

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Carrera de Psicología Clínica

Tema:

“La dificultad para elaborar un duelo frente a la pérdida de la salud de pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices, dentro de un hospital público de Guayaquil”

Autores:

Basantes García Rebeca Tamara

Llanos Papaseit Myrone David

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de licenciado en psicología clínica

Tutor:

Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs

Guayaquil, Ecuador

02 de marzo del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Basantes García, Rebeca Tamara y Llanos Papaseit, Myrone David**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**

TUTOR

f. _____

Psi. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psi. Cl. Galarza Colamarco, Alexandra Patricia, Mgs.

Guayaquil, 02 de marzo de 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Basantes García, Rebeca Tamara y Llanos Papaseit, Myrone David**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **La dificultad para elaborar un duelo frente a la pérdida de la salud de pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices, dentro de un hospital público de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciados 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, 02 de marzo de 2020

AUTORES

f. _____

Basantes García, Rebeca Tamara

f. _____

Llanos Papaseit, Myrone David



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Basantes García, Rebeca Tamara y Llanos Papaseit, Myrone David**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La dificultad para elaborar un duelo frente a la pérdida de la salud de pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices, dentro de un hospital público de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 02 de marzo de 2020

AUTORES

f. _____

Basantes García, Rebeca Tamara

f. _____

Llanos Papaseit, Myrone David

INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	La dificultad para elaborar un duelo frente a la pérdida de la salud de pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices, dentro de un hospital público de Guayaquil.docx (D63774971)
Presentado	2020-02-12 00:23 (-05:00)
Presentado por	myrone.llanos.97@gmail.com
Recibido	rodolfo.rojas.ucsg@analysis.urkund.com
	0% de estas 46 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA: La dificultad para elaborar un duelo frente a la pérdida de la salud de pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices, dentro de un hospital público de Guayaquil.

ESTUDIANTES:

Rebeca Tamara Basantes García

Myrone David Llanos Papaseit

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
INFORME ELABORADO POR:**

Psic. Cl. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, por todo el esfuerzo que realizan a diario para darme una buena educación, por motivarme y guiarme en un camino que no ha sido fácil pero que, definitivamente, ha valido la pena. Por los cuidados, la paciencia y, sobre todo, por el amor que me dan.

A Rodolfo, nuestro tutor de tesis, por acompañarnos en un proceso que me generaba angustia y preocupación, pero que con su calor y su sentido del humor logró que una persona que se estresa fácilmente, como yo, disfrutara del proceso y lo viviera plenamente. A mis demás docentes por fomentar en mí el deseo de seguir aprendiendo.

A Talita, Ivanna, Romina, Claudia, Andrea y Melannie, porque sin ustedes la universidad no hubiera sido igual, la vida nos juntó para que crezcamos juntas profesionalmente, pero también, como seres humanos. Por escuchar cada queja, por los consejos, por los buenos momentos y por los difíciles, también. Por haber hecho de este proceso de aprendizaje un viaje sin igual.

A Oksana y a Pedro, por acogerme y darme la mano cuando sentía que ya no podía, por hacerme sentir cómoda, protegida y en buena compañía. Los llevo en el corazón.

A mis pollos, porque sin importar que no estábamos en la misma universidad, en todo momento estuvieron pendientes de mí, apoyándome, retándome cuando era necesario, pero sobre todas las cosas, siendo ese apoyo incondicional que muchas veces se necesita, pero no se encuentra. Los amo.

A mis Real5, por seguir aquí a pesar de los años, por ser siempre transparentes, por siempre estar.

A la vida y sus hermosas coincidencias, que han puesto en mi camino a personas que sin duda son especiales y me han ayudado a ser la mujer que soy hoy.

Rebeca Basantes García

Así culminan las grandes historias; entre héroes y villanos, entre aciertos y desaciertos, entre glorias y fracasos, entre errores y ERRORES, pero al final lleno de experiencias.

Mención Honorífica

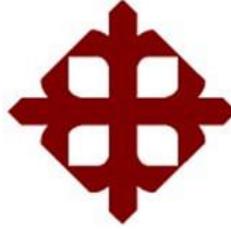
- Padres y madres... por serlo
- HeladoSempai, por ser un eje fundamental, por demostrar que no se necesita mucho para hacer tanto. Por forjar tu camino y a su vez nunca dejar de lado a los que te rodean. Gracias por compartir tu conocimiento...
- Jaime y Rodolfo, por ser trascendentales (los más) dentro del camino del aprendizaje. Por ser el balance casi perfecto entre “persona” y “profesor”.
- MBTDs... No todo se puede poner en palabras... gracias por el eterno apoyo.

