



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN**

**TEMA:**

**Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación  
de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y  
hospitalización**

**AUTORES:**

**Espinoza Tacuri, Roberth André**

**Medina Campoverde, Iliana Brighith**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
Licenciado en Psicología Clínica**

**TUTORA:**

**Psic. Cl. Velázquez Arbaiza, Ileana, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**13 de marzo del 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Espinoza Tacuri, Roberth André** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**

### **TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Velázquez Arbaiza, Ileana, Mgs.**

### **DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Galarza Colamarco, Alexandra, Mgs.**

**Guayaquil, a los 13 del mes de marzo del año 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Medina Campoverde, Iliana Brigith** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**

### **TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Velázquez Arbaiza, Ileana, Mgs.**

### **DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Galarza Colamarco, Alexandra, Mgs.**

**Guayaquil, a los 13 del mes de marzo del año 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Espinoza Tacuri, Roberth André**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 13 del mes de marzo del año 2019**

### **EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Espinoza Tacuri, Roberth André**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Medina Campoverde, Iliana Brigith**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 13 del mes de marzo del año 2019**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Medina Campoverde, Iliana Brigith**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Espinoza Tacuri, Roberth André**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 13 del mes de marzo del año 2019**

**EL AUTOR:**

f. \_\_\_\_\_  
**Espinoza Tacuri, Roberth André**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Medina Campoverde, Iliana Brigith**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 13 del mes de marzo del año 2019**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Medina Campoverde, Iliana Brigith**

# INFORME DE URKUND

URKUND	
<b>Documento</b>	<a href="#">Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización.doc</a> (D49183627)
<b>Presentado</b>	2019-03-15 12:00 (-05:00)
<b>Presentado por</b>	francisco martinez (psic.martinez@hotmail.com)
<b>Recibido</b>	francisco.martinez.ucsg@analysis.orkund.com
<b>Mensaje</b>	Espinoza Tacuri Roberth André, Medina Campoverde Iliana Brigith <a href="#">Mostrar el mensaje completo</a> <b>0%</b> de estas 52 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

**TEMA:** “Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad al diagnóstico y hospitalización”

**ESTUDIANTES:** Roberth André Espinoza Tacuri; Iliana Brigith Medina Campoverde.

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME ELABORADO POR:**

**Psic. Cl. Francisco Martínez Zea, Mgs.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por todas las oportunidades que me ha dado en mi vida, por su bendición y por su fe, por otorgarme fuerza y voluntad para sobrellevar los obstáculos que se me han presentado.

Gracias a mis queridos padres: Gustavo y Janneth por haberme apoyado en todo mi proceso de escolarización, por haberme guiado en el camino de la honestidad y el sacrificio, por poner sus manos en el fuego por mí, por brindarme una vida estable, por haberme inculcado principios y valores.

Gracias a los docentes de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, por haber compartido su conocimiento y experiencia a lo largo de la preparación de mi profesión, de manera muy especial, a mi tutora Ileana Velázquez, cuya confianza, desempeño, paciencia y ayuda, nos ha permitido realizar este proyecto de investigación.

Agradecer a mi familia, por todos los consejos que me han dado, por su fe y sus oraciones.

De igual manera, a mis queridos amigos, por haberme hecho en mí una mejor persona, y estar cuando más lo necesitaba.

A mi compañera de tesis, Iliana Medina, por haber sido mi mano derecha y pilar fundamental de este proyecto de investigación.

A mis compañeros del IEES, por haberme dado su amistad y formar parte de un interesante grupo de trabajo.

Y, por último, me agradezco a mí mismo, por confiar y poner toda mi energía y dedicación en este proyecto de investigación.

- Espinoza Tacuri Roberth André

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco en primer lugar a Dios por haber cuidado de mí en cada momento que estuve lejos de casa y por llenarme de fuerzas cuando más las necesitaba.

A mis padres: Enrique y Rocio gracias a ustedes por apoyarme siempre en cada decisión e impulsarme a seguir cumpliendo mis sueños y por llenarme con su infinito amor. También por ser el claro ejemplo que los sacrificios tienen sus recompensas.

A mis hermanos: Josselyn y David por confiar en mí y estar incondicional. En serio no sé cómo poder expresar en palabras lo que mi corazón siente por ustedes.

A mi familia, ustedes han sido mi modelo de lucha para no dejarme vencer, son el claro ejemplo que con amor, unión y respeto se llegan alcanzar los más grandes logros.

A mis docentes, Ileana Velázquez, por habernos guiado con todo el amor, conocimiento y paciencia en todo este camino. Igualmente al Psic. Francisco Martínez, quien nos brindó su ayuda y tiempo. ¡Gracias!

A mi amigo y docente, David Aguirre, gracias por su apoyo cuando lo necesitaba, por ser un gran referente en lo profesional y académico. Lo aprecio mucho.

A mi compañero de tesis, Roberth, gracias por tu dedicación, preocupación y esfuerzo durante este proceso. ¡Lo logramos!

A mis amigos, quienes siempre me apoyaron tanto durante este tiempo. Mil gracias por ese abrazo, consejo y por ese amor que es reciproco. Ustedes son el vivo ejemplo que aún quedan personas buenas.

A mis pacientes y profesionales de salud, con quienes atendí y compartí durante mi tiempo de prácticas en el HTMC, gracias por enseñarme amar mi profesión.

Y a ti, quien estuvo en cada momento bueno y malo. Gracias por darme ese amor, cariño y confianza, pero sobre todo por sacar lo mejor de mí.

- Medina Campoverde Iliana Brighth

## DEDICATORIA

Dedico mi tesis, a los 5 años de estudio en esta prestigiosa universidad.

A mi hermosa hija María Victoria quien ha sido mi motivación en este último año de universidad.

Dedico de manera muy especial a mis padres: Gustavo y Janneth quienes han brindado todo su apoyo en toda mi vida universitaria. Al mismo tiempo, a mis hermanos: Gustavo y Jorge, primos y abuelos, y, en especial a mi angelito que está en el cielo, Melany, que con este trabajo sea de ejemplo para ellos y sea evidencia de todo el esfuerzo que he puesto.

Confieso que no ha sido fácil el camino, pero he podido sobrellevar las situaciones y he alcanzado mi objetivo, es por esto que este trabajo, que, con esfuerzo, esmero y sudor lo he construido, me lo dedico a mí mismo.

- Espinoza Tacuri Roberth André

## DEDICATORIA

A Dios, por todas sus bendiciones y haberme colmado de salud, paciencia y sabiduría para poder llegar a cumplir cada meta.

A mis bellos padres, Enrique Medina y Rocio Campoverde quienes son mi motor y mayor fortaleza para salir adelante. Por llenarme con mucho amor, por brindarme ese abrazo y consejo tan oportuno cuando lo necesitaba.

Ustedes son mi vida.

A mis hermanos, Josselyn y David, por cada palabra de aliento, por el amor y confianza que ponen en mí día a día.

A mis abuelitos paternos, quienes desde el cielo me cuidan y velan por mí, esto va por ustedes.

A mis abuelitos maternos, quienes con sus oraciones y sus bendiciones siempre están presente conmigo vaya donde vaya, los amo con todo mi corazón

A mi tía Melida, quien, con su ejemplo de perseverancia y honestidad, me enseña a que uno siempre tiene que luchar por lo justo y defender sus ideales. Además, por cuidar de mí y siempre estar incondicional.

A todas aquellas personas que estuvieron conmigo en todo momento, les dedico este hermoso trabajo con mucho amor para ¡USTEDES!

-Medina Campoverde Iliana Brighith



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Alexandra Patricia Galarza Colamarco, Mgs.**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Paulina Cárdenas T, Mgs**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Verónica Villacís P.**  
OPONENTE

## ÍNDICE

RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT .....	XVII
TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	XVIII
INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS .....	7
OBJETIVO GENERAL .....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
MARCO CONCEPTUAL.....	8
Síntoma:.....	8
Subjetividad .....	8
Cuerpo .....	9
Hospitalización .....	9
Dispositivo.....	9
MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA .....	10
CAPITULO I: DEFINICIONES DESDE EL ENFOQUE MÉDICO Y PSICOANALÍTICO.....	10
Definiciones desde el enfoque médico .....	10
Definiciones desde el Psicoanálisis:.....	14
CAPITULO II: EL LUGAR DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE DENTRO DEL DISCURSO.....	23

El discurso. ....	24
El lugar del médico en el discurso. ....	27
El lugar del médico visto desde su práctica profesional. ....	30
El lugar del paciente en el discurso. ....	34
<b>CAPITULO III: VARIABLES QUE GIRAN ENTORNO A LA SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE</b> .....	39
El entorno hospitalario.....	40
Profesionales del área hospitalaria.....	41
El lugar de la enfermera y el auxiliar dentro del espacio del paciente: contacto. ....	42
El conocimiento sobre el diagnóstico. ....	49
La responsabilidad del paciente frente al diagnóstico. ....	54
La afectación del cuerpo en la Hipertensión arterial y VIH .....	56
<b>CAPÍTULO IV: EL DISPOSITIVO INVENIENTE Y SU FUNCIONAMIENTO</b> ....	64
El Dispositivo. ....	64
El lugar del psicólogo dentro del dispositivo interviniente. ....	66
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	73
Tipo de investigación .....	73
Enfoque metodológico.....	74
Técnicas de recolección de datos .....	74
Sujetos de la investigación.....	74
<b>CONCLUSIONES</b> .....	75
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	77
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	79

## RESUMEN

En este presente proyecto de investigación se analiza el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y la hospitalización dentro de un área hospitalaria. En ella se analiza las variables tales como el personal, diagnóstico y el entorno hospitalario, que de alguna manera provocan un efecto positivo o negativo que marcará un antes y un después en la vida del paciente. Por un lado, se sustenta el proyecto de investigación mediante un marco teórico psicoanalítico que ayudará a comprender las consecuencias de las variables que afectan tanto al cuerpo como a la subjetividad del paciente que padece de una enfermedad catastrófica tales como: VIH e Hipertensión. Por otro punto, un marco teórico médico, que nos brinda otra mirada acerca de lo que es la enfermedad, sus complicaciones, tratamientos y efectos. Además de la experiencia adquirida durante las prácticas pre-profesionales en las que se empleó un modelo de dispositivo que atenderá las urgencias producto de las consecuencias de estas variables.

***Palabras Claves: Síntoma, enfermedad, subjetividad, cuerpo, hospitalización, dispositivo.***

## **ABSTRACT**

In this present research project, the patient's coping with the affectation of his body and his responsibility towards diagnosis and hospitalization within a hospital area is analyzed. It analyzes the variables such as personnel, diagnosis and the hospital environment, which in some way cause a positive or negative effect that will mark a before and after in the patient's life. On the one hand, the research project is supported by a psychoanalytic theoretical framework that will help to understand the consequences of the variables that affect both the body and the subjectivity of the patient suffering from a catastrophic illness such as: HIV and Hypertension. On the other hand, a medical theoretical framework that gives us another look about what the disease is, its complications, treatments and effects. In addition to the experience acquired during the pre-professional practices in which a device model was used that will address emergencies resulting from the consequences of these variables.

***Keywords: Symptom, disease, subjectivity, body, hospitalization, device.***

## **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización

## INTRODUCCIÓN

El siguiente proyecto de investigación de la práctica trata sobre el Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización. Siendo el deseo de nosotros por investigar, como sucede este proceso apoyado por un sustento teórico, conceptual y por ejemplos trabajados durante la práctica.

El diagnóstico de una enfermedad catastrófica nunca es una noticia buena, porque cambia el estilo de vida del paciente, su rutina y hasta lo social. Es por eso que en una primera parte del desarrollo teórico constará de las descripciones de los enfoques tanto de la medicina como desde el psicoanálisis. Encontraremos aquellas pautas que darán una mejor apertura para el desarrollo de nuestro trabajo. Además, conceptos como: urgencia, paciente, síntoma, el significado de las enfermedades más comunes que se vieron en el área de emergencia, como también los procesos para la hospitalización, entre otros.

Por otra parte, tenemos un segundo capítulo el cual abarcará sobre la temática de los discursos planteados por Lacan, siendo base fundamental para entender de alguna manera cómo influye el lugar que ocupe tanto el médico y el paciente dentro del área hospitalaria puesto que se designará al médico en el lugar del discurso del amo y al paciente en el discurso de la histeria. Siendo todo lo dicho anteriormente sustentado desde una teoría psicoanalítica y práctica. En un tercer momento se desarrollará las variables como: entorno hospitalario, profesionales, protocolos, etc. Dado que las mismas son importantes para poder entender cómo se da en el paciente la afectación a su cuerpo y la responsabilidad frente al conocimiento del diagnóstico y hospitalización.

Y por último se hablará acerca de cómo el dispositivo clínico nos permitió operar y como fueron las intervenciones bajo el marco psicoanalítico, además de la forma en la que se pudo abordar la urgencia subjetiva de los pacientes hospitalizados y que es lo que se logró. Por otra parte, se tomará en cuenta el lugar en la que se ubica el psicólogo dentro de la práctica profesional en un área de emergencia. Pudiendo preguntarnos ¿Qué posibilidad? ¿Cuál es la propuesta? ¿Qué es lo que se esperaba? De nosotros como psicólogos frente al trabajo con los pacientes hospitalizados y para contestar esas interrogantes se ilustrará con reseñas anecdóticas que sucedieron en el área de emergencia.

## JUSTIFICACIÓN

El interés de este proyecto de investigación va del lado de poder trabajar con ese real que tienen que sobrellevar consigo el paciente dentro de su hospitalización, porque es algo que de cierta manera cambia su estilo de vida, pero con aquello no quiere decir que no podría tener un buen vivir. Es por ello que nace este deseo por abordar esta problemática que surgió durante la práctica pre-profesional en el área de emergencia de un hospital público, en donde se ha podido observar lo difícil que es el afrontamiento de un diagnóstico, el cual el paciente va a tener que subsistir, puesto que es una realidad. Además de la hospitalización que es un factor que se agrega a su malestar.

Los pacientes ingresan al hospital con diferentes síntomas los cuales van dirigidos a obtener un diagnóstico que, en muchos de los casos, no siempre es favorable, pero es justamente ahí, donde la función del psicólogo clínico dentro de esa área hospitalaria se hace de vital importancia, ya que conlleva, a que su presencia sea necesaria, porque de cierta manera se da la apertura a ese otro diferente, quien es el que acoge su demanda, y a su vez le ofrece un espacio de escucha pudiendo desde ahí lograr movilizar algo de él para permitir una apertura posible a una responsabilidad.

Con respecto a la importancia de la responsabilidad del paciente, es el de poder lograr que sepa qué hacer con su diagnóstico. También interviene el rol que podemos asumir nosotros como psicólogos ante este malestar que afecta el vivir de ese paciente dando un apoyo psicológico oportuno, una palabra o un señalamiento que pueda dar un recurso al paciente para poder asumir o sobrellevar algo que marca su cuerpo y su existencia.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los hospitales públicos específicamente en el área de emergencia, donde se presente diversos tipos de pacientes con diagnósticos diferentes, los cuales llegan por una dolencia, malestar o problema y necesitan una atención urgente. Muchos de ellos son hospitalizados, pero ¿Qué pasa con ese sujeto cuando se entera de un diagnóstico no favorable? ¿Cómo llega a tramitar eso traumático?

Los pacientes con enfermedades catastróficas que se encuentran hospitalizados en un área de emergencia, tienden a deprimirse, mostrar una conducta agresiva y una negación ante esa nueva realidad. Muchos factores que se unen a esas variables como lo es: el personal de salud, quienes están encargados de su cuidado, control, tratamiento y aseo, pero siendo dirigida su atención a lo orgánico, visible y cuantificable. Es ahí donde se presenta la anulación de la subjetividad del paciente dentro de la hospitalización.

No solo se está tratando un cuerpo doliente, sino a un paciente con una singularidad e historia. Es por eso necesario la presencia del psicólogo el cual intervenga con un dispositivo clínico que permita el acogimiento de aquellos significantes que trae el paciente marcado y que se le es difícil ordenarlos y darle un sentido. Se esta mencionando con ello que la importancia de ayudar a ese paciente que se encuentra etiquetado por una enfermedad, por un número de cama y por una subjetividad ya desquebrajada por los diversos factores que se presentan al momento de su hospitalización necesita que sea visto no como un objeto sino como un sujeto.

## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Indudablemente, se sabe que en la actualidad el aspecto subjetivo del paciente dentro de un área de emergencia de un hospital público no es tomado en cuenta como parte de un proceso de recuperación en cuanto a la enfermedad que el paciente enfrenta. A esto se presentan las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo se da el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización en un área de emergencia de un hospital público?
- ¿Por qué no es solicitado un dispositivo clínico psicológico dentro de esta área de emergencia, si en la mayoría de los casos lo ameritan?
- ¿Cuáles son variables que inciden en la subjetividad de un paciente en un área de emergencia de un hospital público?

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Analizar sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización, mediante la recolección de los datos obtenidos durante la experiencia de las prácticas pre-profesionales.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir las variables que intervienen en la construcción de la subjetividad del paciente en las diferentes etapas de la estadía en el hospital, desde del marco teórico psicoanalítico y médico.
- Describir las variables a considerar en el análisis propuesto para la el proyecto de investigación del trabajo clínico.
- Determinar cómo el entorno hospitalario y el diagnóstico inciden en la subjetividad del paciente en cuanto a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad.
- Establecer el lugar del psicólogo clínico como dispositivo interviniente en el acompañamiento durante la estancia hospitalaria.

## MARCO CONCEPTUAL

### **Síntoma:**

Freud consideraba que los síntomas son: “Actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad y conllevan displacer o sufrimiento para ella” (Freud, 1978, p. 326).

### **Enfermedad:**

Este término expresa la alteración real, morfológica que existe en el organismo. (Suárez, 2012) menciona que:

Las enfermedades más comunes que se encontraron durante la práctica han sido las siguientes: Hipertensión arterial y VIH. Como psicólogos se debe tener conocimiento general sobre estas enfermedades y cuáles son los factores de riesgo que puedan presentarse una vez detectado el diagnóstico dentro de la hospitalización del paciente.

### **Subjetividad:**

Ortner (citado, por Aquino ,2013) menciona que La subjetividad “es el conjunto de modos de percepción, afecto, pensamiento, deseo, temor, etcétera, que animan a los sujetos actuantes” (p.273)

## **Cuerpo:**

Villa & Montañez (2010) definen que el cuerpo para el psicoanálisis es “aquel que se constituye a partir del ingreso del sujeto al registro significativo, un cuerpo atravesado por el deseo del Otro y cuya marca inaugura el ingreso a la falta fundamental” (p.54).

