus hijos.

La discordancia que se planteó estaba en relación a los aspectos negativos, ya que la terapeuta apuntó a aspectos negativos del Servicio de Psiquiatría, entre ellos la duración de la sesión y la dificultad de conseguir turnos. En cambio, el paciente hizo referencia al tratamiento que recibió su señora, porque la trataba un psicólogo que no era especialista en ese tipo de trastorno y él no veía que su mujer evolucionase.

Se pudo observar una concordancia en cuanto a la forma en cómo terminó el tratamiento. Porque la terapeuta derivó al paciente a terapia de pareja con un seguimiento individual durante dos o tres meses. El paciente asistió a las sesiones de pareja, no así a las sesiones individuales, abandonó en la última etapa del tratamiento.

Y por último, con respecto a los motivos de abandono del tratamiento psicoterapéutico, también concordaron ambos, en que el paciente se sentía realmente bien, había logrado lo que necesitaba, ya tenía las herramientas para contener la situación familiar y había incrementado su autoestima. A esto agregó el paciente, que no continuó porque sintió que le quitaba el tiempo tanto a la terapeuta como a otro paciente que lo necesitaba más que él.

Conclusión: A partir de este análisis se pudo observar que el paciente, realmente, había alcanzado los objetivos del tratamiento y por esto decidió interrumpirlo; cabe resaltar el momento en que abandonó, donde ya se estaba trabajando el alta del paciente. Se aclara que este tratamiento fue una terapia de apoyo frente a una situación familiar crítica.

Entrevista 6

En relación al motivo de consulta concordaron, tanto paciente como terapeuta, en que la paciente consultó por un problema con un hijo, y porque había dos situaciones de duelos que estaban sin resolver.

Con respecto a la motivación de la paciente hacia el tratamiento, la terapeuta consideró que si bien estaba motivada para trabajar sobre cuestiones puntuales era muy difícil profundizar en esto. Lo que buscaba era contención frente a esta situación familiar desbordante y no ahondar sobre los conflictos personales.

Un dato importante que surgió del análisis de las entrevista, es el que estuvo relacionado con la frecuencia de las sesiones del tratamiento. Se

planteó una discordancia, ya que la terapeuta manifestó que la paciente concurría de manera irregular, cuando ella necesitaba, manejaba los tiempos y no respondía a las indicaciones de la profesional. Y la paciente expresó que ella concurría cuando la terapeuta le sugería, de forma totalmente regular.

Si bien, tanto terapeuta como paciente, acordaron en que el vínculo terapéutico fue bueno, la terapeuta hizo referencia a la dificultad de la paciente en profundizar los temas por los cuales ella consultaba. Y la paciente manifestó que en un comienzo sentía desconfianza de la terapeuta al verla tan joven y pensaba que no tendría experiencia, lo que en el transcurso del tratamiento se revirtió.

En relación a los aspectos negativos del tratamiento, se planteó una discordancia entre el discurso de la paciente y el de la terapeuta. Porque la paciente manifestó una disconformidad en relación a la corta duración de las sesiones y a la sobrecarga de turnos que tenía el Servicio de Psiquiatría; y la terapeuta hizo referencia a la irregularidad en la frecuencia del tratamiento por parte de la paciente y a la imposibilidad de explorar durante la terapia aspectos más profundos.

Con respecto a los aspectos positivos del tratamiento, concordaron ambas en señalar los logros alcanzados durante el proceso psicoterapéutico. Es decir, los resultados obtenidos fueron: manejar situaciones desbordantes, poner límites al entorno, incrementar la autoestima, planificación y desarrollo de actividades recreativas, disminuir el nivel de ansiedad, entre otros.

Se pudo observar una discordancia en la forma en cómo terminó el tratamiento psicoterapéutico, ya que la paciente consideró que todavía continua en tratamiento a pesar de que hace un año que no concurre a la terapia; y para la terapeuta esta paciente abandonó el tratamiento en un momento muy particular, donde se estaban por empezar a trabajar cuestiones más personales de la paciente.

Por ende en relación al motivo de terminación del tratamiento la paciente planteó que no ha vuelto a ir por falta tiempo personal, por el trabajo y por la situación familiar. La terapeuta sostuvo que el motivo de esta paciente fue fundamentalmente por resistencia a trabajar cuestiones personales más profundas.

Conclusión: Del análisis de la comparación de ambas entrevistas, se pudo observar una discordancia entre los motivos de terminación del tratamiento que planteó la paciente y los que planteó la terapeuta. Porque la paciente manifestó que no volvió a ir por falta de tiempo personal, por el trabajo y por la situación familiar. Y la terapeuta consideró que el motivo de abandono del tratamiento fue, fundamentalmente, por la resistencia de la paciente a explorar y trabajar cuestiones más profundas. Ambos motivos, tanto los que planteó la terapeuta como los que manifestó la paciente pudieron haber influido en la decisión de interrumpir al tratamiento. Cabe aclarar que esta paciente es del interior de Córdoba.

Entrevista 7

En relación al motivo de consulta la paciente no explicitó mucho acerca del mismo, solamente manifiesta que buscaba asistencia psicológica para estar mejor de ánimo, estar menos encerrada y aislada. La terapeuta sostuvo que la paciente acudió porque necesitaba procesar cuestiones personales y familiares que le sucedían; los síntomas que presentaban eran: desgano, tristeza y problemas de relación. También, esta paciente padecía un trastorno severo en la alimentación.

La terapeuta planteó que la paciente estaba motivada hacia el tratamiento y presentaba una importante necesidad de hablar, pero por ser una paciente que además padecía un trastorno límite de la personalidad, era muy difícil que se conectase con lo que le sucedía, y por su historia familiar era complicado establecer vínculos. La paciente concurrió al tratamiento por

decisión personal, donde la terapeuta en muchas ocasiones tuvo que reforzar esta motivación.

En cuanto al vínculo, la terapeuta afirmó que fue un buen vínculo, en relación al tipo de vínculos que ella podía establecer y sostener. Con respecto a esto la paciente manifestó que la terapeuta era muy buena psicóloga, le transmitía tranquilidad y no era distante ni le daba mucha confianza.

En relación a los aspectos negativos del tratamiento, ambas concordaron en cuestiones institucionales, la corta duración de las sesiones y la dificultad para conseguir turnos.

Con respecto a los aspectos positivos del tratamiento, también existió concordancia entre los discursos de la paciente y la terapeuta, estuvieron relacionados con los logros que se alcanzaron durante la terapia. Según la perspectiva de la terapeuta, algunos de los objetivos se cumplieron, principalmente los que estaban relacionados con la comida. Y, desde la perspectiva de la paciente, esta consideraba que ya estaba mejor, había podido entablar relaciones, salir de la situación de aislamiento y mejorar la relación con su madre.

En la forma en cómo terminó el tratamiento psicoterapéutico también acordaron, fue por abandono de tratamiento psicológico, donde la paciente no le planteó a la terapeuta la decisión de interrumpir el tratamiento.

En lo que no concordaron la terapeuta con la paciente es en el motivo de abandono de tratamiento psicoterapéutico. La paciente planteó que ya no le servía, que no tenía que decirle, que ya se sentía bien y que no necesitaba ir más. En cambio, la terapeuta consideró que, posiblemente se debió a su dificultad de sostener un vínculo durante mucho tiempo, una vez que salió de la situación crítica, abandonó el tratamiento. Se podría pensar en una falta de conciencia de enfermedad. Estos motivos podrían estar marcados por su historia familiar y por su trastorno de personalidad.

Conclusión: En este caso, a través del análisis interpretativo de la comparación de la entrevista del paciente con la entrevista de su terapeuta, se pudo observar que existió una concordancia en varios puntos, tanto en el motivo de consulta, como en la motivación de la paciente hacia el tratamiento, en el buen vínculo de trabajo que se pudo establecer, en los aspectos positivos y negativos del tratamiento y en la forma en que terminó el tratamiento, por un abandono psicoterapéutico. Pero en el punto donde surgió una discordancia, entre el discurso de la paciente y el de la terapeuta, fue en relación a los motivos que tuvo la primera para abandonar el tratamiento psicológico. La paciente manifestó que ya no lo necesitaba, que se encontraba mejor y que por lo tanto no le servía continuar concurriendo al tratamiento. Y la terapeuta consideró que el posible motivo de abandono estaba relacionado con la imposibilidad de mantener un vínculo durante determinado tiempo, y por la falta de conciencia de enfermedad. Estos motivos podrían estar fuertemente influidos por su historia familiar y por su trastorno límite de la personalidad.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En esta investigación, a partir del análisis de los datos, se pudieron conocer algunos motivos que tuvieron los pacientes para interrumpir de forma irregular el tratamiento que llevaban a cabo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba.

En relación a uno de los objetivos específicos de este estudio, describir la muestra seleccionada de pacientes, se concluye que es una muestra heterogénea, en sus edades, estado civil, ocupación, diagnóstico y cantidad de sesiones de cada tratamiento; no así en el sexo de los pacientes de la muestra, que la mayoría son mujeres. Esto se encuentra correlacionado con los datos obtenidos de la Práctica Profesional, llevada a cabo en el año 2001 por la investigadora, donde el 82% de las personas que concurrían, al Servicio de Psiquiatría, en busca de ayuda psicológica eran mujeres. También, se encontró una relativa homogeneidad, con respecto a la educación que han recibido estos pacientes, todos han adquirido un nivel de instrucción superior al secundario completo.

Con referencia a la cobertura económica del tratamiento, todos los pacientes de la muestra, eran afiliados de una obra social, ya sea del Hospital Privado u otra; y a todos los pacientes, el Servicio de Psiquiatría, le ofrecía, la misma modalidad terapéutica, bajo el mismo sistema institucional.

A partir de los resultados obtenidos del análisis, que se realizó a través del Método Comparativo Constante, de cada una de las entrevistas de los pacientes de la muestra, se identificaron diferentes ejes y dimensiones de los mismos; y se considera que cada una de estas dimensiones podría haber influido en los motivos que tuvo el paciente para abandonar el tratamiento psicoterapéutico.

La dimensión "Motivo de Consulta" analizada en los resultados de esta investigación, muestra la importancia de focalizar, en cada tratamiento en particular, el motivo de consulta del paciente y observar si éste está

claramente definido. También, hay que tener en cuenta, todo lo que implica la motivación hacia el tratamiento, porque si bien en la mayoría de los casos de esta muestra, los pacientes buscaron asistencia psicológica por voluntad propia; se podría pensar que no solamente basta con que el paciente concurra al tratamiento por una decisión personal, sino que ésta debe estar acompañada de una sólida motivación hacia el tratamiento y orientada hacia los objetivos que se quieren alcanzar, esto no significa que a lo largo del tratamiento no se puedan presentar resistencias.

Del análisis surgió la importancia de la escucha de las expectativas del paciente con respecto a lo que espera, tanto del tratamiento como del terapeuta. Porque a partir de esta escucha se podría corregir alguna distorsión que se presente, se podría definir los objetivos del tratamiento y el rol del terapeuta; esto ayudaría a que las expectativas del paciente no se frustren y de lugar a un abandono terapéutico.

En relación a los resultados de la dimensión "Forma de terminación del tratamiento psicoterapéutico", se observó que la mayoría de los pacientes de esta muestra, consideraron que terminaron el tratamiento por abandono terapéutico, y otra paciente planteó que finalizó el tratamiento por alta terapéutica, de común acuerdo con el terapeuta; en este último caso se pudo observar a través del análisis de la entrevista del paciente y la comparación con la de su terapeuta que existió una distorsión en la percepción del paciente con respecto a la forma de terminación del tratamiento.

A partir del análisis de los datos surgidos de la dimensión "Motivos de abandono terapéutico" se pudo concluir que los motivos que han tenido los pacientes, para terminar con el tratamiento psicoterapéutico, fueron de diversa índole; éstos se encontraron en relación con el tratamiento, con el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba, con el paciente, con el terapeuta.

Aparte se pudo observar que algunos de los motivos que impulsaron al paciente a abandonar el tratamiento fueron concientes o inconscientes para él.

Entre los motivos, que plantearon los pacientes por los cuales abandonaron el tratamiento, se encontraron:

- El tiempo de duración de la sesión era muy corto, de media hora, cuando el paciente empezaba a expresarse se le terminaba el tiempo. A partir de esto se podría pensar que este tiempo de duración de la sesión, favorecía la resistencia del paciente, porque en tan corto tiempo se hacía dificultoso trabajar con algunos pacientes donde la resistencia era más fuerte, y esto daba lugar al abandono terapéutico.
- Se debía pagar un plus de \$ 5, a partir de la sexta sesión del tratamiento, teniendo una cobertura de salud, ya sea del Hospital Privado o de otra obra social. Es importante señalar que este argumento surgió en una paciente que llevó a cabo el tratamiento durante un año y medio, y lo planteó como motivo principal de su decisión de abandonar el tratamiento.
- La modalidad terapéutica que ofrecía el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado, porque apuntaba a una supresión sintomática y no a una revisión profunda de los problemas. Con respecto a este motivo es importante resaltar que el Servicio de Psiquiatría ofrecía llevar a cabo una Psicoterapia Breve, donde uno de los objetivos era trabajar sobre la disminución o supresión de los síntomas, entre otros posibles que se planteasen, pero no apuntaba a una revisión profunda de la personalidad. Por lo tanto, es importante conocer las expectativas del paciente con respecto al tratamiento e informarle al paciente, la modalidad terapéutica con la cual se trabaja en el Servicio de Psiquiatría.
- Problemas de distancia y traslado.
- Problemas de horarios laborales.

- Problemas económicos.
- La posibilidad de realizar otra psicoterapia que estaba acorde con la modalidad terapéutica que necesitaba el paciente.
- Logro de la estabilidad emocional. Si bien este resultado del tratamiento era importante, quedaban otras cuestiones por trabajar, donde se podría pensar si esta paciente ha realizado una fuga a la salud o ha sido una intolerancia frente a la angustia de separación, y por esto decidió interrumpir el tratamiento.
- Solución o no de los problemas.
- Falta de tiempo personal.
- Y por la actitud del terapeuta. Con respecto a este motivo, particularmente, una sola paciente tuvo una percepción negativa de su terapeuta y decidió abandonar el tratamiento.

La dimensión "Resultados del tratamiento" que surgió del análisis del Método Comparativo Constante, muestra que es necesario, durante el transcurso del tratamiento, ir señalándole al paciente cuáles son los resultados que va alcanzando, y qué es lo que va quedando por trabajar, porque en algunos casos de la muestra se ha observado que entre las respuestas que atribuía el paciente al motivo del abandono del tratamiento era que había logrado cumplir algunos objetivos.

A partir del análisis del segundo eje "Nociones acerca del Tratamiento psicoterapéutico y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba", se pudo observar con respecto a la categoría "Entrevista de Admisión" que la mayoría de los pacientes de esta muestra ingresaron al Servicio de Psiquiatría por el sistema de la entrevista de admisión, pero también, hubo casos en que fueron admitidos por el Psiquiatra de guardia o por algún profesional del Servicio que estuviese atendiendo a un familiar.

Los pacientes tenían conocimiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado porque eran afiliados a la cobertura de salud del Hospital o porque la obra social que tenían les cubría la asistencia psicológica en este Hospital. Por lo tanto poseían conocimiento que estaban concurriendo a un Servicio de Salud Mental que estaba inserto en una institución hospitalaria, pero manifiestan los pacientes, una disconformidad en relación a la entrevista de admisión, porque no se les explicaba el sentido que tiene para la institución esta instancia necesaria y el tiempo que tenían que esperar para ser atendidos, ya sea para la entrevista de admisión o para las sesiones, porque el Servicio estaba sobrecargado de turnos. Si bien esto no está relacionado directamente con el desarrollo del tratamiento en particular, sí podría influir de forma negativa en la percepción del paciente y favorecer la decisión de abandonar el tratamiento.

Algunos pacientes de la muestra tenían conocimiento de la modalidad terapéutica con que trabajaban los profesionales del Servicio y, por el contrario, otros no. A partir de estos datos, es importante, cuando el paciente comienza el tratamiento, explicitarle cómo es la modalidad terapéutica con la cual se trabaja en el Servicio de Psiquiatría, la Psicoterapia Breve, para poder corregir alguna posible distorsión que tenga el paciente o para informarlo sobre cómo se llevará a cabo su tratamiento, y así poder observar si esto se encuentra acorde con lo que espera del tratamiento, para disminuir el efecto en el desarrollo de la terapia y dé lugar a un abandono terapéutico una vez comenzado.

Con respecto a la dimensión "Opinión del paciente sobre su tratamiento psicoterapéutico" se encontraron diferentes opiniones y, en algunos casos, contrapuestas, sobre la evolución, los objetivos, el desarrollo y los resultados del tratamiento; cada una de estas opiniones está relacionada con el desarrollo de cada tratamiento en particular y con la percepción que cada uno de estos pacientes ha tenido con respecto a su terapia. Donde se encontró una concordancia entre las opiniones de todos los casos de la muestra, fue en la

disconformidad frente al tiempo de duración de la sesión; un dato relevante que formará parte de las cuestiones que habría que tener en cuenta para modificar, y así ayudar a que posiblemente el índice de abandono terapéutico disminuya.

Otra categoría que surge del análisis de los datos y que resulta fundamental observar para el tema de esta investigación es la "Opinión del paciente hacia el terapeuta": se concluye que la mayoría de los pacientes de la muestra tienen una percepción positiva acerca de la actitud del profesional, con quien pudieron establecer un buen vínculo terapéutico, durante determinado tiempo. A partir de esto se podría pensar que al estar establecida la alianza terapéutica, el paciente se pudo mantener en el tratamiento al menos por dos meses; por el contrario abandonaría en las primeras entrevistas. También, se podría pensar que el motivo de abandono terapéutico, pasados los dos meses de tratamiento, aproximadamente, no está relacionado con el vínculo terapéutico.

En el análisis del eje "Situación posterior al tratamiento psicoterapéutico", hubieron datos que fueron significativos. Primero, con respecto al "Tratamiento posterior al realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba" se pudo observar que una paciente luego de terminar irregularmente el tratamiento que llevaba a cabo en el Servicio de Psiquiatría, comenzó otro, al cual también lo abandonó. Esta dimensión muestra la importancia de observar los antecedentes del paciente, con respecto a los tratamientos terapéuticos que ha realizado y a la forma en cómo han terminado, porque se transforma en un posible indicador de abandono terapéutico.

En relación a la segunda dimensión, "Elección del terapeuta para un nuevo tratamiento", se concluye que la mayoría de los pacientes de esta muestra elegirían al mismo terapeuta para un nuevo tratamiento, algunos de ellos en consultorio privado y otros lo volverían a llevar a cabo en el Servicio

del Hospital Privado. Esto demuestra la percepción positiva, en la mayoría de los casos, que han tenido con respecto a su terapeuta, y que no ha sido el motivo de abandono del tratamiento, en la mayoría de estos casos.

Por último, con respecto a la categoría " Situación terapéutica actual", se observó que algunos pacientes de la muestra, iniciaron nuevamente un tratamiento psicológico en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba y con el mismo terapeuta, y se encuentran actualmente en tratamiento; hay otros pacientes que están bajo tratamiento psicoterapéutico pero con otro profesional que no pertenece al equipo de profesionales del Servicio; y un tercer grupo de personas que no están bajo tratamiento pero volverían a comenzar otra terapia si lo creyesen necesario. Se podría deducir de este análisis que los pacientes no han vivenciado el abandono del tratamiento como algo negativo o como un fracaso del tratamiento.

A partir del análisis interpretativo llevado a cabo en esta investigación, para realizar las comparaciones de las entrevistas de los pacientes y sus respectivos terapeutas, y así obtener otra perspectiva acerca de los diferentes motivos que impulsan al paciente a abandonar el tratamiento psicoterapéutico; se pudo observar que en la mayoría de los casos de la muestra se encontraron discordancias.

Se pudo conocer que los pacientes apuntaron a motivos conscientes y/o en algunos casos, a factores externos que los llevaron a abandonar el tratamiento que realizaban en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba. Anteriormente ya han sido planteados los motivos más significativos que expresaron los pacientes por los cuales decidieron abandonar el tratamiento.

En el caso de los terapeutas de estos pacientes y a través de los significados que éstos les han atribuido a los motivos que los pacientes han tenido para abandonar el tratamiento, se pudo observar que se orientaban no sólo a posibles motivos conscientes sino también a motivos inconscientes para

los pacientes. El profesional pudo hacer inferencias acerca de los motivos inconscientes a partir del conocimiento que ha adquirido del paciente en el transcurso del tratamiento y por la manera en que se ha desarrollado el proceso psicoterapéutico.

Para esto es de gran importancia tener presente lo que se expuso en el marco teórico de esta investigación, donde J. Bleger (1996) plantea que toda conducta se halla sobredeterminada, es decir, que existe una policausalidad muy compleja que deriva de distintos contextos o múltiples relaciones en los que se halla todo ser humano y cada una de sus conductas. Nunca está operando un solo motivo en la conducta humana, y que en la misma operan tanto motivos conscientes como inconscientes para el individuo.

Si bien son discordantes los motivos que plantearon los pacientes con los que atribuyeron los terapeutas, siguiendo a J. Bleger (1996), se los consideran como diferentes motivos que generan una conducta determinada, llevando al paciente a tomar la decisión de abandonar el tratamiento psicológico; es decir, esta conducta está sobredeterminada por motivos conscientes e inconscientes del paciente.

Ahora se explicitan los diferentes motivos que los terapeutas infirieron de las conductas de los pacientes. Entre ellos se encontraron: Dificultad personal del paciente de no poder terminar las diferentes actividades que comienza; frustración de las expectativas con respecto al tratamiento y al terapeuta; resistencia al cambio y reacción terapéutica negativa; precoz mejoría sintomática o fuga a la salud; incapacidad de insight del paciente; cuestiones económicas; logro de los objetivos planteados; resistencia a profundizar temas conflictivos y por la patología del paciente.

A partir de los diferentes análisis realizados en este estudio, se deducen algunos indicadores que pueden alertar al terapeuta acerca del posible abandono terapéutico de un paciente, entre ellos se pueden considerar:

- La baja motivación del paciente hacia el tratamiento, o si el paciente es derivado por algún otro profesional o familiar; para poder llevarse a cabo el tratamiento debe existir una motivación sólida en la necesidad de recibir ayuda.
- La elaboración de la decisión de empezar un tratamiento psicoterapéutico, cuál fue el tiempo de elaboración de la iniciativa de consultar.
- Las experiencias previas en consultas psicológicas y/o psiquiátricas que ha tenido el paciente y si ha podido sostener esos tratamientos.
- El no establecimiento de la alianza de trabajo y la transferencia positiva.
- La ausencia de la conciencia de enfermedad en el paciente, por ende no existiría la necesidad de recibir ayuda.
- La necesidad del paciente de realizar un tratamiento que no concuerda con la modalidad terapéutica que ofrece el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado.
- El tipo de trastorno mental que padece el paciente.

Cabe resaltar que ninguno de estos indicadores por sí solos van a llevar a que el paciente posiblemente abandone el tratamiento, sí hay que considerarlos en su conjunto.

Para finalizar con este trabajo y en función de las conclusiones planteadas es posible mencionar algunos puntos que podrían ayudar a disminuir el fenómeno del abandono de tratamiento psicológico.

Esto se focaliza en tres dimensiones:

- Desde la Teoría y Técnica de la Psicoterapia Breve es fundamental establecer un preciso y claro encuadre, explicitando la modalidad de trabajo de la Psicoterapia Breve, el tiempo de duración de la sesión, acordando los objetivos del tratamiento a corto, mediano y largo plazo con el paciente, teniendo en cuenta las expectativas del mismo, también resaltar la importancia que el tratamiento finalice por un alta y no por un abandono, porque esto permite realizar un cierre del mismo; plantear cuál es el rol del terapeuta, ir haciendo devoluciones periódicamente, revisando los objetivos que se van alcanzando y lo que falta por trabajar. Y, por último, dedicarse a establecer y mantener la alianza terapéutica.
- Desde lo institucional sería importante que los terapeutas puedan tener un tiempo entre un paciente y otro, porque esto afecta la atención del profesional y por ende al desarrollo de la sesión. Que la duración de la sesión se pueda alargar a 45 minutos o que exista una mayor flexibilidad en la duración del tiempo y la frecuencia de las sesiones del tratamiento, de acuerdo a las necesidades de los pacientes. Y que se pueda evaluar, independientemente de que tenga una cobertura de salud mental en el hospital, si realmente es conveniente para ese paciente indicarle una Psicoterapia Breve.
- Y ampliando un poco más el contexto, pensando no sólo en la Institución Hospital Privado de Córdoba, sino en el sistema de las obras sociales que brindan el servicio de salud mental, se podría pensar que en este sistema de salud en el cual se está inmerso, es un sistema que no diferencia a cada paciente en particular, no se centra en lo que realmente necesita el paciente, sino que sólo se limita a ofrecer un paquete de cobertura que esté de acuerdo a las

necesidades, ya sean económicas y/o estructurales, de cada institución.

Los objetivos planteados en esta investigación han sido alcanzados, siendo sólo una aproximación a un fenómeno inquietante. A partir de estas conclusiones se pueden plantear nuevas líneas de investigación y así poder seguir proporcionando respuestas sobre la temática de "Abandono de Tratamiento Psicológico".

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, Franz; French, Thomas; (1965). Terapéutica psicoanalítica. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bleger, José; (1996). Psicología de la conducta. Argentina: Biblioteca de psicología general, Editorial Paidós; 16ª reimpresión, Cap. XI.
- Calleri, Ivana; Flory, Andrea; (1988). Deserción de los pacientes en el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico de Córdoba en 1988. Tesis de grado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Colom, Francesc; (2001). Factores implicados en el cumplimiento terapéutico de los pacientes bipolares. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer. Barcelona, España.
- Dorsch, Friedrich; (1994). Diccionario de Psicología. Barcelona: Editorial Herder. Primera reimpresión.
- Etchegoyen, Horacio; (1997). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Argentina: Amorrortu editores. Cuarta reimpresión.
- Fiorini, Héctor (2000). Teoría y técnica de psicoterapias. Argentina: Editorial Nueva Visión.
- Freud, Sigmund; (1926). Inhibición, Síntoma y Angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Volumen XX. Amorrortu editores.
(1905). Sobre psicoterapia. Volumen VII.
(1912). Sobre la dinámica de la transferencia. Volumen XII.
(1923). El yo y el ello. Volumen XIX.
(1937). Análisis terminable e interminable. Volumen XXIII.
- Glaser, B. y Strauss, A.; (1967). The discovery and grounded theory. Chicago: Aldine Publishing Company.

- González Pinilla, Ana; La Fuente, Mercedes Delia; Losada, Elena; Moreno Pinilla, Miguel; (Febrero 2003). Abandonos en Trastorno de la Conducta Alimentaria. Razones del mismo y evolución. Servicio de psiquiatría y psicología clínica. Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.
- González Rey, Fernando I. (2000) "Investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos". Internacional Thomson Editores.
- Horney, Karen; (1936). The problem of the negative therapeutic reaction Psychoanalytic Quaterly. Volumen V.
- Klein, Melanie; (1957). Envy and gratitude. A estudy of unconscious sources, en Envy and gratitude and other works. Capítulo 10 "Obras Completas" Volumen 6.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (2001). Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor S.A.
- Pekarik, G.; (1983). Posttreatment Adjustment of Clients who Drop Out Early vs. Late in Treatment. J Clin Psychology.
- Pinkus, Lucio; (1984). Teoría de psicoterapia analítica breve. Argentina: Editorial Paidós.
- Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (1998). Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Santa Fé de Bogotá, Colombia. Mc Graw Hill.
- Selltiz, Wrihtsman, Cook; (1998). Métodos de Investigación en Relaciones Sociales. Cátedra de Metodología de la Investigación Científica. Universidad Nacional de Córdoba.
- Sirvent, María Teresa; (1997). Breve diccionario Sirvent- Conceptos iniciales básicos sobre investigación en ciencias sociales. Universidad de Buenos Aires. Maestría en Didáctica. Segunda edición.

- Sirvent, María Teresa; (1999). Memoria del teórico n° 13 de 1998; Memoria del teórico n° 7, 8 y 9. Cátedra de Investigación y Estadística Educacional I de la Carrera de Ciencias de la Educación de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.
- Taylor, S. J.; Bodgan, R. (2000). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Vasilachis de Gialdino, Irene; (1993). Los fundamentos de las Ciencias del Hombre- Métodos Cualitativos I, los problemas teóricos - epistemológicos. Centro editor de América Latina.
- Waller, G. (1997). Drop- Out and failure to engage in Individual Outpatient Cognitive Therapy for Bulimic Disorders". Int. J. Eat Disorder.

Entrevista 1

Sexo: Femenino

Edad: 34 años

Estado Civil: Casada, 3 hijos

Educación: Lic. En Psicología

Ocupación: Ejerce como Psicóloga en el ámbito de la clínica privada.