Continuando... se quedan personas por fuera del camino y del agradecimiento. Siempre escapa algo... pero, gracias a todos por estar y por irse. De todo y de todos se aprende.

Llegando al epílogo de este gran y ajetreado viaje. No me queda nada más que acotar que un simple:

Gracias totales... Me verán volver.

Myrone David Llanos Papaseit



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. ALEXANDRA GALARZA C, MGS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. MARIANA ESTACIO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CARLOTA ALVAREZ CH, MGS
OPONENTE

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO	4
Capítulo I	4
Metodología	4
Línea de investigación de la facultad	4
Política u objetivo del plan nacional del desarrollo al que contribuye	4
Antecedentes	5
Planteamiento del problema.....	5
Justificación.....	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	7
Preguntas generadoras.....	7
Preguntas específicas	8
Marco teórico general.....	8
Enfoque, técnicas, herramientas y muestra	9
Capítulo 2	12
La salud y la enfermedad.....	12
¿Qué es la salud?	12
¿Qué es la pérdida de la salud?.....	14
El cuerpo que enferma	16
¿Qué es el cuerpo para el psicoanálisis?	18
¿Cómo afecta la pérdida de la salud a la subjetividad?.....	20
Mecanismo de defensa	21

Elaboración del duelo	24
Tipos de duelo	26
Fases de duelo.....	27
Salidas	30
Positivas	30
Negativas.....	31
Capítulo 3	33
La función del psicólogo clínico en la institución hospitalaria.....	33
Historización sobre la inserción del psicólogo clínico dentro de las instituciones hospitalarias.....	33
Participación del psicólogo clínico dentro de los equipos interdisciplinarios en la actualidad	36
¿Qué se espera del psicólogo clínico en la institución?	39
Falta de preparación continua	41
Capítulo 4	45
Propuesta: “Protocolo para el acompañamiento en la elaboración del duelo desde la atención psicológica, a pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices”	45
Análisis e interpretación de las entrevistas.....	45
“Protocolo para el acompañamiento en la elaboración del duelo desde la atención psicológica, a pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices”	49
Introducción	49
Términos y definiciones	50
Objetivos.....	51
Ámbito de aplicación.....	51
Responsables	52
Insumos y materiales	53
Metodología	53

Herramientas	55
Precauciones o indicaciones	56
Bibliografía.....	58
FLUJOGRAMA	59
CONCLUSIONES	60
REFERENCIAS	64
ANEXOS.....	70

RESUMEN

El presente trabajo fue elaborado con el afán de brindar una herramienta que tenga como utilidad poder identificar y dar pautas para el abordaje a los pacientes que se encuentran elaborando un duelo, con posibilidad de ser usada en el área de hospitalización tanto como en consulta externa.

Se aplicaron entrevistas al personal de un hospital público de Guayaquil con la finalidad de recabar información para proponer acciones que tengan medidas apropiadas para la atención a pacientes que se encuentran elaborando un duelo.

También se enfatizó en los aciertos y falencias del personal a la hora de brindar un acompañamiento interdisciplinario a los pacientes, esto para destacar factores que deberían ser potenciados dentro de la institución.

Palabras claves: Duelo, mecanismos de defensa, muerte, subjetividad, pérdida

ABSTRACT

The following investigation was made with the purpose of creating a tool that can help psychologists and medical professionals to identify and treat patient's that are going through a grieving process, so it can be used not only in the area of hospitalization but also in outpatient clinic.

Interviews were applied to a public hospital in Guayaquil psychology staff with the purpose of providing an action system that has adequate measures for patient care that are processing a grieving.

We also make emphasis on the successes and shortcomings of the staff in providing interdisciplinary support to patients, this was necessary so we can highlight factors that should be enhanced within the institution.