## **Hospitalización:**

Es un servicio destinado a la permanencia de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento y sus ambientes anexos requeridos para trabajo de enfermería; se relaciona básicamente con los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos, obstétricos, de cocina y de lavandería. (Torres, 2010)

## **Dispositivo**

Agamben (citado por García, 2011) postula que “el dispositivo será cualquier cosa que tenga de algún modo la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, conductas, opiniones y los discursos de los seres vivientes” (p.5).

## **MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA**

A continuación, se presentará el desarrollo del marco teórico que servirá de referencia para dicho proyecto de investigación, que será dividido en cuatro capítulos apuntado como primer punto las definiciones de algunos términos utilizados tanto desde el enfoque médico como del enfoque psicoanalítico. Como segundo punto, se describe las variables a considerar en el análisis propuesto, de tal forma, que las variables que son: el médico y el paciente dentro del discurso. Como tercer punto, analizamos cómo el entorno hospitalario y el diagnóstico inciden en la subjetividad del paciente en cuanto a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad. Y como último punto, se establece el lugar del psicólogo clínico como dispositivo interviniente en el acompañamiento durante la estancia hospitalaria.

### **CAPITULO I: DEFINICIONES DESDE EL ENFOQUE MÉDICO Y PSICOANALÍTICO**

#### **Definiciones desde el enfoque médico**

En esta primera parte del marco teórico se abordarán, desde el enfoque médico, aquellas definiciones de las patologías con las que se encontraron durante la práctica clínica y los términos médicos utilizados habitualmente dentro del área hospitalaria de la sección de observación de adultos de un hospital de especialidades.

Los términos para desarrollar serán: síntoma, signo, paciente, urgencia, emergencia, enfermedad, calidad de vida, hospitalización y los procesos que se deben realizar para la misma. Además, se conocerá qué son y cuáles son factores de riesgo de las enfermedades como la Hipertensión arterial y Virus de la Inmunodeficiencia Humana, siendo aquellas las más recurrentes en los pacientes atendidos durante la práctica preprofesional.

## **Síntoma**

Es entendido, como lo explica Fajardo & Hernández (2012), como cualquier fenómeno morboso o desviación de lo normal en cuanto a función, aspecto o sensación, experimentado por el paciente e indicativo de enfermedad.

## **Signo**

Es cualquier manifestación objetivable, perceptible para el observador, que una vez evaluada será un factor de diagnóstico consecuente con un trastorno, una enfermedad o alteración de la salud, en contraposición a los síntomas que son elementos subjetivos, percibidos solo por el paciente como la astenia, los mareos y el dolor. (Roca, 2012)

## **Paciente**

Es la persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. (Real Academia Española, 2001) Según el Diccionario Oriente, cuando se habla de un paciente se refiere una *persona doliente o enferma*. (Editorial Oriente S.A., citado por Freire & Argudo, 2014)

## **Urgencias**

Es un conjunto de servicios que se proporcionan en forma inmediata al individuo cuando se encuentra en peligro la vida, un órgano o una función. (Fajardo & Hernández, 2012)

## **Emergencia**

Granadillo (2018) se refiere a emergencia, “si esta dimensión es lo suficientemente significativa para conllevar el riesgo de perder la vida o la función de un órgano y amerita intervención médica inmediata”. (p. 1)

Cuando el paciente llega al área de emergencia de un hospital, debe cumplir con un proceso llamado triaje, al cual se define como: “un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos”. (Soler, Gómez, Bragulat & Álvarez, 2010, p.55)

En el momento que el paciente es atendido por el personal de salud, pasará luego a la toma de signos vitales donde el profesional procederá a colocarle una pulsera donde el color determinará la debida atención que tendrá el paciente. Los colores para clasificar la atención que se brindara al paciente será de los siguientes colores: azul, verde, amarillo, naranja y rojo; el rojo es atención inmediata, el naranja es muy urgente, amarillo corresponde a urgente, verde es normal y el azul no urgente.

## **Hospitalización por Emergencia**

El paciente que es ingresado en el área de Emergencia deberá ser informado sobre su pase a la unidad de piso. Teniendo en cuenta la disponibilidad de camas que existan en el área y luego de ello será trasportado por un camillero, el mismo que lo llevara a la unidad asignada. En el piso el paciente será recibido con sus

debidos papeles, como lo son: signos, historial clínico y medicina para luego ya hacer formal el ingreso.

## **Hipertensión arterial**

López, Flores & Cambero (2006) mencionan que:

La hipertensión arterial se ha definido de diferentes maneras; una definición simple y clara ha de tener presente su relación continua con la enfermedad cardiovascular y, por tanto, que no existe un valor concreto por encima del cual comience el riesgo o que por debajo del mismo desaparezca. (p. 10)

Los *factores de riesgo* para llegar a desarrollar hipertensión arterial son: exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal y alcohol, insuficiente ingesta de potasio, tabaquismo, estrés, presión arterial normal alta (130-139/85-89 mm de Hg), antecedentes familiares de hipertensión y tener más de 60 años. (Fernández, Molina, Cavazos & Larrañaga, p.9)

## **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

Este virus infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente *inmunodeficiencia*. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. (OMS, 2018). Entre factores de riesgo están aquellos como:

(...) la falta de la capacidad de tomar decisiones al tener falta de acceso a la educación, falta de autoestima y de criterios propios, problemas familiares y sociales que generen comportamientos sicopáticos que se agravan con la desocupación laboral y dificultades económicas graves que llevan a la persona a vivir un estado de inequidad social, el no tener hogar, encontrarse en prisión, las normas y formas de convivencia grupal, la inequidad de género o de raza, la exposición a guerras o a el conflicto armado, el no tener acceso a la salud y a la educación, el costo de las jeringas, la inexistencia de políticas públicas dirigidas a disminuir el consumo de sustancias intravenosas y las conductas de rechazo y de represión de la policía o fuerza pública hacia los UDI pueden influir en la mayor transmisión de VIH en esta población a través de la mayor implementación de conductas de riesgo. (Sánchez, Acevedo y González, 2012, p.7)

### **Definiciones desde el Psicoanálisis:**

El psicoanálisis considera al ser humano como un sujeto que habla de su síntoma. Este *síntoma* es aquello que produce malestar o displacer, tomando un puesto importante dentro de la vida del sujeto. Aquel mensaje que sustituye una idea reprimida. Este concepto tendrá una construcción epistemológica porque sirvió de base para que diversos autores pudieran construir diferentes conceptos de síntoma. Así, en este trabajo, al síntoma se lo analizará desde la perspectiva de dos personajes importantes: Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, y Jacques Lacan, su sucesor.

### **El síntoma desde la perspectiva freudiana**

Freud consideraba que los síntomas son: “actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad y conllevan displacer o sufrimiento para ella” (Freud, 1978, p. 326).

Los síntomas establecen la naturaleza de la enfermedad. Lo característico de la enfermedad es su capacidad para formar nuevos síntomas. Estos requieren un gasto anímico al momento de manifestarse, trascienden de tal forma que dejan a un lado toda tarea relevante en la vida para únicamente dedicar energía para el síntoma. La mayoría de las personas están en condiciones para formar síntomas.

Para Freud (1978), todos somos neuróticos. Los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que gira en torno a la particularidad de la satisfacción pulsional. Una de las partes que produce un conflicto es la libido insatisfecha, apartada por la realidad, que ahora tiene que encontrar otros caminos para su satisfacción. La libido es una energía psíquica en general que dirige toda forma de conducta desde la psiquis de la persona.

El mecanismo más frecuentemente utilizado es la regresión. La regresión es concebida como “el retorno de la persona a etapas ya superadas de su desarrollo evolutivo psicológico” (Guirao, 2017, p. 1). Es el retorno a una etapa satisfactoria. En el recorrido de la regresión, la libido es aprendida por la fijación de una etapa que el sujeto ha dejado atrás. De alguna u otra manera, la libido debe ser descargada, y escapar a algún lado. Estas fijaciones ayudan a la escapatoria de la libido.

El síntoma tiene un sentido que se construyó a partir de las vivencias del sujeto y es capaz de ser interpretado. Esta interpretación sirve para encontrar la dirección a donde se dirige el síntoma y desde donde se remite. Según Freud: “siempre y dondequiera, el sentido de los síntomas es desconocido para el enfermo, y el análisis muestra por lo regular que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes, que empero, bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes” (Freud, 1978, p. 255). El sujeto desconoce la razón de su síntoma, tienen un origen en el inconsciente que pueden manifestarse conscientemente.

Dentro de los análisis para la elaboración teórica del psicoanálisis, Freud introduce uno de los conceptos fundamentales para entender la constitución del síntoma: la repetición.

El analizado repite en vez de recordar, y repite bajo las condiciones de la resistencia. Repite todo cuanto desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto: sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter. Y, además, durante el tratamiento repite todos sus síntomas. (Freud, 1980, p. 153)

La repetición de los síntomas manifiesta el malestar. Aquellas repeticiones impiden el placer y la satisfacción para el sujeto, se reinciden en acontecimientos que provocaron malestar, y a través de esto, lo reprimido se mantiene intacto.

Freud, en la conferencia 18 *Los caminos de la formación del síntoma* (1978), menciona que el síntoma se constituye a partir de un acontecimiento que no fue destinado a la consciencia, sino desviado hacia lo inconsciente, por resistencia del sujeto. Esta condición previa para que se constituya un síntoma se lo conoce como represión.

El método psicoanalítico no tiene como propósito eliminar dichos síntomas, sino más bien buscar el origen y trabajarlo. Como se indica en la conferencia 28: “la terapia analítica hincó más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos” (Freud, 1978, p. 410).

## **Síntoma desde la perspectiva lacaniana**

Lacan comparte con Freud la idea de que el síntoma es interpretable, concepto que dejó en sus inicios de su enseñanza. El síntoma se manifiesta durante las sesiones analíticas de tal forma que se expone para ser interpretado. A partir de esta premisa, Lacan atribuye al síntoma como portador de un mensaje.

Para Lacan, el síntoma es hablado por el paciente, el autor afirma que “el síntoma es una metáfora” (Cerrone, 2016, p. 14). Esta concepción es tomada a partir de los aportes de la lingüística. En ella, Lacan establece una asimilación que existe entre el funcionamiento del inconsciente dadas por Freud con las metáfora y metonimia, funcionamientos del lenguaje. Articula la relación que existen entre el lenguaje y el consciente para crear lo que una de las famosas referencias: “el inconsciente está estructurado como un lenguaje”. (Lacan, 1964, p. 28) La referencia es analizada por Jacques Miller, sucesor de Lacan, quien afirma que el sujeto es un ser hablante y un ser hablado (Cerrone, 2016) porque el lenguaje cambia el cuerpo y esencia de la persona, modificando sus necesidades y sentimientos.

Retomando la afirmación de Lacan: “el síntoma es una metáfora” (Lacan, 1964, p. 508). Se interpreta como metáfora aquella analogía o asociación entre dos elementos que comparten alguna similitud de significado que se sustituye el uno por el otro. El objetivo del análisis del síntoma es identificar ese significado oculto en la metáfora que se presenta inconscientemente. Por esto, el síntoma es un mensaje “cifrado dirigido al Otro, es portador de un saber inconsciente, no sabido por el sujeto y que es posible descifrar” (Cerrone, 2016, p. 14).

## **Definición de sujeto desde el psicoanálisis**

El psicoanálisis concibe al sujeto como dividido, inconsciente, atravesado por el lenguaje. Esa concepción proporciona definir desde de allí un cuerpo, que tendrá una singularidad para cada uno. *Para el psicoanálisis el sujeto es el sujeto del inconsciente.*

El sujeto desde el psicoanálisis es un sujeto alienado y constituido por significantes proporcionados por el Otro, dándole lugar en el lenguaje. Los significantes son aquellos que representan al sujeto. Estos significantes construyen la cadena de significantes con lo que van a definir su subjetividad. No obstante, repercutan en las distintas etapas de vida del sujeto, junto con ellas definen su personalidad. Además, un sujeto deseante y deseado, deseante por la falta que provocó la castración. La castración como un corte entre la relación de la madre con su hijo. Esto produce que los sujetos estemos en falta y en búsqueda de aquello que se pueda llenar esa falta. Y deseado, desde su concepción hasta todas sus etapas de la vida.

## **Enfermedad o conflicto psíquico**

El concepto de enfermedad como definición objetiva no existe en psicoanálisis sino más bien se lo denomina conflicto psíquico, aquella tensión que surge entre diversos componentes del individuo que trata de resolver como puede (Martín, 2016). Desde la perspectiva freudiana, se postula que una persona tiene un conflicto a partir de demandas internas contrarias que se oponen y emergería en el lugar de un trauma no recordado. Hablar sobre los conflictos psíquicos corresponde a tocar la esencia de lo humano. Esta esencia da origen a lo que nos hace desear, pensar, actuar y sentir. El conflicto se inclina más con el objeto de cumplir el deseo o contrarrestarlo. Según Malena:

Este conflicto puede producirse por la oposición entre un deseo por un lado y una exigencia moral que le impide manifestarse, o bien por dos sentimientos que se contradicen entre sí, y esta contradicción puede aparecer deformada como síntomas, problemas de conducta, fallas de carácter, etc. (Malena, 2008)

El concepto de conflicto ha llevado a muchos psicoanalistas a diferenciar las numerosas organizaciones conflictivas que se presentan en la persona. Según Lysek (1993) quien, en el Symposium de la SIM, con motivo de la celebración de los veinte años de su fundación, celebrado en Neuchâte, expone las siguientes principales organizaciones conflictivas: conflictos de sistemas o de instancia, un conflicto que surge entre una resistencia del consciente y una fuerza del inconsciente, entre el yo y los propósitos del ideal del yo, entre una objetivo del yo y un rechazo del superyó; conflicto en relación al objeto, un conflicto entre uno externo y un interno, u objeto parciales con objetos totales; conflictos de identificaciones: paternas y maternas; conflictos relacionado con deseos, ya sea por la oposición de uno con otros, por prohibiciones o neutralizado por defensas; y el último, conflictos pulsionales de orden de la sexualidad, entre el goce y la pulsión de vida.

Estos conflictos pueden exteriorizarse las diferentes áreas en las que trabaja un psicólogo, y en lo que compete al tema del proyecto de investigación, al área hospitalaria. Aquí cabe recalcar la dinámica que juega el conflicto con el campo biológico, por el hecho de que nos encontramos en un campo médico. No olvidemos que la persona es considerada como un ser psico-bio-social. Instaurada desde el campo psicológico, biológico y social. Todas interrelacionadas entre sí. Lo uno repercute lo otro como un efecto cadena.

Existe una tónica que explica la relación psicobiológica por medio de un postulado considerablemente consensuado en el pensamiento científico moderno: "Lo psíquico es indisociable de lo biológico. No sólo están en interacción permanente, sino que funcionan de manera totalmente interdependiente, tanto en el sentido psicosomático como somatopsíquico" (Lysek, 1993, pp. 5).

Los conflictos pueden afectar a lo biológico a través de la somatización. Traspasa la barrera de lo inconsciente hacia lo consciente, teniendo consecuencias a nivel corporal, la pulsión va hacia la carne y la estimula provocando sensaciones que dependen de cómo lo perciba el sujeto se atribuirán como agradables como desagradables, obstruye la funcionalidad psíquica y biológica. Genera múltiples espasmos que alteran el orden psíquico provocando desequilibrio pulsional y hormonal.

A partir de este postulado Lysek elabora este concepto de conflicto: “un conflicto psíquico es la traducción de incompatibilidades inconscientes con las que el deseo se tropieza en la vía de su realización, que son memorizadas en complejos de representaciones-afectos, y después cibernetizadas por la dinámica pulsional” (Lysek, 1993, p. 11).

## **Subjetividad**

Briuoli (2007) afirma que “la constitución de la subjetividad implica que el sujeto posee herramientas que le permiten reorganizar sus representaciones acerca de sí mismo, de los otros y de su lugar en la sociedad” (p.82). Siendo desde la infancia donde el Otro es quien viene a inscribir al sujeto dentro del campo del imaginario. Pasando en un primer momento por el complejo de Edipo, para que se dé con ello la apertura a la constitución de la subjetividad.

La subjetividad, también se da desde lo social, es por eso que se construye y deconstruye permanentemente, moldea cuerpos, mentes y hasta las mismas relaciones sociales. Entonces, es así como se construye la subjetividad de cada individuo ya que se convierte en un resultado de un proceso de construcción social.

Conllevando con ello a que dependerá de los significados que se le sea asignado en cada cultura, en cada momento histórico, en cada contexto sociocultural.

## **Urgencia subjetiva**

Uno de los nombres más comunes que tiene la urgencia subjetiva es: angustia. Este es el signo que mejor podemos identificar en el sujeto cuando se encuentra en un desequilibrio pulsional, donde los muros que ayudan a la estabilidad se desmoronan, donde la angustia, ansiedad o la depresión han traspasado por las barreras defensoras de la psiquis. Se establece un grado de emergencia frente a la situación que está pasando la persona. La persona entra en un estado donde no haya respuesta sobre su malestar. El malestar amenaza su orden psíquico. Para esto, es conveniente desarrollar una acción que retorne el sujeto a un estado estable.

La urgencia subjetiva un tiempo subjetivo, un tiempo que es importante para que el mismo sujeto localice en él aquel momento traumático que lo ha llevado a la urgencia. La urgencia únicamente no solo es atravesada por el paciente que llega por un momento de crisis, sino también involucra a todo profesional que trabaje en la institución, y la institución como tal también.

Según Gustavo Bertrán (2009) considera que se puede ubicar tres variables que entran en juego cuando se manifiesta una situación de urgencia: el apremio del tiempo, la caída de la función subjetiva, y la necesidad de la respuesta a dar, esta sea elaborada por la vía al acto.

El acto es la única alternativa para contrarrestar el malestar insoportable que ha llevado al sujeto a una urgencia. Esta modalidad se trata porque, en la urgencia, el sujeto no tiene lugar dentro de la palabra, no consigue entender el porqué de su

estado. Retomando lo que se habló anteriormente del sujeto. Se recuerda que el sujeto está constituido por una cadena de significantes, en este momento, hay una caída de esta cadena, todos los significantes que fueron incorporados por los lazos sociales con el Otro se están desvaneciendo poco a poco, o en el peor de los casos todo de golpe. Como lo explica Bertrán:

El sujeto se encuentra caído de la cadena significativa, de aquellos elementos simbólicos e imaginarios que, hasta entonces le brindaban un lazo al Otro. Se halla arrojado a la angustia, ante la emergencia pulsional que, como perturbación económica, rompe con los circuitos facilitados por las huellas mnémicas. (Bertrán, 2009, p. 1)

Existe un exceso económico de energía que sumerge al sujeto en una modalidad de inminencia del acto. Pero existe un riesgo en ese acto, la manera en cómo se guiará el analista la intervención, determinará el resultado de un sostén que permita disminuir el estado angustioso en el que se encuentra el sujeto.