Diagnóstico: Problemas Laboral

Edra: Cómo llegaste al Servicio? Cómo conocías al Servicio de Psiquiatría que tiene el Hospital Privado?

Eda: No, no conocía mucho, fui porque bueno... necesitaba revisar algunas cosas personales y... yo normalmente acudo a una mutual, y pregunta por todos los lugares que uno tiene y.... este... me gustó la relación que tuve con mi terapeuta todavía sigue, fue muy cálida, muy contenedora pero con media hora a la semana yo sentía que era muy poco lo que se podía avanzar y qué el tratamiento, que no llegó a ser tratamiento porque tienen que haber sido dos meses, no me acuerdo muy bien cuánto fue, pero habrán sido ocho sesiones, muy poquitito, este... digamos la postura era fortificar las cosas que si tenía pero no había una revisión de fondo porque no había tiempo, lógico, no había una revisión de fondo de cosas de origen, sino yo creo que tiene que ver con la postura que tienen los que trabajan con mutual...

Edra: Con el servicio en sí que prestan las mutuales...

Eda: Una cosa masiva... porque yo sé que estaban abarrotadísimos de pedidos, entonces lo que hicieron conmigo lo hicieron bien, me recontra apuntalaron en lo que sí podían, ahora yo necesitaba revisar lo otro también...

Edra: Considerabas qué necesitabas otro tipo de terapia?

Eda: Yo como psicóloga sabía que había cosas de fondo, para un paciente que no entiende mucho, sentir que va fortaleciendo sus cosas, fantástico pero

bueno...una como psicóloga sabes que a la larga repetís, sino revisas de fondo repetís... Digamos la evolución de mi tratamiento fue al pelo, pero yo sabía que había mucho más entonces decidí cambiar.

Edra: En este momento estás en tratamiento?

Eda: Sí, si, si

Edra: Con otro profesional, fuera del Hospital?

Eda: Sí, no es de ahí

Edra: Es hombre o mujer?

Eda: Mujer

Edra: Cuándo vos comenzaste el tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital sabías cómo era la forma de trabajar?

Eda: No, no tenía la menor idea

Edra: La terapeuta te comentó como era la modalidad?

Eda: La verdad es que no me acuerdo, yo creo que sí... que me tiene que haber comentado... no me acuerdo porque hablábamos hasta por los codos, las dos psicólogas, encima yo buscando laburo, tratar de... sí me tiene que haber comentado... sí eso que es media hora... yo tengo colegas que trabajan bien a fondo en media hora... lo que pasa es que a mí no me alcanzaba con esto y no había forma de adaptarme a esta modalidad, a ese tiempo. Es cómo cuando tenés un problema de muelas y bueno decís... vas te arreglas las muelas y suprimís el síntoma pero decís qué pasa que se me carean las muelas? Me cepillo mal los dientes? Buscar para que no se repita más... esa fue la necesidad que yo tenía y que tampoco la planté, yo creo que fui injusta... porque ni siquiera cerré, nada, dejé de ir, directamente me surgió la posibilidad de empezar con otra terapeuta que me dirigió la tesis a mí, que sé cómo labura y me fui de cajón, estoy chocha pero no... posiblemente fui injusta con mi terapeuta por no haberle planteado esto... esta cosa más de base...

Edra: Vos no se lo planteaste en ningún momento?

Eda: No se lo planté, en ese momento me empezó a quedar muy a contramano, tenía una motito, pero ahora tengo que tomar dos colectivos para ir, me quedó muy a tras mano y coincidió con que se me dio la posibilidad de hacer terapia con esta otra chica, que sé cómo labura... Se dieron varias cosas pero tampoco las planteé...

Edra: Si hubieses planteado las cosas qué crees que hubiese pasado? Cómo crees que hubiese respondido ella? Capaz que te hubiese dicho: "Mira esto es lo que yo te puedo ofrecer..."

Eda: Vos sabes que esto recién lo estoy registrando ahora, la verdad es que como te digo mi terapeuta actual me ha supervisado, sí cómo labura, y cuando se vino a trabajar acá... cambié así... ahora que estoy hablando del tema me doy cuenta que podría haberlo planteado como una devolución; como a mí me gusta que me hagan una devolución de cosas, sino uno se queda con un montón de cosas y... nos seguimos hablando con la terapeuta del Hospital.

Edra: Llama la atención que a pesar del buen vínculo que vos contás que has tenido con la terapeuta que te atendió en el Hospital, qué pasó que levantaste las cosas y te fuiste... y no habérselo planteado...

Eda: La verdad que mi sueño siempre había sido hacer terapia con esta otra chica, pero trabajaba en el interior y ella se vino acá y yo empecé, era una cosa que la tenía pendiente de siempre, vino y empecé con ella... no registré lo que venía haciendo antes, lo dejé directamente...

Edra: Cuáles eran tus expectativas cuando comenzaste el tratamiento?

Eda: Trabajar sobre cuestiones de fondo no la supresión sintomática...

Edra: La frecuencia con la que ibas al Servicio era una vez por semana... qué te pareció?

Eda: No, incluso la que hago ahora es una vez por semana, me pareció corta la sesión, apenas empezaba a tratar un tema estaba la necesidad de hacer un cierre, un redondeo, no había una hurgada digamos... quedaba con una sensación... puede tener que ver con una costumbre de una hora y de pronto media hora... sí, me pareció poco. Incluso la terapeuta me decía que en San Vicente (otro centro dónde atiende el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado), porque ella trabajaba ahí, y ahí sí trabajaba una hora pero ahí sí me resultaba imposible... me quedaba muy a trasmano...

Edra: Contame un poco cómo te sentiste durante el tratamiento?

Eda: Bien, me sentí bien. Concretamente el motivo de consulta digamos... yo no entendía porque carajo yo no me podía organizar después de 10 años de casada con las tareas domésticas, tenía una identificación media jodida con mi vieja, con el rol ama de casa pero ella empezó a trabajar con lo que sí podía y fue un florecimiento en dos meses bárbaro, ahora estas cosas yo las había tenido en distintas medidas en varias etapas de mi vida, yo podía empezar pero no las podía sostener... este... digamos que yo me daba cuenta que había algo de fondo... había una pelea interna con esa idea, con ese rol... o me lo boicoteaba o me.... Y era algo básico como mamá y como mujer que desgraciadamente uno no puede escapar...

Edra: Y con respecto a esto vos sentías que no te podías terminar de organizar?

Eda: Digamos llegando a períodos de caos absoluto, una desorganización fuerte, caótica, entonces... así llegué y fue una cosa muy notoria la evolución que hice en esos dos meses pero te repito lo mío es cíclico a veces sola sin terapia me podía organizar pero el acompañamiento que hizo la terapeuta del Hospital fue muy oportuno, fue muy bueno... pero sí, surgió la posibilidad de hacer terapia con esta otra profesional y me fui directamente...

Edra: Qué podrías rescatar como aspectos positivos o aspectos negativos del tratamiento?

Eda: O sea... aspecto positivo creo que como Servicio es bueno... tratar de fortalecer lo que sí se puede y después poder trabajar con lo otro y cómo aspecto negativo... creo que yo fui injusta... porque no fui y le planteé el registro de esto que estaba cerrando... Yo creo que como aspecto negativo, la primera sesión que tuve con el psiquiatra... me pareció muy fría, no me sentí bien para nada, eso sí me pareció... pero posiblemente porque hace la admisión.

Edra: Vos sabías de la entrevista de admisión?

Eda: No, no sabía nada. Yo pedí el turno por teléfono y me dijeron...

Edra: Vos no conocías ningún profesional de ahí?

Eda: No, no conocía... después que empecé el tratamiento con esta terapeuta hay una colega que es amiga en común... pero no es del Privado.

Edra: Me podrías describir la actitud de la terapeuta durante el tratamiento?

Eda: Es muy cálida, muy cálida, muy suave, tiene una capacidad de ir captando cuáles son los temas centrales e ir haciendo terapéutico todo lo que se dice en la sesión... eso me sorprendió en ella, por ahí si tenés pacientes que te hablan huevadas y no sabes como bajarlo... eso... cualquier cosa que yo decía, ella y porqué? Con qué tiene qué ver? Con qué lo relacionas? Me llamó la atención... como usaba el tiempo...

Edra: Qué resultados pudiste observar?

Eda: Digamos me calmó el dolor de muelas... porque yo no le di oportunidad de hacer más... en realidad lo primero que haces cuando llega un paciente con dolor le calmas el dolor y después empezas a ver porqué, ahora me estoy dando cuenta de esto... y en realidad es como te digo yo tenía la asignatura pendiente de hacer terapia con esta otra chica y es como que venía haciendo algo para ir masticando, como para ir haciendo algo, para sentir que avanzo en algo, que estoy haciendo algo por mí, por mi problema... yo creo que tiene que

ver con eso... en realidad no sé si empecé en el Privado con la decisión de hacerlo completo... era para ir haciendo algo, para no dejarme estar, para empezar por algo... ahora que hablo sobre el tema me voy dando cuenta...

Edra: Cómo terminó el tratamiento?

Eda: Lo dejé, un día se me dio la oportunidad de empezar lo que yo quería y lo empecé... eso fue todo

Edra: Vos habías sacado un turno y faltaste o no lo habías sacado?

Eda: No, no saqué más. No me acuerdo de eso, vos sabes... con la relación que quedó con la terapeuta que guaranga, te vas vos y la hablo... (risas).

Edra: No es ese el objetivo de esta entrevista, solamente vengo para informarme de que es lo que había sucedido... porque una persona abandona el tratamiento cuando justamente uno va a buscar ayuda, a resolver determinadas cosas y qué es lo que pasó?

Eda: Apareció otra persona que encajaba con la modalidad terapéutica que yo buscaba, que yo necesitaba...

Edra: En que crees que se puede pensar para qué no suceda esto, para que el paciente no se vaya sin haber planteado esto?

Eda: No sé si plantearlo de entrada, sería muy importante para mí, en el momento que uno plantea el encuadre, horarios y todo esto... y en el caso de que vos decidas suspender o cambiar o lo que sea es muy importante para uno hacer un cierre, sería piola plantearlo dentro del encuadre... Yo de todos modos con mis pacientes les voy preguntando cada tanto cómo se han sentido este último mes, cómo se van sintiendo... como lo viven al proceso... Como para hacer un chequeo...

Edra: Eso crees que le faltó?

Eda: No, es una propuesta que yo haría... no sé si le faltó, no sé si se hace... la necesidad o la importancia de hacer una devolución y hacer un cierre, no sé si

es algo que se debe hacer o si se hace... Plantearlo dentro del encuadre y a lo largo del proceso...

Edra: Porqué crees, pensándolo hoy, que no lo planteaste?

Eda: No sé, ni siquiera registré eso, yo creo que como la guestáltica de ser figura- fondo, pasó a ser figura la otra terapeuta y ya está... fue una falta de registro... por lo menos en mí caso, ya venía funcionando bien... y el Privado me queda muy a tras mano y todo influye... pero mira vos nunca se lo plantee.

Edra: Lo que se intenta con este trabajo es poder conocer; es importante es escuchar a la otra parte, tanto como terapeuta, como paciente, como institución qué es lo que sucedió. Bueno... espero que te hayas sentido bien y te agradezco un montón tu colaboración y tu tiempo.

Entrevista 2

Sexo: Femenino

Edad: 30 años

Estado Civil: Soltera

Educación: Universitario Incompleto- Abogacía

Ocupación: Empleada Administrativa Obra Social

Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Edra: Cómo tuviste conocimiento del Servicio de Psiquiatría?

Eda: Conocimiento.... Hace muchos años que tenemos la cobertura del Privado, muchos años... te estoy hablando de... creo que desde que tenía convenio con Renault, que mi papá trabajaba ahí y desde ahí, no sé exactamente cuanto pero sé que es bastante y... mi mamá comenzó un tratamiento hace muchos años también, hace mucho tiempo y yo conocía que había un servicio, como parte de toda estructura sanatorial como el Privado y sabía que había un servicio, que tipo de prestaciones daba, que tipo de cobertura y demás... ahí tomé conocimiento... pero cuando decidí ir fue antes de ... para colmo vos sabes que ni me acuerdo del nombre del chico, del Licenciado que me hizo el tratamiento...vos sabes que ni me acordaba... los otros días que vos me llamaste le dije "Mamá vos no te acordas", no me acordaba...

Edra: Si?

Eda: Que ni sé cuanto hace tampoco que fui, perdí la noción del tiempo... y la primera entrevista la hice con el Psiquiatra admisor, esperé una eternidad... me pareció burocrático el trámite, tener que esperar a que el jefe del servicio dispusiera de tiempo...

Edra: Tuviste que esperar mucho tiempo para la primera entrevista?

Eda: Sí, esperé mucho, o sea me dieron el turno con mucha antelación, propio de estos últimos años del Privado, si vale la queja... está muy... hay mucha demanda, esta abarcando demasiado... y eso resiente el tipo de prestación, se está convirtiendo... porque no podes sacar un turno en una clínica privada para un mes o para un mes y medio me parece una falta de... pero bueno... entiendo también que el Hospital abarca demasiadas... no sólo la cobertura propia sino las otras obras sociales y también hay que tener en cuenta que es parte de un sistema de salud que está out. Es terrible reconocerlo pero es la realidad...

Edra: Decís que estuviste que esperar mucho tiempo, un mes...

Eda: Sí, saqué un turno y me dieron para un mes para la entrevista con el Admisor, que es el que digamos era el colador, el que indicaba a qué profesional y sé que en un primer momento hice una terapia, con... me estaba olvidando... estuve con una Licenciada, hice un par de entrevistas pero no me acuerdo el apellido, teóricamente en mi registro debe haber un par de sesiones, pero en esa oportunidad yo pedí turno por una cuestión de inseguridad en el tema de estudio y ese tipo de cosas, como que me bocharon dos veces y me sentí re- inútil, entonces dije bueno... y después sí ya me derivó este Psiquiatra al terapeuta con el que estuve en tratamiento.

Edra: Vos no conocías a nadie más... no ibas con ningún nombre?

Eda: No, no en absoluto, o sea es más él te indica con quién tenés que ir. Conocí a los profesionales que atendieron a mi mamá, con los que hizo tratamiento, también otra muestra poco grata para el paciente, y más pacientes de este tipo que va a un psicólogo, el hecho de la no continuidad del mismo profesional porque el profesional prescinde desde el prestador o no tengo idea de cuales serán las cuestiones pero bien de parte del profesional, me refiero a darle un corte al tratamiento y decirle que va a continuar con otra persona, eso es también un poquito violento para... ese fue el caso de mi mamá, me llamó la atención no trabajaran más los médicos con los que ella iba haciendo el tratamiento sino que de pronto... es parte de un sistema un

paciente... mi mamá había consultado por depresión y todo lo menopáusico... pero no fue mi caso...

Edra: Contame un poco de la entrevista de admisión, cómo te sentiste, qué te pareció?

Eda: El Doctor es total, absolutamente... dos palabras me debe haber dicho... o sea... es todo lo que... pero bueno yo digo con toda esta historia de que en realidad le consultaba porque me parecía que debía y para colmo yo era de hablar y hablar y el Doctor.... y bueno él me dijo... me recomendó que iniciara un tratamiento.... Creo que demasiado formal, bien, creo que es su estilo, es su forma... creo que es parte del servicio, no puede brindar contención a alguien que la primera vez conoce y que su tarea es la de distribuir de acuerdo a lo que uno habla, a su patología... pero bien, serio y total, absolutamente inmutable, pero no, bien o sea...

Edra: Vos ya sabías que ibas a tener una entrevista de admisión....

Eda: Sí, sí, de hecho cuando averigüé para iniciar un tratamiento me dijeron las chicas, las secretarias, que tenía que sacar un turno con el Psiquiatra admisor, que es el Jefe del Servicio...

Edra: Cuando vos estabas por comenzar con el terapeuta al cual te derivó el Admisor, tuviste que esperar mucho...

Eda: Vos sabes que eso no recuerdo, pero... no creo que no esperé tanto, lo de la entrevista de admisión yo no me acuerdo cuanto tiempo fue pero me pareció una eternidad el solo esperar a tener una consulta para ver al que me iba a indicar y a su vez para sacar otro, no es que esté en desacuerdo, entiendo del otro lado, porque trabajo del otro lado, trabajo en una obra social y sé como son las cuestiones operatorias, pero de pronto para paciente a lo mejor más... con otro tipo de necesidades, a lo mejor se obvia y directamente el médico de cabecera hable con el Admisor del Servicio de Psiquiatría, así se agilizan una serie de elementos pero no esperé más de lo que espero ahora para un turno,

con la ginecóloga, con un clínico, no más de lo que puedo esperar actualmente...

Edra: A partir de quién surge la necesidad de consultar?

Eda: Fue una decisión personal a partir de que mi mamá estaba atravesando una situación de pareja que me involucraba en cuanto a que habito el mismo lugar que ella y me hizo perder un poco los parámetros personales o los propios y de pronto desviarme un poco, llegarme a influenciar en ciertas cosas, entonces digamos que debía buscar la forma que esas cuestiones vuelvan a su cauce normal y seguir con mi vida... mi vida individual más allá de la que pueda tener como parte de una familia. En realidad fui yo la que decidí, la que... tampoco te puedo decir: "sí me recomendaron", no porque además iba con la idea no sé si clara pero con la idea de que no iba a darme la píldora mágica ni la solución a mis problemas simplemente organizar ciertas cuestiones de la mente humana que por ahí a veces... fui con esa idea y se lo dije al Licenciado como que no iba tampoco a buscar una solución a mi problema en ese momento, sino que era una situación puntual que yo necesitaba manejar de otra forma porque de la forma que la estaba manejando me estaba superando, me estaba desfasando de mi individualidad por decirte, pero bueno...

Edra: Con esas expectativas fuiste?

Eda: Sí, sí, tampoco iba desesperada, quiero encontrar la solución a mi vida y a mi problema, porque sé que son tan humanos como yo los que hay del otro lado del escritorio que de pronto bueno... nos pueden aportar elementos como que estudian para eso que a uno le puedan dar más claridad sobre lo que a uno le está pasando, sobre lo que estás pensando, y de pronto mi estado de ansiedad, mi estado interior estaba afectando los ámbitos míos, mi familia, mi trabajo, mi pareja, mi todo... ese fue el objetivo digamos por el que yo fui...

Edra: Recordás con cuanta frecuencia ibas?

Eda: Mira... empecé yendo creo que... yo no sé si una vez a la semana yo creo que iba y después bueno... él me iba regulando, me indicaba para cuando sacar un turno...

Edra: En ese sentido, cómo te sentiste con respecto al tiempo de la sesión, a la frecuencia con que ibas?

Eda: Bárbaro, no, en cuanto a eso bárbaro, no tuve problemas por... sacaba el turno periódicamente, me los daba cada vez que salía de la sesión, él le indicaba a la secretaria, cada uno los maneja... yo no sé si los profesionales todos igual pero él se acercaba y le decía para tal fecha y que se yo... él mismo inclusive por ahí en la agenda les anotaba a las chicas... no en eso no tuve inconvenientes...

Edra: Dentro del tratamiento puedes recordar cómo te sentiste?

Eda: No sé si cómoda o incómoda, pero al principio con la expectativa de poder desentrañar que era lo que realmente me estaba molestando, o que me estaba haciendo sentir de la forma que me sentía, al principio tuve como...además yo creo que depende también del profesional, el licenciado no hablaba demasiado, simplemente escuchaba y de pronto yo respondía a mis mismas preguntas, y bueno...él anotaba, me decía un par de cosas, o sea a lo mejor al principio viste... mi ansiedad de ubicar las cosas de nuevo en su lugar hacían que salía de la sesión bien, o sea lo poco que pudo decirme el licenciado eran elementos que yo iba tomando como para ir armando mi propia... y después bueno... ya más adelante aparte el licenciado es muy especial, muy armonioso, muy calmo, muy fantástico... lo que sí me molesta de sobremanera, y no solamente en el caso de él, el bendito y tan mentado reloj que tiene sobre el escritorio porque a uno lo coarta y lo hace sentir que es un paciente más... pero no bien... no te puedo decir... no sé cómo me habría sentido con otra persona, pero él excelente en el trato y demás, es una persona excelente pero quizás no encontraba demasiado... había mucho de mi parte, como que él me decía pocas cosas...

Edra: Creés que recibías poco de él?

Eda: No sé si poco es la palabra, pero a lo mejor yo tenía, en eso sí tenía expectativas de que me aclarara un poco más algunas cosas pero quizás su forma de dar la terapia era que uno mismo respondiera lo que... por ahí uno quiere escuchar determinadas cosas de los otros pero... pero no, excelente en cuanto al trato, al cumplimiento del horario y pedía mil disculpas si se atrasaba un minuto, ningún problema... es más no sé si sigue estando en el Privado, pero no, muy bien en ese aspecto no tengo quejas o no tengo nada que decirte, "no me pareció mal tal cosa", no... re- dulce, amabilísimo, muy correcto él, te da demasiada... como mucha armonía, podías llegar con la cotidianeidad, con la rutina, el horario, te sentabas ahí, te olvidabas del mundo y empezabas a hablar... pero quizá lo que no me terminó de satisfacer fue eso... el que era muy calladito... pero es su forma... más allá que respeto su forma de hacer terapia...

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos podías describir del tratamiento, del vínculo?

Eda: Positivos creo que fue un intento... quizá no terminé yo el tratamiento... no lo terminé por cuestiones en primer lugar no sé si llamarlas económicas, pero pagar todas las veces que iba a la sesión \$ 5 teniendo la cobertura, me molestó mínimamente pero me molestó un poco, porque me parece una falta de... ya sé que las obras sociales, todo lo demás que qué se yo... pero de pronto pagar una cobertura y me cobran aparte, más allá que no tenga nada que ver con el profesional con el que me atienda... por otro lado...que sé que todos... para todos los psicólogos te cobran un co- seguro... y por otro lado es como que... o sea... me perdí... ah! Lo negativo... como que no te puedo decir que me cansé... o que uy! No quiero ir más... porque no me pareció... como que dije bueno... él jamás me dio el alta, o sea nunca... siempre fueron más esporádicas las sesiones o sea eso me iba dando a mí la pauta de que él iba viendo... es más en eso él me decía como que bueno él iba viendo que yo

algunas cosas las tenía demasiado claras y que de pronto tenía que aplicarlas más que pensarlas o recitarlas... él no me decía esa palabra...como negativo en el sentido ese haber dejado no haber... dejé voluntariamente, como que dije bueno... ya está que sé yo... lo dejé como uno deja viste... pero... y lo positivo bueno o sea él me pareció un profesional muy bien, muy respetuoso, además más allá que fue muy poco lo que me dijo, los comentarios que él me hacía respecto de lo que yo hablaba o le comentaba era muy puntual, muy preciso y muy... o sea me agradó el hecho de que no me imponía cosas... o sea no me imponía "Ud. tendría que hacer tal cosa", "Ud. debería tal cosa", porque nos tratábamos de Usted (se ríe)... pero o sea él muy armonioso, hasta en la forma de decirme las cosas muy especial, muy delicado..

Edra: No te gustaba que te tratara de Usted?

Eda: Sí, yo no tenía problema porque yo lo trataba de Ud., yo calculo que es un chico más chico que yo, porque yo tengo treinta y cuatro y él debe tener treinta y un años, treinta años ahora... no sé cuanto tendría... hace dos años atrás, no sé cuando hice terapia... yo por una cuestión de hábito trato de Ud. pero no, para nada...

Edra: Pudiste observar resultados del tratamiento?

Eda: Sí, en cuanto a ideas puntuales sobre cosas que yo creía estar confundida pero que a lo mejor él desde lo exterior digamos y creo que en algún momento yo como mi mamá se trata ahí, yo le expliqué a él bueno... él sabía mi historia y porque yo en realidad consultaba con él y como que él se puso en contacto con la psicóloga que atendía a mi mamá y que se yo entonces como que tomó un contacto objetivo porque no se puede ser subjetivo o sea habrá tenido algo de subjetivismo pero no puede estar dentro de la situación porque no la trataba a mi mamá pero de pronto tuvo aportes en cuanto a ideas, a cuestiones que para mí eran de una manera y él me confirmó que... no que fueran así pero no estaba tan equivocada y tan errada y que de pronto eso

creo que fue... aportó en mí en cuanto a darte un punto de vista objetivo sobre una situación personal y demás...

Edra: Estos son los resultados que conseguiste? Vos dijiste. Bueno... ya está, dejo esto, porque ya habías conseguido algo?

Eda: Medianamente lo había conseguido, había conseguido estabilizar un poco mi... estabilizar lo que yo notaba y deduje que estaba desestabilizado que era mi vida personal e individual más allá como parte de una familia; no del todo porque quizá no seguí la terapia, quizá porque no seguí trabajando yo misma dentro mío, pero no lo viví como una experiencia o como una situación en la que me involucré negativa al contrario me costó y fue positivo más allá de que yo no tengo idea si a la otra gente le pasará, pero de pronto viste te encontrás delante de alguien hablando y ese alguien te mira, y ese alguien a lo mejor está en su propia historia, o sea te está escuchando... y a lo mejor es a lo que uno va pero por ahí esa es la parte media... que yo creo que le debe pasar a todo el mundo que va a un... porque bueno... del otro lado hay también una persona con problemas, con historia, con un montón de cosas, o sea tampoco...

Edra: A vos te daba la sensación de que a veces no te escuchaba?

Eda: No sé si de que no me escuchaba pero que me miraba y yo decía lo debo... es más él debe haber anotado porque yo le decía lo debo estar aturdiendo, lo debo estar hartando, porque yo hablo, hablo, hablo y deducía yo misma que era lo que ... o sea pobre, no le di oportunidad me entendés para que él... porque yo hablaba, hablaba y hablaba y entonces él me decía: "No, está bien siga contándome" y claro él habrá dicho ésta tiene una ganas de hablar y de contarme que le pasa pero bueno... ya me fui y no sé cual era la pregunta...

Edra: Si habías encontrado resultados...

Eda: No sé si resolví mi problema... porque yo sigo por ahí teniendo alguna incertidumbre interior respecto de ese tema pero sí un poco se volvieron a

ubicar las piezas que era lo que en realidad yo buscaba más allá de que depende de uno no del psicólogo ni del psiquiatra que a uno lo trata... no sé si responde a lo que vos necesitas...

Edra: Me contaste que un día decidiste dejar de ir, sacaste un turno y no fuiste más... o cómo fue?

Eda: Sí, yo creo que sí, pero yo creo que los cancelaba porque sé que...no me acuerdo, yo no me acuerdo te digo soy hiper, súper, recontra desmemoriada en ese tipo de cosas, soy despistada pero yo no me acuerdo ni cuando dejé ni que día puntual ni de que año ni nada, yo sé que había sacado los turnos ya tenía los turnos, o tenía las sesiones ya para ir y le llamé a la chica y le anulé el turno, lo cancelé y no fui más. Tampoco fui a darle una explicación al licenciado ni nada, de pronto bueno a lo mejor en algún momento pensé pero no en ir a darle una explicación pero sí en ir a decirle mire no voy a continuar la terapia o que se yo pero como que obvie esa parte y sé que cancelé un turno o los turnos que tenía pero no fui más, me borré como dicen los chicos...

Edra: Porqué un día dijiste no voy más?

Eda: Porque una te digo la verdad el tema de pagar me molestaba de sobremanera, sé que no se lo pagaban a él, entendés, si se lo hubiesen pagado a él no me hubiera molestado, pero me molestaba porque digo de pronto pago una cobertura, más que allá que todos los que tienen una obra social y se atienden en el privado tienen el mismo derecho que yo a que no les cobren pero bueno me pareció un poco que se yo... no sé

Edra: En algún momento se lo planteaste a él?

Eda: No, no porque... no porque no me parecía de parte mía como paciente, primero que él no es el que impone eso y sé que tampoco... será el Jefe del Servicio o el directorio o lo que tenga el Privado o sea porque eso es en cualquier institución sanatorial pero bueno... me molestó de sobremanera tener que ir y pagar todas las veces que iba a las sesiones cinco pesos y de pronto si

bueno... si es como que dije... no voy más, no dije tampoco bueno ya solucioné el problema, ya está no necesito... te mentiría si te dijera que pensé que yo no necesito más ir, ya está, que sé yo a lo mejor... en ese momento, no me acuerdo, estaba con problemas de horarios del trabajo y bueno por ahí estaba cansada de tener que salir porque tenía que acomodar los horarios y que se yo la historia y bueno eso también puede haber influido, pero... no fui más...

Edra: Volverías a iniciar un tratamiento?

Eda: ... quizá sí, quizá sí, o sea no con la misma postura que iba en ese momento como te dije al principio buscando a alguien que me tirara elementos para ordenar algunas ideas, pero sí, sí a lo mejor orientado a otra cosa pero sobre la base de lo mismo pero con otras...