Key words: Real, grief, defense mechanism, death, subjectivity

INTRODUCCIÓN

Como estudiantes de psicología clínica que realizaron su práctica dentro de un hospital público de Guayaquil, pudimos palpar de primera mano tanto las fortalezas como las debilidades del sistema hospitalario en torno al desarrollo, labor y deberes del psicólogo clínico, así como las falencias que se presentan en los abordajes de los casos en las distintas áreas.

Por esta razón, tomamos el duelo como tema príncipes para el desarrollo de nuestra investigación: como practicantes de áreas donde los casos de pérdidas abundan, pudimos dar cuenta de la falta de acompañamiento por parte de los psicólogos y los equipos interdisciplinarios ante situaciones que ameritan un soporte para la elaboración y tramitación del duelo.

El primer capítulo cuenta con la información sobre la metodología utilizada para la elaboración del trabajo. Las herramientas e instrumentos que servirán para fundamentar la investigación y su posterior análisis.

El segundo capítulo concierne a la explicación de lo que es la salud, su pérdida, y cómo afecta esta la subjetividad de los pacientes. Así mismo, se trabajará teóricamente el duelo, sus etapas, sus tipos y sus salidas, también los mecanismos de defensa que intervienen y se ponen en acto cuando se da paso a la elaboración del proceso del duelo, para lograr una mejor comprensión del mismo.

En el tercer capítulo, se abordará cómo ha ido evolucionando la labor del psicólogo dentro de las instituciones, lo que se espera de éste, las herramientas que se le brindan y como la falta de constante actualización dentro de los equipos interdisciplinarios afecta directamente la calidad del trabajo que se brinda a los pacientes del hospital, especialmente, a los que necesitan un acompañamiento para afrontar y superar sus pérdidas.

En el cuarto y último capítulo se realizará un análisis de las entrevistas que se realizaron a dos psicólogos clínicos que trabajan en el hospital, para conocer un poco más sobre el trabajo institucional y el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios. También se trabajará una propuesta de protocolo para la

atención de los profesionales, frente a la necesidad de los pacientes de recibir un adecuado acompañamiento psicológico para la elaboración del duelo.

DESARROLLO

Capítulo I

Metodología

Línea de investigación de la facultad

Este proyecto investigativo se articula con la carrera de Psicología Clínica, específicamente, con orientación psicoanalítica, debido a que lo que busca es a partir de lo clínico, poder identificar el proceso de duelo y el funcionamiento de los mecanismos de defensa.

La línea de investigación de nuestro trabajo según el documento “Dominios Científico-Tecnológico-Humanistas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil”, se enmarca en el dominio 5 denominado: “Educación, comunicación, arte y subjetividad”, grupo de estudio de “Psicología”, línea de investigación “Problemas del Sujeto y su relación en distintos entornos”.

Política u objetivo del plan nacional del desarrollo al que contribuye

Esta investigación contribuye al siguiente objetivo del Plan Nacional Del Desarrollo 2017-2021 (Consejo Nacional de Planificación, 2017):

“Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (p. 53).

Políticas:

“1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.” (p. 58).

Antecedentes

Se plantea esta investigación a partir de la observación de casos dentro de un hospital público de Guayaquil, debido a que durante la estancia como practicantes pre-profesionales de dicha institución hospitalaria, se pudo dar cuenta de cómo los pacientes se enfrentan a lo horroroso de la muerte, se encuentran sin el adecuado acompañamiento de profesionales los cuales ayuden a mejorar la tramitación de la pérdida y del duelo al que se enfrentan.

Se encamina este proyecto hacia una vía que ya es conocida por muchos pero a su vez, la mayor parte de profesionales prefiere evitar tratar o enfrentarse a. Dentro del Hospital se puede observar cómo las herramientas que tienen los psicólogos, no son de mucha utilidad y por otra parte se encuentra la poca implicación de los mismos profesionales, dando así como resultado un sentimiento de soledad o de falta de acompañamiento, dicho por los propios pacientes.

Planteamiento del problema

Se evidencia que muchos pacientes dentro de un hospital público de Guayaquil no realizan la tramitación del duelo frente a la pérdida de su salud de forma que les permita tramitar su dolor, en ocasiones debido a sus propios mecanismos de defensa; sin embargo, en la mayoría de casos se constata que una de las mayores vertientes que contribuyen a esto es la falta de

compromiso laboral por parte de los psicólogos del hospital, puesto que la participación de dichos profesionales ante esta situación es escasa o nula.