## CAPITULO II: EL LUGAR DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE DENTRO DEL DISCURSO

Kristeva (1988) define al lenguaje como *demarcación, significación y comunicación*. En este sentido, todas las praxis humanas son tipos de lenguajes, puesto que tienen la función de *demarcar, significar y comunicar* (p. 6). Lenguaje es más amplio, discurso es más del orden de lo singular.

El lenguaje viene de cierta manera a formar parte para que exista un sujeto es decir que existe como hombre, significa existir en un mundo donde los objetos no tienen existencia “natural” sino que son propuestos por la cultura, en y a través del lenguaje, del sistema de la lengua (Braunstein, 2005, p.72).

Es ahí donde gracias a que “la lengua proporciona el instrumento de un discurso en que la personalidad del sujeto se libera y se crea, alcanza al otro y se hace reconocer por sí mismo” (Kristeva, 1988, p.241). Y es que los fenómenos conscientes no pueden tener existencia empírica sino bajo la forma de asociaciones entre representaciones de palabra. Su existencia es una existencia de lenguaje y no puede abordársele sino a partir de su objetivación como discurso (Braunstein, 2005, p.73).

Para Kristeva (1988), el psicoanálisis considera todo *síntoma* como un *lenguaje*: lo convierte en una suerte de sistema signifiante del que habría que deducir las leyes, las cuales son similares a las de un lenguaje. Lo que se descubre en el discurso, es la motivación primero inconsciente, luego más o menos consciente, que produce luego los síntomas. (p. 240) Es importante que se pueda reconocer que “es imposible concebir los fenómenos conscientes sin el cerebro, es también imposible concebir lo consciente humano sin la integración del sujeto a un sistema lingüístico que ordena para el mundo y su percepción”. (Braunstein, 2005, p.72)

Se tiene como fuente la *intervención psicoanalítica* la cual es la que impide el gesto metafísico que identificaba las diversas praxis lingüísticas con Una Lengua, Un Discurso, Una Sintaxis, y que incita a buscar las diferencias de *las* lenguas, de *los* discursos, o más bien de los sistemas significantes construidos en lo que se ha podido tomar como La lengua o El discurso. (Kristeva, 1988, p.246)

## **El discurso.**

El discurso es un elemento que, para cada rama, estudio y persona es diferente debido a la utilidad o beneficio que se obtiene de él y es que en su diversidad se puede llegar a producir un saber (Lévi-Strauss citado por Braunstein, 2005, p.90). Existe un léxico individual en el que cada uno de nosotros acumula el vocabulario de su historia personal, pero este vocabulario solamente adquiere significación –para nosotros mismos y para los demás- si el inconsciente lo organiza según sus leyes y constituye así un discurso.

El sujeto es un ser deseante desde que nace ya que se encuentra inmerso en una sociedad, pero es mediante la palabra en la que él se llega a convertir en sujeto de la enunciación. Lacan (1969) menciona que:

Hay que distinguir lo actual del discurso, como una estructura necesaria, de algo que va mucho más allá de la palabra, siempre más o menos ocasional. Incluso prefiero, como lo hice notar un día, un discurso sin palabras. (p. 3)

Braunstein (2005) en su libro *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia Lacan* desarrolla la definición de lo que es *el discurso*:

El discurso es la forma superior que integra y organiza, desde su mayor complejidad, a las formas inferiores como los códigos o a la articulación de imágenes agregándole también que el discurso es la puesta en función de las estructuras de la lengua, pero, además, el discurso está abierto al sentido” (p.94).

### **Los cuatro discursos.**

Los cuatro discursos trabajados por Lacan han sido de gran aporte para el psicólogo, porque han permitido conocer el lugar de dónde el sujeto habla o se posiciona. Además, la estructura de los cuatro discursos tiene la particularidad, que es compartida con otra ciencia, como son las matemáticas, de conservar el orden al momento de producirse y de mantener una secuencia que es la de un sucesor y antecesor. Y es justamente ahí donde se puede trabajar o entender al sujeto, puesto que para que haya discurso es necesario que exista primero el lenguaje.

Este orden de ideas, las letras del álgebra que Lacan (1969) menciona en su seminario 17 como aparato de cuatro patas, con cuatro posiciones, puede servir para definir cuatro discursos radicales. Los símbolos: **S1**, **S2**, **\$** y **a**, tienen un significado: S1 = Significante amo, S2 = Saber, \$ = Sujeto del inconsciente y a = Objeto a. (Ruiz, 2014, p.5) Esto nos daría a entender lo que Lacan en su momento lo trabajó como *el cuatrípodo del discurso* porque es justamente como una estructura de cuatro lugares o casillas, en los que se inscriben cuatro términos utilizados, como lo son: Agente, otro, la verdad y producción. (p.9)

Braunstein (2005) hace referencia a la coyuntura ideológica en la que en un cierto espacio y tiempo histórico se determina un campo, enmarca lo que puede ser

pensado y lo que puede ser dicho por cada sujeto hablante dentro de esa coyuntura espaciotemporal, atendiendo a su posición, esto es al lugar de sujeto ideológico que ocupa. (p.78) Todo esto teniendo que ver en relación con una lógica de ser y es que el discurso del sujeto va a variar dependiendo de la finalidad a la que este quiera llegar o el lugar donde se sienta mejor al presentarse a otro.

En el Seminario 17 encontramos que Lacan (1970) plantea los cuatro discursos: el discurso del amo, el universitario, el de la histeria y el del analista. Son aquellos discursos los que permiten hacer lazo social, en el sentido que conlleva un mensaje al saber del sujeto. Luque (2002) menciona que “la axiomática de Peano no se ocupa de explicar la naturaleza de los objetos matemáticos que forman parte de la teoría, sino las propiedades y las relaciones entre ellos” (p.3). Siendo la misma finalidad que tiene la funcionalidad de los discursos que Lacan trabajó en su momento y es que “cada uno de estos discursos lo escribe con un matema que ordena la realidad del vínculo social humano” (Dasuky, 2010, p.102).

Para Lacan, el proceso de la significación se produce entre los significantes, no en cada uno de ellos y se da en efecto de retroacción, es decir, el último significante viene a dar sentido a los que le antecedieron (Ruiz, 2014, p.5). Como seres sociales nos vamos a ver inmersos en la relación de discursos porque es desde ahí donde se logra una interacción social que nos abre puertas a ver o entender de mejor manera al sujeto que tenemos al frente. Y es justamente en “el *acto psicoanalítico*, donde volvemos a encontrar la cadena sujeto-destinatario, y el hecho fundamental de que todo discurso está destinado a otra persona” (Kristeva, 1988, p. 240).

Y el discurso es siempre discurso de un sujeto, lo que remite ineluctablemente del *sujeto de la conciencia*, del sujeto de esa abstracción nocional, efecto del ser social, a la cuestión del sujeto del discurso como *corpus* concreto, a partir del cual se podrá abordar al sujeto, que ya no será el sujeto de la conciencia ni tampoco el sujeto del discurso sino el sujeto a secas, en toda su complejidad, que hace de sus fenómenos conscientes y de lo que dice en su

discurso aspectos meramente parciales, porciones flotantes del iceberg de una estructura compleja, donde lo inconsciente y lo no dicho de su discurso aparecen como condicionantes y delimitadores de lo consciente y de lo sí dicho (Braunstein, 2005, p.73).

### **El lugar del médico en el discurso.**

Para el psicoanálisis lacaniano, el sujeto depende de donde se ubique dentro del discurso del Otro. Para Lacan “el sujeto solo se instituye representado por un significante para otro significante” (Quiceno, 2010, p. 117). Antes de esto no existe el sujeto, quien nace por la representación de los significantes. “El que lo representa (S1) es determinado por otros que le dan su valor (S2)” (Quiceno, 2010, p. 117). En otras palabras, el S2 es quien va a determinar el valor al S1. Para entender mejor esta lógica, es decir, el discurso en el que se ubica al médico, se debe recordar los principios que servirán de base para este estudio.

Es pertinente recordar que este trabajo se está asociando con los cuatro discurso propuestos por Lacan, puesto que una vez ya visto el contexto en el que se basa y luego de ubicar el lugar del médico en uno de los cuatro discursos, se ha llegado al análisis de que el médico se encuentra dentro del discurso del amo. Pero antes de hacer la comparación primero se debe saber de qué manera trabaja el discurso del amo.

En el caso del discurso del amo, el significante amo se ubica en el lugar del agente, sobre donde se respalda la esencia del amo; la ley, el estatuto donde rige su autoridad. Pero, detrás de esa autoridad, existe un desconocimiento sobre la verdad de su determinación, es decir, la división del sujeto. Es por esto que el sujeto tachado, \$, está por debajo de la formula. Oculta inconscientemente su verdad, su falta, su tachadura, su secreto, es decir, su castración (Savio, 2015. p. 51). De alguna forma, el amo trata de borrar esa tachadura, porque si el Otro llega a saber

que es tachado, su estatus de amo caerá. En el lugar del otro, se sitúa el esclavo, el que tiene el saber hacer. El esclavo es aquel que sabe porque ha perdido algo que ha querido mantener en su acercamiento al goce. “Por tal motivo, el objeto a, el plus-de-goce, es el efecto, producto del discurso” (Savio, 2015. p. 51).

#### DISCURSO DEL AMO

<u>S1</u>		<u>S2</u>
\$	//	a

Entonces, el médico se ubicaría en el lugar del amo, porque él es quien cree tener todo el saber, ¿por qué  *cree*?, porque realmente sabe que no tiene el saber completo; al igual que el amo, el médico necesita el saber del paciente para poder seguir con su estatus. Del mismo modo, oculta su tachadura, es decir, su desconocimiento, para que su autoridad, su semblante siga rigiendo. Es decir, el S1 sería el médico y el S2, el paciente.

“El significante no puede definirse de manera aislada, supone por lo menos dos elementos (S1) - (S2), el sujeto no está en ninguno de los dos elementos, él es el producto de estar “entre” los dos” (Quiceno, 2010, p. 117). Es decir, entre el médico y el paciente se ubica la  *enfermedad*. Es la enfermedad quién relaciona tanto al médico como al paciente porque sin enfermedad no existiría razón alguna para un sujeto visitar a un médico, ni para un médico diagnosticar al paciente. En “el discurso del amo lleva este nombre porque el S1 que está en el lugar del agente indica que el significante amo comanda el discurso,  *comanda* quiere decir que el agente no es el que obra sino el que hace obrar” (Quiceno, 2010. p. 118). Es decir, el médico es quien hace obrar al paciente respecto a su enfermedad. El médico utiliza ese saber que posee el paciente, los signos y síntomas que padece, indaga qué es lo malo que tiene el cuerpo del paciente y a partir de esto, le va a poner un nombre a ese padecimiento. El médico fue creando una totalidad respecto a su saber, pero ese saber lo construyó a partir del saber que se encontraba en los pacientes.

Pisani (2013) se refiere a que mediante esta relación diádica de sujeto-objeto, relación médico-paciente que reproduciría la lógica de las ciencias de la naturaleza -situación, como hemos visto, signada por la transparencia de la relación-, es donde aparece una alteridad radical. Emergería la presencia de un tercero, que no es más un cuerpo y sus anomalías, sino una escena bajo el signo de las alteraciones de orden conductual y psíquico. Así, de la medicina se funda una nueva disciplina que atenderá el campo de los alienados, los locos, los anormales. (p.91)

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, es que podemos ver que mediante esta relación médico-paciente es la que se permite la apertura a un campo más amplio en el lado del estudio de las ciencias médicas, porque no solo hay un área de estudio sino varios que deberán trabajar en conjunto para el bienestar de aquel paciente que va a consulta. Y es que se apunta de alguna manera a una cura, cura en tanto apaciguamiento del dolor que emerge en el paciente.

“Sin embargo, está claro que su función implica que algo venga a llamar desde afuera, si no, no puede salir nada” (Lacan, 1969, p. 33). Dicho en otras palabras, su saber debe ser utilizado y puesto a prueba por medio de un llamado por parte del paciente, y es aquí, donde los engranajes que dan energía y fuerza movilizan el saber, por el contrario, el saber jamás es desplegado de sus enciclopedias. A decir verdad, el saber del médico es muy mecanizado, es un saber muy objetivista y poco subjetivo, poco útil en situaciones donde ameriten una intervención que ayude no solo a calmar el dolor físico sino también lo angustioso que conlleva tener una enfermedad. “Hoy en día, el médico presta más atención a la información de su computadora, que a los ojos llenos de ansiedad de su angustiado paciente” (Aragón, 2011, p. 122).

Históricamente se ha constatado que el amo frustró lentamente al esclavo de su saber, para hacer de este un saber de amo, esto es relacionado en la práctica

diaria hospitalaria, al momento en que se pone en juego la relación médico-paciente en una consulta (Lacan, 1969, p. 34).

Lacan al postular acerca de esta posición que ocupa la relación médico-paciente va a remitir a estos lugares: está ese lugar de amo que es ocupado por el médico, cuando este, mediante su criterio profesional, llega a anular el saber o sentir, que manifiesta en ese momento el paciente, siendo este quien verbaliza y le da la base para que pueda encontrar un cura o un medio de aliviar su dolencia. Es justamente ahí, cuando el paciente relata su sintomatología, en la que algunas veces se da con mayor intensidad de lo que deberían de ser o aparece un efecto secundario que no debería pasar, según el punto de vista del médico. Siendo esos mismos síntomas que no siempre deben de ser exactos como lo está prescrito en un manual; como el DSM o un CIE-10, porque hay una realidad, y es que cada cuerpo es diferente.

### **El lugar del médico visto desde su práctica profesional.**

Una vez visto el discurso del médico desde la lógica de los cuatros discursos propuestos por Lacan, y ubicándolo en el discurso del amo, como aquel discurso que tiene más compatibilidad con el tipo de relación que posee el médico con el paciente respecto al saber que se necesita para manifestar un diagnóstico. Ahora veremos el discurso del médico desde la práctica, es decir, ya no enfocado desde el saber, sino desde el compromiso y la percepción que tienen de sus pacientes dentro de la práctica diaria en los hospitales.

Como se mencionó anteriormente, entre el paciente y el médico, se ubicaba la enfermedad, lo cual es lo que vincula a ambas entidades, y son quienes hacen algo al respecto de aquello. Ahora bien, analizando desde la práctica del médico, ¿hasta qué punto el médico está comprometido a romper ese vínculo que los une, es decir, la enfermedad que se manifiesta? Si bien, en teoría, la enfermedad es lo que los vincula, ¿la cura de la enfermedad es lo que los separa de sus roles?, pero si lo

enfocamos desde la práctica, haya o no enfermedad, siempre existirá un vínculo, sea de alguna consulta sobre algún aparente malestar o alguna recomendación sobre el cuidado de la salud en general.

Mientras la enfermedad esté, de alguna u otra forma, entre ambos, el vínculo siempre existirá. No obstante, el compromiso que ponen en juego para enfrentar a la enfermedad es propia de cada uno. Si se hace referencia a Lacan en este análisis, ya es que lo que compete comparar, entre la medicina y el psicoanálisis, para él, el médico adquiere el objetivo-proyecto de la medicina: “Desalojar el síntoma para desembarazar al enfermo del mismo y para aliviar su sufrimiento y prolongar su vida” (Lacan, 1985, p.1 ). Se asume que este enunciado lo formuló dentro del contexto de la época en la que se encontraba, puesto que, el desembarazar a una persona de su síntoma requería un gran compromiso por parte de médico, dedicando su tiempo y sudor para llevar a su objetivo principal: curar la enfermedad.

En la actualidad ¿Qué tan comprometido está el médico con cumplir con ese objetivo anteriormente nombrado? Si se habla de compromiso, hay que tomar en cuenta que al comprometerse un médico se involucra y dedica su tiempo a la investigación sobre la enfermedad que padece el paciente o los pacientes que esté tratando. Sin embargo, existen factores que han declinado ese compromiso, pero ¿a qué se debe esta declinación? Como primer punto, la medicina se fue institucionalizando a niveles en los que al médico se le limita la intervención, se crean nuevas normas y protocolos, la limitación de plazas estatales para la internación de los enfermos. Todo esto ha creado un malestar por parte de quienes adquieren servicios de salud tanto estatales como privados. Como segundo punto, una vez institucionalizada la medicina, si existe cambio en las instituciones los médicos sufren cambios, y uno de ellos es su *semblante*. Pero ¿Qué es el semblante? Desde la RAE, el término nos remite a lo parecido, es decir, algo similar pero no lo es. Pero analicemos desde la lógica lacaniana.

Lacan en el seminario 18 propone la categoría de semblante, en donde, el semblante será ubicado en el lugar del agente. Recordemos que en el seminario anterior lacan propuso cuatro discursos que ya fueron explicados, pero ahora se trata de relacionar el discurso con el semblante. Lacan explica que el semblante es constitutivo al discurso, entendido como una forma de regulación del lazo social: “Todo lo que es discurso solo puede presentarse como semblante, y nada se construye allí sino sobre la base de lo que se llama significante” (Lacan, 1971, p. 15).

Miller en su texto *De la naturaleza de los semblantes* (Miller, 1991-92, p. 10-12) destaca que el semblante como categoría aparta de lado a lo simbólico e imaginario, permaneciendo lo real por fuera. Además, el semblante lo entiende como: “aquello que se opone a lo real, sería más preciso decir que el semblante se presenta como un velo, punto de detención en la vía hacia lo real” (Thompson, 2014, p. 571).

Recordemos que debajo del lugar del agente, se encuentra el lugar de la verdad, es decir, debajo del semblante, aquello que vela, vela la verdad. Por consiguiente, ambos están articulados a la producción del discurso. “si el semblante es lo que se da a ver, la verdad quedará -debajo de la barra- en el lugar de lo que se juega a ocultar” (Thompson, 2014, p. 571). Toda verdad esta enlazada a un semblante, que es su contracara. La unica manera de acceder a la verdad de quien sostiene una postura es por la vía del semblante de donde parte el discurso. En conclusion, “el semblante lacaniano es aquello que se da a ver” (Thompson, 2014, p. 572).