Edra: Irías con el mismo terapeuta o elegirías otro?

Eda: No sé, no sé, quizá sí, no me lo he planteado pero sí podría ser pero no sé, o sea no te descarto sentarme de nuevo con él, me encantaría volver a verlo y saludarlo, él no me va a contar de su vida porque no nos conocemos... pero que sé yo decirle: "Se acuerda que yo hablaba y hablaba" Sí, por qué no? Sí yo creo que sí, no sé... porque también al no conocer a otro profesional no me... medianamente yo me había acostumbrado a su... no sé cuanto tiempo habré ido pero yo me había acostumbrado a su forma de trabajo, pero sí, creo que no tendría problema...

Edra: No preferirías una terapeuta mujer?

Eda: El tema del masculino o el femenino no me afectó en absoluto, es más creo que por ahí el hombre tiene como una postura más a hacer justamente a estar del otro lado, del otro sexo y puede tener un criterio más o sea dejando de lado que se machista o que se yo que... no tenía preferencia por hacerlo con una mujer o con un hombre... no me molestaría que fuera una mujer o un hombre, tampoco sé como me sentiría como con una mujer a lo mejor me sentiría como charlando con una amiga o como charlando con vos en este

momento... creo que debe ser distinto, de pronto también las primeras sesiones me costaba el... pero yo como que una vez que enganché la onda ya te hablo todo... después me acostumbré, me acostumbré a ver del otro lado a un hombre, a un chico, a un profesional pero a un hombre, pero no me molestaría...

Edra: Qué cosas te podrían haber ayudado a que continúes con la terapia?

Eda: ... quizá en el fondo, inconscientemente, inconscientemente, porque en ese momento... creo que... suelo ser bastante estructurada aún en lo que implica en este caso estar haciendo una terapia y demás, es como que todo es muy cuadrado, rectangular no hay demasiados grises, suelo no compartir demasiado las medias tintas... entonces como que mi forma de ser o a lo mejor lo que yo creo que soy, él en alguna oportunidad me lo dijo como que era muy estructurada, como que yo le comentaba, lo que le iba diciendo, entonces a lo mejor me hubiera mantenido en el tratamiento el hecho de encontrar alguien por ahí... al principio de las sesiones yo lloraba mucho, porque parece que tenía mucha cosa interior acumulada y de pronto él súper respetuoso me daba un pañuelo... entonces yo no podía ni seguir hablando, ni seguir llorando ni nada entonces como que sollozaba y bueno él se quedaba como mudo, me entendés y entonces eso a mí me... un poco me coartaba el seguir hablando con él... pero como que yo me repusiera rápido... me entendés... quizá eso a lo mejor hubiera sido distinto con una mujer ahora que lo pienso porque de pronto no quiere decir que no haya hombres que sean sensibles pero bueno... él ocupaba su rol, no era ni mi hermano, ni mi novio, ni alguien que por ahí uno puede tener otro tipo de... pero a lo mejor eso cuando yo hablaba de temas puntuales que sentís como que te están removiendo a vos misma cuestiones internas no es no sentirme contenida porque tampoco pretendía que viniera y me abrazara porque no lo iba a tomar como... me iba a sentir incómoda, pero sí a lo mejor que se yo unas palabras, una cosa como... pero bueno a lo mejor él por su método de trabajo o su forma de ser, o sea muy respetuoso en esperar a que

yo terminara de... y yo retomaba y me sentía en la obligación de retomar, de hablar y de contarle... eso me coartaba un poco, no me reprimía pero necesitaba reponerme rápido porque sentía que tenía que seguir hablando porque estaba ahí para hablar, no estaba ahí para sentarme a mirar una ventana, el cielo por decirte... y eso es... no sé porqué... no me niego, tampoco te digo "No nunca más porque es algo que..." tuve en claro desde el principio a qué iba, no iba a qué me dieran un frasquito y me dijeran esta es la fórmula para la felicidad y de ahora en más sos otra, vas a disfrutar de todo, vas a vivir bien, no, partía de esa base... pero fui en busca de elementos para ordenar un poco mi estado emocional, obtuve aportes en cuanto a cosas que yo estaba pensando cualquiera pero no, no estaba pensando cualquiera, no estaba tan errada, o de pronto cosas que yo hacía por mi misma que me parecían era una actitud egoísta ante mi entorno más cercano, en ese tipo de cosas obtuve lo que necesitaba, quizá lo otro es un complemento... eso que te dije de estar llorando de pronto y tener que seguir hablando y que él no me dijese nada pero el meollo digamos fue eso... por lo que yo fui por lo tanto volvería... es más no me gustaría estar dependiendo de una terapia pero sí creo que es importante para superar cosas para manejar algunas cosas que a uno lo desbordan y demás pero no me resisto... a que haya más psicólogos...

Edra: Hubieses preferido que el tratamiento se termine de otra forma?

Eda: Hubiera preferido por el hecho de que no me sentiría incómoda, pero por ahí me resultaría violento que él tenga una memoria de elefante y diga esta era la chica que tal o cual cosa y yo de sentirme incómoda porque ni siquiera le dije: "Miré, no voy a venir más, sabe?" por eso me hubiera gustado, además no tengo idea si ellos te dan o te dicen: "Bueno ya no hace falta que vengas" no sé como es, no experimenté un final de tratamiento, pero sí tampoco sé... también no sé si yo me hubiera animado a decirle: "Miré me parece que yo no tendría que venir más", creo que hubiese sido violento porque se me ocurre que él es el profesional y que es él el que tiene que manejar los tiempos, a mi me hubiera costado eso... porque se crea mínimamente no sé si un vínculo

pero hay una cuestión... sino a lo mejor no hubiera estado tampoco tanto tiempo yendo, no sé cuanto fui, si te digo te mentiría, pero sino vos vas una vez y no vas más, o sea creo que el común de la gente se maneja de esa forma, o si te cae mal o si hay algo que no... te sentís mal y bueno... no vas más o te apareces en el tiempo... vas y volvés o no vas más pero...

Edra: Consideras que hiciste un tratamiento regular, en cuanto a la asistencia, la puntualidad?

Eda: Sí, dentro de todo regular, puedo haber incumplido durante el tiempo que fui pero, puedo haber incumplido pocas veces, pero... sí, sí...

Edra: Bueno... esto sería todo, muchas gracias por el tiempo prestado.

Entrevista 3

Sexo: Femenino

Edad: 21 años

Estado Civil: Soltera

Educación: Universitario Incompleto- Lic. En Comunicación Social

Ocupación: Estudiante

Diagnóstico: Duelo

Edra: Cómo llegaste al Servicio?

Eda: Te cuento sí... es largo... mi vieja después que mi hermano del medio fallece en el año '98, a ver me remonto... mi mamá tuvo una vida... es mi ídola, la gorda en todo aspecto, porque tuvo una vida bastante complicada, la madre se le quitó la vida en el año '84, en escaso metros de ella, ella no estaba presente pero bueno o sea a partir de esto empezó un problema depresivo importante, ahí... yo nací en el Privado para que tengas una idea, hace muchísimos años que estamos ahí, o sea ahí ella comienza con Psiquiatría, muchos años la tienen ahí, ella misma quiere dejar, deja, pasan unos años, ya estoy perdida en años no sé muy bien por donde ando, pasa lo de mi hermano en el '98, mi mamá vuelve, está ahí un par de años, también deja, y en el 2001 A. (amiga), que es la otra fotografiada, ahí está chiquita (me muestra una foto)... pero era de mi misma edad...

Edra: Era tu hermana?

Eda: Casi... vivía al frente, mi mejor amiga, íbamos juntas al colegio, todo, todo... y apareció muerta en la cama porque ella tenía un... esas cosas... es el tercer caso en el mundo lo de ella... una cosa rarísima, pero bueno... estaba con una enfermedad que decían que era Epilepsia, la catalogaron que era Epilepsia porque no había otra forma de llamarle, se creía que era Lupus, no, o sea apareció... imagínate...

Edra: A ella se lo diagnosticaron antes de que falleciera?

Eda: No, ella estuvo más o menos con esta enfermedad... mi hermano fallece en Mayo del '98, ella debuta con una convulsión en Octubre de ese año, un poco antes, fue en ese año que nosotras egresábamos, cayó... ella estaba con el padre, para colmo médico, una familia excelente, y cae... lo estaba ayudando al padre en la secretaria y cae... y tiene una convulsión súper fuerte que pierde el conocimiento, etc., etc. Se empieza a recuperar y de ahí empezó una procesión de no saber qué era, la medicaban con corticoides porque crían que era esto, después Tegretol por las convulsiones, a todo esto tenía convulsiones, convulsiones, convulsiones y evidentemente esa noche debe ser que convulsivó pero pasó de vuelta ese día, no podía y se pasó de vuelta, y evidentemente tuvo un ataque y o sea a raíz de eso, nadie sabe ni siquiera con certeza si fue o no, se cree que sí, ese fue el diagnóstico, apareció... estaba dormida... estaba muerta, así que fue muy traumático porque fue muy igual a lo de mi hermano, lo de mi hermano fue a la mañana, nos avisaron del accidente, que sé yo... todo el caos, los llamados telefónicos, el grito...

Edra: Tu hermano tuvo un accidente?

Eda: Sí, un accidente de tránsito, el volvía y lo agarraron de frente y bueno... y esa mañana llamaron y todo igual, viste cuando vos decís "No". Esa mañana yo estaba durmiendo, me levanto y esa mañana entra mi mamá con el mismo grito y dice: "La A.", la que era novia de mi hermano también se llamaba A., yo digo debe ser la otra A., o sea que pasa digo, fue todo igual, igual, igual... entonces a partir de esto fue un detonante que digamos hice el doble duelo, lo de mi hermano fue tal la cosa que se movió que yo tomé la directiva de decir está todo bien, tengo que estar bien y nunca lo... siempre lo fui postergando, yo me daba cuenta... yo me daba cuenta de esto... pero yo estaba bien y le di para adelante... y este detonante fue... me mató... entonces un día yo estaba trabajando en esa época en una revista, hace dos años, y bueno un día yo estaba mal, muy, muy, muy mal de no querer comer, no tenía apetito, ni

siquiera dormía, estaba todo el día en mi pieza viendo cartas, fotos; un día me levanté y le dije: " Mami voy a ir al psicólogo, quiero ir al psicólogo" y así fui, llamé por teléfono, pedí un turno, antes tuve que ir a hablar con... o sea hice todo el coso de psiquiatría, no psiquiatría...

Edra: O sea vos fuiste por el contacto de que tu mamá ya había ido?

Eda: Sí, digamos por la cobertura más que nada, o sea mi mamá me dijo: "Sí, me hizo bien en ese momento, si querés ir ahí andá sino vas a una particular" y yo le dije: "No, voy y pruebo", y aparte mis tíos, acá a la vuelta, cercanos, primos hermanos, también estaban en tratamiento y les ha ido muy bien, estaba mi tía y mi primo, así que sí... o sea tenía buenas referencias y entonces me metí ahí y dije: "Bueno vamos a probar" y me fue bien.

Edra: Tuviste la entrevista de admisión?

Eda: Vos sabes que no, fue así yo fui con mi doctor de cabecera, estuve con él, él nos conoce bastante por todo esto, fue un valuarte importante, sobre todo para mis viejos, entonces llego y debe ser que mi mamá le habría contado, aparte como que hay una nebulosa de esa época, y fui y yo le digo: "Mire Doctor" por el examen físico y toda la cosa para ver cómo andaba y le digo: " Me gustaría con psicolog... con un psicólogo" y me dice: "Yo te voy a hacer el contacto directo sin que pases por..." porque mi mamá le había dicho con carácter de urgencia, porque nunca me habían visto así, la verdad que bueno me fue muy bien... no me acuerdo el nombre...

Edra: Podés recordar con que expectativas fuiste para comenzar el tratamiento?

Eda: Mirá, la verdad que con las mejores, porque yo soy... no sé si por lo que estudio o qué pero creo mucho en la psicología, no es que crea, me parece que es muy buena la psicología, entonces fui con la mejor, muy abierta, no sé como explicarlo, abierta a escuchar, abierta a hablar, esperé o sea lo mejor pero tranquila no es que fue una expectativa de me voy a curar o en dos días

voy a estar bien, sino que entendía que era un proceso quizá de años, meses, días, semanas y que me iba a hacer muy bien, lo que necesitaba, sobre todo, una mirada objetiva de lo que me pasaba, o de hablar sin necesidad de dañar a alguien porque sentía que dañaba a alguien... no me molestaba tanto mostrarme triste sino quizá que como sé que le hacía mal, como yo siempre estoy bien, que sé yo... sé que le hacía mal a mis amigos, a mi familia, a mis vecinos... otros padres para mí, entonces todo mi entorno, yo digo siempre sentía esa presión, que entonces fui más que nada con eso, sé que me va a hacer bien y que no voy a dañar, sé que no voy a molestar o si quiero hablar sé que me van a escuchar y fui con esa idea...

Edra: Te acordás con cuanta frecuencia ibas?

Eda: Iba, sino me equivoco, iba todas las semanas, era los jueves, si mal no recuerdo, todos los jueves, no falté nunca, nunca, yo iba... a ver dejame pensar, yo iba... es más me acuerdo que me agarró el enero, y yo no me puedo estar moviendo en enero para ir a la psicóloga, pero iba, iba... mira que soy muy inconstante para todo, soy re- inconstante, y la verdad es que ahí fui muy bien, me gustaba ir, me acuerdo que veía la agenda y decía: "Hoy me toca", por ahí un par de veces cambié el horario porque estaba trabajando y me habían aguantado un montón de semanas y se pasaron, yo no estaba bien y bueno... me decían: "Tómatelas" y ahí creo que hice canje de horas... y por ahí hablaba pero muy bien...

Edra: Surge de vos la idea de ir al tratamiento?

Eda: Me lo habían dicho pero hace mucho por lo de mi hermano, "Te haría bien un psicólogo" pero era como que sí... yo sabía que no estaba bien con lo de mi hermano, bien digamos... no estaba a pleno no es que tenía... nunca noté así algún trauma importante sino que por ahí nunca iba al cementerio o siempre lo hablaba en presente, ahora es distinto si lo hago es por mi fe, porque se donde está, pero sé que murió, pasó de esta tierra a otra, lo que sea, pero sé que murió, y que sé yo en esa época quizá no tanto, si bien me lo decían yo ese

día me levanté, dije que necesitaba ayuda, dije basta, sino no salgo nunca más, aparte muchos años de depresión de mi mamá, yo desde chiquita cuando pasa lo de mi abuela yo tenía 3 años, entonces a partir de eso viví muchos años con una persona depresiva, entonces dije: "Yo no puedo caer en eso, es horrible", así que bueno... traté de evitarlo y tomé la decisión... estaba depresiva, imagínate... una depresión!!!!...

Edra: Tu amiga fallece en el 2001?

Eda: Octubre del 2001, mi hermano en Mayo del '98 y la A. en Octubre del 2001, y más o menos yo empecé en el servicio en Diciembre, al toque... al toque yo fui... creo que sí, me tendría que fijar en la agenda... no fue en el 2002... mirá lo que te voy a contar, yo me pongo de novia en Marzo, en Febrero o Marzo empecé a ir, en el verano toqué fondo, me acuerdo... ay qué horror, qué horror... ahí está... así fue, me levanté y dije: "Bueno... Hasta acá llegamos", tuve un poquito mejor, ese momento de... "Estoy mal, estoy mal", algo me estaba avisando que estaba mal, y tuve el apoyo de mis viejos, de toda mi familia, así que bueno... porque digamos era su otra, era como una sobrina, para mí era una hermana literalmente, vivía con ella... todo era juntas... creo que fue peor que... no sé si peor pero fue muy importante... por eso dije: "Ay!!!" como que se me movió el piso, aparte todo fue igual, entonces te reactiva... aparte pero en serio, el mismo lugar en mi colegio, en la capilla de mi colegio fue el velatorio de los dos, acá en un convento porque las hermanas de clausura nos conocen mucho a las dos familias así que por los dos misas, el mismo cementerio, porque somos muy... somos casi parientes nosotros, entonces egresada ella ahí nomás se le abrió la capilla, a mi hermano por mí también fue al... entonces yo dije: "No, no puede ser", igualmente no fui ni al velorio porque no quise verla, hasta el día de hoy no me arrepiento, al velorio de mi hermano sí, el primero en mi vida al cual entro y no me lo olvidé nunca más digamos mal, no es que... ahora sí es un recuerdo feo pero no me daña pero calculo porque estoy en otra etapa, fue una de las cosas que adoré del servicio de la Licenciada porque me ayudó muchísimo, a

sacar... a que ese recuerdo no me provoque dolor o amargura, esa depresión, lo recuerdo mal te digo, odio los velorios pero voy o sea que voy pero al de A. no, y no me arrepiento tampoco, acá si fui, fui al entierro, el tema del entierro lo veo como algo necesario porque es como un cierre de algo... es el choque con la realidad... es como dejarlo ir... en cambio al velorio lo veo como algo macabro, como fuera de lugar... esto lo voy a decir hasta el día que me muera...

Edra: Si retomamos con el tema del tiempo, recordás si ibas media hora, una hora?

Eda: Te digo que se me pasaba así (hace un movimiento con las manos como indicando rapidez), yo calculo que era entre media hora o un poquito más, media hora creo que nos movíamos... quizá necesitaba más tiempo en la sesión, nunca me quedé con ganas de hablar, siempre me... no debo decir que sentí que me cortaba, porque por ahí te das cuenta que te deben querer que redondees, la verdad que jamás al contrario, al contrario notaba esas típicas preguntas abiertas del verbo hablar, en ese aspecto no, pero quizá sí me hubiese gustado que sean más largas las sesiones, con más frecuencia no, porque era semanal, y yo lo llevé bastante bien... es más creo que después fui cada quince días, no me acuerdo muy bien, pero no fue algo tedioso para mí ir, viste que por ahí uno dice: "Uy tengo que ir al tratamiento", no, para mí no...

Edra: Pudiste observar algo que no te haya gustado?

Eda: No, la verdad que no, es más me preguntaba mi mamá: "Y qué tal te vas?" te debo decir que fantástico, me sentí muy bien, no sé, también fue mi primera experiencia, aparte siempre me gustó la psicología, siempre la vi como muy positiva, la tuve ahí para ver si la seguía pero después dije: "No", lo mío es hablar, pero me gustaba mucho, me sentí muy bien, aparte encontré el lugar que yo pensaba, ese lugar en el cual yo podía hablar y podía sentir un feedback y en muchos momentos itac! Te da con un caño pero bien... era mi espacio... mío... me sentí muy bien...

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos pudiste observar durante el tratamiento?

Eda: A ver dejame pensar... positivos desde ya te lo digo que me... no puedo decir que me curó, me entendés, ahí explicó porqué, porque no puedo decir que de ahí salí fantásticamente sana de todo el malambo de todas estas cuestiones pero sí que me dio las herramientas para... o sea me dijo estás sentada o parada acá..., esto te pasa..., esta sos en cierta manera..., siempre llegado a esto, porque sobre todo yo fui a resolver eso puntualmente, siempre te encontrás con un par de cosas importantes, pero por eso me hizo ver una realidad que por ahí no quería ver o desconocía o... o... o... pero me dijo: "bueno... acá estás", y me gustó otra cosa muy positiva que en ningún momento me sentí... como decir, o presionada, o limitada o que me decían: "esto te pasa y esto tenes que hacer" no, no, no, fue una cosa muy... por eso te digo me dieron herramientas para que yo lo resolviera, la última sesión inclusive yo también le iba a decir si la podíamos hacer con más tiempo porque me sentía bien, ella misma me dijo que estás... "Sabes lo que te pasa, tenés todavía un montón de miedos, un montón de cosas pero sabes que hemos avanzado hasta acá..." es como que me dejaban el camino para mí y me gustó eso, es muy positivo, me abrieron no sé los ojos, no sé como llamarlo... pero me ayudó a ver a dónde estaba, o que me pasó, que me pasaba y hacia dónde podía ir en caminos positivos o negativos, lo importante era resolver qué cosa... eso me gustó... me dieron las herramientas para ver el presente, el pasado... Y lo negativo puede ser la distancia que hay que recorrer hasta llegar al consultorio, sí el tiempo, sí la verdad es que uno se queda con ganas de hablar un poco más... pero te digo nunca me sentí coartada, por ejemplo yo me acuerdo mi primo me decía que sí, que no le gustaba que quería más tiempo, siempre me decía: "No te va a gustar", fue el que me dijo que no me iba a gustar, pero la verdad es que yo no, no puedo decir nada, me sentí muy bien, muy bien, eso nada más, me trataron fantástico, me encantó hasta el lugar, porque yo en el Privado la estructura... no me gustaba la idea de ir inclusive...

porque es más hospital, eso creo que tuvo mucho que ver, cada vez que yo iba a ese lugar estaba sola, es como que la misma antesala... es más yo creo que un día que fui re- temprano creo que estaban abriéndolo, creo no, fue así, y me senté arriba tranquila, era como que... era el prefacio de la terapia, fue muy tranquilo, lo tengo como muy buen recuerdo, mucha tranquilidad, me gustó mucho... negativo no te digo la verdad, excepto eso no, no hay otra cuestión...

Edra: Cómo podrías describir la actitud de la Licenciada?

Eda: Mira... la primera vuelta, me acuerdo patente, lo que pasa es que insisto capaz soy muy subjetiva por lo que me gusta la cuestión, eso sigo insistiendo porque es la verdad, al principio medio distante, yo me acuerdo que es como que la veía medio como que quizá no sé si estaba escuchando lo que decía, distante puedo decir la primera impresión pero después no, después mucho más, nunca cercana así como una amistad, lo cual me encanta porque no lo veía, no sé ustedes sabrán como es la cuestión, estaban marcados los roles en todo momento pero con el tiempo notaba una confianza como que podía abrirme tranquila que no pasaba nada, o sea estaba con un profesional que en todo caso me iba a ayudar más que nada, y sí muy tranquila, escuchó muchísimo, una persona que si la tengo que catalogar te escucha y que tiene, al menos para mí, tuvo las palabras precisas, las devoluciones que ella me hizo, ni siquiera las pondría como tales porque era un diálogo constante que me iba marcando "pero tal cosa", "pero sí", "pero esto", o sea unas preguntas que quizá abrían más lo que yo estaba buscando o lo que yo necesitaba decir o lo que yo misma no sabía que tenía adentro, al principio me hacía... me hacía producir...muy pensante la veía también, o sea como que... y que eso me llevaba también a mí a ser así, digamos, a buscar cosas que yo quizá las daba por sabidas y no era así... me hacía volver. Me sentí cómoda en todo momento, eso... comodidad absoluta desde la primera sesión, más allá de la distancia primera que yo noté, la comodidad ante todo, muy cómoda...

Edra: Cómo creés que se sorteo esta distancia?

Eda: Es que yo creo que ella no cambió, creo que yo misma fui porque... imaginate... era la primera vez que yo iba con todas estas cosas, y quizá fui... ella sí, sin dudas estaba digamos en su rol y digamos que era yo más que nada, estaba con esa tensión, me está mirando me está analizando... toda esa cosa que hay atrás de la psicología, todos los prejuicios... y creo que por ahí... no sé estoy pensando que era una persona común y silvestre que en realidad está tratando de ayudarme y nada más, creo que yo en todo caso puse la distancia, así lo sentí, o sea cómo la vi... así, pero a la vez yo tenía otra imagen yo la esperaba ver más seria, más preguntona, no sé... las fotitos con las fotos y qué sé yo que veía... nada que ver... me encontré con una persona...

Edra: Porqué con las fotos?

Eda: Típico de las películas de Hollywood que te muestran las manchas y que evidentemente era un método... eso es lo que tenía de la psicología a nivel sesión, nunca en mi vida, por eso imaginate... me encantó...

Edra: Aparte de sentirte cómoda, qué otro sentimiento te produjo?

Eda: Bueno... nerviosismo ha estado presente por supuesto porque yo soy así... voy al médico constantemente y me pongo nerviosa y tenía mucha... pero es propio de mí... tenía muchas expectativas, mucha ansiedad por entrar, por empezar a ver qué era...

Edra: Al comienzo?

Eda: Al comienzo, al comienzo si, después no, después era como... yo te hablo siempre de la primera... eso fue lo primero... esa ansiedad, ver qué era, curiosidad, y por ahí me hacía olvidar quizá que tengo que ir ahí para estar bien, lo cual fue bueno eso me neutralizó en cierta manera, pero las otras veces era como una ansiedad distinta porque era ansiedad en el sentido me parece de ver como iba andar todo en esta sesión, en que iba a avanzar, que podía pasar, curiosidad, pero sobre todo esa comodidad me dio siempre

tranquilidad o expectativas, resalto eso porque para mí es mucho yo soy una persona muy... no me gusta... soy nerviosa, entro a un lugar y quiero ver que pasa, que salga todo bien, que salga... y ahí es como que estaba cómoda, o sea de repente pasaba por mi mente si sale mal, qué puede salir mal, que lllore o sea me sentí... insisto tranquila, tenía ansiedad de ver que pasaba, en que avanzaba o en que retrocedía, con eso me encontraba cuando yo estaba sentada esperando a que me llamaran... muy tranquila... muy tranquila...

Edra: Y una vez que entrabas?

Eda: Más, más, me sentaba... una vuelta tuvimos que cambiar de oficina porque estaban... habían puesto un médico que sé yo, tranqui... me dice: "Disculpame...", en un momento también nos interrumpieron por que no sé que un paciente, no sé que cosa, ningún problema... nos quedamos charlando así un rato largo... pero bien, la verdad que te soy sincera muy cómoda esa es la palabra que yo pondría, muy...

Edra: Te acordás cuanto tiempo fuiste?

Eda: Creo que fueron cinco o seis, muy poco, o sea no sé si es poco o mucho... porque nunca...

Edra: Cinco o seis qué?

Eda: Cinco o seis sesiones, sí, poco, poco, tendría que fijarme en la agenda, yo los tengo ahí agendadito, pero no llegué a dos meses creo, no, no... fue poco, muy poco, por eso dudo y creo que empezó siendo semanal y después creo que lo hicimos cada quince días, no me acuerdo, no me acuerdo, tengo la idea de que ella se fue de vacaciones o tengo la idea de que ella me dijo que se iba a ir, no soy de buena memoria se lo debo decir, fue poco, poco de eso estoy segura.

Edra: Pudiste observar algún resultado durante el tratamiento?

Eda: Yo creo que sí, no, sí estoy segura, más allá de lo de los chicos, de las muertes, de los duelos que digamos que en cierta manera lo tenía bastante

claro porque en todo momento después de lo de mi hermano si bien yo no me abría al duelo, trataba de buscar sobre todo a nivel de lectura muchas cosas que me hacían ver, sobre todo yo lo hacía para ayudar a mis viejos, para ver como... por ahí estaba la cosa mía, en lugar de yo hacer el duelo sino hacerlo para..., entonces ahí es como que yo tuve bastante si se quiere herramientas, insisto, para ver todo el tema de los duelos, de qué se trataba, lo vi desde el punto de vista cristiano y también desde el punto de vista objetivo, que sé yo desde la psicología, no sé que es lo que habrá llegado a mis manos... tengo una prima mía que es Licenciada en Psicología, ella me daba un par de libros muy buenos, entonces a lo que voy si bien me ayudó mucho con lo de los chicos, sobre todo me ayudó mucho más para darme cuenta de muchas cosas que yo por ahí llevaba a cabo, de formas o que me tiró ideas para cambiar de actitud para enfrentarme a la vida o sea sobre todo pautas a nivel de cómo liberarme de ciertas cosas, de cómo librarme también de ciertas otras a partir de cambios de actitudes muy puntuales que sin lugar a dudas me han ayudado mucho, hasta el día de hoy trato de combatir, no sé si combatir porque son cosas ya de la personalidad pero sí trato de dejar que fluyan por ahí soy muy esquematizada, estructurada, como que me gusta mostrar ciertas cosas ante la sociedad, y eso me ayudó mucho, mucho, quizá yo lo tenía ahí en un sub, subconsciente, inconsciente...

Edra: Cómo dijiste?

Eda: Me hizo abrir mucho o sea abrir mucho en cómo yo pararme, en cómo ser, abrirme mucho literalmente, me acuerdo un día que me decía: "Porque vivís con esa careta" y fue tal cual, puntualmente fue la de cuando todo esta mal y yo estaba bien, "si yo estoy bien" y era realmente una convicción mía, y quizá atrás me soplaban y me caía y por ahí eso me ayudó, a no importa esas cuestiones mías de yo daño a los otros si hablo y que sé yo, tranquila o sea... hay que estar bien uno para en todo caso ayudar a los otros, cosas muy lindas, así unas líneas de vida personales, digamos unas pautas importantes que hasta el día de hoy estoy digamos tratando de cambiar que por ahí las dejo

porque son propias de mi personalidad pero cuando veo que pueden llegar a influir bueno... paremos un poco... me hizo sentir bien... siempre me acuerdo con mucho cariño por así decirlo de las sesiones, y con quién me encuentro que está por empezar con un psicólogo, "Pero anda te va a hacer bien", es más una amiga mía de toda la vida, del cole, me decía: "che loca, pero a vos te hizo bien?" "pero me hizo muy bien, en serio, vos lo viviste al lado mío", "entonces voy a ir", entonces empezó a ir, un par fueron a partir de mis resultados, en serio, pero fantástico... y está chica estaba enojada con su psicóloga... pero después le fue bien... estaba enojadísima...