Justificación

El presente trabajo canaliza nuestro interés en conocer como se ve afectada la subjetividad de los pacientes que se enfrentan a lo real de la muerte o de la pérdida, ya sea esta de un miembro, de alguna capacidad o de la salud en general. Dentro de la práctica hospitalaria, se pueden evidenciar los matices de esta pérdida de la salud, así como la puesta en escena de los mecanismos de defensa, ante esto que es vivenciado como horroroso.

La creación de un protocolo permitirá que se identifiquen de forma más efectiva los procesos del duelo, para así poder distinguir cuando es aún más necesario realizar un acompañamiento psicológico con los pacientes. La finalidad de este instrumento será entonces brindar mejores herramientas a los profesionales del campo de la psicología para que exista un adecuado acompañamiento tanto para el paciente como para sus familiares.

Esta investigación tendrá un impacto científico y social, ya que permitirá crear una herramienta que efectivice el trabajo de los psicólogos clínicos ante el paso por el duelo por parte de los pacientes dentro de un hospital público de Guayaquil.

Objetivo general

Analizar las dificultades en la elaboración de un duelo ante la pérdida de la salud de pacientes dentro de un hospital público de Guayaquil, mediante entrevistas al personal de salud y el estudio de casos, para elaborar un

protocolo de atención que permita orientar a los psicólogos dentro de un hospital público de Guayaquil.

Objetivos específicos

- Identificar como la pérdida de salud afecta la subjetividad del paciente mediante el estudio de casos, como insumo para conocer sobre el proceso de duelo.
- Mostrar las consecuencias de una mala elaboración del duelo en pacientes que se enfrentan a la muerte, mediante el estudio de casos e investigación bibliográfica, como insumo para la elaboración de un protocolo de atención.
- Establecer un protocolo que sirva de guía para accionar frente a situaciones de duelo para los psicólogos que se encuentran laborando dentro de un hospital público de Guayaquil, mediante un análisis bibliográfico y casuístico, para orientar la atención a pacientes.

Preguntas generadoras

¿Por qué existe poca participación del psicólogo clínico cuando se presentan casos de pacientes que necesitan elaborar un duelo para hacerle frente a sus enfermedades?

¿Cómo el trabajo de los psicólogos clínicos se ha visto afectado debido a las modificaciones dentro de los parámetros de atención del Hospital?

Preguntas específicas

¿En qué momento se realizan las atenciones psicológicas brindadas por el Hospital y qué tiempo toman?

¿Dónde y en qué condiciones se realizan las atenciones psicológicas dentro de un hospital público de Guayaquil?

Marco teórico general

La siguiente investigación hace uso del psicoanálisis para el desarrollo de su contenido, por lo que se han propuesto diferentes definiciones y perspectivas dentro de este campo. Los autores que más sobresalen son Freud, Lacan y Miller. Lo que permite hacer un análisis no solo desde lo orgánico, que es el eje principal en el ámbito hospitalario, sino que además facilita la apertura de un espacio orientado hacia la escucha dando cabida a las elaboraciones propias del sujeto. La desventaja sería que las hospitalizaciones de estancia corta dificultan el desarrollo de las sesiones debido a que no se pueden entablar tratamientos a largo plazo.

Vivimos en un mundo que cada vez va más rápido, lleno de sistematizaciones, donde prima la inmediatez, lo fácil, donde cada vez hay menos tiempo para la salud mental. En el camino de la vida, perdemos cosas, personas, habilidades, sensaciones, etc. En ocasiones, se ignora la pérdida de estos objetos, muchas veces de manera inconsciente, por lo que no se logra elaborar un duelo apropiado para el vacío que deja el objeto perdido.

Puede ser desde algo insignificante, como una pertenencia, hasta algo ya más complejo como un ser querido o la pérdida de alguna capacidad, sin embargo, en todas estas situaciones nos vemos enfrentados a un real que nos paraliza,

nos aterra y horroriza: la pérdida. Es en estas situaciones donde nuestros mecanismos de defensa se manifiestan con aún más fuerza para tratar de tramitar de alguna forma esto que genera sufrimiento.