Agente

Verdad

Una vez visto, lo referente al psicoanálisis, se puede asociar el lugar del médico en el discurso junto con el respectivo semblante que presenta. Comparando la teoría con el semblante que el médico manifiesta en la práctica profesional. En primera

instancia, recordemos que “el semblante lacaniano es aquello que se da a ver” (Thompson, 2014, p. 572). Es decir, el médico únicamente da ver a lo que le conviene a él mostrar. Recordemos que el lugar del médico se encuentra en el discurso del amo. Utilizando el matema del discurso del amo que corresponde al lugar del semblante:

S1

\$

Como se menciona anteriormente, el semblante es un velo que protege de lo real. Además, el semblante nos permite hacer algo con aquello que no queremos permitir ni ver las cosas que nos afectan, es decir, lo real. Y al mismo tiempo, cumple la función de no dejar ver lo que realmente es, es decir, en este caso, que el médico es un sujeto tachado, un sujeto en falta. Pero ¿Por qué es crear un velo? ¿Cuál es ese real de lo que se está protegiendo? Véase desde la relación médico-paciente en la práctica profesional: existe muchos dichos y adjetivos que le atribuyen los pacientes sobre el semblante del médico. Muchos lo denominan con un semblante *frío, automático, sin corazón* (sin sentimientos), otros dichos como: *ya ni la sonrisa de los médicos vemos, han perdido su humanidad*. Este enunciado es muy preciso para analizarlo: *han perdido su humanidad*. ¿Será que lo que eso que velan es su humanidad?, ¿todo lo que experimentan cada día en su práctica profesional dentro de los hospitales han influido en su humanidad? Para responder estas preguntas, se quiere traer a nuestro trabajo un argumento expuesto por un médico. Se le preguntó: *¿Por qué describe de esta manera su semblante?* Responde: *nosotros, los médicos que trabajamos en hospitales de especialidades, seguimos protocolos para todo tipo de situación, uno de las recomendaciones que da el protocolo es no perder la cordura ni la paciencia frente a la situación de riesgo, nosotros por conocimiento sabemos que hay cosas que no podemos controlar, muchas veces por esto nos faltan el respeto, creen que no tenemos corazón, como lo dicen vulgarmente, pero es porque de nada nos serviría sentirnos mal y empezar a llorar, eso nos inmovilizaría y no pudiéramos hacer nuestro trabajo. Debemos mantener la misma postura frente a todo tipo de situación*. Entonces se puede

analizar que su reputación se debe a su criticada postura que presenta frente a las situaciones. Tiene lógica el argumento de la doctora. Si uno se involucra sentimentalmente afecta su trabajo y los resultados pueden ser catastróficos. Anulan sus sentimientos para que no influya en su trabajo, pero al mismo tiempo corren el riesgo de ser visto como lo denominan, un ser sin *corazón*.

### **El lugar del paciente en el discurso.**

El discurso del paciente viene más del lado del discurso de la histeria puesto que se analiza la construcción del matema:

#### **DISCURSO DE LA HISTÉRICA**

§ S1  
a // S2

En la posición de agente, se ubica el sujeto barrado, al que se lo relaciona con el síntoma, y, en el lugar del otro, el significante amo. Lo que la histérica busca es el significante amo, “clave de su destino”. (...) En el lugar de la verdad, se presenta el objeto a, ya que es la histérica la que deviene en causa del deseo para el otro (Rabinovich, citado por Savio, 2014, p. 51).

Con ello se entiende cuál es, cuál es la posición que la histérica mantiene frente al Otro, y es que en este contexto el S1 se lo usara para representar el lado médico, ya que el vendría hacer el receptor de este mensaje mediante el relato de su malestar y dolor. Lacan (citado por Hernández, 2017, p.5) afirma que en la histérica:

Ella quiere un amo. [...] Quiere que el otro sea un amo, que sepa muchas cosas, pero de todas formas que no sepa las suficientes como para no creerse

que ella es el premio supremo de todo su saber. Dicho de otra manera, quiere un amo sobre el que pueda reinar. Ella reina y él no gobierna. (p. 5)

Teniendo a su vez como lo plantea Pisani (2013) que “El sujeto es el centro indiscutido de todo conocimiento, y solo gracias a él, como consecuencia lógica, será posible el acceso a la esencia de lo que se llamará *enfermedad*” (p.91).

Así, vemos que la histérica fabrica, como puede, un hombre - un hombre que está animado por el deseo de saber. Pero si se trata de su discurso y este discurso es lo que hace que haya un hombre animado por el deseo de saber, ¿qué es lo que se trata de saber? ¿Qué valor tiene esta misma persona que habla? Puesto que, en tanto *objeto a*, ella es la caída, la caída del efecto de discurso, siempre fracturado en algún sitio (Lacan, 1969, p. 35).

El paciente que se dirige al médico en busca de que satisfaga ese deseo de saber lo que en su cuerpo está padeciendo, en tanto su verdad sea complacida con el resultado de lo que desea escuchar; por lo contrario, se definiría el *objeto a* como aquello que no convence al paciente, y seguirá con insistencia hasta lograr saber por qué es el paciente que de alguna u otra forma sostiene el saber del médico. Lo que el paciente quiere, en el límite, que se sepa, es que el lenguaje no alcanza a dar la amplitud de lo que ella, como paciente, puede desplegar con respecto al diagnóstico que espera (Lacan, 1969, p. 35).

Lacan (citado por Hernández, 2017) menciona acerca de la existencia de un paralelismo que se da entre la histérica y la clase proletaria:

La histérica y la clase proletaria es a este respecto, destacable, pues el valor sintomático del malestar del trabajador, de su alienación en el trabajo, de su deshumanización, muestra críticamente -al igual que el síntoma histérico- algo

más que una mera condición atípica, anormal y extraña. Este síntoma se muestra así mismo como una crítica que permite entender que tanto la histérica como el proletariado han sido, además de explotados, despojados de su saber. (p.278)

No obstante, cada paciente en particular acepta con espera su saber, pero en algunos casos, el discurso se histeriza más de lo usual, llevando consigo consecuencias somatizadoras que, para el médico, no son de ayuda, para su recuperación. Aunque, la verdad es otra: sea o no sea de mucha ayuda, el médico olvida este factor, *la angustia* en la espera de ese saber.

En la tradición médica del siglo XVIII, la enfermedad se presentaba al observador de acuerdo con *síntomas* y *signos*. Los unos y los otros se distinguen por su valor semántico, así como por su morfología. El síntoma –de ahí su posición real- es la forma bajo la cual se presenta la enfermedad: todo lo que es visible, él es el más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad. Los síntomas dejan *transparentar* la figura invariable, un poco retirada, visible e invisible, de la enfermedad (Foucault, 2003, p.131).

En un determinado momento esta lógica que se presenta entre el amo y la histérica tiene un sentido, conociendo que la histérica se moviliza de cierta manera mediante su síntoma.

En nombre de su síntoma, le histérica llega a recurrir al Amo para obtener el saber. Saber que muestra su importancia porque no da cuenta del goce que está incluido en el síntoma. Lacan articula esa relación de la histérica con el Amo como el modo de producción de la ciencia. Ahora resulta que el Amor quiere que las cosas funcionen. No le interesa saber por qué funcionan. El histérico, aunque

las cosas funcionen, le interesa saber por qué funcionan. Necesita “entender” (Wainsztein, 2012, p.5).

## **El cuerpo.**

Al hablar de este *cuerpo* en tanto soporte de historias, dolencias y palabras, porque eso es lo que vive y relata mediante su discurso este paciente cuando se encuentra hospitalizado en el área de emergencia, a la espera de una respuesta a su dolencia. Pero lo que se debe trabajar en ese momento con aquel paciente, es el de poder llegar a calmar esa angustia que trae consigo en ese cuerpo, cuerpo hablante en tanto hace que devenga sujeto.

Para Freud la palabra no solo ha sido el elemento que permite evidenciar los conflictos internos del sujeto, sus pulsiones y material reprimido, sino que permite constituir una dirección a la cura, dando lugar a la experiencia analítica a partir de lo que él llamó asociación libre (Urquiza, 2012, p.19).

En este encuentro con ese cuerpo enfermo donde “La histeria muchas veces interpela, hace un llamado claro a la persona del analista, repite con frecuencia lo importante que son sus sesiones, afirma que necesita que se ocupen de ella (o él) y de su sufrimiento” (Marchant, 2000, p.8). Por lo que es normal que en un primer momento se de este acercamiento que daría apertura a un conocimiento que solo el paciente le podría ofrecer al médico, porque es el paciente quien siente, padece y aqueja pudiendo de esa forma comenzara sus hipótesis y posibles intervenciones para la pronta mejoría.

Como bien es oportuno traer un dicho de un paciente “parezco como un reloj de arena”. El mensaje que trae esa frase conllevaría a lo que mencionan Bohórquez & Jaramillo (2005)

El lenguaje del cuerpo enfermo es el lenguaje del sufrimiento y del temor de nuestro ser. Se sufre por el dolor y se teme por la muerte, la enfermedad de aquellos seres que queremos nos recuerda que ellos son también pasajeros. (p. 40)

Se entendería que la histérica (paciente) y el amo (médico) juegan un papel importante en este encuentro debido a que:

Lo que hallamos en una histérica que ofrece su cuerpo como un órgano sufriente es la falta de simbolización de un conflicto a nivel simbólico y plasma en lo somático una pregunta por su ser. (...) La histérica ofrece su cuerpo como objeto de estudio, pero ¿qué podemos leer de este ofrecimiento sino una entrega al Otro para ser deseada por este? Es decir que el malestar corporal no solo se constituye solo como una dolencia sino también como un ofrecimiento de su ser al cuerpo médico. Esa es la trampa imaginaria en la que podemos caer, tratar su cuerpo como un objeto de estudio y no escuchar ahí la compleja red simbólica que inviste al cuerpo de vida. (Marchant, 2000, p.10)

### **CAPITULO III: VARIABLES QUE GIRAN ENTORNO A LA SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE**

Una vez visto la forma en cómo opera la relación médico-paciente, y los lugares en los que se los ha ubicado dentro del discurso lacaniano. Es competente indagar respecto al tema de este trabajo que es el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización, reiterando lo anteriormente explicado, es pertinente abordar esta problemática, ya no de forma macro, sino llevar este análisis a orígenes más específicos con mayor profundidad.

Dentro del entorno hospitalario tenemos como variable: las enfermeras, quienes cumplen funciones de apoyo al individuo en la conservación de su salud. Las enfermeras son aquellas profesionales que van a tener mucho más contacto con los pacientes. La práctica dependerá de la formación y la cultura de la profesional. Además, se analizará de qué manera opera la enfermera, y qué rol cumple dentro del entorno hospitalario y de la relación con el paciente.

Otro punto muy importante de analizar es la vestimenta del paciente, debido a que, de alguna manera, crea un sentimiento de indefensión y vergüenza, ya que la vestimenta es de un material desechable y únicamente es un vestido sin ropa interior, es decir, lo único que limita ese cuerpo desnudo con el entorno, es la vestimenta.

Un dato muy curioso que se pudo recoger fue el hecho de estar siempre encendida la luz de las áreas del hospital. Esto repercutió en los pacientes, trayendo consigo consecuencias como delirios y malestares. Algo muy común que se presencia en las áreas de hospitales es la anulación del nombre propio por un nombre en común objetual, es decir, el paso de un sujeto con nombre propio a al nombre de un objeto únicamente de la medicina. En esta parte del trabajo se analizará cómo el entorno hospitalario y quienes lo conforman logran anular la subjetividad del paciente.

Del mismo modo, se sabe que la llegada de un diagnóstico sea cual sea el nivel de gravedad o levedad, influye en un impacto que tiene consecuencias subjetivas y corporales. Sin embargo, hay que analizar cuan angustioso fue el impacto de la llegada del diagnóstico para que el paciente pueda o no asumirlo y responsabilizarlo.

### **El entorno hospitalario.**

En el capítulo anterior, se hizo un análisis sobre el lugar que ocupaba tanto el médico como el paciente dentro de los discursos lacanianos. Previamente se describirá de manera general algunos conceptos básicos en lo que concierne al entorno hospitalario, para luego asociar y comparar con los conceptos propuestos para este estudio.

El hospital es un establecimiento dedicado a proporcionar asistencia y atención a enfermos mediante un equipo de profesionales de la salud, tales como: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y psicólogos. Cada profesional cumple un papel específico dependiendo de cada área de especialización en la que estén. El objetivo fundamental es: prestar a los enfermos una asistencia sanitaria, al menor coste compatible con la calidad.

Cuando un paciente se dirige a un centro de salud, lo mínimo que espera es un buen trato y una eficaz asistencia por parte de los galenos del hospital. Como lo menciona Lenis & Manrique (2015):

La calidad puede verse desde dos perspectivas: objetiva y subjetiva. La primera, basada en los aspectos técnicos y estructurales de la organización; la segunda, fundamentada en la capacidad que tiene el consumidor para juzgar los servicios recibidos y develar satisfacción o insatisfacción. Esta última, bajo el

supuesto de que la calidad es vista en función de quien la recibe; por tanto, varía dependiendo de su punto de vista. (p. 416)

Para que se pueda brindar al paciente una atención de calidad y esta se vea cristalizada siempre en el trabajo en equipo, es ahí cuando aparece esta triada: paciente, enfermera y médico, que es tan necesaria y oportuna dentro de un área de emergencia de un hospital para que pueda cumplir las diversas demandas como: la correcta información, atención, cuidados y estándares de calidad.

### **Profesionales del área hospitalaria.**

Las enfermeras son aquellas profesionales que pasan y atienden la mayoría de tiempo al paciente, y es que “la razón de ser y del quehacer de enfermería en las instituciones de salud es el cuidado directo, continuo y permanente de personas en situación de enfermedad” (Lenis & Manrique, 2015, p. 416). Aunque en la actualidad se ve tergiversada sus funciones, por ejemplo: ser voceras del diagnóstico, tratamiento y procesos.

Los cuidadores en salud, históricamente, reconocidos como profesionales de enfermería, en ocasiones se alejan de la labor del cuidado y cumplen funciones administrativas asignadas como prioridad, lo que contribuye a la práctica invisible del rol de los mismos, y limita o no permite ver de manera clara el rol de un profesional con vocación y servicio humanizado orientado a garantizar y mejorar la calidad de vida de las personas cuidadas (Arco & Suarez, 2018, p.173).

Es una realidad que se puede palpar en la práctica diaria y en el discurso que emite el paciente al momento de que un Otro diferente lo escucha, pudiendo decir con ello que es notorio la molestia o el efecto que produce el no ser atendido como

merecen. A ello se suma también otro profesional que es la mano derecha de la enfermera, y son los auxiliares en enfermería.

La definición de un auxiliar de enfermería vendría hacer según la Guía Para Adiestramiento De Auxiliares De Enfermería (1971) “la persona preparada mediante un programa educativo reconocido oficialmente, para participar, bajo la dirección y supervisión de la enfermera, en aquellas actividades del servicio de salud que exigen menos conocimientos científicos y habilidad técnica de enfermería” (p.7). Por ende, su función será la de realizar el aseo a los y retirar los fluidos que desechen los pacientes, procurando ser una ayuda a la enfermera dentro de la guardia.

Finalmente, ambas funciones sirven de herramienta para el médico. Ellos son el puente entre el médico y el paciente. Del mismo modo, son aquellos quienes están en más contacto tanto físico como, podría decirse, emocional.

### **El lugar de la enfermera y el auxiliar dentro del espacio del paciente: contacto.**

Se tiene conocimiento de que quienes dedican la mayor parte del tiempo en el cuidado del enfermo, son el personal de enfermería y los auxiliares. Son quienes lo cuidan, los limpian, los asean, le proporcionan todo referente al medicamento. Sin embargo, en este tema en específico, se va a considerar los niveles de inconformidad por parte del paciente cuando las sensaciones de contacto son malinterpretadas e irrumpen en las barreras de la intimidad.

El contacto con el paciente es parte de la vida diaria de los profesionales en enfermería. Los límites están propuestos y establecidos en cada persona. Pero, ¿hasta qué punto se sobrepasan los límites de la intimidad en el contacto en los hospitales? Véase desde otra lógica, desde la perspectiva de los auxiliares,

reiterando el papel y trabajo que desempeñan: aseo y limpieza. A diferencia de las enfermeras: cuidado y medicación, pero esta perspectiva se analizará luego.

Continuando con lo que concierne a los auxiliares. El contacto está ligado al aseo y a la limpieza personal del paciente. Todos los días, a cierta hora, los auxiliares asean los cuerpos desnudos de los pacientes en frente de todos los otros pacientes que se encuentran en la sección que corresponda. Se rescata dichos de pacientes respecto a esta modalidad de limpieza: *siento que me exhiben, me da mucha vergüenza que me vean desnudo, me siento como un objeto cuando me bañan*. Una modalidad muy cuestionada de quienes han pasado por aquello. Sujetos cuyos cuerpos lo perciben como objeto en la medida del modo de aseo empleado por el auxiliar. Por otro lado, el exhibicionismo que invade las fronteras de la intimidad.

Existen otras consecuencias con trasfondos subjetivos causados por el contacto. “Una sensación de contacto o una zona de la piel puede ser foco y punto de partida de dolores histéricos, por su asociación con recuerdos y sensaciones históricas enlazadas en muy diversas formas” (Freud, citado por Ulnik, 2011, p.27). Escuchar a los pacientes reiteradas veces la misma queja llama la atención sobre ¿qué pasa ante este cuerpo desnudo, tocado y vulnerable? Son las interrogantes que surgen al momento de querer dar con una respuesta a esta exposición del paciente. Ulnik (2011) dice que “la presión o cualquier otro accionar sobre la piel puede adquirir la significación de un cambio de género sexual” (p.29). Explicando la cita anterior se considera necesario traer aquellos dichos de los pacientes hospitalizados en el área, como son: *“me siento violado”, “quiero que sea una mujer la que me limpie, no usted”, “yo puedo hacerlo solo”, “no soy muco”*. Todo esto da a entender como aquellas cosas que parecieran ser normales, siempre necesitan ser explicadas por más obvias que parezcan porque no todos son iguales o tienen el mismo nivel de cultura que otros. Es por ello que en algunas ocasiones es necesario llegar a una posible mediación, porque lo vital aquí es la pronta mejoría del paciente.

Freud (citado por Ulnik, 2011) “decía en una carta a Groeddeck de 1917 que *el acto inconsciente tiene sobre los procesos somáticos una intensa influencia plástica que nunca posee el acto consciente*” (p.33). Porque no solo es el tocar un cuerpo

sino revivir ciertas huellas reprimidas de la historia de ese paciente que está en cama. Es así que debería haber cierta sensibilización antes de cualquier procedimiento a realizarse al paciente, pues podría revivir un hecho traumático que aún no ha podido ponerlo en palabras.