Edra: Recordás cómo terminó el tratamiento?

Eda: Sí, yo te digo, ya te lo dije antes, yo fui con la idea de decirle que fuera con más tiempo, yo ya me conozco... ese que fuera con más tiempo iba a ser después... no puede ser otro día? O sea soy inconstante cuando me siento bien ya, sobre todo en tratamiento, natación, cuando yo ya veo que evolucioné en algo empiezo a posponerlo, lo hago pero lo pospongo y ese día no me acuerdo si fue la quinta, la sexta, te digo la verdad no me acuerdo, sé que es poco, era poco, yo ya iba con la idea de decirle si podía ser el intervalo por más tiempo, y ella misma cuando estábamos redondeando la idea... era muy pausada, es muy pausada al menos conmigo, bien pausada... me dice: "bueno..." ella misma vio el final, "yo la verdad que te veo muy bien", me preguntó me dijo: "si quería seguir, no había problema", ella es como que me veía ya bien, como que yo por mi misma podía seguir tranquilamente, me lo preguntó, charlamos un montón, le dije que yo estaba muy bien, que iba de hecho con esa idea, cuando yo le dije que quería hacerla por más tiempo, bueno... me dice hagámosla por más tiempo y yo le dije que no, porque si ella me decía que estaba bien, mejor y me acuerdo que me dijo, que me encantó, mucho tiempo se tomó, yo te la reduzco a la idea pero me dijo que por cualquier cosa, hablamos mucho porque fueron muchas cosas, empezó por A y terminó por cualquier lado, no por cualquier lado evidentemente todo por lo misma raíz que soy yo, pero terminó por mi novio que había sido un factor excelente, que

hasta el día de hoy estoy con él, y ella me dijo: "Mira si querés hablar por una cuestión de tu novio, por una cuestión de tu fe, por una cuestión de lo que quieras, vos vení y a los dos minutos vamos a hablar, empezamos una sesión nueva", me gustó eso, o sea yo te lo estoy haciendo así a la idea, pero me alegró muchísimo para lo que sea, me sentí muy tranquila o sea hasta como con un respaldo entonces si estoy mal por algo o si veo que estoy trastabillando levántese que iba a tener...

Edra: Nunca la volviste a llamar?

Eda: No, no

Edra: Volverías a hacer un tratamiento?

Eda: Sí, totalmente. En una época yo estaba por hacerlo, fue por un despelote a nivel facultativo, estaba cansada, todo mal, viste cuando decís: nnnnooooo... Díos mío, yo quería laburar, me había salido una propuesta laboral nada que ver con lo mío y que yo digo para que estoy estudiando esto, esas crisis pedorras pero necesarias, y estaba pero sí y ahí en dos minutos y bueno... se empezó a aclarar el panorama, estuvo la mano amiga de un par de amigos que son más grandes y bueno... me sirvió y acá estamos, pero ahí sí puntualmente estaba muy... sin dudarlo porque yo estaba mal, o sea empezó a influir mal, del verbo o sea si bien era un puntual despiole que era facultativo, me estaba repercutiendo en todo y eso me tenía mal y estaba mal en todo... pero lo pasamos...

Edra: La estabas por llamar a ella?

Eda: Sí, la iba a llamar a ella, me quedé con ella, porque es como que me gustó, sí, sí, me sentí muy cómoda, me sentí muy escuchada, me sentí muy respaldada, a ella y actualmente lo haría de nuevo.

Edra: Entonces la terminación del tratamiento fue de común acuerdo?

Eda: Tal cual, fue una propuesta a ver qué opinaba yo, y ahí yo le digo: "Yo te estaba por decir", o sea mi idea quizá no fue dejarlo pero con lo que me dijo,

hablamos mucho, no fue bueno listo, chau, suerte, no, ella abrió para una plática muy larga que se dio y no, yo le dije que sí, que estaba de acuerdo.

Edra: Después cuando vos llegaste acá a tu casa y pasó una semana, quince días, no te arrepentiste de no haber seguido?

Eda: No, la verdad que no, como pocas veces en mi vida porque yo soy muy dubitativa, la verdad que no, al contrario... porque lo de ella fue una propuesta "¿Querés hacerlo?", eso fue, es más cuando yo le digo, entonces lo acordamos ella ahí nomás: "Lo acordamos para quince días" creo que ahí me dijo que se iba de vacaciones, no me acuerdo... pero yo le dije no, no, no, como que yo acepté, accedí, no, no, si, es más si ella me veía bien, yo me sentía bien, por eso al sentirme bien yo dije: "Vas a hacer lo de siempre", o sea yo me siento bien y dejo, fui a natación, agarré estado según yo y dejé, entonces dije esto no, lo vamos a respetar, entonces llegué y le dije: "Yo me siento bien", acordamos "Sí, yo te veo bien" y entonces dije: "Listo ahí estamos", pero lo que vos me preguntabas si a los quince días o al mes si yo sentía la falta, sí la sentí, pero en lugar de decir: "Uy, para qué dejé", fue recordar las cosas, las pautas que... no sé si pautas, recordé las conversaciones... los puntos que habían quedado... quedaron ideas muy globales y muy importantes para mí, quizá son pocas, ejes, pero que me rigen hasta el día de hoy...

Edra: Terminaron porque te sentías bien?

Eda: Sí, me sentía muy bien o sea con respecto a lo de los chicos estaba con mi tristeza, con mi dolor todavía a flor de piel pero distinto, no estaba depresiva, que fui lo que sí tuve al principio, a los días, meses, fue un doble duelo, estas haciendo un doble duelo, después no, estaba mal, estaba con las cosas pero tranquila, lloraba, pero pasó, se fue, miraba una foto, lloraba, recordaba, me daba pena pero ya está, no me quedaba esa sensación de la angustia... sino que seguía bien...

Edra: Bueno... esto sería todo... muchas gracias...

Entrevista 4

Sexo: Femenino

Edad: 25 años

Estado Civil: Soltera

Educación: Universitario Completa, Licenciatura en Psicología

Ocupación: Ejerce en el área Clínica de Psicóloga, y trabaja en un comercio.

Diagnóstico: Problema Laboral

Edra: Cómo llegaste al servicio de Psiquiatría del Hospital?

Eda: Llegué porque mi novio estaba ya pagando su mutual ahí y en realidad yo no soy de acá, yo me vine a vivir a Córdoba, soy de San Juan, y como él estaba pagando esa mutual ahí nomás me afilié a la misma, que conocí por él al final y bueno... ahí empecé a hacer después el tratamiento...

Edra: Cuando fuiste sabías de la entrevista de admisión?

Eda: No, me informaron cuando llamé para pedir un turno...

Edra: No conocías a ningún profesional de ahí?

Eda: No, nadie...

Edra: Cómo te sentiste durante la entrevista de admisión?

Eda: Bien, no, muy bien... me atendió el psiquiatra que no recuerdo el apellido en este momento pero bien, cómoda...

Edra: Con qué expectativas comenzaste el tratamiento?

Eda: En realidad cuando yo empecé la terapia no iba con expectativas con respecto al tratamiento, solo esperaba encontrar soluciones para mí, pero digamos que no iba con demasiadas expectativas de Uy!... Aparte como era mi primera vez acá en Córdoba que hacía un tratamiento, no conocía ni siquiera cómo se manejaban acá en Córdoba...

Edra: En San Juan habías realizado algún tipo de tratamiento?

Eda: Sí, pero en forma particular que es totalmente diferente...

Edra: En qué lo encontraste diferente?

Eda: En realidad por ahí un poco me molestó el sistema pero porque no sabía cómo se manejaba, esto que yo te digo de que me hicieron la entrevista de admisión pero bueno... después me di cuenta que en realidad en todas las mutuales era igual, entonces dije bueno... tampoco puedo ser tan exigente, yo venía acostumbrada a otra cosa pero porque lo hacía en forma privada, pero bueno... eso es como que me chocó al principio pero después dije... realmente es necesario porque con tanta gente que va al hospital sería imposible organizarse de otro modo...

Edra: O sea que te molestó esa parte del sistema de la entrevista de admisión?

Eda: Porque en realidad sentía en ese momento que iba con una urgencia y sentí que tuve que esperar a que me derivaran a otro profesional...

Edra: Tuviste que esperar mucho tiempo?

Eda: Te miento si te digo si fue mucho o no, no, no me acuerdo... tuve que esperar creo que fue mucho hasta que me hicieron la entrevista de admisión, de ahí en más no, la derivación fue rápida pero creo que para... en alguna de las dos y creo que fue así, que para la entrevista de admisión se demoró más... una vez que me derivaron listo...

Edra: Tenías alguna preferencia que sea mujer o que sea hombre?

Eda: No, para nada; no, no iba con ninguna expectativa ni quería así tal o cual cosa, no era pretenciosa en eso, quería tener mi terapia...

Edra: Vos dijiste no ibas con expectativas puestas en el tratamiento, sí en buscar soluciones?

Eda: Claro, no en el tratamiento sino en el terapeuta en eso de si es hombre, si es mujer, si tiene mucha experiencia, si es joven, es viejo, en realidad no me interesaba, calculo que si estaba ahí es porque es un buen terapeuta y listo, como que lo di por hecho; sí en las expectativas de tener un buen tratamiento nada más...

Edra: Vos dijiste que no ibas con expectativas puestas en el tratamiento, sí en buscar soluciones?

Eda: Claro, en el tratamiento sí tenía expectativas, en el terapeuta no, en eso de si es hombre, si es mujer, si tiene mucha experiencia, si es joven, es viejo, en realidad no me interesaba, calculo que si estaba ahí es porque es un buen terapeuta y listo, como que lo di por hecho; sí en las expectativas de tener un buen tratamiento nada más...

Edra: Qué consideras un buen tratamiento?

Eda: Y lo que uno espera cuando busca una terapia, encontrar por ahí repuestas o soluciones a situaciones que uno encuentra difícil... y sentir sobre todo esto de la contención que me parece es muy importante para una terapia...

Edra: Cómo te sentiste durante el transcurso del tratamiento?

Eda: Durante el tratamiento me sentí bien, o sea un poco sigo renegando del sistema, con la terapeuta que yo tuve excelente, me sirvió mucho la terapia pero por ahí el tema de que fuese media hora como que por ahí me faltaba, porque era como que tenías que ir hablar todo rápido, sacar sesiones todo rápido y te ibas... como que por ahí no te daba, particularmente a mí no me daba tiempo de expresar más cosas o de plantear con mayor profundidad determinadas cosas...

Edra: Hubieses preferido más tiempo de sesión?

Eda: Sí, eso sí... por ahí sentía que... había días que vos vas y la media hora te alcanza y te sobra... y otros días vas mal o necesitas un poco más de

contención, de escucha y como que faltaba, si bien la terapeuta ponía su buena voluntad para brindarte esto los tiempos corren y tenías que cortar... eso me costó... pero con respecto al terapeuta bárbaro... el tema eso de los tiempos...

Edra: Eso sentiste?

Eda: Cómo?

Edra: Eso sentiste durante el tratamiento?

Eda: Sí eso sentí, que en algunas sesiones me faltaba tiempo...

Edra: Te acordás de la frecuencia con la que ibas?

Eda: Semanal...

Edra: Hubieses ido más o menos?

Eda: No, con eso estaba bien, semanalmente estaba bien.

Edra: Hace un momento me dijiste que te habías sentido bien durante el tratamiento, me podrías decir algo más?

Eda: Bien, en el sentido de eso, de que bueno... primero creo que el tratamiento que hicimos me sirvió, hasta el día de hoy estoy viendo sus frutos, más allá de que yo lo dejé antes de terminarlo porque me cambié de mutual y quedó ahí el tratamiento... pero esto lo pudimos hablar con la terapeuta... o sea todo bien en realidad... no lo terminamos por un alta, lo tuve que dejar, pero lo terminamos bien, como que hubo un cierre de lo que habíamos estado trabajando, por eso te digo en ese sentido bien... lo único que no me gustó fue lo de los tiempos... eso me molestó que por ahí ellos tengan que limitarte a estos treinta minutos y lo tenés que cortar porque obviamente hay gente atrás como que por ahí no te pueden extender por más que ellos quieran o vean la necesidad... o sea esto que sea así tan acotado... por ahí sí, a lo mejor cinco minutos pero esos cinco minutos de más no te llegan a alcanzar...

Edra: Cómo podrías describir la actitud del terapeuta?

Eda: La actitud fue como de mucha disposición, lo que yo sentí también fue mucha contención, que se yo... como con muchas pilas con lo que estaba haciendo y que esos treinta minutos te los dedicaba a atenderte y a ayudarte a buscar soluciones...

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos pudiste observar del tratamiento?

Eda: Positivas y negativas... bueno positivas esto que mi tratamiento dio un buen resultado aunque fui poco tiempo...

Edra: Observaste resultados de tu tratamiento?

Eda: Sí, sí... y negativo lo de los tiempos... eso me mató...

Edra: Hubieses preferido otra modalidad terapéutica para tu tratamiento?

Eda: No, me sentí conforme con esa... o sea... sí en esto que por ahí pudiera haber un poco más de flexibilidad con los tiempos. Es como que yo sentía que se terminaban los treinta minutos y se terminaban, entonces por ahí un poquito de flexibilidad en eso me hubiese gustado, sabiendo de que por ahí extender el tiempo de sesión es más difícil que todas las sesiones se extiendan a cuarenta minutos, entonces por ahí el manejar un poco de alguna manera esto... que allá un poquito más de flexibilidad...

Edra: Recordás cómo terminó el tratamiento?

Eda: En qué sentido?

Edra: Si se terminó porque te dieron el alta, porque vos dejaste, porque cambiaste de terapeuta?

Eda: Sí, ya lo veníamos hablando porque estaba con toda una revolución en mi vida, y bueno... ya lo había hablado de que en cualquier momento iba a dejar de ir, iba a dejar de pagar ahí el servicio entonces me iba a ir a otro lado, y que sé yo... así que como que no, lo vinimos manejando y fuimos trabajando

de acuerdo a los tiempos que me quedaban para poder al menos hacer un cierre ahí...

Edra: La terapeuta no te dio el alta, pero de alguna manera terminaron el tratamiento...

Eda: Sí, sí, así es...

Edra: Si vos tuvieses que dar alguna razón o motivo por el cual se terminó el tratamiento, qué dirías?

Eda: No tiene nada que ver el Servicio ni el terapeuta... fueron cuestiones personales...

Edra: Cuestiones personales?

Eda: Económicas fundamentalmente... o sea yo hasta el día de hoy encuentro a mi terapeuta y bárbaro, seguimos en contacto, todo, pero bueno el servicio que ella prestaba en ese momento no está más porque yo no pude pagar más... porque cambié de mutual... o sea fue todo económico...

Edra: Si hubieses tenido la posibilidad económica de seguir, hubieses continuado?

Eda: Eh... no en el servicio, hubiese buscado la manera de acordar con ella para que me atendiera en forma privada...

Edra: Considerás que estableciste un vínculo adecuado para el tratamiento?

Eda: Sí, sí, hemos tenido un buen vínculo.

Edra: Volverías a hacer un tratamiento con este terapeuta o con otro?

Eda: Depende de las condiciones económicas, pero si pudiese sí...

Edra: En este momento estás en tratamiento?

Eda: Sí, también por mutual porque es lo que puedo pagar; pero estoy en otra mutual.

Entrevista 5

Sexo: Hombre

Edad: 38 años

Estado Civil: Casado, hijos: Mujer, 10 años y Varón, 7 años

Educación: Terciario Completo, Técnico en Administración de Empresas

Ocupación: Administración en Taller Metalúrgico

Diagnóstico: Problemas conyugales

Edra: Cómo llegaste al Servicio de Psiquiatría?

Edo: Al Servicio llegué porque mi Señora tuvo un problema de depresión, ese fue el diagnóstico inicial, ella empieza terapia acá en el Servicio y entonces... bueno después de un tiempo de terapia de ella la tuvimos que internar en la Clínica Saint Mitchel, y bueno a raíz de eso surge que me recomiendan a mí hacer terapia para apoyo, una terapia de apoyo... así fue que llegué digamos al Servicio... ella comenzó terapia, la mandó a mi Señora la pediatra, o sea la pediatra manda a mi nena, nos recomienda que por una serie de comportamientos que nosotros le comentábamos a la pediatra, "Y bueno porque no van y ven si necesita un poco de terapia", vinimos por la nena, empieza terapia mi hija, así fue... y al tiempo de la terapia de ella, le recomiendan a mi señora, empieza ella y tac! se le viene la crisis y bueno a mí me dijeron que me convenía hacer terapia para... como para dar apoyo frente a la situación de mi señora... y bueno yo venía a terapia...

Edra: Tenías ganas de venir cuando te lo recomendaron?

Edo: Sí... como ganas, ganas no, no me molestaba en lo más mínimo venir pero como decir ganas no, después al tiempo cuando empecé a tener sesiones, después sí, me agradaba venir a terapia, yo creo que lo he vivido como algo bueno, para mí ha sido una buena experiencia...

Edra: Cuando comenzaste en ese momento cuáles eran tus expectativas para con el tratamiento?

Edo: Más que nada yo no me sentía... como por ejemplo cuando me dicen una terapia de apoyo, yo no me sentía débil frente a la situación de mi Señora, sí no sabía cómo... digamos no sabía cómo... yo tomaba la terapia como algo bueno para enfrentar, poder llevar yo su enfermedad, poder yo a ella darle una buena contención para que salga adelante... o sea para mí las expectativas eran esas, decir bueno me dan las bases, me dicen vas bien encaminado o no, "eso no... andá por acá", "no le digas esto decile aquello", un poco esas eran las expectativas, para que me den las herramientas para apoyarla y darle contención a mi Señora... y bueno creo que siempre, generalmente, hemos estado de acuerdo cuando yo le planteaba las situaciones que se daban, las charlas, las cosas que yo le decía, que hablaba y bueno siempre... nunca me dijeron: "NO!! Eso no" o "mirá eso no", siempre fuimos evolucionando bien y a su vez como te digo me hizo bien a mí... o sea... no sé, yo digo voy a terapia, yo ahora tengo terapia, no lo vivo como una terapia, a esta altura, de apoyo, yo vengo ya por mí, hubo un cambio... en ese momento no, era una terapia de apoyo, para ayudarla a ella, para estar bien con mis hijos o sea para tener esa contención familiar, o sea no caerme y de ahí lo traje a esto, vengo a terapia yo...

Edra: En el tratamiento anterior, vos terminaste con esta idea de que concurrías a una terapia de apoyo o ya existía este cambio de hacer una terapia para vos?

Edo: Tengo muy mala memoria, creo que era una terapia de apoyo... después mi señora tuvo un período... yo corté la terapia porque la misma terapeuta me dijo que bueno que estaba mejor, podíamos vernos una vez al mes, podía tomarme un tiempo y yo me tomé un poco más del tiempo que ella me dijo, me borré y después mi señora tuvo una crisis grande, fuerte y bueno que ahí retomé... me agarró un día y me dijo: "Andá y pedí turno", pero ahora cuando

vuelvo, ahí sí te puedo decir yo ya vengo con una terapia para mí, no me acuerdo como corté si yo realmente ya venía como apoyo o si ya sentía que yo ya estaba haciendo terapia, no te puedo asegurar...

Edra: Lo que pasa es que por ahí se mezcla, uno cree que viene de apoyo pero es imposible que no salgan cuestiones personales...

Edra: Recordás con cuánta frecuencia venías?

Edo: Semanalmente

Edra: Y las sesiones?

Edo: Eran de media hora

Edra: Hubieses preferido más o menos?

Edo: Por ahí estaba impaciente que quería que llegue el día porque tenía que hablar de determinado tema y que se yo... siempre relacionado con mi señora o a mis hijos dentro de este cuadro... inclusive... por ahí si me pasaba eso...

Edra: Cómo te sentiste en ese tratamiento que hiciste?

Edo: Bien...

Edra: Qué sería bien?

Edo: Qué es bien? El bien ese me sentí contenido yo por la terapeuta, inclusive con el Servicio me he sentido contenido después bien porque yo siempre... yo tengo muy poco autoestima, yo veía en toda esta crisis familiar que hemos pasado... se me... un grupo de amigos se me arrimaron más, amigos de toda la vida, que a lo mejor te ves una vez por mes ponele o cada tres meses, empezaron a ir una vez por semana a mí casa, llamar continuamente, ellos mismo me iban diciendo que no, que me veían muy bien, que blabla, que blabla, que estaba encarando bien las cosas, estaba llevando todo bien, y después que yo venía a terapia y yo veía que iba bien, que en todo me estaba desempeñando bien es como que me hacía bien o sea a mi poca estima, eso me levantaba un poco, yo siempre me consideré muy inmaduro y bueno... a lo

mejor soy inmaduro pero más maduro de lo que yo creía... eso es lo bien... me hacía sentir bien lo que iba logrando...

Edra: Vos creés que lograste resultados en tu tratamiento?

Edo: Sí, sí...

Edra: Cómo podrías describir la actitud del terapeuta?

Edo: Bueno... la terapeuta es muy clara, clara en lo que me dice, en las pautas que me da; después la veo muy profesional...

Edra: En qué sentido?

Edo: A ver en qué sentido o sea... como que digamos... a ver te voy a tener que describir una situación: Mi terapeuta está con una psiquiatra que llevan un grupo de terapia donde está mi señora, entonces tiene el trato con ella y trato conmigo, hay situaciones que... después también hemos tenido sesiones de pareja con ella, y nunca tomó partido por ninguno de los dos o sea que a pesar de que por ahí se da una situación o un reclamo mío o de mi señora, y bueno el reclamo lo hace ella y le dice: "No me parece y ta, ta, ta", después cuando yo tenía terapia y salía ese tema no hay... no tomaba partido... es totalmente neutral, en eso es profesional...

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos pudiste observar durante el tratamiento?

Edo: Del tratamiento mío no tendría aspectos negativos, no encuentro, del Servicio el aspecto negativo es como se llevó toda la situación con mi señora, ella empieza con un terapeuta que yo mismo le decía que no, que para mí no servía para ella, ojo, no el profesional, que para ella ese profesional no... me parecía que no servía porque lo veía como muy condescendiente con ella, no porque le concediese sino porque mi señora, en eso te digo que mi terapeuta es muy clara... sobre todo cuando estoy hablando como estoy hablando con vos, entonces mi terapeuta me interrumpe y me dice: "Mirá ta, ta, ta, ta", en cambio el terapeuta de mi señora, que yo no tengo nada contra su

profesionalidad, no, no, sino que me parecía a mí que para ella no iba, como que yo no veía que avanzaba, después cuando entra en la crisis y todo el drama, yo tengo... pedí yo y le pedí a mi terapeuta que me haga hablar con el Jefe del Servicio de Psiquiatría, el Psiquiatra admisor y hablé con él y me dijo que sí... que a mi señora no la vio él y me explicó: "Yo tengo que ver a los pacientes y yo digo a qué profesional va ese paciente".

Edra: Y cómo llega ella a este profesional?

Edo: No sé porque llega a ese terapeuta, para mí que ella llega a él por la Licenciada que la trataba a mi nena, se me ocurre que ella directamente la mandó a este terapeuta, se me ocurre, no la tengo muy clara... y yo a mi terapeuta llegué pero por el Jefe del Servicio....

Edra: Vos tuviste la primer entrevista con el Admisor.?

Edo: No, yo no la tuve con él, pero él me derivó a mi terapeuta....

Edra: Pero vos no tuviste la entrevista de admisión con el Doctor?

Edo: No, creo que no, no a ver dejame ver... no, tuve la entrevista que pedí yo... no creo que no...

Edra: Y cómo sabés que te derivó él?

Edo: Porque me dijeron que me había mandado... no me mandó el terapeuta de mi señora, el Jefe del Servicio me dijeron que me había mandado... o a lo mejor la tuve... tengo un problema de memoria, grave problema...

Edra: Me estabas diciendo entonces el aspecto negativo...

Edo: El aspecto negativo era ese... que yo no vi ahí... hubo como un fallo digamos, el Jefe del Servicio me dijo que si él hubiese visto a mi señora nunca la hubiese mandado con este terapeuta..., él me explicó que este terapeuta atiende a los maníacos, no, los que tienen ansiedad...

Edra: Recordás cómo terminaste el tratamiento?

Edo: Creo que nos pusimos de acuerdo que iba a venir una vez al mes para ver como me sentía, tengo en mente que me dijo: "Estás bien, no te hace falta que sigas viniendo tan seguido", creo que así fue... después he estado faltando un par de sesiones no porque no quisiese venir sino porque no podía, algunas hablé y otras no...

Edra: Si vos tuvieses que decir algún motivo por el cual se terminó el tratamiento, que podrías decir?

Edo: Antes... bueno yo creo que fue porque la Licenciada me dijo que no hacía falta que siga viniendo con frecuencia, ella me dijo: "Date una vuelta una vez por mes o cada dos meses" que no lo hice, no lo hice porque me sentía realmente bien y porque me estaban yendo bien las cosas, entonces por eso dije... me parecía que era más venir a molestar, a quitarle el tiempo a una persona que en ese momento... esta bien... por eso me tomé más tiempo del que ella me dijo.

Edra: No viniste ni una vez por mes ni dos?

Edo: No, yo no vine más...

Edra: En este momento estás en tratamiento de nuevo, porque elegiste de nuevo a esa terapeuta, porque no elegiste otro?

Edo: No sabía...

Edra: Vos ahora viniste y sacaste directamente un turno con la terapeuta que te atendió hace un año atrás?

Edo: Sí, yo ya hice terapia con ella, yo nunca podría por ejemplo yo tuve en sesiones en pareja con el terapeuta de mi señora pero jamás podría hacer terapia con él, jamás de los jamases, es muy... no es la definición justa pero para mí es muy místico, como te digo no es místico pero.... él se sienta y te escucha, te escucha y vos hablas, hablas, hablas y vos querés que te diga algo y nada, eso yo no puedo... en cambio como te digo a mi terapeuta yo la defino clara en ese sentido, vos estás hablando y ella o te hace una pregunta o te

hace una observación como que te hace pensar, eso es lo que me sirve a mí, con ella me siento re- cómodo... aparte pensé que ir a otro terapeuta es como... probar otro, ver si... yo creo que la cuestión del terapeuta debe ser... obviamente tienen que ser buenos profesionales, pero después a lo mejor el mejor profesional del mundo no lo es para mí, porqué? Porque no hay feeling entre los dos, no me puedo venir a sentar a hablar con vos sino hay un feeling, creo que tiene que haber un feeling para entenderse, como te digo si a mi terapeuta con sus intervenciones yo sintiese que me está interrumpiendo... por ejemplo mi señora me dijo que ella no podría hacer terapia con mi terapeuta, "Yo quiero hablar, no me gusta que me pregunten o que me interrumpen", a mí sí, a mí me sirve eso...

Edra: Vos me contaste que tu terapeuta te dijo que vinieses una vez por mes o cada dos meses pero que vos no viniste más, creés que algo te hubiese ayudado a no dejar el tratamiento?

Edo: No, si yo no tengo que venir más bárbaro, o sea... de todos modos lo que puedo haber comentado con amigos, con mi señora, es que me parece bárbaro la terapia, lo que yo comento ahora es que todo el mundo debería hacer terapia...

Edra: Vos creés que te sirvió?

Edo: Sí, me parece bárbaro, venir en su momento como te dije era como que si venía le estaba robando tiempo o al profesional o le estaba quitando un turno a una persona que le hacía falta más que a mí, y hoy no lo siento así, siento que es bueno venir, sentarme y decirte a vos: "Vos sabés que me pasa tal cosa", "Estoy viviendo tal situación". Y me parece que más allá que tengas a tu Señora con depresión o que no la tenga, o que vos estes depresivo o no estes depresivo es como que te... es como que note que me ayuda a tener menos fluctuaciones, es como que estas mas estabilizado... y después con mis hijos que sé yo... por ahí algún comportamiento de tus hijos, "Cómo hago para tal cosa"... te ayuda...

Edra: Bueno... esto sería todo... muchas gracias por tu tiempo.

Entrevista 6

Sexo: Mujer

Edad: 46 años

Estado Civil: Casada, dos hijos varones

Educación: Secundario completo

Ocupación: Comerciante- Ferretería

Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada- Duelo

Edra: Cómo llegó al Servicio de Psiquiatría?