Dentro de un hospital público de Guayaquil, existe personal que se encuentra capacitado para realizar un acompañamiento a los pacientes que por diversas circunstancias se enfrenta a pérdidas que resultan insoportables, sin embargo, se ha constatado que existen falencias dentro del rol que los psicólogos desempeñan cuando existe la presencia de pacientes que se ven en la necesidad de elaborar duelos, ya sea por diagnósticos que conllevan una enfermedad crónica, pérdidas de extremidades o cierto grado de limitaciones, dichos resultados generarán que exista un conflicto subjetivo en el paciente.

Lo que se busca en esta investigación es puntualizar aspectos o rasgos importantes que muestran los pacientes para así lograr identificar cuando es necesario un acompañamiento en la elaboración del duelo y a su vez investigar qué herramientas son de mayor utilidad para sobrellevarlo. Para así potenciar las respuestas que pueden ser brindadas por los psicólogos que se encuentren laborando dentro de un hospital público de Guayaquil.

Enfoque, técnicas, herramientas y muestra

Para este trabajo se utilizará un enfoque cualitativo debido a que lo que se busca es conocer más acerca de la realidad que vivencian los sujetos cuando se ven enfrentados a tener que elaborar un proceso de duelo dentro de una institución hospitalaria, ya sea este ocasionado por la pérdida de sus capacidades tanto físicas como mentales, la pérdida de alguna parte de su cuerpo o el tener que acogerse ante diagnósticos fatales. Lo que genera que los sujetos se enfrenten a un real que afecta directamente su subjetividad. Acerca de este tipo de metodología, Monje (2011):

La investigación cualitativa, se plantea, por un lado, que observadores competentes y cualificados pueden informar con objetividad, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social, así como de las experiencias de los demás. Por otro lado, los investigadores se aproximan a un sujeto real un individuo real, que está presente en el mundo y que puede, en cierta medida, ofrecernos información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores...etc. (p.31)

Nos serviremos de técnicas como la observación, que para Hernández (2014) consiste en:

Observar lo que ocurre en el ambiente (desde lo más ordinario hasta cualquier suceso inusual o importante). Aspectos explícitos e implícitos, sin imponer puntos de vista y tratando, en la medida de lo posible, de evitar el desconcierto o interrupción de actividades de las personas. Tal observación es holística o integral y toma en cuenta el contexto social. El investigador entiende a los participantes, no únicamente registra “hechos” (p. 368)

La observación entonces sería indispensable para el desarrollo del trabajo ya que es parte de situaciones que han sido observadas y han generado pregunta dentro del trabajo de prácticas que se realiza en el hospital. Además, será utilizada la entrevista, ya que así se obtendrá información desde el punto de vista, en este caso, de los pacientes, según Ramos (2008, párr. 133) “La entrevista es una técnica de recopilación de información mediante una conversación profesional, con la que además de adquirirse información acerca de lo que se investiga.”

También se hará uso de las entrevistas como una herramienta primordial al momento de recolectar información para esta investigación, ya que se busca conocer sobre la actual condición de los profesionales de la psicología que laboran dentro de un hospital público de Guayaquil, para analizar las herramientas y procesos utilizados dentro de dicha institución.

Las anotaciones de campo nos ayudarán a que no se deje de lado cosas puntuales que forman parte de las situaciones que se vivencian en el hospital, además ayudaría a crear un orden cronológico e incluso lógico de lo que dicen los sujetos que hablarán de su experiencia. Hernandez (2014, p. 371) hace

una clasificación de tipos de anotaciones, haremos uso de dos que se plantean a continuación:

1. Anotaciones de la observación directa. Descripciones de lo que estamos viendo, escuchando, olfateando y palpando del contexto y de los casos o participantes observados. Regularmente van ordenadas de manera cronológica. Nos permitirán contar con una narración de los hechos ocurridos (qué, quién, cómo, cuándo y dónde).
2. Anotaciones interpretativas. Comentarios sobre los hechos. Nuestras interpretaciones de lo que estamos percibiendo sobre significados, emociones, reacciones, interacciones de los participantes

La muestra serán médicos, enfermeros y pacientes de las áreas de cuidados paliativos, medicina interna y traumatología, específicamente el personal médico que trabaje con casos pérdidas y los pacientes que sufran las mismas. Se realizarán entonces un análisis bibliográfico y casuístico, tanto propios como de compañeros en las áreas antes propuestas, estos serán comparados y se sacarán las respectivas conclusiones a partir de los puntos de convergencia entre ellos.