## **Protocolos.**

En toda entidad de salud se debe manejar medidas de protección, que se lo conoce con el nombre de *medidas de bioseguridad*. Huatuco, Molina & Meléndez, (2014) lo definen como:

Las medidas de Bioseguridad son un conjunto de normas preventivas que debe aplicar el personal de salud y de enfermería para evitar el contagio por la exposición de agentes infecciosos, sean físicos, químicos o biológicos, sobre todo sangre y fluidos corporales, que pueden provocar daño, por su carácter contaminante. (p.4)

Tenemos como principal soporte de régimen de prevención: las medidas de bioseguridad, estas ayudan para que puedan estar protegidos tanto el profesional de salud, el paciente y familiares ante cualquier eventualidad que se surja dentro del área hospitalaria. Precautelando ante todo la integridad de quienes estén relacionados con la institución.

Las autoridades de cada entidad pública, tienen la responsabilidad de que el equipo que colabora en el cuidado directo con el paciente, tenga todo el conocimiento sobre las normas de bioseguridad como: el correcto lavado de manos, el uso de mascarilla y guantes antes de realizar cualquier tipo de procedimientos con el usuario, entre otros; ejecutando estas medidas de protección, para evitar enfermedades cruzadas y así aminorar los casos de

complicación del cuadro clínico del paciente hospitalizado (Huatuco et al., 2014, p. 5).

### **La luz tanto de noche como de día.**

La luz tiene un papel elemental en la comodidad y el funcionamiento eficaz de un edificio y esta particularidad se convierte aún más destacada en áreas hospitalarias. Pero, si existe una variación de las condiciones ambientales afectaría de forma positiva o negativa la salud de los pacientes.

Existe una relación en cuanto a la exposición de luz en los pacientes y su estado de bienestar y salud. Por ejemplo: la luz incide en ciertos factores como el sueño, la atención, el estado de ánimo, la depresión en las áreas de los hospitales. Es por este motivo, que la luz se ha convertido en un factor perturbador. Los pacientes manifiestan que dormir en un hospital es la labor más complicada. Pese a que también manifiestan que los ruidos producidos por los monitores, por los carritos de paro, y por el personal hospitalario interrumpen su sueño, pero el mayor irruptor es la luz.

“La iluminación de los hospitales no ayuda precisamente a regular el ciclo interno de sueño-vigilia” (Valero, 2013, p. 1). La luz altera el reloj biológico, es decir, el llamado ritmo circadiano. El ritmo circadiano “es esencial para muchas funciones vitales y se autorregula de manera eficiente cuando el ser humano se expone a la luz y a la oscuridad externa” (Valero, 2013, p.1). Esto influye en el estado de ánimo del paciente, algunas veces provoca irritación, y esto provoca pérdida del apetito y un rechazo en cuanto a la administración del medicamento. Así, algunos dichos de los pacientes: *la luz no deja dormir, solo sabemos que es día o de noche por las horas que refleja el reloj; por favor, apaguen la luz*. Ellos expresan un malestar por la incomodidad que provoca la luz dentro del entorno hospitalario.

## **El nuevo nombre: de sujeto a objeto.**

Desde la perspectiva psicoanalítica el nombre propio se entiende desde el caso por caso, debido a que cada uno de ellos tiene matices de singularidad, de acuerdo al modo en el que se tejió su subjetividad. Desde la definición común, nombre propio “el que se aplica a una cosa determinada para distinguirla de las demás de su especie, una palabra para designar las cosas particulares” (Maris, 2018, p. 1). Pero este nombre propio no es impuesto por el mismo sujeto, por ende, no representa al sujeto. El nombre propio es un significante impuesto por el *Otro*, entonces, quien representa al sujeto es el *Otro*. “El nombre propio se distingue por ser distinto del resto de los significantes, por eso Lacan va a decir que es un signo o un símbolo, por el problema que trae decir que es un significante distinto a todos los demás” (Wainsztein, 2017, p. 1). Distinto en tanto es por la particularidad de cada individuo por su estructura, su discurso, la posición en la que se encuentra y ubica.

Cuando un paciente es ingresado a un hospital, se ha percibido que su nombre propio es sustituido por un nuevo nombre que comúnmente se le atribuye al paciente para identificarlo y distinguirlo de otro paciente. Este nuevo nombre elimina el estatus de la particularidad del sujeto para insertarlo en una persona más con la enfermedad, y quien la padece, y está internado denominándolo como paciente. Por consiguiente, aquel estatus se suma con el referencial al número de cama en donde es ubicado el paciente, dando como resultado un nombre nuevo: paciente de la cama N. Por ejemplo: *paciente de la cama 4*.

El denominar al sujeto con este estatus implicará un cambio de percepción tanto por el personal hospitalario como por el paciente. Así, ambos percibirían y se percibiría como objeto. Desde el lado del personal hospitalario, es decir, médicos, enfermeras, auxiliares perciben al paciente como objeto propio de la medicina, o un objeto propio de la enfermedad, o la enfermedad en vivo. Por otro lado, la vestimenta, la intimidad quebrantada, la relación con el médico y con el entorno, han

tergiversado la visión subjetiva del paciente, llegándose a auto percibirse como objeto.

Los significantes que se formaron con el tiempo, es decir, sus antecedentes, su vida, su historia son olvidados, no son tomados en cuenta. No existe la particularidad de cada uno, ni su historia personal, únicamente se toma en cuenta los antecedentes patógenos para poder analizar su enfermedad. Sin embargo, es verdad que la función del hospital es la de encargarse de combatir la enfermedad, cuyo vínculo médico-paciente se forma por medio de ella. No hay oportunidad de encargarse de otros factores que pueden alterar el proceso de recuperación del paciente. Se aparta lo subjetivo y se dedican a lo objetivo, lo mensurable, lo cuantificable y lo observable.

El paciente es visto desde la superficialidad. Con ello, no se habla de lo propiamente superficial, sino del cuerpo como organismo biológico. Recordarse que el paciente mediante su *cuerpo* manifiesta, somatiza y sintomatiza. Pero en los hospitales, se los perciben como objetos postrados en una cama, conectados a máquinas que regulan su organismo, y lo mantienen.

Las estigmatizaciones, la superficialidad, el nuevo código, el paso de sujeto a objeto, las percepciones tergiversadas, han permitido que un cuerpo hablante, un sujeto inmerso en un discurso y en un lenguaje, sean callados y desvalorizados a tal punto que sus quejas y demandas se manifiesten en sintomatologías y una involución de su ser y su enfermedad. En efecto, está más que decir que propiamente la desdicha del paciente se forma partir de su llegada al hospital.

## El paciente y la llegada de su diagnóstico.

En el campo de la salud, en especial, la medicina se puede notar cómo afecta de diferentes maneras el conocer un diagnóstico, ya que no solo conmueve al paciente sino a todo un núcleo familiar. Carvajal (2017) menciona que “el término diagnóstico inicialmente no habría sido de uso exclusivo de la medicina (aunque la empleó Hipócrates en sus obras), sino que aludía expresamente a la capacidad de distinguir y conocer” (p. 841). Con ello se puede hacer hincapié que, como profesionales, se puede hacer varios diagnósticos teniendo en cuenta la base que serían los signos respectivos de cada enfermedad, y, por otro lado, la parte verbal que es emitida por el paciente, mismo que es quien siente a través de su cuerpo.

De modo que Clavreul (1978) postula: “El «sufrimiento» del enfermo es siempre *también* espera, del reencuentro con el «objeto a» (...) Así que espera de otro, el médico, que detecte la verdad sobre su sufrimiento y lo apacigüe” (p. 181). Se puede ver como los pacientes en búsqueda de una respuesta, puede acudir a muchos profesionales, o busca desde la religión y el misticismo, como a sacerdotes o shamanes. Esto, por tratar de calmar esa angustia de no conocer lo que realmente tiene, porque necesita una respuesta certera. En ese camino que lleva a una búsqueda, en ocasiones puede llegar a ser tergiversada, en el sentido de que, por su desconocimiento sobre su enfermedad, prefieren hacer uso del internet escribiendo las características de sus síntomas y molestias para obtener una *verdad*, que de alguna forma ayudaría a que ellos se tranquilicen o en los peores de los casos, preocuparse más de lo que ya están.

El paciente llega en un primer momento a ponerse en manos del médico, para que lo cure. Clavreul menciona en su libro *El orden médico* (1978) que sobre una enfermedad “el único juez reconocido en definitiva es el médico, y cualquier otra persona resulta a priori sospechosa de incompetencia sobre todo *el enfermo*” (p.156). Es así como Guerrero (citado por Bermeo & Peralta, 2014) dirá que la demanda vendría hacer la entrada a la cadena significativa, y esta operación de

entrada, cava un hueco, una hiancia, del lado del sujeto; este hueco es una especie de hendidura, de clivaje entre necesidad y la demanda, donde se manifestará el deseo; por lo cual para Lacan nunca la demanda es la representación verbal de la necesidad (p. 24). Refiriéndose a que un grito dado en un rato inesperado no sea sinónimo de locura, ya que puede que sea un llamado a ser escuchado, por un incremento de estrés o preocupación que surgen durante su estancia dentro del hospital.

### **El conocimiento sobre el diagnóstico.**

El conocimiento de un diagnóstico tendrá un efecto en el paciente, no solo porque lo etiqueta en una categoría, sino porque en alguno de los casos cambia el estilo de vida. Para el paciente se le hará difícil tramitar o procesar, toda la información y los hechos que conllevan un diagnóstico no favorable, como, por ejemplo: una enfermedad crónica debido a que va a depender mucho de la capacidad que tenga para poder asumir una realidad.

Carvajal (2017) refiere que: “para el médico, el proceso diagnóstico alguna de las veces, implica la búsqueda de una solución a la sintomatología del paciente, y con eso la posibilidad de contar con un plan de estudio, tratamiento y pronóstico, lo que sin duda debería - al menos - tranquilizar al paciente y/o la familia” (p. 842). La información de una mala noticia que da el médico a un paciente, no siempre es de la mejor manera “que en los programas y planes de estudios no se brindan conocimientos detallados de cómo se efectúa el razonamiento diagnóstico y los estudiantes lo aprenden empíricamente viéndolo hacer y copiando de residentes, especialistas y profesores” (Novás, Gallego y León, 2006, p.1), y es un error que se ve en la actualidad, cuando debería de ser de una manera más cautelosa para informar sobre el diagnóstico al paciente, porque hay una realidad ante ese diagnóstico y de aquello surgirán ciertos efectos, ya que bien puede aumentar los síntomas y se diría un deterioro anímico y emocional.

A todo aquello se une otro factor y es *la angustia* que viene acompañada con la enfermedad, la misma que si se da de forma intensa no ayudará a la recuperación. El profesional deberá tomar en cuenta el nivel socioeconómico y las relaciones familiares que el paciente mantenga para saber cuáles podrían ser los datos que le sirvan para entender mejor el caso. Es por eso que se necesita que haya una relación médico-paciente comunicativa y responsable donde se pueda velar de forma oportuna el bienestar anímico y de salud.

De modo que, al conocer sobre su diagnóstico, ocurrirá que en el paciente se dé un momento de transformación no solo en la parte emocional sino también, familiar y social. La *enfermedad* jugará un papel importante en el paciente debido a que este le da un estatus en su entorno, ya que tendrá mayor atención y cuidados por su estado de salud. Clavreul (1978) dirá que en el paciente habrá que “el deseo de reconocimiento es pues, antes que nada, deseo de existencia; y para existir en el discurso médico, y por consiguiente ante el médico, hay que estar enfermo” (p. 178).

El autor Pecznik (2012) definiría “la transformación maligna como aquella que se generan cuando una aceptación no ocurre y la violencia florece en el paciente y su familia” (p.22). Dentro del área de emergencia se verá constantemente *la transformación maligna*, y es normal por el lugar y también viendo la situación que está pasando el paciente y de las cuales tomará su tiempo de asimilación de la nueva realidad. Es ahí cuando el paciente entra en un estado de ira y de autocuestionamiento. Frases como: “¿Por qué a mí?”, “¿qué hice para merecerme esto?”, “yo soy una buena persona. No es justo que yo tengo esto/estoy hospitalizado”. La ira puede dirigirse hacia personas o acontecimientos que aparentemente son la causa de su diagnóstico u hospitalización. Por ejemplo: en cuanto a dirigirse hacia una persona, llega un paciente angustiado y molesto, sin razón alguna del por qué lo han hospitalizado, el paciente manifiesta: “¿Por qué mi esposa me trajo aquí? Si yo me encuentro bien, llámenla y díganle que me saque de aquí”. En estos casos la culpa es dirigida hacia otros.

Posterior a la hospitalización o de la entrega del diagnóstico, suelen responder con negación sobre la información que le es proporcionada. Pensamientos como, *“Esto no puede estar pasando”, “si yo estoy saludable míreme”, “está equivocado”,* son dichos de una persona en negación. Los pacientes pueden bloquear inconscientemente su realidad, mientras que otros lo hacen de manera inconsciente.

### **El lugar del paciente en el discurso desde la práctica hospitalaria.**

El paciente, es el punto de base que posee una entidad hospitalaria. El profesional, se hará las diferentes preguntas ¿Por qué vino? ¿Qué tiene? ¿Qué siente? Ese paciente que llega a la casa de salud y gracias a esas interrogantes es que se puede saber algo de ese padecer, donde llega el paciente ya con un discurso que remite a un Otro que lo pueda acoger.

Dentro de la práctica preprofesional en el área de emergencia, se pudo atender pacientes con diferentes diagnósticos y cada uno con su historia y singularidad. Fiessinger (citado por Clavreul, 1978) afirma que “el enfermo razona con su sensibilidad y su emoción, lo que quiere decir que su razonamiento es falso” (p.183). La mayor parte del tiempo el estar hospitalizado hará que el paciente relacione muchos significantes negativos por el mismo entorno en el que se encuentra. Como lo dicho por un paciente hospitalizado en la sala de emergencia: *“en el hospital venimos a nacer, sufrir y morir como es de ilógico la vida, verdad”*; así el termina su queja ante una mala atención que recibió.

El paciente tendrá una variedad de demandas en el tiempo que se encuentre dentro de la emergencia, pero cada una tendrá un acogimiento diferente ya sea por el personal médico o enfermeras. Tomando en cuenta que la presencia de factores como el dolor, emocional y de estrés van a repercutir en su estado de salud. En un momento para los médicos será algo nuevo la presencia de un efecto secundario

que no es *normal* entre las características que tiene, optando por creer que es una exageración del paciente.

### **La caída de los significantes.**

El encuentro con una enfermedad grave, degenerativa, constituye una situación traumática que impacta de manera diferente en cada persona” (Barrios, 2018, p.1). En efecto, por ser de naturaleza degenerativa puede ser de progresión tanto lenta como rápida, aunque generalmente son lentas, y esto, hace que el proceso de tramitación sea más complejo. Otro aspecto, es que puede ser esporádica y perdurar un tiempo corto o permanente, y por su degeneración puede gradualmente emporarse con el tiempo. Además, son la principal causa de muerte en el mundo.

Las enfermedades crónicas son asociadas con los significantes: *muerte*, *degeneración*, por la manera en cómo actúa y afecta al cuerpo; de igual forma, por los tratamientos establecidos son muy rigurosos con consecuencias adversas. Por ende, el paciente lo asocia con el fin de su existencia. Inclusive, se tiene también como evidencia, que estas enfermedades están asociados a otros significantes: dolor, angustia, miedo, ansiedad. Esto conlleva a un cambio extremo en la calidad de vida del paciente, desde los puntos de vistas: psicológico, físico y social. Desde lo físico, el cuerpo sufre cambios debido a los síntomas de la enfermedad como a las consecuencias del tratamiento. Por ejemplo, las personas que padecen de cáncer, porque el efecto de la quimioterapia no solo afecta a las células cancerígenas sino también a todas las células sanas del cuerpo, por ende, debilita a las células del cuero cabelludo provocando la caída del cabello. Desde lo social, siguiendo con el ejemplo anterior, la medicación y el tratamiento influyen en los hábitos del sujeto, en esto incluye: la alimentación y las actividades que realizaba la persona. Lo físico induce a un cambio en lo social. Nuevas rutinas que uno debe seguir para cuidarse, para así, reducir factores de riesgo. Ahora, la vida se torna más difícil.

Lacan (citado, por Tarrab, 2016) dirá que “el significante, el lenguaje, tiene el efecto de afectar el cuerpo, de vivificarlo” (p.176). Cuando el paciente logra significar una enfermedad leve, se ha visto que el significante *enfermedad* se instaura como S1, y se convierte en un objeto enfermo. La llegada de un diagnóstico va inducir al paciente a una resignificación de la cadena de significantes, dependiendo de la gravedad del diagnóstico, ya sea por una enfermedad leve o crónica. Luego de la caída de los significantes, después del colapso de los S2 que significan al S1, queda el S1 como principal significante. Por consiguiente, dicha levedad o gravedad va a determinar el estatus de significancia al S1. Cuyas posibilidades para evolucionar, hablando en términos médicos, si son promedias. Esto pasa en la mayoría de los pacientes.

Viéndolo desde otra perspectiva en este tipo de casos, la cadena logra resignificarse nuevamente, debido a que, la mayoría de los pacientes al recibir un diagnóstico no piensan tanto en su enfermedad, aunque a primeras instancias sí. De hecho, más se angustian por aquellos que lo rodean, es decir, su entorno familiar. Tarrab (2016) señala que la angustia “es un afecto que afecta el cuerpo y todo aquel que ha estado angustiado sabe bien que el cuerpo está completamente alterado (...) al punto de tener en ocasiones la sensación de que se puede morir” (pp. 176-177). En efecto, existen dichos que expresan esa desafortunada sensación: *¿qué será de mi familia cuando muera?, ¿seré una carga para mi familia?, ¿qué le diré a mis hijos?* La enfermedad no se deja de lado, pero se toma mayor importancia las consecuencias a futuro que repercutirán en su entorno familiar.

La enfermedad será un significante de peso en el paciente, pero no más que los *efectos* que tiene la misma en ese cuerpo enfermo. El paciente quien con su capacidad de decisión para poder recuperarse o darse por vencido, ante el hecho real que está viviendo, no solo él, sino todo su círculo social.

Cuando el paciente recibe el informe sobre el diagnóstico de la enfermedad que amenace su existencia llevándolo rumbo a la muerte, sus significantes caen en su

totalidad. Por consiguiente, se construye una cadena de significantes únicamente con el S1, aquel S1 que se ubicó como referente signifiante. El signifiante *muerte* se encuentra imperando la nueva cadena. Se podría considerar como una muerte subjetiva invadida de un solo signifiante. A diferencia del signifiante enfermedad, el signifiante *muerte* predomina tanto en lo interno como en lo externo, en lo subjetivo como en lo objetivo, en el cuerpo como en el alma.