Eda: Yo llego al Servicio, aún siendo de La Falda, me traté acá un poquito porque había tenido un problema de que se suicidó una hermana mía y después a los dos años un hermano mío se le da vuelta el bote en el lago San Roque y también muere, o sea tenía que consolar a mi mamá, a las lágrimas de mi mamá, más el dolor mío, más los hijos esos que habían quedado, era un desastre mi vida, entonces fui a una psicóloga de acá de La Falda, me hacía un acompañamiento en el duelo se llamaba, pero viste como que no mejoraba; y lo que me asustó a mí por ejemplo era que iba manejando, iba en el auto y lloraba y yo digo: "Yo no puedo seguir así", yo manejaba e inconscientemente iba llorando entonces me asusté y digo: "No, yo debo estar necesitando algo porque yo realmente estoy mal" así empecé a tratarme... así llego al Hospital Privado... bueno yo y mi hijo fuimos, porque a todo esto tuve un problemita con mi hijo más grande que tiene 25 años, bueno... a raíz de todo esto, malas compañías y que se yo... me entero que él consumía marihuana, entonces yo fui al Hospital te imaginas desesperada y ahí no veo que ellos... no sé si van a poner... pero en este momento no hay mucha contención, o sea yo a lo mejor como mamá quería que me contuvieran pero no sé de qué, porque no hay un servicio especializado en eso, o sea me atendió el Médico de Guardia y él me derivó a la Psiquiatra de guardia, que lo empezó a atender a mi hijo y a mí me pasaron a otra terapeuta porque no podíamos ir juntos, bueno ella era su

terapeuta o sea mi hijo también estaba muy conforme pero después él tuvo que dejar, él dejó...

Edra: Qué esperaba del Servicio?

Eda: En ese sentido a lo mejor más asesoramiento quería yo viste, estaba como... ellos me dijeron que ellos no hacían eso... o sea al ser yo del interior quería que me asesoraran, saber quién me podía guiar, cómo eran los síntomas, a quién tenía que ver...

Edra: Asesorar sobre la problemática de su hijo?

Eda: Claro sobre este problema quería yo, y bueno... no hay ahí en el Hospital, o sea me trataron a ver... a él lo trataron de porqué había llegado a eso y a mí para viste... y así fue nuestra llegada al Servicio no es cierto...

Edra: Usted anteriormente me cuenta que llega al Hospital porque hace 10 años que tienen la cobertura... pero cómo sabe del Servicio de Psiquiatría?

Eda: Sí... lo conozco como uno de los servicios que brinda el Hospital, viste que es algo muy actual, hay mucha gente que no está de acuerdo, yo sí, yo soy de esas personas que me gusta que me ayuden, este... muchas decían: "Ay! Pero las psicólogas viste que son medias..." reacia la gente, en cambio yo no, llegué y me pareció bárbaro el Servicio...

Edra: Fue el primer tratamiento que hacías, aparte del que hiciste acá en La Falda?

Eda: Sí, sí el primer tratamiento en Córdoba; hice el de La Falda antes pero fue un acompañamiento en el duelo.

Edra: Usted tuvo la entrevista de admisión?

Eda: Ah! No, lamentablemente no la tuve, con el Jefe del Servicio? No, lamentablemente no, porque yo te digo que llegué por medio de medicina ambulatoria, entonces como yo era del interior me atiende el Doctor de

guardia ahí, ve mi grado desesperación y me dice: "Voy a ver si hay un Psiquiatra ya para que charle un poquito" entonces llego así... para urgencias digamos no por la vía...

Edra: Entonces a su hijo la atiende la Psiquiatra y a Usted la derivan a una psicóloga, la terapeuta de su hijo la deriva?

Eda: Sí ella, nos recomendó que no nos puede atender a los dos, nos sugiere eso que tiene que ser... o sea psiquiatra para él y psicóloga para mí, que no hacía falta que sea psiquiatra...

Edra: Usted me comentaba que surge la necesidad de ir al Servicio a partir de este episodio de verse llorando mientras manejaba...

Eda: Sí, se me juntó todo, ese tema y el tema de mi hijo, entonces te imaginas que yo salí... no es cierto y bueno allá al verme ellas en el estado en el que estaba yo, ellas dijeron: "No, la tenemos que atender", y bueno la primera entrevista por supuesto que lloré, lloré, la segunda lloré, lloré, hasta que bueno... una vez dejé de llorar...

Edra: Recuerda con qué frecuencia iba?

Eda: Sí, una vez por semana y mi hijo también... me acuerdo porque era verano y viajábamos, tomábamos el turno de las dos de la tarde o el de la una y media para ir con la Doctora...

Edra: Recuerda de cuanto tiempo eran las sesiones?

Eda: Media hora, cuarenta minutos...

Edra: Hubiese preferido con más frecuencia o más tiempo de sesión o menos?

Eda: No, quizá una poquito más de tiempo, a lo mejor una horita, porque vos te inspirás hablando y de pronto uno ve que el relojito viste... y que se yo; son muy discretas, no, nunca te dicen: "Cortemos" ni nada pero vos te das cuenta no es cierto, eso sí, quizá la frecuencia te la dan ellas, una vez por semana,

después te dicen: "Bueno nos vamos a ver cada quince días", no te olvides que conmigo jugaba una cosa en contra al ser yo del interior, también ellas decían: "No la vamos a hacer viajar tanto".

Edra: Cuáles eran las expectativas que tenía cuando comenzó el tratamiento?

Eda: Bueno... no sabía claramente qué buscaba, después me di cuenta, no es cierto, al principio pienso que necesitaba contención por el tema que te conté, por el tema más de mi hijo necesitaba contención, alguien que me guiará qué era lo que tenía que ver, cómo lo tenía que observar a él, nunca había estado en un tema así, cuáles eran las consecuencias, viste todo eso...; y con respecto a lo mío no llevaba muchas expectativas, pero después sí me di cuenta lo útil que... yo te digo la verdad yo les digo a mis amigas: "Me enseñaron a vivir"... la verdad que encantadísima con el servicio, lógicamente me fui dando cuenta a través de todo lo que decía yo, de cada vez que estaba con mi terapeuta...

Edra: A lo largo del tratamiento Usted se fue dando cuenta de cuanto necesitaba esta terapia?

Eda: Y sí totalmente, siempre yo le decía a mi terapeuta, como era muy poquito nuestro tiempo le decía yo a ella, yo le contaba los episodios últimos de lo que me había pasado y ella me sugería "Mirá actúa así", ella no se impone "Yo sugiero"; por ejemplo, yo una vez me quería ir de viaje con una amiga y ella me dijo "Yo te sugiero que no, porque estás en un grado muy alto de ansiedad entonces a la primera dificultad que tengas no sé cómo vas a reaccionar"; otra cosa que hoy le estoy agradecida y que tengo que volver a verla por eso, que yo siempre le pedía pastillas, ya me habían dado en el servicio a mí, me atendió un Doctor Clínico y me dijo: "Bueno..." porque también hice un cuadro de tiroides a través de los nervios, hice un hipertiroidismo, un tiroidismo, entonces dijimos: "Bueno vamos a darle una pastillita de tranquilizante pero las deja, toma tres meses y las deja", no las

dejé nunca, entonces yo quería "Ay! no lo voy a soportar por favor quiero algo más fuerte, quiero esto... que no duermo, que no sé que" y ella me decía: "No, no, no, si vamos a hacer algo, van a ser más frecuentes nuestras visitas, pero pastillitas no" y bueno hoy le estoy agradecida, aunque mira vos el tiempo que ha pasado y hoy realmente le estoy agradecida... O sea yo tomé, ahora las dejé... sí, sí... un buen dije: "No, no", ella sabía pero no anotaba ahí porque ella no me las había recetado, yo ya las traía recetada por un Médico, ella lo que me decía era: "Esto es para que dejes la pastillita no para que aumente las dosis" como quería yo, pero bárbaro y hoy te digo que la verdad, mirá vos cuando se me vienen a aclarar las ideas, no se que hubiese hecho de mi vida si yo empezaba a tomar más y más, iba a estar bloqueada totalmente... no, no y te digo re- agradecida porque vos fijate que cuando se enferma mi marido yo estaba solita en Córdoba ahí, tomé un Apart Hotel enfrente del Privado para poder estar cerca de mi marido, mis hijos acá y yo tenía que estar lúcida, porque yo voy manejando a Córdoba, vengo, tenía que estar con mi marido y tenía que estar lúcida y ahí me di cuenta viste... digo "No puede ser que yo allá estado pidiendo pastillas"... quería algo que me bloquee, no quiero pensar y otra cosa que me enseñó mi terapeuta, muy bien, era a no desbordarme, siempre me acuerdo de ella o sea muchos problemas familiares, muchísimos, entonces me decía: "Tomamos uno por vez, no nos nublamos y nos mantenemos frías", y yo siempre le decía: "Bueno vos hablame, vos hablame" que cuando yo viajaba de vuelta por el camino reflexionaba todo lo que ella me había dicho y realmente era así, a mí me sirvió una barbaridad, muchísimo...

Edra: Recuerda cuanto tiempo fue?

Eda: Y sí bastante, no me acuerdo bien el tiempo pero, el año pasado dejé de ir, debo haber ido como tres años, sí, sí, las frecuencias siempre fueron... por ahí yo le decía: "Denme un turno cuando tengan" a lo mejor iba una vez al mes, a veces dos veces al mes, si me quedaba sin turno bueno yo sabía que al mes siguiente tenía un turno o sea mientras ya pasé de la crisis... sí, sí... y lamenté muchísimo ahora cuando estuve en Córdoba con mi marido que me

hubiese hecho falta ella, no la pude ver, ella estaba justo con licencia por maternidad...

Edra: Cómo podría describir la actitud de su terapeuta?

Eda: Bueno al principio pensé tan jovencita... viste es la primera pregunta que uno se hace ¡Ay tan jovencita! ¿Tendrá experiencia? O de pronto no le debe haber pasado lo que a mi me pasó, que sé yo, vos tenés muchas dudas acerca del terapeuta, no es cierto? Porque pensas que a lo mejor con una persona con más experiencia... pero después no, me pareció bárbara, muy contenedora, muy bien conmigo, o sea todos los estudios que ha realizado lógicamente son para llegar a esto sin haber pasado por los dolores, pero muy bien... sí, sí, sí... y después hablando con una amiga que yo le recomendaba porque no iba, va a una psicóloga de acá y le pasó lo mismo que a mí, es muy jovencita y yo le digo: "Mirá, han estudiado, créeme que lo que te digan es bárbaro", yo pienso que es una carrera de mucha actualidad... la gente se ha abierto a buscar ayuda... yo le decía, vos imaginate con las cosas que me han pasado a mi, yo le contaba a una amiga y no es lo mismo, te dan el punto de vista equivocado, no es cierto?

Edra: No, sino que es el punto de vista de una amiga...

Eda: Exactamente, no lo veía como... pero no, con ella sí, por ejemplo yo era de hacerme cargo de mi mamá, de mis hermanos, de mi sobrina, de mis hijos, de mi marido, de todo y no era así y ella me decía: "Pero no carguemos más la mochila" que llevaba porque era pesadísima, "Empezá a aliviarla, empezá a decir que cada uno se tiene que hacer cargo de su vida", porque ya te digo así como dos hermanos murieron, después quedó embarazada mi sobrina muy jovencita, tiene mellizos, le nacen con labios leporinos los dos, yo era la única persona que la podía ayudar y todo así, cosas feas, cosas fuertes... las que me llevaron a llegar a esto a tener que buscar ayuda.... Están preparadas ustedes para ayudar, lógico, es como también le decía a mi mamá con sus dolores, no dice porque me va a hacer mal, mi mamá tiene miedo que le hagan mal en vez

de bien, le digo: "Al principio lloras es verdad, no podés ni hablar, cuando querés contar lo que te pasa se te hace un nudo en la garganta, la segunda llorás y la tercera ya te empezás a calmar"... es el contacto con el dolor... un dolor que vos quieres aplacar que está ahí... y contarlo de nuevo es revivirlo... se te va aclarando el panorama, para mí es fundamental, ya te digo, el servicio me pareció bárbaro, muy bien, muy bien... sí, en sí los turnos quizá son muy alejados, en ese tema está como sobrecargado todo, como que ellas te quieren atender pero no pueden por cuestiones de agenda, porque ya no hay un turno para vos y vos de pronto no lo quieres entender pero no es que ella... porque aparte es una relación distinta con un médico, porque la relación médico es otra cosa, en cambio acá pasa más porque ya te conoces, no sé es más familiar, entonces que ella me diga que no me puede atender, vos te sentís... no es cierto? Pero no es porque no quiera ella, por eso llegamos a ese punto de sacarme del Hospital y decirme "Bueno vamos a San Vicente"...

Edra: No se sentía bien?

Eda: Lo que pasa es que no conseguía turno y pasaba y pasaba y ella me insistía de ir a San Vicente y yo "No, que me queda muy lejos", hasta que un día dije: "No, voy allá" y fui allá; me parece bien eso que están sacando hacia centros periféricos, eso me parece bárbaro... sí, sí, lo vi muy sobrecargado, lo vi con los turnos, cuando sacas un turno con un profesional te lo dan de acá a un mes; yo te digo la atención siempre ha sido excelente, ahora cuando mi marido estuvo internado ahí bárbaro, sí, sí...

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos pudo observar a lo largo del tratamiento?

Eda: Bueno... positivo como ya te dije me enseñó a vivir, te puedo decir que quiero verla de nuevo, me hubiese gustado más tiempo de vernos nada más, como te digo media horita me resulta poco, quizá una hora hubiese estado bien, eso sería lo negativo nada más, pero en lo demás totalmente positivo, ya te digo soy otra...

Edra: Esos son los resultados que ha obtenido?

Eda: Sí, sí esos son los resultados, aparte ella me insistía que quería que haga algo, algo lindo, que ella necesitaba saber que yo una vez, dos veces a la semana estaba en algún lugar para divertirme o para hacer gimnasia o para pasear, hasta que por supuesto encontré un lugar donde ir y pasarla bien y yo le contaba... muy bien, muy bien, no te digo que estaba sobrecargada de kilos, bajé como siete, ocho kilos... o sea el mismo estrés, no me daba cuenta que estaba mal, que bárbaro no?, la ansiedad te hace ver... un grado de ansiedad muy alto tenía...

Edra: Con cuánto tiempo de diferencia fallecieron sus dos hermanos?

Eda: Dos años y las dos fueron tragedias, entonces como que no estás preparado vos para eso, no es lo mismo que con un enfermo, que te estás preparando, los dos fueron así... y después lo de mi hijo, te imaginás, terminó de desbordar todo, fue la gota que desbordó... y bueno pero gracias a Dios entiendo que la vida o sea los dolores por más que los tenés no voy hacer nada haciéndome daño... como que vas entendiendo; me ayudé mucho con libros también... sí, sobre el tema, mucho por ejemplo Bucay, Camino a la autodependencia, cuentos, todos lo cuentos de él, me hacía bien leer, ahora lo he dejado por falta tiempo, no tengo más tiempo, me dio otro vuelco la vida, así que por eso, no es porque no pueda... por la falta de tiempo. Otra cosa que me hizo muy bien es que con un grupo de amigas fuimos a bailar salsa, lo que nos reímos ese invierno, nos divertíamos, y yo le contaba a ella: " Ay! me río, vos no sabés lo que fue volver a reírme", fui y le conté, no lo podía creer, le digo: "Me reí", yo creía que no me iba a reír nunca más a lo mejor, la verdad increíble... empecé a disfrutar... pero ya te digo ella fue fundamental en mi vida... no, aparte yo iba trataba... nunca falté creo, nunca falté de nuestros turnos para mí... porque charlar con ella me hacía mucho bien y bueno...

Edra: Le gustaba ir?

Eda: Sí, totalmente, sí, sí, o sea como que esperas ese día y yo le contaba las cosas y después ella me daba su punto de vista, como decía ella "Mi punto de vista es este", no, muy bueno... y por supuesto yo lo venía elaborando y es como me lo había dicho ella... y ya te digo empecé a sacarme la mochila y a decir "Cada uno que se haga cargo de su vida", yo no puedo vivir la vida de los otros por más que quiera, no, no podés... pero para eso te lo tienen que hacer entender, no es fácil, no es fácil... cuesta pero después ves los resultados y el resultado es óptimo. Yo a varias amigas le recomiendo, o sea a la gente que no sabe así, que me veían bien yo les decía: "Voy a una psicóloga", tal es así que a una señora de Miramar le di la dirección de mi terapeuta, yo le digo: "Mirá yo me atiendo por medio de la cobertura del Privado no sé si ella atiende en otro lado o no", pero así charlando como con vos, que los resultados que había obtenido y le contaba yo "Y eso es lo que me hace falta a mí, por favor", porque te empezás a hacer cargo de todos y no puede ser, por ejemplo tenía la costumbre de cuando mis hijos salen no duermo, no dormía, entonces eran noches sin dormir, o sea era una vida... en cambio después digo: "No, no les va a pasar nada, tengo que estar tranquila, va a llegar bien y si pasa algo ya me voy a enterar y sin dormir no voy a lograr nada" y a lo mejor me pasaba sentada en la puerta pero todo viene relacionado no era una persona... yo en la otra entrevista que me hicieron le decía: "Pienso que yo no fui ansiosa de siempre, las circunstancias, la vida me llevó..."

Edra: Hoy siente que también ha disminuido su nivel de ansiedad?

Eda: Sí totalmente, totalmente, yo no me daba cuenta pero no podía estar ni sentada, era una ansiedad elevadísima la que tenía, deci que no se me daba por comer sino por trabajar menos mal, entonces cortaba el pasto, lavaba el auto, bañaba las perras, hacía todo, todo, todo, pero era para calmar mi ansiedad... así y todo nunca pasé pienso yo por un estado de depresión, nunca porque a pesar de todo eso mis amigas me llamaban y yo salía, sí, sí, sí, no era mucho de encerrarme, me gusta mucho estar en mi casa pero si me llama alguna amiga vamos a tomar un café, vamos, eso te ayuda también un poco tu

forma de ser, la persona tiene que colaborar... pero sabés que no lograba que yo me sentara a ver televisión, "Quiero que te relajes, que te sientes, que mires televisión", "No, no puedo", no podía sentarme y hoy sí, te puedo decir que hoy me puedo sentar y bueno... hoy no me puedo sentar pero si me pudiera sentar me quedo a ver televisión, puedo estar sentada en el parque, cosas que no podía hacer antes... más relajada, no hace falta vivir así tan tensionada como vivía yo, no te das cuenta pero es así... y alterada también en el carácter, muy irritada, porque te altera el carácter la ansiedad, apenas te dicen "A" vos ya saltás, en cambio ahora bueno... si se da se da, tampoco estoy tirada al abandono, pero si se da se da pero bueno... estoy más relajada lógico... Es asombroso porque tengo gracias a Dios muchas amigas, en este año no las veo pero por ejemplo salimos así a tomar el te y me dicen, el año pasado por ejemplo vinieron todos los parientes de mi marido de Mendoza, decirte que eran como quince, aparte yo tenía que trabajar y todo "Pero cómo hacías, cómo hacías?", no sé cómo hacía pero problema no me hacía era bárbaro, dice cómo te enseñó a vivir tu psicóloga, le digo: "Es bárbara" me enseñó a manejarme porque no conseguía nada, viste que todas se hacen problema cuando viene gente a la casa, de qué hago, que no hago con... yo ... y otra cosa que me enseñó que era espectacular por ejemplo "Voy a salir pero viste y si salgo" y me decía: "Mirá vamos a hacer una cosa vos cuando salgas, salís a disfrutar el momento sino te quedás", "Si te parece?" "Sí", sí yo después venía pensando todo lo que ella me decía, hoy cuando me ven mis amigas salir así me dicen: "Sos bárbara", les digo: "Me lo enseñaron, me lo enseñaron ellas", si voy a salir para estar pensando qué pasa en mi casa, no, no salgo.... Mirá que le dio el ACV a mi marido que gracias a Dios está bárbaro, bien, o sea no diez puntos porque está un poquito adormecido y ahora en Diciembre salí la mamá elegida de mi hijo menor para ir a Bariloche de acompañante, diez días acompañándolos a los chicos y yo me fui, "Vas a dejar a tu marido?", "Lo voy a dejar a mi marido y dejo todo por si le pasa algo", fui al Privado, estuve con el Doctor que lo operó y le dije que me iba de

viaje y "Vaya, vaya que no le va a pasar nada", pero te digo sin sentimientos de culpa y sin estar pensando allá en nada, por supuesto hablé dos o tres veces y cómo está todo?, lo logré no es cierto?... por eso tengo que volver a agradecerle tantas cosas, tengo que volver a agradecerles una de esas cosas... pero te imaginas que ella sepa todo lo que he logrado en este tiempo, estar en una situación tan difícil, diez días con mi marido en terapia intensiva, solita en Córdoba y o sea no me desbordé, voy, vengo manejando sola, no tengo ningún problema o sea soy otra...yo estoy muy agradecida...

Edra: Cómo se sintió durante el tratamiento?

Edad: Al principio me daba la sensación que no iba a resultar, al principio sí, "Ay yo no sé para qué viajo tanto, cuatro horas de viaje, estoy media hora nada más con ella, esto no va a resultar, estoy perdiendo el tiempo" pero lo hacía, no lo abandonaba, mirá qué lindo... y los resultados que me hubiera perdido...

Edra: Esto podía estar relacionado con la imagen que tenía de su terapeuta que era muy jovencita?

Eda: Al principio vos no entendés, porque ella te tiene que escuchar porque está para eso, después empieza... ella va tomando sus apuntes y después va viendo tus situaciones y ahí va sacando conclusiones, es así, no es que al principio... tenía que conocerme... teníamos que conocernos, al principio vos también no le tenés mucha confianza porque todo es muy lento porque no vas en lo primero y largas todo, no al principio... vas tanteando... y después... o sea no profundice mi vida de ahí para atrás, no, eso no, yo hice de esos momentos para adelante... quizá dicen que para sanarte realmente tenés que retroceder, no sé... yo por eso... yo sí me siento bien con eso...

Edra: Son diferentes tipos de tratamiento, hay terapias que focalizan la situación presente, el aquí y el ahora; y hay otras que trabajan mucho más con las situaciones pasadas del paciente...

Eda: Claro... dependerá... si te quedaron cosas pendientes del pasado, será cuestión de sacarlas pero como mi tema era esto...

Edra: Después del momento de poca confianza, que no iba a resultar, cómo fue cambiando de idea?

Eda: Me fui dando cuenta que yo le hacía un poquito de caso a ella, por ejemplo yo empecé el tratamiento con ella en Marzo, ella en Marzo me dice: "Yo necesito que vayas a algún lado", o sea ella quería que mi vida era toda oscura, "Quiero que vayas a un gimnasio, que vayas a hacer algo", ella quería que buscara alguna actividad, y cuando volví le conté lo que había logrado, le pareció bárbaro, pero por ahí la quería dejar a mi actividad "No es para mí", ella me decía: "Seguí, te va a hacer bien" y la verdad que fue así, sí, sí, sí... Yo más o menos le hacía caso de lo que me decía, de lo que me sugería y ya te digo de la mochila que llevaba arriba, Dios mío y amargándome yo y estando mal yo no me daba cuenta que las lágrimas de mi mamá no las iba a parar, que mi mamá tenía que llorar, e iba a llorar, por ejemplo: "Me hace tanto mal verla a mi mamá, pero la quiero ver" y ojo, otro tema muy importante no me hizo dejar ninguna de las situaciones, fue algo impactante, por ejemplo mi mamá que lloraba tanto, yo que estaba mal "Ay, no sabés lo que es verla a mi mamá" yo soy medio pegota, siempre tengo que ver que está haciendo, ella me decía: "Andá a verla, aunque te haga mal, por ejemplo a lo mejor te vas a ver a tu mamá y después te vas a tomar un café con una amiga, pero fuiste", cosas, temas así puntuales, cuando pasó lo de mi sobrina "No te hagas cargo de la vida de ella, pero no te apartes", o sea ella buscaba que el día de mañana no tenga ningún sentimiento de culpa, cosa que no era para cualquier persona porque un consejo de una amiga bueno... hubo amigas que me decían que no me haga cargo de mi sobrina, es problema de ella, pero a la vez me decía: "No dejes de estar, si podés estar está" y bueno fue así... o sea fueron temas muy puntuales, muy delicados a la vez que si a lo mejor yo me hubiera alejado de las situaciones hubiera dicho hoy: "Porqué lo hice?", "No lo viví?", en cambio así lo viví, como de otro punto de vista, pero lo viví, sí, sí...

Edra: Qué otro sentimiento le despertó el tratamiento al final cuando decide dejarlo?

Eda: No, no, no, no decidí dejarlo, ella me decía: "El primer turno de Marzo yo te quiero acá", y acá estamos ahora y todavía no volví, no volví por la situación que me está tocando vivir; no, por ejemplo cuando yo empecé a vivir así mis hijos decían: "Mamá no te parece que la psicóloga te está avivando mucho a vos", claro, porque yo de pronto... como ellos me dicen: "Bueno mamá es problema tuyo, hacéte cargo vos" como te dicen los chicos, "de pronto es tu problema, no me lo traigas a mí, tenés que resolverlo vos" yo puedo compartir, sugerir como hacen conmigo pero no hacerme cargo, y así un tema que se noto en mi casa fue ese... vos tenés que entender también que tu vida tiene valor, que tenés momentos y derecho a pasar momentos lindos, yo por ejemplo ahora no se me da nada ya te digo porque estoy viviendo un momento especial de temporada, de todo esto, pero por ejemplo en invierno yo todos los sábados me voy a la tarde con mis amigas a tomar el te, ojo sin ningún sentimiento de... "Ay que dejé mi casa, nada" es mi tiempo, es el espacio de uno... que a partir de ser mamá, de ser esposa lo vas perdiendo...

Edra: Cómo podrías describir la actitud de la terapeuta?

Eda: Muy contenedora, muy cariñosa, porque yo estoy acostumbrada por ejemplo acá donde vivo yo la gente es más apática, no sé, de encontrarme en los pasillos, de saludarme, de darme un beso, "Venís para mí?", a lo mejor yo estaba por otro médico, pero ella se paraba, me preguntaba cómo estaba... muy bien... muy cariñosa y pienso que en esta parte es fundamental que sean... bueno a lo mejor nosotros tenemos otro punto de vista por ser del interior... es como te digo yo al principio no le tenés confianza y ella te la tiene que ir dando... es fundamental... no, ya te digo a mi me fue espectacular...

Edra: Me dice que no terminó el tratamiento... cuando fue la última vez que fue?

Eda: Fui en Diciembre del año pasado, ella tenía fecha... no sé cuando habrá tenido su bebé... volvía en Marzo porque ella me dijo: "Los primeros días de Marzo", o sea yo consideraba "Ay no considerás que ya estoy de alta" quería el alta yo, y ella me decía: "No, sería conveniente que nos sigamos viendo" ahora no sé... porque ella vería que no estaba preparada como para darmelo, no es cierto? Por eso ella me pedía que saque un turno...

Edra: Y antes de Diciembre iba frecuentemente o eran más esporádicos los encuentros?

Eda: Yo creo que iba dos veces al mes, cada quince días y si perdía alguna fecha iba una vez al mes, pero como yo te digo mi vida es así con episodios, siempre tenía algo, "Ay no se si te parece"... Aparte en Octubre operamos a uno de los mellizos de mi sobrino y los primeros días de Diciembre operamos el otro y con tanta mala suerte que el segundo hizo una hemorragia que casi se murió, lo tenía yo en mis brazos, vos no sabés lo que fue... pero ya te digo ya no podía volver, porque ya empezaba la temporada...

Edra: O sea que en Marzo no fue?

Eda: No, no fui...

Edra: Porqué creé que no fue?

Eda: Y yo te digo por falta de tiempo total, porque cuando sale mi marido del Hospital lo llevo a Tanti, porque yo tengo un negocio y mi hijo más chico estudia y mirá las vueltas que tiene la vida, el que tiene que hacerse cargo es el de la situación que yo te conté, de pronto teníamos un primo, un sobrino que trabajaba con mi marido y de pronto se va, y queda él con el padre, el padre se le enferma y queda él a cargo de todo... entonces te imaginás que golpe que le dio la vida de tomar responsabilidades, decir qué hago con mi papá enfermo... así que imposible, no volví por eso, pero ya te digo ahora que se pase un poco la temporada voy a sacar un turno... sí quiero verla, quiero volver a verla... por eso nada más, por la falta de tiempo... a la mañana me

voy a trabajar a las nueve vuelvo a la una y media, me voy de nuevo a las cuatro hasta las nueve de la noche y los sábados como es temporada también abre el negocio, así que no me queda momento...

Edra: Y ahora teniéndolo a su hijo ahí en el negocio puede llegar a ir?