El diseño seleccionado para este trabajo es desde el aspecto fenomenológico puesto que debido a la experiencia vivenciada en las practicas pre-profesionales dentro de un hospital público de Guayaquil, se evidenció el trabajo de los profesionales dentro de dicha institución tomando en cuenta sus funciones dentro del hospital. Además, se tomó en cuenta la experiencia propia de los investigadores en distintas áreas de atención. Basados en dicho punto se considero apropiada la creación de un protocolo que sirva para mejorar la atención a pacientes que se encuentran elaborando un duelo.

Capítulo 2

La salud y la enfermedad

¿Qué es la salud?

Para este trabajo se buscará entender el concepto de salud y cómo su pérdida afecta la vida del ser humano. Por lo que se analizarán diferentes definiciones que faciliten la comprensión del mismo, teniendo en cuenta que este se verá modificado de acuerdo a la época y los factores históricos por los que se vea afectada. Se intenta así realizar un recorrido por los principales conceptos que sustentarán esta investigación para su mejor comprensión.

Para la OMS (1948) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (párr. 1). Este concepto no ha sido modificado desde ese año, por lo que sigue siendo uno de los más acogidos por la sociedad en la que nos desarrollamos. Alude a un balance completo entre mente y cuerpo, lo que propicia la ausencia de malestares.

No obstante, se agregarán otros conceptos que contribuyan con nuestra investigación, desde concepciones científicas hasta las psicoanalíticas que serán las que regirán el trabajo. Retrocediendo en el tiempo, la Universidad de la República de Uruguay en un artículo cita a Galeno (129) describiendo la salud como:

Es el estado de perfecta armonía entre mente y cuerpo. Situación de perfecto equilibrio, de armonía perfecta. Pero hay distintos grados de salud: se opone el individuo absolutamente sano, respecto del absolutamente enfermo. A mitad de distancia entre ambos, aparece el bienestar, ni sano, ni enfermo. Entre aquellos extremos se ubican todos los diferentes matices de salud y enfermedad. (párr. 1)

Podemos evidenciar cómo desde épocas muy tempranas se habla de una armonía entre la mente y el cuerpo y como aparecen las dualidades que hoy en día siguen siendo muy controversiales como el de la salud y la enfermedad.

Más adelante, en otros estudios sobre la salud, específicamente desde el ámbito médico se traerán diversos significados alrededor de este concepto, muchos desde lo biológico, no obstante, varios de ellos abordarán también la parte mental y psíquica de los pacientes.

Los médicos León y Berenson del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt. (s.f) dirán que:

Un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente. (p.2)

Nos mantenemos así en una línea en la que lo que determina la salud es la estabilidad que existe a nivel del ser humano visto como una sola unidad, cuando la homeostasis se sostiene y se equilibra. El médico Fernández (2010) señala que: “la salud además de la normalidad fisiológica posibilita la realización de las funciones y, finalmente, de los proyectos vitales, contribuyendo a conformar la sensación de bienestar.” (párr. 45).

Enfocándonos un poco más en el ámbito psicoanalítico encontramos conceptos que rodean la salud a partir de lo que dice o no el cuerpo, es decir, lo que logra ser manifestado a través del mismo y su función o déficit en las situaciones cotidianas de la vida.

García (2013) en su texto El silencio de los órganos. Los desencuentros de la salud y la normalidad según G. Canguilhem y M. Foucault, citando a Leriche dirá que:

«la salud es la vida en el silencio de los órganos». En términos menos metafóricos: en la salud el cuerpo no se ve obligado a sentirse a sí mismo. Estoy sano cuando estoy volcado a mis actividades, atento al mundo e interactuando con los otros sin tener que escuchar a mi cuerpo, sin tener que «atenderme» en el doble sentido de procurarme cuidados y de volver la atención hacia mí mismo. (p. 29)

¿Qué es la pérdida de la salud?

El siguiente apartado es pertinente para esta investigación debido a que nos va a permitir plantear uno de los ejes fundamentales de la misma: las personas que se encuentran internadas en una entidad hospitalaria llegan debido a algún deterioro de su salud, entonces, sería necesario poder hablar sobre cómo la merma de salud se ve reflejada en la vida de este sujeto y que necesita nombrar esto que le genera malestar.