### **La responsabilidad del paciente frente al diagnóstico.**

Clavreul (1978) sostiene que “lo que el paciente dice de sus síntomas, solo cobra sentido en el discurso médico, y desde ese punto de vista lo que dice su cuerpo es más seguro que lo que dice su voz” (p. 184). Ahora bien, se presentará ese cuerpo hablante que demanda un pedido, un auxilio ante una incomodidad. Un cuerpo que le cuesta emerger su subjetividad porque existen factores que transgreden los principios funcionales de la psiquis: la realidad, la memoria, los pensamientos, los sentimientos y en especial la voluntad. Una voluntad marcada por un deseo. Por ende, se asume el deseo de recuperarse, esto conlleva a una sumisión ante el tratamiento si el paciente desea recuperar su estabilidad.

La responsabilidad es un valor que debe de tener todo profesional. En el área de la salud desde el médico, enfermeras, terapistas se harán cargo de cada una de sus funciones con todo el profesionalismo, puesto que, como equipo, la finalidad es aliviar las dolencias. Dentro de la hospitalización el médico se ocupará de dar el diagnóstico y recetar la medicina para que se cumpla el tratamiento, la enfermera de suministrar la dosis, tomar signos vitales y las auxiliares de la higiene. Pero vale recalcar que también la responsabilidad va a estar del lado del *paciente*, quien debe cumplir con ese valor al momento de: colaborar, tomarse la medicina y cumplir con las indicaciones prescritas por el profesional para que de esa manera vea cambios o efectos en él.

Además, la responsabilidad se ve afectada por los significantes *enfermedad y muerte*. Y de las diferentes maneras de cómo una persona logra asumir o no su diagnóstico y las consecuencias que surgen. También, punto hay que tomar en cuenta, el tiempo de internación, la relación con los profesionales encargados del cuidado del paciente (médico, enfermeras y auxiliares) y el trato que comparten. No obstante, estos factores incidirán en lo que respecta a lo que se quiere llegar a enfatizar en este trabajo, siguiendo el flujo abordado, considerando los niveles conformidad y atención que reciban los pacientes por parte del profesional. En el caso que no sea el esperado, provocarán secuelas frente a la responsabilidad que asumirá el paciente frente a su enfermedad.

Antes que nada, existe un proceso que atraviesa el sujeto. Este proceso se ubica entre la llegada del diagnóstico y su responsabilidad frente a la misma. Cuando a una persona le diagnostican una enfermedad crónica en concreto, puede sentir muchas cosas. Algunas personas se sienten vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud y su futuro. Otras se decepcionan y se autocompadecen. Algunas encuentran injusto lo que les ha pasado y se enfadan consigo mismas y con la gente a quien quieren. Por ejemplo: en cuanto a dirigirse hacia una persona, llega un paciente angustiado y molesto, sin razón alguna del por qué lo han hospitalizado, el paciente manifiesta: *“¿Por qué mi esposa me trajo aquí? Si yo me encuentro bien, llámenla y díganle que me saque de aquí”*.

Después que el paciente entra en negación, poco a poco se da cuenta de lo que padece, pero entran en un estado de ira y de autocuestionamiento. La negación retoma de nuevo, pero ahora unida a una nueva etapa, la negociación. En esta etapa, los pacientes suelen utilizar a la religión para tratar de comprometerse con Dios, prometiendo obrar de mejor manera para su pronta recuperación o su enfermedad desaparezca por completo. Frases como: “voy a ser mejor persona si es que me recuperas”, “dejaré de hacer cosas malas”. Además, la negociación ante el médico buscando una escapatoria.

Cuando la negociación no surge efecto, se suele experimentar una sensación desesperante que conduce a una depresión. La depresión conlleva a sentimientos de inutilidad, culpa y tristeza provocan un aislamiento dentro del área donde está hospitalizado. Esta etapa indica que la persona ha aceptado la enfermedad, pero de manera negativa. Podemos asociarla con la caída de significantes. El deseo, por un instante, queda nulo, el deseo se encuentra en shock, poco a poco se está desvaneciendo por la caída de los significantes. No hay nada que lo sostenga. Su pulsión de vida disminuye, pero al mismo tiempo la pulsión de muerte aumenta a tal punto que el deseo y la pulsión de muerte se unen formando una única frase: *solo quiero morir*. El deseo gira entorno a la inexistencia.

La próxima fase del proceso de afrontamiento consiste en aprender cosas sobre la enfermedad. La mayoría de la gente que tiene que vivir con una enfermedad crónica descubre que el conocimiento es poder — cuanto más saben sobre su trastorno, más sienten que controlan la situación y menos les asusta. Y como última fase del proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica consiste en tomar las riendas de la situación. En esta etapa, la persona se siente cómoda con los tratamientos que debe utilizar para llevar una vida normal.

### **La afectación del cuerpo en la Hipertensión arterial y VIH**

Las enfermedades que más se encontraron durante la práctica preprofesional fueron: Hipertensión Arterial y VIH. Todas ellas con una sintomatología y tratamiento diferente, pero con algo en común que es un paciente con un cuerpo doliente. Es importante por la tanto conocer ¿qué es?, ¿cuáles son sus causas? y el tratamiento que deberá seguir ese paciente luego de ser diagnosticado.

### **La hipertensión arterial.**

La hipertensión arterial en la actualidad ha ido en incremento debido al sedentarismo en el que se vive y por una mala alimentación. Se la considera como

una de las enfermedades silenciosas porque no solo basta un signo para poder diagnosticarla, además de que no discrimina edad alguna, por ende, no viene siendo exclusivo de la persona adulta mayor, sino de cualquier persona que, al no tener el cuidado pertinente, puede padecerlo. Los factores que giran en torno a esta enfermedad serán desde el factor social o biológico, hereditario y hasta incluso el lado emocional. Siendo este último, el primordial, que en muchas ocasiones se convierta en un factor desencadenante para que se dé un alta de la presión y es alarmante porque esta enfermedad viene hacer como el inicio de otras, por ejemplo: accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal y cardíaca.

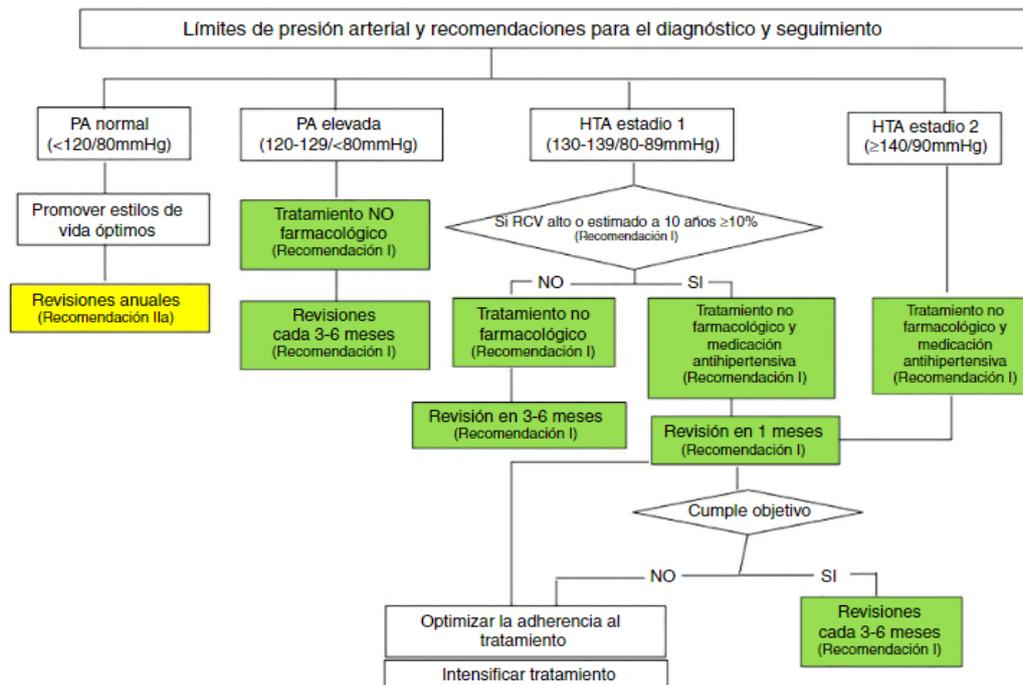
Fernández (2016) define a la hipertensión arterial como la elevación sostenida de las cifras de presión arterial por arriba de los niveles considerados como normales, conociendo que lo normal de la presión sería como máximo, hasta 140 mmHg y, el mínimo, hasta 90 mmHg, que se expresan como 140/90 mmHg (p.2). Estos valores aplican dentro del rango de lo normal para todas las personas. Es por eso que se tendrá que regir a un control para evitar que esos valores se eleven.

Vidalón (2010) señala que para determinar el diagnóstico del paciente que pueda sufrir de hipertensión arterial serían los siguientes:

1. Confirmar la elevación crónica de la presión arterial y su nivel.
2. Excluir causas secundarias y/o potencialmente curables de hipertensión arterial.
3. Determinar la presencia de daño en órgano blanco y cuantificar su magnitud.
4. Buscar otros factores de riesgo cardiovascular y condiciones clínicas asociadas. (p.237)

En cuanto al tratamiento de la hipertensión arterial, el paciente tendrá que regirse a un cuidado basado en una buena alimentación y un cambio de estilo de vida, de hecho, eso aportaría de manera oportuna para que pueda darse una mejoría.

Jiménez (2002) postula que “la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) incluye alimentos disponibles en la comunidad y se distingue por el uso de frutas, vegetales y productos lácteos bajos en grasa saturada; los cuales aportan magnesio, calcio, potasio y fibra dietética” (p.48). Además de tener que llevar un control continuo de su presión arterial.



**Fuente:** (Gijón, Gorostidic, Camafortd, Abad, Martín, Morales, Vinyolesh, Armarioi, Banegas, Cocad, de la Sierra, Martell, Redón, Ruilope, Segura, 2018, p. 124)

Sztejman (2010) menciona “La vulnerabilidad somática es para la medicina y el psicoanálisis la probabilidad de respuestas disfuncionales (hipertensión arterial) y comportamentales frente a factores de estrés o condiciones de adversidad” (p. 398). El paciente cuando es diagnosticado de hipertensión arterial por el médico, tiende a vivir más preocupado de lo normal provocando un quebranto en su subjetividad, ya que el dejaría de tomar decisiones por él. Teniendo en consideración que ante cualquier proceder o noticia fuerte que tenga el paciente puede provocarle una desestabilidad en su estado de salud. Es por eso que, es común escuchar frases de

los pacientes como: *paso más tiempo haciéndome tomar la presión que viviendo mi vida, ahora todo debe ser medido y controlado para que este bien, me siento preso al no poder hacer las cosas que antes hacía, extraño la comida rica.* Ligado todo esto al no entender como aceptar el nuevo cambio de vida que se les presenta.

Ulnik (2011) en su texto el Psicoanálisis y la piel menciona:

El encuentro entre lo psíquico y lo somático se produce también por el hecho de una enfermedad somática, cualquiera que sea, le ocurre a un sujeto singular, con una historia compleja, que se mueve en el seno de una sociedad, en una trama familiar, objetal y discursiva que lo trasciende y lo determina. (p.249)

Cabe agregar que, el paciente que vive esa enfermedad, somatizará en su cuerpo la alteración de su presión, dando así que en un primer momento se dé una conversión histérica. Sanz & Torres (2003) sostiene que:

Las reacciones de conversión, neurosis histéricas tipo conversivo, histeria aguda, fueron asignados a una serie de síntomas «pseudoneurológicos» que afectasen a la motricidad voluntaria y al sistema nervioso sensitivo, llegándose con posterioridad a matizar como síntomas que producían cualquier pérdida o alteración del funcionamiento físico que sugiera un trastorno físico, siendo evidente el mecanismo de conversión. (p.153)

Es decir, que la carga emocional y de ansiedad que el paciente tenga en determinado momento pueda desencadenar a que sea hospitalizado en una sala de un hospital. El cuadro sintomático más común que se observa en este tipo de enfermedad son los tics, derrames faciales, daño neurológico, pre-infartos y hasta accidentes cerebrovasculares en algunos de los casos. Estos síntomas previos

estarán acompañados algunas veces de zumbidos y mareos. La atención que recibe el paciente es mayor, ya que los familiares procuraran cuidarlo y velar que él cumpla al pie de la letra las indicaciones dadas por el médico. Otro aspecto, es la dependencia que adquiere por el fármaco, puesto que será su compañía de por vida.

## **VIH /SIDA**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un padecimiento causado por un retrovirus conocido como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). “El VIH es un virus transmisible por tres vías comprobadas: sexual, sanguínea y perinatal” (Soberón, 1988, p. 505). Esta enfermedad como lo denomina Soberón (1988) es una enfermedad pandémica porque prácticamente en todos los países del mundo existe evidencia de circulación. Además, es una enfermedad asintomática, es decir, no tiene síntomas que lo delaten. Una persona puede tener relaciones sexuales con otras personas contagiándolas sin saber que padecen de esta enfermedad. “El SIDA es una enfermedad de muy alta letalidad” (Soberón, 1988, p. 505) es por eso que, una vez diagnosticado, el nivel de mortalidad va disminuyendo, dependiendo de cuan tarde o temprano haya sido detectado.

Este padecimiento forma parte de las enfermedades crónicas cuyos significantes de valor nocivo atacan al cuerpo y a la subjetividad del paciente. Además, si se analiza el nombre de la enfermedad tendremos dos significantes: *immune* y *deficiencia*. Nuestro organismo tiene un arsenal de mecanismos de defensa llamado sistema inmunológico, se encarga de combatir contra los agentes patógenos extraños que llegan al cuerpo. El VIH ataca al sistema inmunológico dejándolo deficiente. Pero ¿por qué a esta enfermedad se le atribuye el significante *muerte*? Una vez que el sistema inmunológico está debilitado, toda bacteria o virus puede alojarse con facilidad en el cuerpo, atacando directamente al cuerpo a tal punto que pueda provocar la muerte. Por último, una vez adquirida la enfermedad dura para toda la vida.

Respecto a lo corporal, el sujeto, desde el psicoanálisis, “no puede percibir que lo real del cuerpo, existe, lo real está” (Velázquez, 2017, p. 25). En primer momento, siempre se va a negar la existencia de lo real; pero, ese real emerge cuando existe la enfermedad orgánica. Se piensa uno que controla el cuerpo, por la automatización del mismo, es decir, por la respiración y los latidos, pero cuando enfermamos nos damos cuenta que es lo contrario. El cuerpo no solo es anatomía, sino también una red de deseos, significantes y referentes marcados.

En las áreas de emergencia, antes de ingresar al paciente, se hace una serie de exámenes para determinar alguna anomalía o padecimiento que sirve como requisito para saber con qué enfermedad se puede presentar y poder designar el área en donde debe ser ubicado. Hay ciertos rasgos que puedan dar cuenta que un paciente tiene VIH: piel pálida, delgadez por la pérdida de peso, hematomas en la piel; en el mayor de los casos, llegan por una tuberculosis debido a un bajo conteo de glóbulos blancos, es decir, bajas defensas; por ende, deben ser hospitalizados en las áreas de aislamiento.

Otro aspecto y muy evidente, es que un gran porcentaje de los pacientes ingresados son de orientación homosexual, debido que han mantenido relaciones sexuales sin protección con su pareja o promiscuamente; en otros casos, el VIH en los heterosexuales, se deben a una infidelidad por parte del paciente mismo o por su pareja, es por eso, que los pacientes no suelen pronunciar cómo se contagió debido a una vergüenza y una culpa latente.

Estos rasgos generales que se lograron identificar, no son una especie de estigmatización ni una caracterización definida como tal perteneciente a un grupo de signos o síntomas propios de la enfermedad; por el contrario, el VIH no posee síntomas, por ende, su condición es asintomático y silencioso, sino son características que fueron percibidas por el personal hospitalario como para una posible identificación del sujeto VIH.

Su condición asintomática y silenciosa hace que el sujeto este propenso ante un real mortífero e impactante, cuyo diagnóstico puede romper el velo fantasmático construido por el sujeto y dejar al aire todo ese real. Toda respuesta posible a una cura efectiva es anulada por su condición de incurable, aunque su esperanza yace dentro de un tratamiento; el riesgo de recaer y empeorar, lo convierte en una enfermedad letal a todo nivel subjetivo u orgánico. Aquellas características son el reflejo de un real que figura en la superficialidad del sujeto. No se habla de un real somatizado sino uno en calidad de percepción tanto por el paciente y por el médico. Téngase que este real invade el imaginario del sujeto, es decir, el imago, la percepción del cuerpo.

Françoise Dolto (1984) elaboró la idea de la *imagen inconsciente del cuerpo*, en ella, explica que la imagen se establece mediante las primeras impresiones que son el resultado de las sensaciones corporales que percibe el bebé y que se registran en la psiquis infantil. Esto sucede desde la gestación hasta los primeros tres años de vida, luego, el niño visualiza su imagen en el espejo. A este último momento, Lacan lo denominó: *el estadio del espejo*. Una teoría en la que se constituye el cuerpo y la imagen, cuya función establece una relación de la realidad con el organismo.

La fuente de la imagen corporal es el propio cuerpo, pero aparece como una imagen exterior reflejada en el espejo; y es el Otro, desde lo simbólico que lo reconoce, el que le otorga un significante a ese cuerpo, lo nombre con su palabra. (Velázquez, 2017, p. 26)

Si se toma esta cita textual, se puede aludir que la imagen es significada por el Otro, en tanto ese Otro sea el patógeno que invadió el organismo y el médico quien lo detecto, la significación ha marcado el cuerpo del sujeto. No obstante, si se asocia las características percibidas con la función del estadio del espejo se intuye que aquella realidad confirmada por un diagnóstico marcará al organismo, en tanto y en

cuanto el cambio sea notorio. Pero, ¿cómo el sujeto percibe a este real como realidad? El contraste entre la realidad y lo real se debe al imago que se percibe de uno mismo con los semejantes. Una vez, visto el modelo del semejante, ese Otro similar pereciente, se provoca una ruptura de ese cuerpo velado, llegando consigo al ver lo real y al mismo tiempo que se supere ese real, será visto como una realidad. Una realidad que aqueja al sujeto en cuanto a la presencia de ese cuerpo enfermo. Del mismo modo, este real marca una angustia, cuya consecuencia da señal a un quiebre del yo. Su apariencia nefasta debe reconciliarse con ese yo quebrando, dejando consigo un duelo por la imagen especulada ante la imagen corporal de su enfermedad.