Eda: Sí, sí porque voy a sacar un turno en San Vicente bien tempranito, entonces viajo a las siete de la mañana, la veo y me vuelvo, pero no en temporada porque no los quiero dejar solos... ahora me espera otro estrés también, porque mi vida es así, ay que vida que tengo yo, este hijo menor que terminó está estudiando para la facultad de Derecho, y él de aprobar los exámenes se tendrá que ir a vivir a Córdoba o sea que va a ser este despegue... los primeros tiempos a que me acostumbre a que esté en la ciudad de noche...

Edra: Volvería a hacer otro tratamiento?

Eda: Sí, sí, sí, y pienso volver con ella.

Edra: Cree que algo la hubiese ayudado a ir en Marzo y que no pasase tanto tiempo?

Eda: Sino hubiera sido lo que me pasó yo iba, o sea lo de mi marido, el ACV y que quedó, porque vos viste que es mucho el tiempo que yo necesito, si me voy a la mañana es toda la mañana y si me voy a la tarde es toda la tarde... pero no. Siempre me da miedo si no caeré de nuevo, si no me volverá a pasar, vos no sabés los miedos que tenía... mirá yo a la persona que puedo le recomiendo por supuesto... me contaba mucha gente que dice: "Si vos porque te encontraste con una psicóloga buena" pero no muchos se encuentran con psicólogos buenos, no sé...

Entrevista 7

Sexo: Mujer

Edad: 21 años

Estado Civil: Soltera

Educación: Universitario Incompleto- Cursando 4º año de Medicina

Ocupación: Estudiante

Diagnóstico: Trastorno de la Conducta Alimentaria, Anorexia nerviosa-
Trastorno límite de la personalidad

Edra: Cómo llegaste al Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado?

Eda: Porque tengo obra social, y el convenio de la obra social que tengo yo de Neuquén es con el Hospital Privado, así que ahí fui y hablé con el Admisor, el psiquiatra, fui a la primera consulta con él y después me derivó a una psicóloga.

Edra: Conocías al Servicio de Psiquiatría?

Eda: Sí, porque fui al Hospital y como era hospital me imaginé que había. Fui y saqué un turno.

Edra: Al cuánto tiempo te dieron el primer turno, para la entrevista de admisión, desde que lo pediste?

Eda: Recién para el mes, tuve que esperar un mes para que me atiendan...

Edra: Qué te pareció la entrevista de admisión?

Eda: La de admisión? Mmm... mmm... no sé, dentro de todo bien, él lo que explicó es que no quería un tratamiento crónico, que no enfocaba a eso, que él orientaba al Servicio a ser tratamientos cortos, de seis meses como mucho, y me pareció bien porque él te veía para saber con que terapeuta ibas a estar mejor, dentro de todo bien...

Edra: Cuáles eran tus expectativas cuando empezaste con el tratamiento?

Eda: Estar bien, así de ánimo, estar un poco mejor de ánimo, sí, tratar de estar menos encerrada, menos aislada, mas que nada eso...

Edra: Vos dijiste que en la entrevista de admisión, el Doctor te dijo que el Servicio se orientaba a tratamiento cortos; estaba dentro de tus expectativas?

Eda: Sí, mejor si es corto porque sino como que vas y estas todo el tiempo hablando de lo mismo y no salís para ningún lado, en cambio a mi me sirvió en un momento que fui, a mi me sirvió para lo que fui y listo... después dejé de ir, en realidad siempre que iba yo le quería decir a la psicóloga que no quería ir más y después directamente no fui, dejé de ir, pero siempre que... ahora saqué un turno para el viernes tengo turno... porque iba cuando vos decís: "No, no, no tengo nada que decirle, iba".

Edra: Porqué creés que no se lo dijiste en ese momento?

Eda: No sé, porque no me daba... fui como tres veces así y no me dio para decirle y no fui más.

Edra: Qué es lo que te producía?

Eda: No sé, como miedo... me daba cosa, no le quería decir, no sé porqué, no me salía decirle "No quiero venir más". Así que dije... total como que me dejó la puerta abierta para que vuelva, o sea me pareció muy buena psicóloga...

Edra: Recordás con cuanta frecuencia ibas?

Eda: Primero iba dos veces por semana, después una vez por semana y después cada quince días; y habré ido un poquito más de medio año.

Edra: Y en cuanto al tiempo de las sesiones?

Eda: Cuarenta y cinco minutos creo que eran, y si llegabas tarde te descontaban de tu tiempo. Si vos tenías turno a las diez y llegabas diez y media, te hacía entrar y estabas quince minutos.

Edra: Considerás que era poco tiempo o mucho?

Eda: Hubiera preferido a veces más, no tan reglado, por ahí los cuarenta y cinco minutos te alcanzaban, por ahí no, depende... no creo que sea tan arbitrario que todos te van a durar cuarenta y cinco minutos, por ahí más disponibilidad, más flexibilidad...

Edra: Cómo me podrías describir cómo te sentiste en el tratamiento?

Eda: mmm... mmm... bien, como mejorando, me hacía bien hablar con... o sea me hacía bien porque la psicóloga me daba su opinión. Yo iba a un psicólogo en Neuquén como que nunca me decía: "No, mirá esto tal cosa" y como que a mí me hacía ponerme... yo no le daba la razón en todo sino que decía esto sí y esto no, no, no me va a entrar de cualquier forma, como que me hacía ponerme firme en algunas cosas y a otras las cambiaba, digamos cambiaba de opinión... no, me hizo re- bien.

Edra: Recordás cómo te sentías durante las primeras sesiones?

Eda: La primera sesión fui re- angustiada y ella me dijo que si seguía así las próximas sesiones me iba a hacer una consulta con el Psiquiatra, el admisor, para que me diera un medicamento... pero después fue como disminuyendo hasta que me sentí bien.

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos pudiste observar durante el tratamiento?

Eda: Me parece positivo, yo lo tengo con un balance positivo, no tengo nada que decir negativo, para nada, sino no volvería a ir, me gustó, quedé re-conforme, es más si tengo que recomendarle a alguien le recomiendo que vaya ahí y con esa psicóloga; a mí me hizo re- bien, capaz que a otra persona no le sirve la metodología, a mí sí me hizo bien...

Edra: Cómo podrías describir la actitud de ella?

Eda: Así como te digo, que me daba su opinión, como que bien, bien, de lujo. Ni distante ni tampoco con mucha confianza. Y muy tranquila, se notaba que ella es tranquila y a mi me transmitía tranquilidad, ella tenía tranquilidad como persona más allá de lo profesional, me pareció una persona tranquila, que otras personas que veo no me parecen... se nota, me transmitía tranquilidad.

Edra: Pudiste observar algún resultado del tratamiento?

Eda: Sí, más que nada lo que es la relación con las demás personas, porque estaba muy aislada, muy encerrada como que después me fui abriendo... y con mi mamá también mejoró la relación.

Edra: Recordás como terminó el tratamiento?

Eda: Fui a las últimas tres sesiones queriéndole decir que no quería ir más, y así porque no tenía... no tenía nada porque ir, así que dije no voy a ir más, y en algún otro momento que lo necesite iré...

Edra: Ya tenías un turno asignado al cual no fuiste o después de ir al último no volviste a sacar?

Eda: No, me parece que tenía porque te dan los turnos fijos, creo que lo tenía... fui el último viernes y me tocaba en quince días y no fui más.

Edra: Vos dijiste que dejaste de ir porque no tenías que decir...

Eda: Sí, porque ya estaba bien... me sentía bien, yo no necesitaba ir, no necesitaba ir más... en el momento que necesite ir la voy a ir a ver a ella...

Edra: Volverías a empezar un tratamiento?

Eda: Sí, con ella...

Edra: Que te podría haber ayudado a no dejarlo o antes decirle que no querías ir más?

Eda: No sé, no sé porque no me daba para decirle, capaz que si yo le decía me hubiese dado cuenta porque no me daba para decirle, para eso me hubiese ayudado... pero no, ya no tenía ganas de ir más, no me servía... para qué iba a seguir yendo? Iba a decirle boludeces "Fui a la facultad y volví, me acosté a dormir la siesta, me levanté y me puse a estudiar", no tenía que decirle...

Edra: Bueno... muchas gracias por tu tiempo.

Entrevista 8

Sexo: Mujer

Edad: 24 años

Estado Civil: Soltera

Educación: Varias carreras terciarias y universitarias incompletas

Ocupación: Secretaria

Diagnóstico: Trastorno Adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Edra: Cómo llegaste al Servicio de Psiquiatría del Hospital?

Eda: En realidad yo estaba trabajando en el comercio, quería hacer terapia y busqué a través de la mutual, algo que me cubriera la obra social, porque yo tenía la mutual del Privado... entonces fui y saqué un turno. Yo en ese momento quería psiquiatra... fui y saqué un turno, tenía muchas expectativas porque venía con un estado terrible o sea estaba muy mal internamente, estaba mal yo con el mundo, me decidí a hacer terapia, fui y saqué un turno y bueno... empecé a ir...

Edra: Porqué querías un psiquiatra?

Eda: Quería psiquiatra porque me parecía... porque yendo a una psicóloga no me iba a bancar el hecho de ir descubriendo cosas... pensé que no iba a soportar tener más pozos depresivos de los que ya tenía... entonces pensé que un psiquiatra me iba a medicar y a estabilizar emocionalmente. Pero al final el psiquiatra que me hizo la primera entrevista, la de admisión, me dijo que para mi problema no necesitaba un psiquiatra; que me iba a derivar con una psicóloga... pero que tenía que estar dispuesta a empezar la terapia...

Edra: Qué te pareció la primera entrevista?

Eda: De la primera entrevista, si yo lo pienso objetivamente ahora, yo salí bien... sentí que, a pesar de que fue un tiempo muy corto el de la sesión, media hora, sentí como que me descargué todo lo que tenía y mientras que yo hablaba me daba cuenta que iba... siempre mi problema fue que cuando iba a terapia de qué iba a hablar, qué le iba a decir, entonces yo sentía que de a poco iba sacando cosas que no se me habían... que nunca me imaginé que las iba a sacar en ese momento pero después de esa primera entrevista me sentí como muy liviana... porque hablé, lloré y sentí como que en esa media hora hice una regresión porque volví hasta cuando era chiquitita, no solo hablé del problema central por el que yo iba sino que empecé a rebobinar y a rebobinar y sentí que a eso lo hice sola...

Edra: A partir de quién surge la motivación para ir?

Eda: Fue mía, un día me di cuenta que necesitaba ayuda porque creí que sola iba a poder manejarlo, y no, me di cuenta que no porque era como que tenía muchos altibajos emocionales...

Edra: Qué expectativas tenías cuando comenzaste el tratamiento?

Eda: Primero y principal tratar de equilibrarme y entender el porqué de muchas cosas que me habían sucedido... Y a partir de encontrar las respuestas a todo lo que me había sucedido tratar de crecer y no seguir cometiendo errores. Necesitaba que alguien me hiciera dar cuenta que las cosas que me pasaban no me pasaron porque fue todo mi culpa, porque yo era la única responsable, porque yo siempre pensé que todo había sido culpa mía y bueno... eso me ayudó a darme cuenta que si bien yo era culpable porque yo había echo cosas que no me conducían a buen puerto, las otras personas también tenían cosas negativas, lo que pasa es que al idealizar tanto, no veía los defectos en la otra persona y eso me hacía peor porque no me permitía darme cuenta y seguí echándome la culpa de todo...

Edra: Tenías alguna expectativa con respecto al terapeuta?

Eda: Sí, tenía expectativas de encontrarme con una persona que sea cálida pero fría al mismo tiempo, porque yo necesitaba una persona que supiera contenerme pero que me dijera las cosas por más dura que me resultasen...

Edra: Recordas con qué frecuencia ibas?

Eda: Una vez por semana y media hora cada vez.

Edra: Hubieses preferido más tiempo o más veces por semana?

Eda: Sí, hubiese necesitado primero y principal que no sea de media hora, porque en media hora es como que no alcanzaba a hablar que ya se terminaba la sesión y en ese momento hubiese necesitado que sea por lo menos dos veces por semana... pero de una hora, porque lo mismo si hubiese sido dos o tres veces por semana sesiones de media hora no me servía, porque no alcanzaba a hablar, tras que soy una persona que me cuesta empezar a hablar, cuando recién me empezaba a aflojar que podía empezar a sacar cosas ya se cortaba el tiempo y esa fue por una de las razones que dejé...

Edra: Cómo te sentiste durante el transcurso del tratamiento?

Eda: Incómoda... me parecía que estaba perdiendo el tiempo, después empecé a darme cuenta que no me servía pero seguí yendo por el hecho de que quizá era mi propia negación que me decía no, no te sirve, seguía esperando algo de la terapia y de la terapeuta, pero como no lo logré por eso dejé...

Edra: Cuánto tiempo fuiste?

Eda: Tres meses más o menos...

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos podes observar de la terapia?

Eda: Sí, negativo el tiempo de la sesión y otra que me parecía una falta de respeto el hecho de que yo recién empezaba a hablar o sea como demasiado controlado el tiempo, como que no se podía extender, si yo estaba mal y estaba hablando, era como que en un determinado momento me decía:

"Bueno ya estaría por hoy, nos vemos la semana que viene", eso me molestaba porque se podía extender cinco, diez minutos más; sí eso si me molestaba porque me parecía como que me estaba faltando el respeto...

Edra: Y positivo?

Eda: Y positivo yo no sé si por la forma de la terapia de ella pero siento que saqué todo lo que tenía en ese momento, lo saqué, creo que lo saqué sola porque no encontré nunca una respuesta de la terapeuta mas que asentirme y nada más, pero en ningún momento logré que ella me devolviera algo... o sea simplemente me escuchaba y me asentía lo que yo decía... era quizá también la forma del tratamiento pero era como que a medida que yo iba hablando y ella no me decía nada, hablaba, rebobinaba y me daba cuenta yo sola... de que por ahí no soy yo la culpable...

Edra: Cómo podrías describir a la actitud de la terapeuta?

Eda: La sentía cálida pero sin fuerzas, como una persona quedada porque... no sé si era así el tratamiento pero por ahí... primero que por ahí como mucha frialdad de parte de ella...

Edra: Por un lado cálida y por otro fría?

Eda: Claro, en su aspecto y en la forma en cómo me recibía me parecía cálida pero me parecía fría al final y durante la sesión...

Edra: Pudiste observar algún resultado?

Eda: Sí, el hecho que me di cuenta de que yo era un poco importante, fue como que me hizo un clic la cabeza, me di cuenta que no era yo la que tenía que estar buscando siempre a la gente porque eso no me conducía a nada, tampoco ir al otro extremo de esperar siempre a que me busquen... Y me ayudó a darme cuenta que las personas no son perfectas y me ayudó también a saber perdonar...

Edra: Recodas cómo terminó el tratamiento?

Eda: Lo dejé, si me acuerdo que la última sesión salí muy enojada... porque no me acuerdo precisamente el tema pero sí me acuerdo que venía hablando de algo que me angustiaba muy mucho, estaba muy angustiada y justo ese día, yo tuve que esperar un rato más para que me atiendan porque había venido una persona que se ve que no estaba en todos sus cabales y la hizo pasar antes que a mí, y póneme que yo tenía turno a las dos de la tarde y eran las dos y cuarto y a esa hora recién me atendió y yo tenía hasta las dos y media, entonces tras que la sesión ya era re- corta, me atendió quince, veinte minutos... y yo ya venía con que me molestaba el hecho de que me cortara en el momento que yo estaba sacando las cosas, y encima que entré tarde... en un momento estaba muy angustiada y no sentí en ese momento que ella me estaba dando un lugar porque está bien... la otra persona lo necesitaba pero ella se podría haber extendido los quince minutos que yo perdí o si esto es tan controlado, no sé me hubiese dado cinco minutos para poder contenerme o de última que me dijera algo como para tranquilizarme. Yo salí ese día a parte de con mucha bronca, salí muy angustiada, porque había empezado a sacar toda mi angustia y me cortaba a la mitad de mi angustia y ahí dije... "No vuelvo nunca más". Y tampoco, avisé que no iba a volver...

Edra: Harías otro tratamiento?

Eda: Sí, de hecho estoy en tratamiento pero no con la misma...

Edra: Creés que algo te hubiese ayudado a no dejar el tratamiento?

Eda: Yo creo que pensándolo ahora, creo que en ese momento, no sé si no lo hubiese dejado lo mismo pero quizá si hubiese podido hablar con ella y decirle "Mirá me molesta que me cortes cuando yo estoy hablando", que me corte en el sentido que se terminaba la sesión, y la forma de que ella no me devolviera nada, por ahí si ella me hubiera devuelto algo, quizá no sé, hubiese llegado a un acuerdo que me atendiera media hora ese día y media hora otro día, lo que pasa es que me molestó y me chocó la frialdad que tenía ella cuando se cumplía la media hora... no sé si lo hubiese continuado... porque sentía que

solamente me escuchaba nada más... pero quizá eso necesitaba en las primeras sesiones y después necesitaba que me devolviesen algo...

Edra: En algún momento lo planteaste?

Eda: No, en ningún momento, creo que no me dio el tiempo y además creo que en ese tipo de cosas soy media cobarde...

Edra: Estás actualmente en tratamiento?

Eda: Sí... ahora me había tomado una semana porque estaba queriendo dejar, porque me estaba dando cuenta que no me servía pero ahora voy a actuar de una forma diferente, voy a ir y se lo voy a plantear, no sé si voy a seguir... me voy a tomar una semana más para prepararme para ir a hablar, porque me cuesta decir lo que pienso y que es lo que siento, por más que no me sienta bien... por miedo a herir al otro...

Edra: Vos estuviste en tratamiento, del cual estuvimos hablando, e iniciaste este otro que estás llevando a cabo actualmente?

Eda: No, después de ese pasó un año más o menos y después de otro pozo depresivo volví a empezar otra terapia, fui por recomendación... no me cayó bien... fui una sola vez, y al tiempito empecé este.

Edra: No te cayo bien?

Eda: No me cayo bien la terapeuta... me dijo que sufría de muchas fobias, y que en determinados momentos había tenido ataques de pánico y esa fue una de las razones por las cuales no me gustó, no porque me dijera esas cosas sino que me parece que en una sesión no me tenía que decir todo eso... me gustó por un lado y no me gustó por otro, por un lado me gustó porque yo venía con la sesión de media hora y con esta terapeuta estuve tres horas, me hablé la vida, y con la única que fui sincera porque le dije que le iba a hablar por teléfono si empezaba el tratamiento, con las otras sacaba el turno y no iba...

Edra: Bueno... esto sería todo, muchas gracias por tu tiempo...

Sobre entrevista 1

Terapeuta 1

Edra: Todavía no pude sacar nada de la Historia Clínica porque no la conseguí...

Eda: Bueno... te cuento primero sobre el motivo de consulta de la paciente, el marido es médico, él trabajaba muchas horas y ella se siente muy sobrecargada con respecto a su casa, con las tareas de su casa, con sus hijos y estaba cansada de no poder ejercer su profesión... Entonces quería organizarse de otra forma y poder dedicarse aunque sea algunas horas a su profesión, formarse, atender pacientes...; vino con una necesidad muy grande de realizarse en lo profesional; se trabajó también... eran dos hermanas, con su hermana eran muy unidas pero le costaba mucho relacionarse con sus padres, tenía muy mal vínculo con el padre porque era muy autoritario, le costaba mucho relacionarse con él y eso la angustiaba mucho... fueron las cuestiones que más se trabajaron... problemas de pareja no había, era muy compañera de su marido, lo apoyaba mucho; si estaba sobrecargada con cuestiones de su casa...

Edra: Cómo llega la paciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital?

Eda: Creo que derivada por el Psiquiatra admisor...

Edra: Cómo podrías evaluar la motivación que tenía esta paciente hacia el tratamiento?

Eda: Muy motivada... fue ella, incluso, la que me planteó porqué eran tan cortas las sesiones... cómo podíamos hacer... entonces ahí le propuse que me escribiera todas estas cuestiones familiares, así yo las tenía, las leía antes de la sesión e íbamos a tener más material para cuando ella llegara y resultó muy positivo, sí...

Edra: Era una paciente que asistía regularmente?

Eda: Asistía regularmente, sí, sí, traía el material para trabajar, muy motivada... participaba muchísimo en la sesión, hablaba mucho, desde que le abría la puerta hasta que la acompañaba hasta la recepción... venía una vez por semana...

Edra: Cómo podrías caracterizar el vínculo con ella?

Eda: Un vínculo positivo, donde fue fuerte de entrada, hubo un muy buen vínculo. Veía también que se sentía como identificada en muchos aspectos... en esto de... yo veía por ahí que ella idealizaba... esto de "Ay cómo hiciste para entrar acá?", "Y cómo hiciste para...", "Y mi marido que trabaja también en un Hospital y a mí también me encantaría...", pero no era envidia, no era algo desvalorizante sino todo lo contrario como que me ponía a lo mejor en un lugar de idealización, y yo trataba de bajarla y de mostrarle que ella también podía hacer lo que se propusiera...

Edra: Vos utilizaste el término de vínculo fuerte...

Eda: No sé si fuerte es la palabra, fue bueno en el sentido de que a través del vínculo se pudieron trabajar, fueron pocas las sesiones, pero se pudo trabajar mucho, ella tenía formación en terapia gestáltica, entonces tenía muy clara muchas situaciones desde lo vivencial, desde las sensaciones, no trabajaba tanto racionalmente sino más desde sus vivencias, desde sus sensaciones... mucha facilidad para...

Edra: Qué sentimientos te provocaba la paciente contratransferencialmente?

Eda: La sensación que me provocaba, en algunos momentos, fue que ella me idealizaba demasiado, justamente por el tema de que ella no conseguía realizarse profesionalmente, entonces me ponía en un lugar de ideal, que tiene que ver con el no poder encontrar el punto medio. Yo le explicaba que después de una idealización viene una frustración y eso es lo que yo no quería, porque podía afectar el tratamiento.

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos pudiste observar durante tratamiento?

Eda: Como aspecto positivo lo que puedo rescatar es que había alcanzado pequeños logros en relación a tareas de la casa. Uno de los ejercicios que hicimos fue un listado de situaciones que más interrumpía, actividades que siempre hacía a medias, fue un logro porque pudo tener un registro de esto, pudo darse cuenta de aquellas situaciones que había interrumpido y quería continuar....

Y como aspecto negativo el no poder modificar esto de cerrar algo que empieza, no abandonarlo. Otra cosa que ahora me llama la atención, viendo su historia, es que tenía dificultad de expresión y de cuestionarse a ella misma; ella me decía: "Me quedo con cosas que no puedo decir", esto me lo repite en casi todas las sesiones, pareciera que tenía temor a ser sincera, a hablar, no sé si tendrá que ver con el tema, que ella me decía, que la sesión era muy corta, siempre me recalaba que no podía profundizar nada porque llegaba, empezaba y se tenía que ir...

Edra: Consideras que se alcanzó algún resultado o se había cumplido algún objetivo durante el tratamiento?

Eda: Sí, no en la totalidad, no todos los objetivos que se plantearon en un primer momento, en el momento del encuadre pero sí pequeños logros.

Edra: Cómo finalizó el tratamiento?

Eda: Ella un día viene y me plantea que se iba de viaje con el marido, para acompañarlo a él, que iba a suspenderlo por un tiempo hasta que volviese, pero nunca volvió... es una de esas pacientes que me extrañó su actitud...

Edra: Porqué creés que la paciente abandono?

Eda: Si te tuviese que decir algo, pienso que un motivo puede haber sido este tema de la idealización en el tratamiento y luego que se haya frustrado, que algo no le haya gustado, que no se hayan cubierto con las expectativas tanto

de lo que esperaba del tratamiento como de mí; capaz que la forma de trabajar que teníamos en el Servicio pero ella lo supo desde la primer entrevista. Y algo que le molestaba mucho era el tema de las sesiones tan cortas, ella me dijo que a veces no le servía...

Edra: Cuáles podrían ser algunos indicadores de posible abandono?

Eda: Uno puede ser que no exista un buen rapport, que el paciente no se sienta cómodo, que contratransferencialmente no... que no haya transferencia positiva; porque la cuestión económica, el tiempo, o alguna otra cosa, cuando estás motivado lo haces, vas; cuando sentís que no te sirve lo que estas haciendo. Hay pacientes... los otros días veíamos un caso en un Ateneo de una paciente que ha rotado por varios profesionales y con nadie se siente contenida, pero bueno eso ya es una problemática que hay que trabajarlo con la paciente, hacerle una devolución; fue específicamente una paciente mía que después fue con una psiquiatra, entonces otra psiquiatra, que es actualmente la Jefa del Servicio, dijo que volviese a mí, para que yo le devolviese esto de cómo estaba buscando que alguien se haga cargo de ella y le resuelva, todo le parece insatisfactorio, no hay nada que la llene, pero por cuestiones personales...

Edra: La última pregunta... Qué aspectos habría que tener en cuenta para disminuir el índice de abandonos?

Eda: Creo que sería positivo cuando se trabaja con esta modalidad terapéutica de psicoterapias breves, desde lo técnico, establecer las metas a alcanzar, los objetivos a corto- mediano plazo y tener devoluciones permanentes en donde se pueda ir revisando lo que se logró; que el paciente vaya viendo que va alcanzando ciertos logros, porque así como están los pacientes insatisfechos, que te dicen que no cambió nada en ellos, que no saben para qué vienen, entonces poder mostrarles lo que van logrando y lo que queda por lograr... Yo eso lo hago, la primera entrevista es muy libre, donde los escucho mucho y al

final les hago una devolución donde les digo qué es lo que hay que trabajar puntualmente, establecer un buen encuadre... fundamental...

Por ahí lo que creo que sería fundamental, a nivel institucional, es tener más espacio entre un paciente y otro, aunque sea diez minutos, entra uno, sale el otro y entra otra, así cada media hora, por ahí te cuesta mantener la atención y la concentración... cuando vas por el séptimo paciente no tenés la misma atención...

Otro punto fundamental que no puede faltar y por lo que hay que estar trabajando continuamente es la alianza de trabajo, sino no podes trabajar... con respecto a la pregunta anterior es un indicador de que un posible paciente abandone cuando no veo predisposición en el paciente para colaborar con el tratamiento por ejemplo; cuando es a lo mejor un paciente que viene derivado, o que no viene por propia voluntad pero bueno..., pero también trabajas, en la mayoría de los casos donde los pacientes pueden sostener el tratamiento, cuando es él quien decide hacer terapia por propia iniciativa y no porque lo mandaron... Y yo el primer día les comento en qué consiste, le hablo del secreto profesional, del tiempo que si bien no estoy de acuerdo es lo establecido por la institución, las dificultades para conseguir turnos, les explico yo también mucho en qué consiste el tratamiento en una institución como esta... que muchas veces no es la ideal pero es con lo que contamos y es a lo que ellos pueden acceder en ese momento... eso sería algo...

Sobre entrevista 2

Terapeuta 2

Edra: Recordás cuál fue el Motivo de consulta?

Edo: Lo que ella plantea como motivo de consulta era todo un malestar anímico que lo asociaba fundamentalmente a una relación problemática con su madre; su madre es una persona con antecedentes depresivos, estaba muy sola y era muy dependiente de esta hija, en realidad había una dependencia mutua, con un padre ausente y distanciado con la paciente, y esto también resultaba bastante perturbador para ella, de manera que bueno... también había otros factores de tipo académicos, laborales que le generaban un estado de ansiedad bastante significativo pero el eje sobre el cual se trabajó la mayor parte de las sesiones fue la cuestión familiar, la relación con sus padre y más en particular con su madre.

Edra: Recordás si fue derivada por alguien o si parte de ella la motivación por venir?

Edo: La derivación fue del Admisor, pero la motivación fue fundamentalmente de ella...

Edra: Cómo podrías describir la motivación de la paciente?

Edo: Hay indicadores que uno puede ir percibiendo en las primeras sesiones, como ser la apertura que va mostrando en el transcurso de las sesiones; el interés también se demuestra en agendar los turnos, en concurrir puntualmente; incluso interesarse en la modalidad en la cual uno trabaja; también hay que tener en cuenta cuáles han sido sus experiencias previas en consultas psicológicas y/o psiquiátricas y si ha podido sostener esos tratamientos; cuánto tiempo ha ido elaborando la iniciativa de consultar y muy importante también porqué consulta en este momento, porqué no antes, porqué no después, creo que ahí se refleja de manera clara la motivación de la paciente.

Edra: Me quedé en eso de cuánto tiempo le lleva elaborar la decisión de consultar? En qué variaría?

Edo: Cuando un paciente plantea solo una queja difusa, uno puede advertir una cuestión que no está suficientemente elaborada que tiene que ver más con, por ejemplo, probar lo que es; porque le fue bien con esto a un amigo o a un familiar; o porque alguien se lo ha sugerido. En estos casos uno no puede decir que este paciente no está motivado, pero sí debe tener en claro que se debe observar, durante un tiempo, hasta donde va a responder y hasta donde va a sostener la terapia. Cuando el paciente viene y ya trae, haya o no consultado previamente, bastante masticado y reflexionado su necesidad de ayuda, entonces ya puede o se da cuenta que hay una motivación que tiene más sustento.