En cuanto al tratamiento, no existe una cura para el SIDA, pero existe un estricto tratamiento antirretroviral (TAR) que consiste en tres pastillas diarias durante toda la vida que ayudará a reducir significativamente el progreso de la enfermedad y evitar infecciones y complicaciones secundarias. Esta farmacodependencia obligatoria es lo único que los mantiene estables, aunque no sea allegada por los pacientes. Ellos manifiestan: *Al ver todos los días esas pastillas, recuerdo que es lo único que me mantiene con vida. O, a veces me miro al espejo veo mi cuerpo, tan vulnerable.* Por otro lado, otros pacientes se alegran de que haya algún tipo de tratamiento, se toman con desesperación su medicamento. Este tratamiento ayuda a las personas a que tenga una vida más larga y sana. El TAR también reduce el riesgo de la transmisión del VIH.

Estas enfermedades comparten variables en común, la afectación al cuerpo, la farmacodependencia, caída de significantes que influyen en un cambio en la subjetividad, organismo y vida del paciente. No obstante, la identificación de aquellos ayudará a entender la angustia que provoca el conocimiento y padecimiento del diagnóstico médico de cada paciente que se encuentra dentro de un área hospitalaria.

## CAPÍTULO IV: EL DISPOSITIVO INVENIENTE Y SU FUNCIONAMIENTO

### El Dispositivo.

Desde un campo amplio, la palabra dispositivo es “un mecanismo o artificio construido para producir una acción determinada, prevista” (Sotelo et al, 2011, p. 2). Quiere decir que, al momento de su implementación, se tiene como expectativa un resultado que ha sido determinado con anterioridad.

El término dispositivo denota una cotidianeidad dentro de las funciones de la práctica. Dentro del campo de la psicología se establece dos sentidos en el que el término es utilizado: el primero es empleado para referirse a una atención institucional relacionado a la práctica hospitalaria: consultorios, guardias, valorización, internación, entre otros. En segundo lugar, se utiliza en el enfoque analítico, desde los aportes de Freud hasta la actualidad, denominándolo como un “artificio que sostiene la cura analítica y cuyos pilares son la asociación libre, la interpretación y la transferencia” (Sotelo et al, 2011, p. 2).

El dispositivo de un hospital es asistencial, inscrito dentro de una lógica cuyo artificio tiene como objetivo: “curar a aquél que padece de una enfermedad o dolencia” (Sotelo et al, 2011, p. 3). Cada dispositivo está constituido en función a la forma de tratamiento de la enfermedad. En efecto, es lógico que el término utilizado trascienda la práctica de los psicólogos en el hospital. Hoy en día, la necesidad de un dispositivo analítico dentro de un área hospital es una demanda vista y exigida por parte de los pacientes y médicos, quienes están a favor de un bienestar psicológico del sujeto.

Foucault define al *dispositivo* como “un conjunto heterogéneo que envuelve discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias,

leyes, medidas administrativas, enunciados científicos” (Sotelo et al, 2011, p. 3). Recuérdese que dentro de un hospital existe un personal con diversas funciones, estas se articulan a una sola red de relaciones conectadas entre sí. Desde el discurso hasta los diferentes roles que asume el personal, permitiendo una organización y limitaciones de espacios para que funcione de una manera óptima.

Lacan (1953) en *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis*, indica que la práctica del psicoanalista tiene que estar asociada a la subjetividad de la época. Es, por este lado, que Sotelo (2005) refiriéndose a la inclusión de los psicólogos en el hospital, plantea que el entorno institucional es un área excepcional para leerla porque se considera como un lugar que acoge una diversidad de demandas con diferentes discursos. (p. 155)

Pero ¿cómo operar con un dispositivo con un discurso analítico en un lugar regido por el discurso netamente médico? La demanda sobre un dispositivo que opere desde la subjetividad, y de quienes deseen acceder a este espacio, sea paciente o médico, para poder tramitar aquella angustia, ansiedad o depresión que altere el metabolismo psíquico. Este dispositivo se ve expuesto desde la necesidad de no únicamente velar por el bienestar orgánico de la persona, hablando en términos médicos, sino también desde la variable subjetiva. Entonces, si se habla de un dispositivo que atienda las urgencias subjetivas en áreas donde el rol del psicólogo ha sido casi olvidado, donde la subjetividad de la persona ha sido anulada por el discurso de la medicina. Se habla del área de emergencia, no solo dentro de las subáreas sino también en los pasillos, sala de espera, todo lugar donde se manifieste una urgencia subjetiva.

En el área de emergencia, la logística con la que se maneja es a través de *guardias*. Estas son una modalidad de trabajo de una unidad de salud cuyo objetivo es dar una disponibilidad de todos los servicios de salud, de una manera constante, 24/7 de los 365 días del año. Estas pueden ser de 12 horas o 24 horas de forma rotativa, es decir cada 2 o 3 días.

“El dispositivo de guardia es un artificio creado desde sus orígenes para la atención de las urgencias médicas, es decir, de cualquier situación que requiera asistencia médica inmediata” (Sotelo et al, 2011, p. 5). El objetivo fundamental es determinar la gravedad de los casos y solucionar aquellas circunstancias que implican un peligro en su vida. Pero, esta perspectiva es desde la lógica de la medicina, pero el modo en cómo concibe la urgencia es diferente que la analítica. Inclusive, los modos en cómo aborda la urgencia.

### **El lugar del psicólogo dentro del dispositivo interviniente.**

Tómese a Freud para concebir a la urgencia como un momento de quiebre: “se produce la ruptura de la homeostasis con que la vida transcurría causada por una irrupción pulsional” (Sotelo et al, 2011, p. 6). Considera “la abolición momentánea del principio de placer” (Freud, 1920, p. 29) como una perturbación económica. Por otro lado, en Lacan, a la urgencia la denomina como una emergencia de lo real, aquello “que se pone en cruz para impedir que las cosas anden” (Lacan, 1975, p. 84). Incluso, manifiesta que la angustia es “el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real” (p. 87). El término *real* refiere a todo aquello que angustia al sujeto. Entonces, esta definición dirige hacia una vertiente que la significa: la existencia de un malestar sin velo; es decir, el sujeto, a través del fantasma, vela ese real de tal forma que el sujeto subsista dentro una fantasía creada por él mismo, lidiando con el “dolor, sufrimiento insoportable, desborde, verborragia o mutismo” (Sotelo et al, 2011, p. 6).

Sea cual sea la crisis, quien acude a un hospital por una circunstancia de urgencia lo hace para aliviar su malestar, es claro que en estos tiempos no es en busca de un psicólogo o analista debido a que este tipo de dispositivo es nuevo y se desconoce de su existencia. En este tipo de casos, es el médico quien deriva a un psicólogo para atender la urgencia. Pero ¿el psicólogo qué hace con ese malestar? Al ser el enfoque teórico de este trabajo, el psicoanálisis, por ende, las referencias

son autores que corresponden a este enfoque, y sus frases o citas, son en relación a aquellos. Del mismo modo, no se habla de analistas sino de psicólogos con enfoque psicoanalítico, pero se toma este tipo de referencias porque son la base teórica de este enfoque. En este sentido, Lacan manifiesta que la misión del analista, o en este caso, del psicólogo es: “hacerle la contra” (Lacan, 1975, p. 87) a lo real.

Respecto a la perturbación económica de Freud, este atribuirá que la labor del analista es la de “dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos, después, a su tramitación” (Freud, 1920, p. 29). En otras palabras, estos dos autores indican que, en la urgencia, la primera jugada del psicólogo apunta a que parte de ese real sea tramitado por medio de la palabra, que ese real se convierta en una historia que pueda presentar el sujeto, darle un sentido a aquel sin-sentido de la urgencia, un sentido que por último se pierde.

¿Qué quiere decir darle sentido al sin-sentido de la urgencia? Con este ejemplo se aclarará esta frase: un paciente de treinta años aproximadamente llega a la sala de emergencia de un hospital. El médico busca ayuda a un psicólogo porque el paciente se siente ansioso, y manifiesta que el paciente necesita ver urgente a un psiquiatra porque necesita calmar ese malestar. Al parecer, este paciente necesitaba de un psiquiatra para que le proporcione una dosis de medicamentos. Además, su ansiedad empezó a somatizarse: dolor de cabeza y tembladeras. El psicólogo lo lleva a un consultorio con el propósito de saber lo que produce ese malestar. Al momento de llegar al consultorio, el paciente empieza a caminar desesperadamente por todo el consultorio, ansioso porque no llegaba el psiquiatra, el psicólogo lo ayudó a tomar asiento. El paciente comenta que hace unos días se había enfermado y tuvo que ser internado, volvió a su trabajo y recayó. Como recién había reincorporado a su trabajo después de dos semanas internado, ahora con esta recaída tiene miedo de perder su empleo. Pero el psicólogo sabía que ese no era el motivo por el que estaba angustiado. Respecto a los medicamentos, *¿hace cuánto está tomando los medicamentos?* – le pregunta el psicólogo. El paciente le responde: *hace unos meses, desde que fui internado en un hospital psiquiátrico por intento de suicidio*

*debido a que perdí mi matrimonio.* El psicólogo le pregunta: *¿podría contarme de que manera perdió su matrimonio?* El paciente responde: *mi esposa estaba embarazada y perdió al bebe a los cuatro meses de gestación. Después de eso, tratamos de concebir otro hijo, pero no había resultado, entonces me dejó.* El paciente había perdido a su hijo, después perdió su matrimonio y ahora, la ansiedad lo ahogaba por miedo de perder su trabajo. El significante *pérdida* estaba involucrado en cada uno de los acontecimientos relatados por el paciente. Sin embargo, al parecer, ese significante no había sido tramitado. Por consiguiente, el psicólogo indaga sobre el tratamiento que recibió mientras estaba internado, para lo cual el paciente manifiesta que fue atendido por una psiquiatra y lo único que le supo decir fue ella no era la correcta para él.

Recuérdese que las pérdidas deben ser tramitadas a través de una terapia de duelo, pero al parecer el malestar fue velado bajo el efecto de antidepresivos y ansiolíticos. En efecto, existía un no-sentido bajo la forma de una ansiedad manifestada, y que, mostrada por el paciente, tampoco había sentido en todo lo que le pasaba, puesto que lo único que deseaba era calmar su ansiedad. Una vez escuchado al paciente, el psicólogo interviene de tal forma que, captura ese significante *pérdida*, y le da sentido a esa ansiedad que se manifestaba. Por consiguiente, el psicólogo le pregunta al paciente: *¿Y con la intervención de la psiquiatra siente que ha superado sus pérdidas?* A esto el paciente responde: *¿Qué tiene que ver mis pérdidas con mi ansiedad?* El psicólogo le explica que cuando existe un acontecimiento no superado, como el fallecimiento de su hijo y la pérdida de su matrimonio, suele aparecer eso que él llama "su ansiedad". Al poder hacer ese señalamiento interpretada en tanto sirva como un sentido a esa ansiedad, de tal forma que reduzca, ya que el objetivo de un dispositivo de urgencias es atender la crisis de cualquier manera.

Para Freud, existe dos tiempos para que se produzca un efecto traumático. El primero, el momento en el que ocurrió la escena traumática; el segundo, el tiempo en el que el recuerdo de dicha escena puede provocar un displacer nuevo, es decir,

el momento en el trauma se produce a título de recuerdo, de representación (Gonca, 2015, p. 1).

La escena reavivada por medio de un recuerdo provoca un displacer que, al mismo tiempo, ocasiona un efecto patológico, en otras palabras, provoca manifestaciones de un enfermar psíquico. Continuando con el caso, se deduce que la escena de la pérdida de su hijo provocó el trauma, es decir, el primer tiempo del trauma. En efecto, quedó marcado por el significante *pérdida*. El segundo tiempo del trauma debió ser cuando perdió su matrimonio. Aquel último momento significó y representó aquel primer momento, dando como resultado un síntoma, que, en este caso, es la ansiedad que manifiesta el paciente. Continuando con la intervención del psicólogo, esclareció que la intervención que tuvo con la psiquiatra no pudo ser más que un efecto placebo provocado por ansiolíticos, no hubo una tramitación de trauma a través de la palabra. Sobre todo, era necesario que acuda a un psicólogo para poder pasar por un proceso de duelo. La intervención del psicólogo posibilitó que la ansiedad del paciente disminuya, pero aun debía tratar su farmacodependencia.

Freud en *Análisis terminable e interminable* (1937): “En estados de crisis agudas el análisis es poco menos que inutilizable” (Freud, 1937, p. 234). Un dispositivo analítico dentro de un área hospitalaria es útil y de suma importancia. La instalación de un dispositivo no es, de por sí, por el efecto de las intervenciones que se hace sino más bien por el hecho de al menos producir un síntoma analítico, uno que pueda abordar por medio de la interpretación, cosa que, se ejemplifica en el caso anterior.

Por lo tanto, si bien no es viable compartir un dispositivo analítico en la urgencia, la presencia de un psicólogo, desde su rol de escucha, esto posibilita producir efectos analíticos. Pero ¿desde qué posición tendría que estar el psicólogo frente a una urgencia? Para responder esta pregunta, se debe partir de lo que Lacan denominó la “política del analista” (Lacan, 1958, p. 569) y desde su conceptualización de los cuatro discursos.

En los capítulos anteriores se ubicó dentro de los discursos postulados por Lacan, al médico en el discurso del amo y al paciente en el de la histeria, respectivamente. Ahora, podríamos decir que el psicólogo estaría dentro del discurso del analista. El matema del discurso del analista es:

$$\begin{array}{cc} \underline{a} & \underline{\$} \\ S2 & S1 \end{array}$$

El analista es visto como un Sujeto Supuesto Saber dentro de la práctica, es por eso que Rabinovich (citado por, Savio, 2015) mencionará que el discurso del analista “se encuentra en el punto opuesto a toda voluntad de dominio: el reverso del psicoanálisis es, por ello, el discurso del amo. La producción es el significante amo, ya que dará al sujeto la clave de su división” (p. 51). El psicólogo al momento que oferta su servicio al paciente, está brindando un espacio de escucha, el cual permitirá que se exprese libremente, pero siempre precautelando por parte del psicólogo que no salga ninguna proyección ni interpretación basada desde su deseo y su historia, dando así una anulación a su imaginario y permitiendo de esa manera que se dé una orientación más acertada. Lo importante, para el psicólogo, es orientar a la cura del paciente mediante la posibilidad de que se llegue a una rectificación subjetiva, proceso que toma su tiempo por la historia que lleva consigo este paciente que habla y sintomatiza ese malestar.

Para ilustrar lo que se menciona anteriormente, acerca del discurso del analista visto desde la práctica, se tiene que: Una paciente adulta media, que esta diagnosticada de parestesia de extremidades inferior izquierda más fasciculaciones del párpado izquierdo, es derivada por su médico tratante por el cuadro que presenta, pero los resultados médicos no arrojaron un daño neuronal. Es ahí cuando el psicólogo interviene ofreciendo el espacio de escucha que, en el estado que se encontraba, era muy necesario para que bajara su grado de ansiedad y angustia. La historia que trae la paciente durante la sesión es: *nadie se preocupa por mí, mi*

*mamá no me quiere, mis hijos me dejan sola, no me han venido a visitar. Pero hay un motivo de base para que sucediera lo antes mencionado, y es que ella mantiene una relación con alguien muy menor a ella, pero la vida amorosa de esta paciente ha sido llena de golpes, abusos y daños psicológicos, los cuales nunca han sido trabajados.*

Debido aquello ella admite que esta pareja que es menor a ella es diferente porque no le pega, además que por él dejó su labor de años en la que se dedicaba a la lectura del tarot y la magia blanca para que no se molestara. Otra vez sale a la luz el trauma que lleva con ella por el miedo a fracasar y que la lastimen además de la dependencia que tiene por su pareja donde verbaliza *no sé qué haría sin él, puede usted hablar con mi novio para ver qué le dice de mí.* Su pedido va a este Sujeto Supuesto Saber quién ella cree convencerá a su pareja que vuelva con ella, y es que en el transcurso de la sesión ella se refiere haber terminado con él, siendo ese el motivo por el que ella tenga el tic y su familia no la quiera ir a visitar.

Como es de conocimiento que “el acto analítico consiste en implicar al sujeto en aquello de lo que se queja, implicarlo en las cosas de las cuales se queja”. (Miller, 2002, p. 70) La paciente señala que su pareja le pone límites a veces, la cuida y quiere su bien ya que ella nunca tuvo un padre que viera de esa manera por su bienestar, a lo que el psicólogo le hace un señalamiento *él es solo su pareja, mas no su padre* es en ese preciso momento cuando ella se queda pensativa responde diciendo *hay cosas que no están bien, como querer buscar lo que nunca he tenido.*

A Lacan le interesa entonces subrayar algo que ya Freud había formulado que la palabra se confiesa en la palabra misma, que no hay un más allá de ella, un adelante y un atrás del discurso, como si lo que dice el paciente fuera algo que habría que sacar para llegar a lo verdadero, sino que la verdad está en el discurso mismo. (Rabinovich, p. 3)

En otro tiempo la paciente trae otra queja en relación a su madre, *mi madre no me quiere como los quiere a mis otros hermanos, yo no le importo* (llora en ese momento) y hay un silencio que es respetado durante la sesión, pero luego comenta que no quiere ser la misma madre para sus hijos, como lo fue su madre con ella. El psicólogo procede a decirle *tu puedes cambiar lo que no te gusta, acepta opiniones, pero no las tomes en su totalidad. A veces uno repite patrones, pero está en uno en cortarlos y decir ya no más y poder hacer un cambio. Recuerde que la que decide aquí, es usted.*

El psicólogo deberá tomar en cuenta cuando se encuentre frente a un enfermo crónico, cuatro aspectos primordiales que son los siguientes: Su conducta ante la vida, el uso que hace de la enfermedad que lo afecta, los sufrimientos psíquicos que su enfermedad le causa y la forma en que se defiende contra ella o su forma particular de adaptarse, y la manera como se representa psíquicamente el órgano enfermo, pues en no pocos casos se verifica una extraña erotización del dolor corporal expresada en la manera de hablar del órgano afectado (Gallo, 2002, pp.125-126). El dispositivo clínico y la orientación psicoanalítica permiten un enfoque y tratamiento diferente ante ese paciente que ya sufre por su enfermedad pero que gracias a la intervención del profesional en un momento de colapso o de urgencia, brinda una calma.

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

La metodología utilizada en este proyecto de investigación será presentada de forma detallada junto con los distintos métodos y herramientas de investigación que como resultado se obtuvo una visión más clara sobre la problemática que estamos abordando en cuanto al afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización.

### **Tipo de investigación**

En la construcción de este proyecto se empleó dos tipos de investigación: explicativa y análisis de casos. La investigación de carácter explicativo se define de esta porque analiza “el porqué de las cosas, los hechos, los fenómenos o las situaciones” (Bernal, 2006, p. 115). A través de este tipo de investigación se consiguió información sobre las variables que inciden en la subjetividad, la afectación del cuerpo y la responsabilidad del paciente frente al diagnóstico y hospitalización. Y en cuanto al análisis de caso, se “involucran aspectos descriptivos y explicativos de los temas objeto de estudio” (Bernal, 2006, p. 116).

Por medio de estos dos tipos de investigación, se obtuvo mucha información que ayudó a la elaboración de este proyecto de investigación, sirviendo para explicar de manera amplia la situación sobre otra perspectiva poco analizada que es la subjetividad del paciente dentro de un hospital público.

## **Enfoque metodológico**

El proyectivo de investigación tiene un enfoque cualitativo para lo cual sirve para “cualificar y describir el fenómeno social a partir de rasgos determinantes” (Bernal, 2006, p. 57).

## **Técnicas de recolección de datos**

El método que se utilizará en el proyecto de investigación referente a la afectación del cuerpo y su responsabilidad frente a la hospitalización y al diagnóstico será un modelo bibliográfico ya que, a través de diferentes textos teóricos, ensayos, artículos, páginas web, documentos científicos, entre otros, se podrá recolectar información necesaria que sirva de soporte para el desarrollo y la elaboración del proyecto.

## **Sujetos de la investigación**

Los sujetos con los que se trabajaron para el proyecto de investigación son pacientes hospitalizados en el área de emergencia quienes presentan enfermedades catastróficas como: VIH e Hipertensión Arterial entre otros, siendo aquellos los que se presentan con más frecuencia en el área. Es necesario recalcar que de los pacientes atendidos solo recogeremos dos casos para poder evidenciar el rol del psicólogo clínico dentro del área.

## CONCLUSIONES

En este proyecto de investigación, se pudo realizar mediante un recorrido teórico y conceptual acerca de los diversos factores que se evidenciaron en los pacientes con diagnósticos de enfermedades catastróficas y degenerativas como: VIH e hipertensión, al momento de conocer y afrontar su diagnóstico.

Además, teniendo como primer punto, la apertura del conocimiento de conceptos bases para llegar a entender los términos utilizados por el lado médico y el psicólogo con orientación psicoanalítica a la hora de observar cada variable durante la realización de la práctica pre-profesional en un área hospitalaria. Dando con ello, que el psicólogo dentro de un área de emergencia pueda posicionarse como un Otro diferente que escucha, sostiene y reconoce a ese paciente como alguien importante que necesita de ese acompañamiento, sostén o funciones psicoterapéuticas dependiendo del caso y de las circunstancias que se presenten.

Posteriormente se realizó el análisis sobre ese cuerpo, enfermedad, responsabilidad, entorno hospitalario y el discurso que rodea a ese paciente cuando se encuentra en una circunstancia que cambia su calidad de vida y proyecciones futuras debido al miedo, angustia, depresión y dependencia que aparecen en ese momento. No obstante, hay una realidad, puesto que no hay peor enemigo que el silencio y la ignorancia de no conocer sobre la existencia de otras oportunidades y elecciones que permitirán volver a construir esa subjetividad que se ha ido desquebrajando por varios motivos subyacentes en ese paciente.

Para concluir, una enfermedad siempre tendrá un impacto negativo tanto para el paciente quien la vive y sufre. Aunque estaríamos hablando que, en una primera instancia, será crucial de cómo sea emitida la información por parte del médico y a su vez en las circunstancias que esté pasando ese paciente. Todo influirá desde ahí para que se observe el cambio, ya sea para bien o en algunos de los casos de forma

negativa. Vale recalcar que el lugar que llegue a ocupar el psicólogo clínico dentro de esa área de emergencia, será oportuna y eficaz, para que regularice a ese paciente que presenta una crisis o una urgencia subjetiva, preservando siempre la singularidad y la ejecución de una intervención eficaz. No solo es escuchar, es darle un sentido a lo que para otros no la tiene.

## RECOMENDACIONES

A partir de la teoría antes desarrollada y del aporte de la experiencia práctica en un área de emergencia de un hospital público, se permitió que con ello se pueda evidenciar la importancia de un dispositivo clínico aplicado a pacientes que presentaban enfermedades catastróficas además de poder observar el cambio de la visión de la presencia de un psicólogo clínico dentro de esa área. Pudiendo con ello dar pautas a recomendar:

Profesionales de la salud:

- Médicos: Se entiende la importancia de sus funciones dentro del área de emergencia y que debido a la demanda de pacientes se les haga difícil ser más comunicativos, pero siempre se puede encontrar un medio más factible para llegar a ellos.
- Enfermeras y Auxiliares: Su labor es tan vital para el mejoramiento del paciente, son aquellas profesionales que mantienen mayor acercamiento con ellos. A veces una palabra o un gesto hace la diferencia ante este paciente que está hospitalizado.

Futuros practicantes:

- Llegar a realizar sus prácticas en un área de urgencia, es un reto. Debido a que en cualquier momento se puede presentar desde el caso más normal hasta el más complicado. Es por ello que se necesita un trabajo propio para que no se vea afectada su práctica, por lo que puede llegar a

movilizar algo de su historia por las diversas situaciones que se den durante la guardia.

- El enriquecimiento teórico, será su mejor herramienta para poder realizar un mejor abordaje. Además de recordar lo aprendido dentro de las aulas de clase como es: la ignorancia docta, el abordaje con las diferentes estructuras y los discursos.
- Es importante siempre hacerse conocer por cada uno de los profesionales que forman parte del área. Esta demás decirles que como psicólogos debemos fomentar la comunicación para que el entorno sea más productivo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aquino, A. (2013). La subjetividad a debate. *Sociológica* (México), 28(80), 259-278. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732013000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732013000300009&lng=es&tlng=es).
- Arrubarrena, V. (2011). La relación médico-paciente. *Cirujano general*, 33(S2), 122-125. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf>
- Barrios, C. (2018). *La experiencia del psicoanalista en una unidad de EPOC*. Recuperado de <http://www.colpsicoanalisis-madrid.com/la-experiencia-del-psicoanalista-en-una-unidad-de-epoc/>
- Bernal, C. (2006). Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. México: Pearson Educación.
- Bermeo, M & Peralta, K. (2014). *El Psicólogo Clínico en la Institución Hospitalaria: Formas de Abordajes Terapéuticos*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/1725>
- Braunstein, N. (2005). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia Lacan*. México: Siglo XXI.
- Briuoli, N. (2007). La construcción de la subjetividad. El impacto de las políticas sociales. *Revista Haol*, 13, 81-88. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2479324>

- Bohórquez, F., & Jaramillo, L. (2005). El diálogo como encuentro: Aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente. *Index de Enfermería*, 14(50), 38-42. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200008&lng=es&tlng=es).
- Cerrone, L (2016) *El síntoma desde el psicoanálisis*. Universidad de la república, Montevideo, Uruguay.
- Dasuky, S. (2010). El discurso del Amo: de Hegel a Lacan. *Escritos*, 18(40), 100-124. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/escritos/article/view/617/553>
- De Arco, O., & Suarez, Z. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad Y Salud*, 20(2), 171-182. Recuperado de <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Díaz, J., Gallego, B., y León, A. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 22(1), 1-11. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_1\\_06/mgi07106.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.htm)
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona, España: Paidós
- Fajardo, G., Hernandez, F. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*. Mexico, D.F: Secretaria de Salud.
- Fernández, B., Molina, V., Cavazos, M., Larrañaga, B. (2011). *Hipertensión Arterial Guía para pacientes*. Recuperado de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaPacientesHTA.pdf>

Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada*. Buenos Aires: Siglo XXI editores Argentina.

Foucault M (2000). Médicos y enfermos. *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica. Tercera Reimpresión. Bogotá.

Freud, S. (2016). El yo y el ello. *Obras Completas*. Madrid: Amorrortu.

Freud, S. (1920): Obras completas- XVII. *Más allá del principio de placer* (pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, A. (1937). The ego and the mechanisms of defense. *Obras Completas*. London: Hogarth Press

Freud, S. (1937): Análisis terminable e interminable. *Obras completas*. Amorrortu Editores. Vol. XXIII. Buenos Aires, 1996, 211-254.

Freud, S. (1978). *Obras completas- tomo XVI, Conferencia 23. Los caminos de la formación de síntoma*. Buenos Aires: Amorrortu Editores

Freud, S. (1978). *Obras Completas- tomo XVI, Conferencia 18. La fijación al trauma, lo inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1980). *Obras Completas- tomo XII, Recordar, repetir y reelaborar*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gallo, H. (2002). Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica. *Desde el jardín de Freud*, 2, 120-127. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/12173>

García, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei: revista de filosofía*, (74), 1-6. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3644313>

Granadillo, S. (2018). *Diferencias entre urgencia y emergencia*. Recuperado de <http://aps.issv.gob.sv/familia/salud%20al%20d%C3%ADa/Diferencias%20entre%20urgencia%20y%20emergencia>

Gijón, T., Gorostidic, M., Camafortd, M., Abad, M., Martín, E., Morales, F., Vinyolesh, E., Armarioi, P., Banegas, J., Cocad, A., de la Sierra, A., Martell, N., Redón, J., Ruilope, L., Segura, J., (2018). Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *ScienceDirect*, 35(3), 119-129. Recuperado de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1889183718300333?token=4858225DEE74693CA318220F4FF4B085E882FB0A29F50477FF522BA7A35FB53120113C3A71345433612316891786DEA3>

Gonca, J. (2015). El trauma en Freud. *Psicoanalista Bilbao*. Recuperado de <https://psicoanalistabilbao.com/2015/12/14/el-trauma-en-freud/>

Hall, C. (1978). *Compendio de psicología freudiana*. Buenos Aires: Paidós .

Hernandez, R. (2017). Sociedad e histeria: el síntoma como crítica y subversión. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 9 (2017), 274–281. Recuperado de <http://teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/201>

Jaramillo, L. & Aguirre, J. (2012). Una mirada al mundo ético de la vida a partir de la experiencia del dolor clínico. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 15 (1), 9-17. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0123-42262012000100002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-42262012000100002).

Jiménez, E. (2002). *Manual para Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/hipertension.pdf>

- Kristeva, J. (1988). *El lenguaje, ese desconocido: introducción a la lingüística*. Caracas, Madrid: Editorial Fundamentos.
- Lacan, J. (1992). El reverso del psicoanálisis, *Seminario 17*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1953): Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis. *Escritos 1*. Siglo Veintiuno editores. Argentina, 1988, 227-310.
- Lacan, J. (1958): La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos 2*. Siglo Veintiuno editores. Argentina, 1987, 565-626.
- Lacan, J. (1964). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. *Seminario 11*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1971). De un discurso que no fuera del semblante. *Seminario 18*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J (1975): La tercera. *En Intervenciones y textos 2*. Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1988, 73-108.
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y Medicina. *Intervenciones y Textos*. Buenos Aires, Manantial.
- Lenis, C., & Manrique, F. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 15(3), 413-425. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000300009&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000300009&script=sci_abstract&tlng=es)
- Lysek, D. (1993). *Introducción a la génesis de los conflictos psíquicos*. Symposium de la SIM. Recuperado de <http://www.micropsicoanalisis.com/pdf/Introduccion.pdf>

- Lopez, A., Flores, M., Cambero, M. (2006). Hipertensión Arterial. *Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 6*. Recuperado de [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/CustomContentResources/Hipertensi%C3%B3n%20Arterial.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Hipertensi%C3%B3n%20Arterial.pdf)
- Luque, C. (2002). El concepto de número natural según Giuseppe Peano. *Memorias XIII Encuentro de Geometría y I de Aritmética* (pp.45-85). Recuperado de <http://funes.uniandes.edu.co/9114/1/Concepto2002Luque.pdf>
- Mahé, L., & Ramos, C. (2012). Enfermedad, cuerpo y síntoma. *Desde el jardín de Freud*, 12, 267-277. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/36143/37580>
- Marchant, M. (2000). Apuntes sobre histeria. *Revista de psicología*, 9(1), 1-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26409109>.
- Maris, S. (2018). *El nombre propio y el propio nombre*. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1610>
- Martín, J. M. (2016). *¿Qué entiendes por "conflicto psíquico?"*. Recuperado de <http://www.grupoanalisis.net/13-que-entiendes-por-conflicto-psiquico/>
- Miller, J.A. (2002). *De la naturaleza de los semblantes*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- OMS. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
- Pereira, J., Boada, L., Peñaranda, D., & Torrado, Y. (2017). Diálisis y hemodiálisis. Una revisión actual según la evidencia. *Nefrología Argentina*. 15(2), 1-19. Recuperado de [http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15\\_2/articulo2.pdf](http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15_2/articulo2.pdf)

- Pisani, F. (2013). El hospital, el cuerpo y la clínica psicoanalítica: materiales para una discusión. *Liminales. Escritos sobre psicología y sociedad /Universidad Central de Chile*. 1 (3), 89-101.
- Poll, J., Rueda, N., Poll, A., Mancebo, A., Arias, L. (2017). Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *Medisan*, 21(9), 2010-2017. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000900006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900006&lng=es&tlng=es).
- Puppo, C. (2016). El arte de diseñar nuestro cuerpo. Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación. *Ensayos*, (58), 1-10. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1853-35232016000300022](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-35232016000300022)
- Quiceno, S. A. D. (2010). El discurso del amo: de Hegel a Lacan. *Escritos*, 18(40), 100-124.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española.
- Mero, M. (2018). *Conceptos del Psicoanálisis en la Teoría de la Personalidad*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000068.pdf>
- Ruiz, E. (2014). Aportes de la teoría de los discursos y del lazo social de Jacques Lacan al contexto universitario actual. *Historia de la Educación Colombiana*, 17(17), 51-77. Recuperado de <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/rhec/article/view/2079>
- Sanz, L., & Torres, B. (2003). Un caso de trastorno de conversión analizado desde la perspectiva de la interconsulta hospitalaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 143-156. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352003000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300009&lng=es&tlng=es).

- Savio, K. (2015). Aportes de Lacan a una teoría del discurso. *Revista Folios*, 0(42), 43-54. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n42/n42a04.pdf>
- Soberón, G. (1988). SIDA: características generales de un problema de salud pública. *Salud Pública de México*, 30(4), 504-512. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd4549.pdf>
- Sotelo, M. I., Rojas, M. A., & Miari, A. S. (2011). Hospital, dispositivos, urgencias. *Rev. univ. psicoanálisis*, 11, 181-188. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/109\\_clinica\\_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf)
- Sztejman, C. (2010). Estrés psicosocial y baja resiliencia: Un factor de riesgo para hipertensión arterial. Relaciones entre la hipertensión arterial y psicoanálisis. *Revista argentina de cardiología*, 78(5), 398-399. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482010000500004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482010000500004)
- Teixidó, A. (2003). Práctica del psicoanálisis en una institución socio-sanitaria. ¿Qué puede aportar la presencia del psicoanalista en el ámbito de la medicina?. *Grupo de Investigación de Psicoanálisis y Medicina Sección Clínica de Barcelona*. Recuperado de <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=109&rev=21&pub=1>
- Thompson, S. (2014). La categoría lacaniana de semblante. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-035/730.pdf>
- Triglia, A. (2018). El ello, el yo y el superyó, según Sigmund Freud. *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/ello-yo-superyo-sigmund-freud>

Ulnik, J. (2011). *El psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires:Paidós.

Urquiza, K. (2012). *Implicaciones subjetivas que la enfermedad oncológicacausa en el paciente*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/45>.

Valero, M. (2013). *La luz de los hospitales no ayuda a descansar*. Recuperado de <https://www.elmundo.es/salud/2013/12/05/529ce258684341bd6d8b4581.html>

Velázquez, I. (2017). *Modelo clínico de intervención psicológica para atender las demandas psicoafectivas de los adultos mayores en las instituciones gerontológicas*. Guayaquil, Ecuador: Imprezzo.

Vidalón, A. (2010). Clínica de la hipertensión arterial, para el médico general. *An Fac med.* 71(4), 237-239. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a05v71n4.pdf>

Villa, D. & Montañez, M. (2010). “¿De qué cuerpo se habla en psicoanálisis?”. *Revista Académica e Institucional*, (86), 53-66. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4897895.pdf>.

Wainsztein, S. (2012). Histerización del Discurso. *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Recuperado de [http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline\\_1496.pdf](http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1496.pdf)

Wainsztein, S. (2017). El nombre propio y el efecto sujeto. *El sigma*. Recuérado de: <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/el-nombre-propio-y-el-efecto-sujeto/13285>



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Espinoza Tacuri, Roberth André**, con C.C: # **0704661693** autor del trabajo de titulación: **Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **13 de marzo de 2019**

f. \_\_\_\_\_

**Espinoza Tacuri, Roberth André**

**C.C: 0704661693**



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Medina Campoverde, Iliana Brigith** con C.C: # **0707064598** autora del trabajo de titulación: **Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **13 de marzo de 2019**

f. \_\_\_\_\_

**Medina Campoverde, Iliana Brigith**

C.C: 0707064598



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Análisis sobre el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y hospitalización		
<b>AUTORES:</b>	Espinoza Tacuri, Roberth André Medina Campoverde, Iliana Brigith		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Ileana Velázquez Arbaiza		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
<b>CARRERA:</b>	Psicología Clínica		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciado en Psicología Clínica		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	DE 13 de marzo de 2019	<b>No. PÁGINAS:</b>	DE 107
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	<b>Psicología Clínica, Salud, Sujeto-Paciente y Psicoanálisis</b>		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	<b>Síntoma, enfermedad, subjetividad, cuerpo, hospitalización, dispositivo.</b>		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>	<p>En este presente trabajo de proyecto de investigación se analiza el afrontamiento del paciente a la afectación de su cuerpo y su responsabilidad frente al diagnóstico y la hospitalización dentro de un área hospitalaria. En ella se analiza las variables tales como el personal, diagnóstico y el entorno hospitalario, que de alguna manera provocan un efecto positivo o negativo que marcará un antes y un después en la vida del paciente. Por un lado, se sustenta el proyecto de investigación mediante un marco teórico psicoanalítico que ayudará a comprender las consecuencias de las variables que afectan tanto al cuerpo como a la subjetividad del paciente que padece de una enfermedad catastrófica tales como: VIH e Hipertensión. Por otro punto, un marco teórico médico, que nos brinda otra mirada acerca de lo que es la enfermedad, sus complicaciones, tratamientos y efectos. Además de la experiencia adquirida durante las prácticas pre-profesionales en las que se empleó un modelo de dispositivo que atenderá las urgencias producto de las consecuencias de estas variables.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTORES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593984417914 +593979279474	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:roberthiko001@hotmail.com">roberthiko001@hotmail.com</a> <a href="mailto:brigithmedina_22@hotmail.com">brigithmedina_22@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre:</b> Martínez Zea, Francisco Xavier		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-2222024		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec">francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			