Edra: Recordás en esta paciente en particular?

Edo: En este caso sí, es una chica bastante reflexiva y con una buena capacidad de introspección, y me parece que esa era la impresión que me daba en las primeras sesiones... no puedo recordar... estaba bastante angustiada y ansiosa, y estaba bastante conectada también con su malestar, no era una persona a la cual le resultara fácil disociarse o negar su padecimiento, entonces al ver que le perturbaba bastante esta cuestión... también a uno le permitía pensar que había una motivación mas o menos sólida al momento de consultar.

Edra: Consideras que llevaba a cabo un tratamiento regular?

Edo: Recuerdo que faltó a algunas sesiones, pero me parece que el tratamiento en total fueron prácticamente dos años, no? Sí, un año y medio; donde la impresión que tengo es que hubo bastante regularidad por parte de esta paciente; con algunos impases pero me parece que hubo bastante regularidad.

Edra: Por los registros que yo tengo fueron unas treinta y dos sesiones, una cosa así, donde faltó unas 9 veces...

Edo: Mirá ese es un dato que no lo hubiese pensado así, no tenía como que había faltado tantas veces, casi un 30 por ciento lo cual es bastante... pero eso también puede hablar de esta resistencia de la que te hago mención... Yo creo además, es hija única, que hay toda una carga en ese círculo con la mamá, donde ella esta siendo depositaria excluyente de toda la conflictiva familiar y bueno eso también hace más difícil los cambios. Y también un punto que trabajamos fue un probable acercamiento al padre, que ella en realidad, ahora estoy recordando, que este distanciamiento con el padre respondía al conflicto que la madre había tenido con él y se había entablado como una especie de alianza entre la madre y ella; y ella había quedado pegada a esta conflictiva sin que haya habido justificación como para que ella se aleje.

Edra: Cómo podrías caracterizar el vínculo con esta paciente?

Edo: Yo diría que había un vínculo bastante bueno, así en términos corrientes; un buen vínculo terapéutico, era una paciente que a lo mejor demandaba bastante en las primeras sesiones pero que respetó los tiempos de la terapia, en cuanto a la ansiedad de profundizar un poco más y de tener los elementos necesarios como para hacer devoluciones bien fundamentadas y se mostraba bastante receptiva respecto a eso, sí a las intervenciones; le costaba, no obstante, mucho lograr cambios concretos fundamentalmente en la modalidad vincular con su madre, le costaba bastante eso, había una resistencia bastante firme a los cambios... tal vez por el buen vínculo fue un tiempo considerable el de la terapia...

Edra: Recordás que sentimientos te provocaba contratransferencialmente?

Edo: Bueno... siempre genera un poco de impotencia te diría, como una sensación de cierta frustración al ver que es una chica que tiene un potencial reflexivo importante y que podía ver claramente las cosas, pero aún así no

lograba posicionarse con la seguridad suficiente, con la firmeza suficiente como para torcer de alguna manera esta historia de apego con la madre; y uno lo podía advertir a eso, lo podía trabajar pero también generaba esta sensación que no podía realizar estos cambios concretos y se podía ver el costo tan alto que esto tenía para ella, en términos de sufrimiento psíquico y en términos de cómo inhibía sus proyectos personales, el ser el sostén de su madre y todo estaba un poco postergado, la relación de pareja, la cuestión académica, la proyección profesional... todo había quedado un poco relegado a un segundo plano y esto tenía que ver con diferentes factores, a los cuales a lo mejor no pudimos llegar en este proceso terapéutico, a lo mejor por falta de tiempo o a lo mejor por otras variables que habría que repensar.

Edra: Recordás cómo terminó el tratamiento?

Edo: No mucho, la verdad que repasando acá (Con la historia clínica en la mano) ella había tenido momentos de mejoría anímica, había sido derivada a una consulta psiquiátrica porque estaba muy ansiosa; estábamos en la última etapa del tratamiento, la idea que tengo es que había logrado bastantes insights pero aún así las resistencias eran firmes y estábamos tratando de apuntalar un poco más los cambios concretos, la verdad que el proyecto adquirió bastante consistencia y eso era algo muy bueno pero después de eso desconozco qué pasó...

Edra: Vos considerás que estaban en la última etapa del tratamiento cuando la paciente abandona?

Edo: Sí, yo creo que estábamos en la última etapa del tratamiento, sí, la idea que tengo es que ella estaba madurando su decisión de casarse... era una alternativa que estaba, no era inminente pero iba a ser en el corto plazo; yo creo que era una iniciativa muy buena si ella la podía concretar, porque le iba a permitir efectivamente un paso importante hacia un funcionamiento más independiente, más autónomo, pero... bueno ahí quedó, no vino más, se interrumpió el tratamiento...

Edra: Si tuvieses que darle un motivo al porqué se terminó el tratamiento, qué dirías?

Edo: Bueno... puede haber sido... si tuviera que arriesgar un motivo, porque uno siempre elucubra un poco a pesar de... pero puede haber sido que habíamos llegado a un punto en el cual este cambio tenía que producirse sino no tenía demasiado sentido prolongar la terapia, este cambio implicaba tomar distancia de su madre, si este cambio no se producía la terapia mucho sentido no tenía y si se producía también era un momento crítico para ella y tal vez no estaba en condiciones de enfrentarlo y a lo mejor eso también puede haber influido en la decisión de no continuar con el tratamiento. Yo creo que pasó por una cuestión de resistencia al cambio...

Edra: En qué aspectos se podría pensar para disminuir el fenómeno del abandono terapéutico?

Edo: Yo creo que hay una cuestión institucional muy fuerte, si uno pudiera trabajar con una menor cantidad de demanda, eso también implicaría una menor cantidad de abandonos porque las demoras en los turnos, la sobrecarga en las agendas, el hecho que de que tengan la entrevista de admisión y al mes una entrevista con el terapeuta al cual lo derivaron y recién al otro mes de nuevo... hasta lograr cierta continuidad, todo puede influir. El hecho de que el propio terapeuta, a veces no pueda hacer un seguimiento tan cercano del paciente; porque son muchos y a veces bueno... uno no tiene toda la capacidad de atención entonces eso también puede influir. Si uno pudiese hacer un seguimiento telefónico, si uno pudiera dar turnos fuera de agenda con mayor facilidad o pudiera tener presente al paciente más frecuentemente, esto podría reflejarse en un menor número de abandonos. También supongo que plantear más claramente estas cosas, anticiparse a un posible abandono, hacer una cuestión preventiva en este aspecto específico, no se me ocurre cuál en este momento... viendo que aquí en el Servicio es una cuestión bastante frecuente, podríamos tomarlo como un factor de cierto riesgo para la evolución

y la salud psíquica de las personas y atender a cuáles pueden ser los factores preventivos en esta cuestión puntual...

Otras de las cuestiones fundamentales a tener en cuenta es la alianza terapéutica, creo que es el factor más determinante en lo que es el desarrollo de una psicoterapia y paradójicamente es el factor con respecto al cual uno puede ser menos estratégico, porque hay una cuestión vincular esencialmente, que tiene que ver con entablar una empatía lo más auténtica posible con el paciente; y eso requiere apoyar toda la dimensión más técnica de la psicoterapia en un vínculo donde interviene la espontaneidad del terapeuta, no sólo la cuestión transferencial, sino también poder ser directo y claro con el paciente...

A veces el paciente percibe que uno está siendo fundamentalmente técnico o estratégico y que no pone la cuota personal que es un aspecto fundamental que aporta al vínculo terapéutico, entonces creo que así el paciente también va perdiendo interés; porque siente que esta cuestión empática no se está produciendo y entonces eso limita mucho no solo esta cuestión técnica sino también lo transferencial porque queda muy limitado por estas intervenciones que se hacen desde determinada postura terapéutica. Yo creo que la alianza terapéutica es la dimensión fundamental de la terapia, pero que la terapia no se puede agotar en eso simplemente, en una cuestión de rapport pero tampoco se puede agotar en la técnica o la estrategia, una cosa debe ir alimentando a la otra.

Edra: Muchas gracias.

Sobre Entrevista 3

Terapeuta 3

Edra: Recordas el motivo de consulta de esta paciente?

Eda: Puntualmente el motivo de consulta de esta paciente fue porque hacía pocos meses que había fallecido una amiga de ella, a partir de ahí había experimentado cambios de humor, irritabilidad, necesidad de estar sola, estaba muy agresiva y esto había reactualizado la muerte del hermano, que había ocurrido tres años atrás en un accidente; y la paciente manifestaba que cuando murió el hermano no había podido hacer el duelo, entonces en este momento que consulta, se le habían juntados las dos situaciones, además ambas habían sido muy similares en cierta medida... ella se había enterado en los dos casos por teléfono, a la madrugada... entonces se había reactualizado toda la cuestión anterior...

Edra: Cómo podrías describir la motivación?

Eda: No había tanta motivación para comenzar una psicoterapia sino que fundamentalmente era una necesidad de hablar con alguien de lo que le estaba pasando, ella ponía mucho énfasis en poder hablar con alguien sin hacerle daño, con su familia no había podido hablar toda esta cuestión del hermano, en ese momento no quería angustiarlos y con sus amigos siempre ella era la fuerte; entonces sentía que quería hablar con alguien de esta cuestión, de hecho vino muy pocas sesiones... cinco o seis sesiones... es más fueron muy espaciadas las sesiones en el tiempo... ella empezó en Febrero, vino en Marzo y después retoma en Mayo; la última vez que viene, viene ya sintiéndose mucho mejor, con toda una serie de cambios a nivel personal y en ese momento ella plantea que ya estaba bien, que se sentía mejor, que ya podía manejar estas situaciones de tristeza cuando las sentía, justamente una característica de ella era que debía mostrarse ante los demás siempre bien, fuerte y no se permitía mostrar ningún signo de debilidad, en realidad es una

de las pocas cosas que se pudieron trabajar en este tiempo tan corto y ella cuando viene la última vez, me dice que estaba muy bien, que podía permitirse momentos de tristeza y poder explicitarlo ante los demás sin sentirse culpable por eso y bueno... en realidad en ese momento ella plantea sentirse bien y que iba a dejar de venir... entonces lo que hago es darle un alta provisoria, lo que le planteo es que saque un turno al cabo de un mes para ver como sigue la situación y si seguí bien, hacer un cierre del tratamiento pero después no volvió a sacar turno... de esa manera termina el tratamiento...

Edra: Consideras que ella no tendría que haber continuado?

Eda: Personalmente creo que hubiese necesitado hacer un control al cabo de un mes como le había planteado, en realidad había sido muy poco tiempo como para poder resolver toda una serie de cuestiones, el duelo del hermano no es un duelo que haya estado totalmente elaborado... incluso se había reactualizado con lo de la amiga, pero bueno... lo que habíamos planteado era... ella tenía mucho miedo a situaciones de pérdida, a establecer vínculos con otras personas y lo poco que pudimos trabajar fue eso... y te repito me hubiese gustado verla al cabo de un mes para ver como iba evolucionando y si era necesario continuar o hacer un cierre más definitivo y trabajar sobre eso... No sé si lo tomó como un tratamiento, creo que fue más una intervención psicológica en un momento puntual frente a una situación crítica...

Edra: Qué sentimientos te provocaba contratransferencialmente?

Eda: Esta era una paciente que provocaba lo que ella hacía con los demás, esta sensación de querer dejar una imagen de que está todo bien... entonces contratransferencialmente lo que me provocaba era que hasta qué punto en algún momento ella quería dejarme tranquila de que estaba todo bien, de que estaba todo resuelto y no había otras cosas dando vueltas...

Edra: Cómo podrías describir el vínculo con esta paciente?

Eda: Creo que fue muy poco tiempo como para establecer un vínculo más terapéutico, no?, pero creo que, en cierta medida, tuve un buen vínculo con ella lo que le permitía hablar de lo que le estaba ocurriendo; creo que no era un vínculo de mucho compromiso... era como una sensación de "Bueno ahora trabajamos esto", ella en un primer momento estaba muy mal, y después estaba bien, entonces quedaba esta sensación... de que estaba todo bien; creo que el tema del vínculo está muy relacionado con el tema de la contratransferencia, por eso quería hacerle el control, ver si realmente estaba todo bien o era esta cuestión aparente de "Bueno está todo bien," quizá que frente a otra situación de pérdida lo que se vuelva a reactualizar es este tema de la amiga que quedó sin resolver pero... no la puedo arrastrar para que vuelva... uno trabaja con lo que el paciente deja que se trabaje...

Edra: Vos crees que ella deja de venir por esta situación que plantea de sentirse bien?

Eda: Ese es el motivo que ella plantea en ese momento y que en ese momento se trabajó... no solamente lo que ella dice de estar mucho mejor sino también la imposibilidad de seguir de una manera como muy continua...

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos podes rescatar del tratamiento?

Eda: Lo positivo que rescato es que, en cierta medida, ella pudo manejar lo que le estaba pasando, en relación a poder exteriorizarse un poco más en los momentos en que se encontraba mal y no mostrarse siempre como la fuerte ante todos... Creo que lo negativo fue que el tiempo fue muy poco, por la problemática que traía; y lo negativo es que no volvió como habíamos quedado para ver si eso todavía estaba dando vueltas y era necesario continuar y profundizar más. De hecho hubiera sido bueno profundizar todo este tema de los duelos, pero en ese momento ella plantea como que no, que ya estaba bien...

Edra: En esos casos se hace la intervención de "Mira, yo veo esto... necesitas seguir viniendo, continuar viniendo para resolver tal cosa..." o...

Eda: No, no, no en este caso lo que se le plantea es que si ella no quiere venir más tiene que saber que queda pendiente esta otra cuestión, y ahí es cuando uno da, al menos en el caso mío, como un alta provisoria, que uno dice "Bueno... perfecto, tendrías que volver dentro de un mes, un mes y medio y vemos cómo te sentís o cuando veas que esto..." señalándole que este tipo de situaciones está probablemente sin resolver, entonces bueno... "Cuando estés más dispuesto o cuando esto sea para vos conflictivo", quizá en ese momento no lo sea, entonces se le señala que quedan ciertos puntos para trabajar...

Edra: Cuáles podrían ser algunos indicadores de un posible paciente que abandone?

Eda: Yo creo que en la primera entrevista uno puede ver a los pacientes que tienen poca motivación para realizar una psicoterapia, por ejemplo, cuando son derivados por alguna otra persona o profesional y no existe en ellos esta inquietud de trabajar qué es lo que está ocurriendo, me parece que estas son cuestiones que en un primer momento uno las detecta... Después habrá otros indicadores que tienen que ver con la patología, por ejemplo cuando son pacientes que consideran que no tienen ningún problema, no hay conciencia de enfermedad. También hay otra cuestión que hace a la institución, a la modalidad del tratamiento, acá los tratamientos son breves, como más focalizados, y como muchas veces un indicador podría ser que la gente no esté motivada o a veces la motivación del paciente es empezar a analizar cuestiones muy profundas de la personalidad y necesita terapias muy largas y no encuentra acá lo que estaba buscando, concurren y se encuentran con un terapeuta que apunta más a determinadas cuestiones y a lo mejor quieren revisar otras cosas, que seguro también son válidas, pero no entran dentro del marco de esta institución; creo que eso es algo que de hecho se hace, se

explicita cuál es la modalidad de trabajo, o sea de qué manera se va a trabajar para evitar esto...

Edra: Me había quedado una pregunta sin responder... qué aspectos serían relevantes ha tener en cuenta para disminuir el índice de abandono terapéutico?

Eda: Pienso que se tendría que poner mucho énfasis en las primeras sesiones, donde debemos establecer un buen vínculo con el paciente, eso creo que es muy importante... y plantearle al paciente que es fundamental que él sienta la necesidad de buscar ayuda, que el tratamiento va a depender de las ganas que tenga de resolver los problemas, hay que definir muy bien el motivo por el cuál viene a vernos y es muy importante que entre los dos trabajemos sobre eso.

Y por ejemplo cuando tenemos un paciente que ha abandonado tratamientos anteriores, es importante resaltarle la importancia del alta del tratamiento, y que si en algún momento piensa en que no quiere continuar con la terapia, que lo pueda plantear antes de abandonar, así lo podemos trabajar.

Institucionalmente pienso que debería existir mayor flexibilidad, en el sentido de que hay que evaluar si el paciente que tenemos enfrente necesita de la psicoterapia breve o no y tener la libertad y la flexibilidad de que si ese paciente no necesita este tipo de terapia, no indicarla porque sino le quitamos la posibilidad que busque otra terapia que se adecue a su problemática; porque nosotros lo tomamos en tratamiento porque estamos obligados por el servicio a ofrecerle al menos algo y que este algo muchas veces no se adecua con lo que el paciente realmente necesita o quiere.

Sobre entrevista 4

Terapeuta 1

Edra: Te comento lo que figura en la Historia Clínica de esta paciente... en los registros de la entrevista de admisión dice: "Perdida en Córdoba, no puede insertarse, se siente estancada" "Derivo a Psicoterapia breve". Después, en los registro de las sesiones figura lo siguiente: "Muy sensible, se siente estancada, es de San Juan y le cuesta insertarse en Córdoba; piensa que ha cambiado mucho desde que murió su novio hace dos años, con quien estuvieron siete años juntos, el hermano mayor es depresivo con intento de suicidio, el diagnóstico fue problema laboral y el tratamiento fue establecido con una sesión semanal por seis semanas y después sesiones quincenales".

Eda: Ese fue puntualmente su motivo de consulta, se sentía estancada en Córdoba, no podía insertarse ni en lo profesional ni en lo personal.

Edra: Bueno... recordás cómo era la motivación de esta paciente hacia el tratamiento?

Eda: Fue por ella, por decisión de ella, sentía mucha insatisfacción laboral en el sentido de no poder empezar a trabajar como Psicóloga, mucha dificultad para trabajar de la profesión, porque es Psicóloga, entonces no conseguía trabajo, entonces yo traté... eso se lo señalé me acuerdo en la primera entrevista de poder encauzar... con estas ganas que ella tenía de querer trabajar en la profesión... de ponerse las pilas con eso y buscar realmente lo que ella quería; pero también trabajamos mucho su modalidad de relación con su pareja que había muchas cuestiones...

Edra: Ella cuando viene a Córdoba estaba de novio con la actual pareja o no?

Eda: Ella estuvo de novia con un chico durante siete años y él se muere, después ella se viene a Córdoba y conoce al chico con el cual está de novia ahora y que convive con él...

Edra: Me decías que a partir de la insatisfacción laboral que sentía ella es que decide venir a consultar?

Eda: Sí, sí, sí tal cual está en la entrevista de admisión, es como que no se encontraba en ningún lado, porque allá no, acá tampoco, se sentía como sapo de otro pozo, le costaba mucho tanto relacionarse con gente, como el buscar trabajo, se trabajó básicamente eso...

Edra: En cuanto a la asistencia a la terapia, era regular?

Eda: Sí, asistía regularmente, puntualmente... al final entró a trabajar, entonces ahí tuvo más dificultad pero en las primeras sesiones sí, sí, asistía regularmente...

Edra: Considerás que trabajaba durante las sesiones?

Eda: Sí, sí, quizá no tan motivada como otros pacientes, tenía creo más intervención yo, ella es más retraída, sí había sesiones que estaba más callada...

Edra: Eso decís vos como una falta de motivación hacia el tratamiento o como parte de la personalidad de ella?

Eda: No, como parte de la personalidad de ella... es muy retraída, muy insegura, necesitaba más estímulo para trabajar...

Edra: Cómo podrías caracterizar el vínculo con ella?

Eda: Un buen vínculo... sí, pero donde yo veía que tenía que intervenir o tener más participación yo en el tratamiento, por ahí hay pacientes que trabajan más solos, sin tantas intervenciones pueden hablar solos, pero con ella había que interiorizar un poquito más, confrontarla, enfrentarla con sus temores...

Edra: Cuáles eran los sentimientos que te provocaba contratransferencialmente?

Eda: Por ahí ganas de sacudirla para que pueda salir de ese estado de estancamiento... de movilizarla para que pudiera darse cuenta que tenía todas las capacidades para conseguir lo que quería, lo que se propusiera... pero sí, una sensación de abrirle los ojos y mostrarle todas las posibilidades que tenía para triunfar... estaba estancada toda ella...

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos pudiste observar del tratamiento?

Eda: Uno de los aspectos positivos que rescato es que consiguió trabajo como Psicóloga en un colegio, ya trabajaba pero muy poquito y cada vez se fue metiendo más, trabajaba dos veces por semana y después le fueron solicitando más tiempo, que se haga cargo de distintas responsabilidades, y bueno consistió el tratamiento en aumentar su autoestima y que se sintiera más segura de lo que estaba haciendo; y una fuerte necesidad de aprobación y creo que lo fue consiguiendo...

Edra: Y algo negativo?

Eda: A ver dejame pensar... como negativo te puedo decir que tenía dificultades para hablar libremente, típica paciente que habla poco y yo tenía que sacarle las cosas como a la fuerza, esto influía en la evolución del tratamiento, iba despacio... También era una paciente poco motivada, tenía que estar incentivándola continuamente, si bien es parte de su personalidad no deja de ser así también para todo lo que emprende... trasladándose también al tratamiento.

Edra: Recordás cómo finalizó el tratamiento?

Eda: Estaba muy interesada en trabajar como Psicóloga, yo le sugerí que se contactará con otra paciente que también es Psicóloga y juntas empezaron a formar como un grupo de estudio, hicieron un proyecto y lo presentaron en

distintos colegios, como que pudieron largarse... estaban las dos en la misma situación en cuanto a iniciarse en la profesión; y empezaron a generar proyectos y a presentarlos en distintos colegios y es como que pudieron sostenerse ahí solas... salir de esta situación de estancamiento y generar algo...

Edra: Bien... pero cómo terminó el tratamiento?

Eda: Recuerdo que ella plantea la interrupción del tratamiento por cuestiones económicas, y me dijo que apenas se repusiera de esta situación por la que estaba atravesando me iba a volver a ver. Acá hay dos cuestiones para resaltar, es importante que ella haya podido plantearme que no iba a poder venir más, pero por otro no pudimos hacer un cierre del tratamiento...quedó... quedó ahí...

Edra: Porqué creés que terminó el tratamiento?

Eda: Sí bien había logrado mucho de los objetivos propuestos en relación a que había salido de esta especie de estancamiento y se sentía más fuerte, más segura, obviamente que quedaban muchas cuestiones sin revisar, en cuanto a su modalidad de relación, con su pareja, con su madre... Y considero valedero el motivo económico, ella no estaba pasando por una buena situación económica, y eso influyó mucho. Si bien este no tiene que haber sido el único motivo, porque también debe haber intervenido lo que te decía de la poca motivación, como parte de su personalidad. No creo que haya sido por otra cosa, porque por otro lado yo notaba que ella tenía mucha confianza en el tratamiento y en mí, teníamos un buen vínculo terapéutico, tenía la voluntad de expresarse pero era una dificultad muy grande la que tenía...

Edra: Cuáles podrían ser algunos indicadores de posible abandono?

Eda: Uno puede ser que no exista un buen rapport, que el paciente no se sienta cómodo, que contratransferencialmente no... que no haya transferencia positiva; porque la cuestión económica, el tiempo, o alguna otra cosa, cuando

estás motivado lo haces, vas; cuando sentís que no te sirve lo que estas haciendo. Hay pacientes... los otros días veíamos un caso en un Ateneo de una paciente que ha rotado por varios profesionales y con nadie se siente contenida, pero bueno eso ya es una problemática que hay que trabajarlo con la paciente, hacerle una devolución; fue específicamente una paciente mía que después fue con una psiquiatra, entonces otra psiquiatra, que es actualmente la Jefa del Servicio, dijo que volviese a mí, para que yo le devolviese esto de cómo estaba buscando que alguien se haga cargo de ella y le resuelva, todo le parece insatisfactorio, no hay nada que la llene, pero por cuestiones personales...

Edra: La última pregunta... Qué aspectos habría que tener en cuenta para disminuir el índice de abandonos?

Eda: Creo que sería positivo cuando se trabaja con esta modalidad terapéutica de psicoterapias breves, desde lo técnico, establecer las metas a alcanzar, los objetivos a corto- mediano plazo y tener devoluciones permanentes en donde se pueda ir revisando lo que se logró; que el paciente vaya viendo que va alcanzando ciertos logros, porque así como están los pacientes insatisfechos, que te dicen que no cambió nada en ellos, que no saben para qué vienen, entonces poder mostrarles lo que van logrando y lo que queda por lograr... Yo eso lo hago, la primera entrevista es muy libre, donde los escucho mucho y al final les hago una devolución donde les digo qué es lo que hay que trabajar puntualmente, establecer un buen encuadre... fundamental... Por ahí lo que creo que sería fundamental, a nivel institucional, es tener más espacio entre un paciente y otro, aunque sea diez minutos, entra uno, sale el otro y entra otra, así cada media hora, por ahí te cuesta mantener la atención y la concentración... cuando vas por el séptimo paciente no tenés la misma atención... Otro punto fundamental que no puede faltar y por lo que hay que estar trabajando continuamente es la alianza de trabajo, sino no podes trabajar... con respecto a la pregunta anterior es un indicador de que un posible paciente abandone cuando no veo predisposición en el paciente para

colaborar con el tratamiento por ejemplo; cuando es a lo mejor un paciente que viene derivado, o que no viene por propia voluntad pero bueno..., pero también trabajas, en la mayoría de los casos donde los pacientes pueden sostener el tratamiento, cuando es él quien decide hacer terapia por propia iniciativa y no porque lo mandaron... Y yo el primer día les comento en qué consiste, le hablo del secreto profesional, del tiempo que si bien no estoy de acuerdo es lo establecido por la institución, las dificultades para conseguir turnos, les explico yo también mucho en qué consiste el tratamiento en una institución como esta... que muchas veces no es la ideal pero es con lo que contamos y es a lo que ellos pueden acceder en ese momento... eso sería algo...

Sobre entrevista 5

Terapeuta 1

Edra: Te cuento primero lo que hay en la Historia Clínica; en la entrevista de admisión se hace el siguiente registro: "Angustiado, se le está haciendo muy difícil la relación con su esposa que padece Trastorno Depresivo mayor, se deriva a Terapia de apoyo para poder sobrellevar la enfermedad de su mujer". Después el registro de la primera sesión con vos: "Antecedentes de la enfermedad: angustia desde hace dos meses cuando fue internada la mujer por una crisis depresiva"...

Eda: La mujer tuvo varios intentos de suicidio, y él muy coherente, muy buen padre, muy buen marido... yo a ella la tengo en terapia grupal, en un grupo de Pacientes con Trastorno límite de la personalidad, llamados Borderline, yo creo que él la sostiene y la apoya mucho; en ese momento el tratamiento fue para sobrellevar esa situación, pero ahora que él ha retomado está revisando cuestiones personales, en aquel momento ese fue su motivo de consulta... cómo plantear estrategias para sobrellevar esta situación, en cuanto a cómo actuar con los chicos, cómo actuar con ella, él tenía que controlar la medicación, qué hacer en caso de estas crisis, ella tenía a veces estos intentos de suicidio estando con los chicos; trabajamos también con proyectos y con objetivos a corto, mediano y largo plazo, pero sobre todo a tener más seguridad él en cuanto a este lugar que tenía que ocupar de sostén, eso fue básicamente a donde se apuntó... sí, porque así como estaba muy angustiado también estaba muy cansado de esta situación que en un momento me dijo: "Bueno no sé qué será lo mejor, por ahí que la internen", pero siempre hubo como mucho amor de él hacia su familia, hacia ella, hacia sus hijos, excelente persona, muy coherente, muy trabajador, muy responsable...

Edra: El decide venir a terapia o es derivado?

Eda: Él llega en un momento de desesperación y pidió con el Admisor, el Psiquiatra, y ahí es cuando el Admisor le sugiere hacer una terapia de apoyo...

Edra: Cómo podrías describir la motivación de él hacia el tratamiento?

Eda: Muy predispuesto, iba siempre, no así en esta segunda etapa... pero no a lo mejor por falta de voluntad sino porque cuestiones laborales "Ay no puedo porque tengo que estar en el taller más horas" pero siempre muy motivado, interesado en asistir... y como que ha valorado mucho, en esta segunda etapa él me dice: "Realmente he notado logros, me ha servido mucho el tratamiento" que no todos los pacientes te lo dicen, pero él sí, como una capacidad de insight importante y de ver los cambios positivos... y ahora están... bueno también gracias al tratamiento de su mujer que va al grupo de border siempre, él la incita mucho a que vaya, a veces ella no tiene ganas de ir, y él la apoya, la lleva en el auto, la acompaña, la busca y ella está mucho más estable, entonces están mejor en la familia, funcionan mejor... problemas que tenían con la chiquita más grande por ejemplo que se aislaba o chocaba en muchos aspectos con la madre bueno todo eso se está revirtiendo...

Edra: Recordás cada cuanto venía?

Eda. Una vez por semana y media hora cada sesión.

Edra: Cómo podrías caracterizar el vínculo con el paciente?

Eda: Un vínculo positivo, de confianza, muy natural, muy abierto, muy transparente puede hablar de cualquier cosa, tanto de cuestiones muy intimas como de su sexualidad por ejemplo de decirme: "No me atrae porque la veo gorda y no me dan ganas de tener relaciones", muy abierto... ahí se nota la predisposición al tratamiento y a querer resolver las situaciones...

Edra: Podés decirme contratransferencialmente que sentimientos te provocaba el paciente?

Eda: A ver dejame que piense porque veo como estas dos etapas que son muy diferentes, lo que genera hoy o lo que generaba... en ese primer momento el

verlo tan angustiado me generaba como una gran necesidad no de protegerlo sino de sostenerlo, de poder ayudarlo a salir adelante, sí de protección, de verlo solo en esto, porque si bien ella tiene sus padres, sus hermanos, es como que el único que se hacía cargo de esta situación era él, entonces me despertaba esta necesidad de poder darle fuerzas para que siguiera adelante, que pudiera seguir y defender lo que quería...

Edra: Él tiene familia?

Eda: Él tiene familia, trabajan todos en un taller con el padre, el padre viudo se volvió a casar, pero ella no tenía hasta este año buen vínculo con el padre de él, recién este año la incorporaron a trabajar unas horas al taller, ha mejorado muchísimo su relación familiar, tanto de ellos cuatro como con los padres respectivos, los cuñados, los suegros...

Edra: Algo positivo y /o negativo que pudiste observar a lo largo del tratamiento?

Eda: Bueno, lo negativo creo que es lo que pasa con todos, sesiones muy cortitas de media hora, la dificultad para conseguir turnos, y vos decís: "Saca un turno para el mes que viene" y ya no hay, ya los han dado; ahora se resolvió un poco al poner turnos fijos, veo sobre todo dificultades institucionales que tienen que ver con esto. Y positivo ver que realmente ha podido... lo veo muy estable ahora, a él, a su mujer, a sus hijos, por ahí a mí me costaba verlo a él individualmente y después verla a ella en grupo, es como que separado... y por el otro lado te ayuda mucho ves como mira cada uno una determinada situación...

Edra: Creés que algo de esto negativo que nombraste pueda haber influido en algún momento?

Eda: No, de él no me acuerdo... generalmente es lo que todos sostienen... pero siempre muy abierto, desde el primer día pudo que desnudarse por completo, plantear todo lo que pasaba, angustiarse, llorar, sin máscaras... muy

positivo fue el tratamiento con él, y ahora ves el resultado que están todos muy estables, tiene que ver mucho la estabilidad de ella... y ahí trabajamos con muchas pautas: "A ver por ejemplo que podrías hacer para que el clima familiar sea distinto", "Qué podrías hacer en esta situación", "Qué podrías hacer en esta otra", yo le he marcado mucho también... porque él es muy trabajador, muy obsesivo con el trabajo, con la plata, con tener todo pagado, entonces también de tener en cuenta a su mujer, de disfrutar más, si bien están todas las responsabilidades y obligaciones pero también está el poder disfrutar y que ella se sienta deseada, querida, atendida...

Edra: Recordás como terminó el tratamiento?

Eda: Mira desde el Servicio se planteo, después de una supervisión en un Ateneo de este caso, porque la señora de él era paciente de un psicólogo del servicio y de una psiquiatra que la medicaba, después a su vez la señora ingresa a la terapia grupal; conmigo y la psiquiatra de ella, y aparte yo lo atendía a él individualmente, entonces como que éramos varios profesionales que estaban en el caso, por esto se planteo que hagan una terapia de pareja o un par de sesiones de pareja, donde estuvieron los dos profesionales que la atendían a ella, con ellos dos como pareja, decidimos entre todos esto porque iba a ser la mejor opción... O sea si bien el tratamiento con él estaba en su etapa final, por eso consideré que la opción de terapia de pareja era la mejor, era necesario que viniese al menos una vez por mes, durante dos o tres meses para chequear como seguía y para hacer el cierre de este tratamiento si él realmente estaba bien y ya no lo necesitaba... sé que fue a las sesiones de pareja pero no volvió a hacer el seguimiento que le dije... vuelve ahora un año y medio después.

Edra: Él en ningún momento estuvo en desacuerdo?

Eda: No, no, él siempre muy dispuesto, mucha confianza no solo en mí sino en el equipo, iba cuando tenía que ir, compraba los medicamentos que tenía que

comprar, en un momento la psiquiatra le sugirió que la medicación la administrara él, muy obediente...

Edra: Vos considerabas que era el momento de pasarlo a una terapia de pareja, más allá de lo institucional, de decir hay muchos profesionales que están interviniendo acá, vos no creés que él necesitaba más sesiones individuales?

Eda: No, porque lo que se tenía que trabajar en ese momento era más una cuestión vincular, que iba a ser mejor que la trabajaran juntos porque había cuestiones por ahí de ella que él no sabía, y entonces se tenía que trabajar con ellos dos como pareja, juntos; y no me incorporé porque iban a ser muchos los profesionales, los profesionales que la estaban atendiendo a la señora de él lo incorporaron a él, me pareció buena opción...

Edra: Vos tuviste conocimiento si fue a las sesiones de pareja?

Eda: Sí, siempre que lo citaron fue, incluso cuando ingresa la mujer al grupo, nosotros una vez al mes tenemos reunión con familiares para comentarles en qué consiste el diagnóstico, cómo los ven en su casa, cómo se están relacionando con la familia, y él siempre iba, él siempre se hace un lugar para estar...

Edra: Porqué creés que no volvió al mes para hacer las últimas entrevistas?

Eda: Quizá porque ya había logrado lo que necesitaba, debido a que había logrado aumentar su autoestima y se sentía muy bien solo para seguir, ya tenía las herramientas para continuar con la situación familiar solo... Hay muchos pacientes en esta situación que dejan en la última etapa porque ya se sienten bien y realmente es así, lo único que es una lástima que no se pueda hacer el cierre del tratamiento...

Edra: Cuáles podrían ser algunos indicadores de posible abandono?

Eda: Uno puede ser que no exista un buen rapport, que el paciente no se sienta cómodo, que contratransferencialmente no... que no haya transferencia positiva; porque la cuestión económica, el tiempo, o alguna otra cosa, cuando estás motivado lo haces, vas; cuando sentís que no te sirve lo que estas haciendo. Hay pacientes... los otros días veíamos un caso en un Ateneo de una paciente que ha rotado por varios profesionales y con nadie se siente contenida, pero bueno eso ya es una problemática que hay que trabajarlo con la paciente, hacerle una devolución; fue específicamente una paciente mía que después fue con una psiquiatra, entonces otra psiquiatra, que es actualmente la Jefa del Servicio, dijo que volviese a mí, para que yo le devolviese esto de cómo estaba buscando que alguien se haga cargo de ella y le resuelva las cosas, todo le parece insatisfactorio, no hay nada que la llene, pero por cuestiones personales de ella...

Edra: La última pregunta... Qué aspectos habría que tener en cuenta para disminuir el índice de abandonos?

Eda: Creo que sería positivo cuando se trabaja con esta modalidad terapéutica de psicoterapias breves, desde lo técnico, establecer las metas a alcanzar, los objetivos a corto- mediano plazo y tener devoluciones permanentes en donde se pueda ir revisando lo que se logró; que el paciente vaya viendo que va alcanzando ciertos logros, porque así como están los pacientes insatisfechos, que te dicen que no cambió nada en ellos, que no saben para qué vienen, entonces poder mostrarles lo que van logrando y lo que queda por lograr... Yo eso lo hago, la primera entrevista es muy libre, donde los escucho mucho y al final les hago una devolución donde les digo qué es lo que hay que trabajar puntualmente, establecer un buen encuadre... fundamental... Por ahí lo que creo que sería fundamental, a nivel institucional, es tener más espacio entre un paciente y otro, aunque sea diez minutos, entra uno, sale el otro y entra otra, así cada media hora, por ahí te cuesta mantener la atención y la concentración... cuando vas por el séptimo paciente no tenés la misma atención... Otro punto fundamental que no puede faltar y por lo que hay que

estar trabajando continuamente es la alianza de trabajo, sino no puedes trabajar... con respecto a la pregunta anterior es un indicador de que un posible paciente abandone cuando no veo predisposición en el paciente para colaborar con el tratamiento por ejemplo; cuando es a lo mejor un paciente que viene derivado, o que no viene por propia voluntad pero bueno..., pero también trabajas, en la mayoría de los casos donde los pacientes pueden sostener el tratamiento, cuando es él quien decide hacer terapia por propia iniciativa y no porque lo mandaron... Y yo el primer día les comento en qué consiste, le hablo del secreto profesional, del tiempo que si bien no estoy de acuerdo es lo establecido por la institución, las dificultades para conseguir turnos, les explico yo también mucho en qué consiste el tratamiento en una institución como esta... que muchas veces no es la ideal pero es con lo que contamos y es a lo que ellos pueden acceder en ese momento... eso sería algo...

Sobre entrevista 6

Terapeuta 3

Edra: Recordás el motivo por el cual consulta esta paciente?

Eda: El motivo de consulta por el que ella asiste, la primera vez, es específicamente en relación al hijo; ella asiste porque estaba bastante preocupada porque el hijo consumía drogas, entonces era una situación que la había desbordado totalmente y no sabía como manejarlo, se podía ver un vínculo muy fuerte que tenía con el hijo; de hecho a lo largo de las sesiones se fue moviendo una problemática familiar bastante marcada, con un esposo muy ausente como padre y era ella la que fundamentalmente se hacía cargo de los chicos y los hijos eran su principal sostén afectivo... Por lo tanto cuando... Ella ya venía con una historia personal bastante conflictiva, con una hermana que se había suicidado, la muerte del padre, la muerte de un hermano por un accidente y bueno... Frente a todas estas situaciones que ella las había manejado con bastante dificultad se suma, en este último tiempo, el tema el hijo que la desborda totalmente. Ella consulta inicialmente para ver cómo puede manejarse con respecto al tema del hijo... Es más ella viene por la guardia, que la atiende la psiquiatra de guardia y en ese momento es ella la que se encarga de la atención del hijo y la deriva a esta paciente a psicoterapia, en el transcurso de la psicoterapia fue apareciendo una serie de cuestiones personales, pero fundamentalmente una paciente muy ansiosa, con un trastorno de ansiedad bastante marcado, con mucha dificultad de manejar una serie de situaciones...

Edra: Cómo podrías describir la motivación hacia el tratamiento?

Eda: La motivación hacia el tratamiento fue bastante complicada porque en el caso de ella, si bien tenemos el diagnóstico principal que era el trastorno de ansiedad y se trabajaba con este tema, frente a intervenciones puntuales que tenían que ver con esto, no había mucho inconveniente pero cuando uno

quería trabajar cuestiones un poquito más profundas que hacía a lo de fondo ya ahí se mostraba bastante más reticente... De hecho el tratamiento si bien no se pautaba así como una modalidad semanal porque ella vive en la falda, pero bueno la modalidad era quincenal y en momentos como más agudo, con bastantes complicaciones a nivel familiar buscaba poder hacerlo más seguido pero aún así concurre cada tanto cuando tiene un problema puntual y específico y no sabe cómo manejarlo... Muy irregular en el tratamiento... Sobre todo en esta segunda etapa... Al principio venía seguido, no faltaba pero después empezó a venir una vez al mes, manejaba ella los tiempos, directamente ella se encargaba de sacar los turnos frente a una situación puntual... Yo creo que ella fundamentalmente su inquietud era poder trabajar este otro tipo de cuestiones y no abordar, de hecho tiene una historia bastante cargada, con una relación de pareja bastante complicada que no la quiso trabajar, no, no la quiso trabajar y justamente en el último tiempo que yo la veo se planteo que ella se estaba haciendo cargo de una sobrina y de los hijos de la sobrina y en toda esta cuestión se sentía muy poco contenida por el marido, habían surgido bastantes problemas en relación a eso, cuando quería profundizar un poquito más sobre eso es como que se alejaba... De todos modos es una paciente que cada tanto aparece...

Edra: Cómo podrías caracterizar el vínculo?

Eda: El vínculo yo creo que, más allá de esta dificultad de ella para poder ahondar en este otro tipo de cuestiones, me parece que se pudo establecer hasta cierto punto un buen vínculo terapéutico...

Edra: Porqué decís hasta cierto punto?

Eda: Justamente por esto, porque no se podía trabajar, no se pudo trabajar a lo largo de la terapia con cuestiones de fondo de lo que a ella le estaba pasando, entonces por eso el vínculo fue bueno, se pudo establecer un vínculo bueno pero faltó esta posibilidad... Que habrá que ver si tenía que ver con la

dificultad de ahondar un poquito más en estas cuestiones o alguna dificultad de ella de plantearlas específicamente.

Edra: Qué sentimientos te provocaba contratransferencialmente?

Eda: Es una paciente que provocaba fundamentalmente esto de... Al tener ella características tan de querer proteger y abarcar, que creo que estaba mostrando un gran desvalimiento y muchísima soledad, lo que provocaba era una sensación de querer protegerla, cuidarla, apoyarla, sostenerla, fundamentalmente eso...

Edra: Qué aspectos positivos y/o negativos podés observar del tratamiento?

Eda: Lo negativo tiene que ver fundamentalmente con quizá esta falta de continuidad, la imposibilidad de explorar toda una serie de aspectos. Y positivo yo creo que ella ha podido manejar bastante bien una serie de cuestiones en relación a su hijo y ha podido poner también una serie de límites al entorno, esto de no hacerse cargo de un montón de situaciones que después sentía que no las podía manejar.

Edra: Estos aspectos positivos son los resultados que ella pudo obtener de la terapia?

Eda: Sí, yo creo que fundamentalmente resolvió eso... Creo que de todos modos es una paciente que yo no la doy totalmente por perdida, yo creo que hay cosas que por ahí se podrán manejar en otro momento en donde ella esté en condiciones de hacerlo...

Edra: Considerás que terminó el tratamiento?

Eda: Yo creo que en algún momento va a volver, no como a empezar todo de nuevo, creo que sí con esta paciente y con esta modalidad de trabajo lo único que se puede hacer es trabajar las cuestiones puntuales, no una psicoterapia por ahí más establecida, con objetivos más fijos sino con ella se puede trabajar las cuestiones emergentes, lo que surge de tal situación... Porque yo no sé si

va a aparecer a la semana o va a aparecer dentro de dos meses, y con esta resistencia que ella tiene de hablar de un montón de cosas es como que no puedo movilizar nada sino va a quedar sin ningún tipo de contención... Pero yo creo que en algún momento va a volver...

Edra: Pero considerás que abandonó el tratamiento?

Eda: Ahora hace un montón que no la veo... Fácil un año, sí, te diría que dejó de venir... Después sé que tuvo un problema con una enfermedad de su marido, pero no sé más nada, como te decía, es una paciente que en cualquier momento va a volver...

Edra: Cuáles podrían ser los motivos por los cuales dejó el tratamiento?

Eda: Yo creo que por cuestiones de resistencia, ella se estaba enfrentado a cuestiones más profundas y creo que no estaba preparada todavía...

Edra: Qué indicadores podés observar frente a un posible paciente que abandone?

Eda: Yo creo que en la primera entrevista uno puede ver a los pacientes que tienen poca motivación para realizar una psicoterapia, cuando son derivados por alguna otra persona o profesional y no existe en ellos esta inquietud de trabajar qué es lo que está ocurriendo, me parece que estas son cuestiones que en un primer momento uno las detecta... Después habrá otros indicadores que tienen que ver con la patología, por ejemplo cuando son pacientes que consideran que no tienen ningún problema... También hay otra cuestión que hace a la institución, a la modalidad del tratamiento, acá los tratamientos son breves, como más focalizados, y como muchas veces un indicador podría ser que la gente no esté motivada o a veces la motivación del paciente es empezar a analizar cuestiones muy profundas de la personalidad y necesita terapias muy largas y no encuentran acá lo que estaba buscando, concurren y se encuentran con un terapeuta que apunta más a determinadas cuestiones y ello

a lo mejor quieren revisar otras cosas, que seguro también son válidas, pero no entran dentro del marco de esta institución; creo que eso es algo que de hecho se hace, se explicita cuál es la modalidad de trabajo, o sea de qué manera se va a trabajar para evitar esto...

Edra: Me había quedado una pregunta sin responder... qué aspectos serían relevantes ha tener en cuenta para disminuir el índice de abandono terapéutico?

Eda: Pienso que se tendría que poner mucho énfasis en las primeras sesiones, donde debemos establecer un buen vínculo con el paciente, eso creo que es muy importante... y plantearle al paciente que es fundamental que él sienta la necesidad de buscar ayuda, que el tratamiento va a depender de las ganas que tenga de resolver los problemas, hay que definir muy bien el motivo por el cuál viene a vernos y es muy importante que entre los dos trabajemos sobre eso.

Y por ejemplo cuando tenemos un paciente que ha abandonado tratamientos anteriores, es importante resaltarle la importancia del alta del tratamiento, y que si en algún momento piensa en que no quiere continuar con la terapia, que lo pueda plantear antes de abandonar, así lo podemos trabajar.

Institucionalmente pienso que debería existir mayor flexibilidad, en el sentido de que hay que evaluar si el paciente que tenemos enfrente necesita de la psicoterapia breve o no y tener la libertad y la flexibilidad de que si ese paciente no necesita este tipo de terapia, no indicarla porque sino le quitamos la posibilidad que busque otra terapia que se adecue a su problemática; porque nosotros lo tomamos en tratamiento porque estamos obligados por el servicio a ofrecerle al menos algo y que este algo muchas veces no se adecua con lo que el paciente realmente necesita o quiere.

Sobre entrevista 7

Terapeuta 4

Edra: Recordás el motivo por el cuál consulta esta paciente?

Eda: Ella en la consulta dice con estas palabras textuales, que ella necesita procesar cosas que le pasan y que siente mucho desgano, tristeza y que tenía serios problemas para relacionarse. Esto es lo poco que ella puede decir. Viene con un papelito de derivación porque tenía un trastorno alimentario severo, estaba por debajo de su peso, era una restricción alimentaria importante pero no cumplía con todos los parámetros de una anorexia nerviosa, pero era así. Estaba muy restringida en la alimentación, los ciclos menstruales eran escasos o presentaba amenorrea; ella vivía toda la comida como algo peligroso para ella, ella veía un huevo entero y era una amenaza, tenía que sacarle la yema, cortarlo de tal forma, solamente comía lo que ella cocinaba. Y eso, sobre que tenía dificultades de relación, reforzaba el trastorno alimentario de que jamás iba a comer a otro lado algo que ella no haya hecho. Entonces ella tenía que controlar... es súper controladora pero con la historia que tiene es su mecanismo defensivo por excelencia. Ella aprendió a cuidarse y a controlarse porque no había quien lo hiciera.

Edra: Ese fue su motivo de consulta y después...?

Eda: Y después surge lo del trastorno alimentario; y después que le realizo el psicodiagnóstico es un trastorno límite de la personalidad, una border, si es cierto que tenía dificultades para relacionarse muy importantes. Esta de novia cuando llegó, con un chico que aparentemente era esquizofrénico, con diagnóstico, con internaciones, con bastantes complicaciones y bueno te hago un resumen de su vida... ella era adoptada, después los padres adoptivos se separan y el padre no quiere ser el padre de ella, renuncia a la paternidad y no la quiere ver más, de hecho no la vio más; se queda viviendo con su mamá, la mamá era una docente muy conocida y se arma un despiole importante, es una ciudad chiquita del sur, como que se descubre públicamente que la mamá

era homosexual; o sea por donde vos le vieras todos los tipos de relación que ella trataba de establecer como normales, nunca llegaban a ser normales, entonces la sensación de abandono y de vacío eran enormes. Aparte tenía un hermano que murió de una enfermedad hereditaria, y a ella la adoptan porque no querían tener esta enfermedad en la familia, era muy arriesgado.

Edra: Podrías describir la motivación de la paciente?

Eda: La admite el Jefe del Servicio, quien realiza las entrevistas de admisión y él me la deriva a mí, pero alguien le había dicho que era un trastorno alimentario, pero que no ha quedado registrado en la Historia Clínica. Ella cuando llega, llega muy angustiada y llega con la necesidad de contar todo esto... de entrada yo diría que cuenta con una motivación pero es esa persona... el tipo de vínculo que ella establece es... en general las border son muy masivas, te dicen todo, te depositan todo y ella no... tenía cosas más esquizo, muy para adentro, muy que le costaba bastante, si bien podía narrar la historia, le costaba mucho conectarse, desde el primer momento que me relacioné con ella tenía problemas en el contacto... pero con el tiempo; yo en ella reforcé más que en otros pacientes lo importante que viniera seguido, al principio vino hasta dos veces por semana, después una vez por semana pero no menos de eso, por las características de ella y por lo mal que estaba...

Edra: Trabajaba durante la sesión o tenía una actitud más pasiva?

Eda: Sí trabajaba, en su estilo pero trabajaba... le costaba hablar pero cuando hablaba decía cosas muy fuertes, muy contundentes...

Edra: Cómo podrías caracterizar el vínculo con la paciente?

Eda: Un buen vínculo, bastante bueno para el tipo de relaciones que ella podía sostener; yo te diría que fue bastante bueno, lo que pasa es que no es ajena a la modalidad del Hospital, hay demasiados pacientes; si perdía el turno ella se sentía muy mal, a veces por cómo es el sistema te quedas afuera y te quedas sin turno; por más que yo trataba de cuidarla algunas cosas se filtraban y se

sentía muy mal cuando perdía un turno o por ejemplo ella viajaba al sur y se olvidaba con cuanta anterioridad tenía que sacar el turno, porque una o dos veces al año viajaba y entonces esas eran cosas que en general paraban un poco el tratamiento, que hacían un hueco en el tratamiento, por un tiempo no venía y así fue cuando dejó de venir...

Edra: Pero pudo mantener un buen vínculo...

Eda: Sí, yo diría que sí, más allá de que la mayoría de los vínculos que ella tenía estaban cortados o deteriorados, ella pudo mantener un vínculo sano conmigo... Ella tiene terribles dificultades de relación y en comparación con lo otro que ha logrado, lo que ha logrado en el vínculo terapéutico es muy bueno. Fue bastante para lo que podía llegar a lograr...

Edra: Cómo podrías describir los sentimientos que te provocaba contratransferencialmente?

Eda: De cuidarla mucho, como de tener que cuidarla, estaba pidiendo ayuda a gritos, sinceramente, o sea que alguien un poco más sano pudiera establecer algo con ella. Vos imaginate que te digan, soy adoptada, mi papá me abandonó después de la adopción, mi mamá está con una complicación en su sexualidad y en sus relaciones terribles, el novio esquizofrénico también había terminado con ella, y el hermano se había muerto de una enfermedad muy grave o sea sus vínculos estaban deteriorados a desaparecidos entonces ella necesitaba sostener un vínculo...

Edra: Podrías describir algún aspecto positivo y/o negativo del tratamiento?

Eda: Lo negativo es esto de la institución, a este tipo de pacientes les cuesta venir y esto refuerza el no llegar hasta la consulta, la dificultad institucional hace que... es normal que durante un proceso terapéutico hay días que uno no tiene ganas de venir a la terapia y este tipo de cosas parece que fue culpa de la institución, no sabes si fue una resistencia o es... a veces es más difícil

analizarla a la resistencia porque queda disfrazada por un problema institucional... eso seguro que pasó...

Eda: Me comentaste fuera de la entrevista que esta modalidad terapéutica no es para todo tipo de pacientes... sería este un caso?

Eda: Y posiblemente, posiblemente o sea como son pacientes por cobertura siempre los vamos a atender y en este tipo de pacientes que no son tan frecuentes, uno hace excepciones; esto de haberla atendido dos veces por semana, llamarla si en alguna oportunidad no había venido y preguntarle por qué no había venido; son cosas que uno puede hacer por cuidar el vínculo, pero tengo quince o dieciséis pacientes por día y a veces no tengo tiempo de llamarlos a todos... Posiblemente si ella hubiese podido pagar e ir dos veces por semana durante bastante tiempo tenía más garantía de éxito terapéutico.

Edra: Pudiste observar algún resultado del tratamiento?

Eda: Algunos objetivos se habían cumplido, fundamentalmente lo que pasaba al principio con la comida; y que eso automáticamente en todos los tratamientos tiene bastante que ver con algunas características del vínculo en la relación madre- hija, entonces yo cité a la mamá, algo se trabajó y algo mejoró, por supuesto que debe seguir siendo una chica muy delgada, muy controladora pero no había tanto riesgo de vida, o sea en ese sentido sí se alcanzaron determinados objetivos; pero lo que pasa es que había tanto por trabajar, lo puntual del trastorno alimentario por lo que ella llegaba y por lo que la mamá se preocupaba, un poco mejoró, tampoco era una paciente para un alta...

Edra: Recordás cómo finalizó el tratamiento?

Eda: Creo que fue una vez que se volvió a su casa... hace bastante que no la veo, desde Agosto del 2002. Lo que registro en la última entrevista es que la relación con la madre estaba un poco mejor, habíamos logrado que la madre fuera un poco menos controladora a partir de las dos entrevistas que yo hice

con la madre, incluso desde lo telefónico era muy controladora pero había mejorado un poco, fue lo que se trabajó en la última entrevista.

Edra: Después dejó automáticamente de venir?

Eda: Sí es así, pero la verdad a veces pasa que te cruzan en un pasillo o en el ascensor y te dicen: "Mirá no voy a poder seguir viniendo porque tal cosa" o "Me quedé sin turnos" y yo no pido la historia después que los cruzo en el ascensor, entonces eso no queda registrado, pero no creo que haya sido este el caso... no recuerdo...

Edra: Porqué crees que dejó el tratamiento?

Eda: Si se lo tuviera que atribuir a algo lo primero que se me ocurre decirte que fue por su dificultad de sostener un vínculo durante mucho tiempo, yo creo que fue principalmente por eso, entonces una vez que salió de lo crítico, su modalidad es no relacionarse tanto, ella cuando lo necesitaba lo tenía y cuando no lo necesitaba tanto quizá directamente no lo tuvo; no tengo un registro más preciso que eso...

Edra: Cuáles podrían ser indicadores de un posible paciente que abandone?

Eda: Si por ejemplo no estableces una buena relación terapéutica, si no hay afinidad terapéutica y eso es fundamental, ahí se nota mucho... muchos pacientes se cansan del tiempo que tienen que esperar y del tiempo de anticipación con que tienen que sacar un turno, eso los cansa mucho. Muchos pacientes, también, se quejan de que son muy cortas las sesiones, que les parece poco media hora; a otros les parece poco una vez por semana. Ni hablar de que ellos no manejan muy bien... pero a veces se lo tenemos que dar a entender, que la cobertura te pide un número de entrevistas. Te venden un paquete que te dicen: "Tenes que verlo veinte veces y hacer lo que se pueda y después..." por supuesto eso no es así de rígido, si nosotros tenemos que verlo treinta, de hecho a esta chica la vi por más tiempo y más seguido de

lo que plantea la cobertura, el profesional evalúa eso... mantenemos eso, lo hacemos con algunos pacientes pero no lo podemos hacer con todos.

Edra: Qué aspectos habría que tener en cuenta para disminuir el índice de abandono?

Eda: Lo que pasa es que al Hospital no le interesa eso, al Hospital le interesa ofrecer a sus clientes o a sus pacientes un servicio que ellos puedan usar cuando necesiten, pero el Hospital no ofrece... es una cobertura hospitalaria, no ofrece un tratamiento psicoanalítico a largo plazo, no es eso... el Hospital estaría en pérdida si ofreciera eso, el Hospital ofrece "Tenemos un Servicio de Rayos, uno de Guardia, uno de Psiquiatría" pero bueno realmente cuando lo necesitas, estamos en un ámbito hospitalario, o sea tratamos de hacer todo lo que podemos sin olvidarnos de eso...

Lo que sí me parece que hay que hacer es establecer un objetivo, trabajarlo con el paciente y una vez cumplido este objetivo, se puede trabajar el alta, no porque el paciente no tenga otras cosas para trabajar... este tipo de pacientes necesita años y años de terapia... en el Hospital hay pacientes... yo hace cinco años que estoy acá y hace cinco años que los veo y uno les puede dar el alta pero vuelven, vos tratás de cerrar un objetivo y le decís "Cuando sienta que necesita volver, vuelva" y vuelve seguro... con ella puntualmente no se cerró, pero por su diagnóstico las veces que vuelva la voy a atender porque lo necesita realmente.