Partiremos de la premisa de que si la salud es la estabilidad y armonía del cuerpo, la mente y lo social, su pérdida sería, entonces, el desbalance del mismo, el cuerpo que grita por la presencia de un malestar que aqueja al sujeto. Introducimos así el concepto de enfermedad, para señalar que cuando el ser humano no está sano está, consecuentemente, enfermo.

Desde una perspectiva médica, Peña y Paco (2003) dicen que: “Enfermedad: O simplemente estado enfermo de un sistema, caracterizado por valores anormales de las funciones de estado (tanto cuantitativos y cualitativos), que afectan a todo el sistema ser humano.” (p.61). Es decir, el ser humano es concebido como una unidad que sufre de un mal funcionamiento, lo que genera que enferme. Otro médico, Varela (2010) agrega que: “la enfermedad se caracterizaría por una disrupción del funcionamiento ordenado de los sistemas fisiológicos” (p. 2).

Desde el psicoanálisis, existen otras concepciones de la enfermedad que lo que buscan es agregar otro valor al concepto más allá de lo biológico, Mahé y Ramos (2012):

Si bien es primordial la evaluación de signos patológicos y la ubicación de la disfunción orgánica, no por ello se puede olvidar que las enfermedades, con o sin origen órgano-genético, generan sufrimientos y sintomatologías que se hallan determinados por una posición particular dada por la subjetividad y el modo de goce del enfermo. (p. 2)

De esta manera, desde el psicoanálisis no solo se toma en cuenta lo orgánico, sino también, las posiciones subjetivas, las estructuras y las formas particulares de goce de cada individuo. La enfermedad entonces no queda

exenta de ser originada como un síntoma que cumpla alguna función para el sujeto.

La medicina y el psicoanálisis van de la mano al momento de intervenir en situaciones en la que el sujeto enferma, en los procesos de cura, de ser el caso, el paciente debe recibir un acompañamiento integral donde pueda restituir su lugar y sobretodo construir sobre esto que le sucede a su cuerpo. De esta forma se abriría un espacio de saber para dialectizar sobre el síntoma (Mahé y Ramos, 2012, p. 3).

Se hace importante señalar la importancia de un acompañamiento psicológico cuando se tratan padecimientos que conciernen al cuerpo y a su enfermedad, rompiendo tabúes y abriendo un poco más la brecha para una posible cura. Mahé y Ramos (2012) hacen referencia al sufrimiento que ocasiona la falta de un adecuado acompañamiento:

Las modalidades subjetivas del sufrimiento corporal, del dolor, de la queja, etc., constituyen recuentos que permiten abordar una clínica del cuerpo —enfermedad-fantasma-órgano—. Aunque el cuerpo no es evidente, en el sentido de que en él subsiste lo extraño y lo silencioso, es cuerpo porque está atravesado por el significante, lo cual demuestra que no es solamente cuestión de imagen y de biología. (p. 3)

Es imprescindible entonces tratar de comprender ese cuerpo que lo único que quiere es ser escuchado, más allá de lo que genera un malestar que podría ser momentáneo. Pero ¿qué se puede hacer con este cuerpo que quiere hablar pero muchas veces ignoramos? O como psicólogos clínicos, ¿podemos hacer para que un sujeto enfrente de la mejor manera posible la pérdida de su salud? Serán preguntas que se tratarán de responder más adelante.

El cuerpo que enferma

Indudablemente el cuerpo es un concepto indispensable dentro de este trabajo, puesto que, en su totalidad, es un trabajo direccionado a pacientes que pierden partes de sus cuerpos a causa de accidentes o enfermedades degenerativas. Por otro lado, se encuentran enfermedades como el cáncer, que no tienen este impacto corporal que se ve reflejado de forma externa, pero sí genera daños en la parte orgánica, en el interior del cuerpo.

Para ambas situaciones normalmente se requieren procesos o procedimientos que pueden ser quirúrgicos o no, pero que terminan siendo invasivos para los sujetos.

Quando por fin el médico se detiene en su imperativo ético de sanar a costa de lo que sea, queda un cuerpo maltrecho y una desconfianza básica en el quehacer de la medicina, pues el enfermo ha sufrido un maltrato de la ciencia que en no pocas ocasiones resulta ser innecesario. (Gallo, 2002, p.120)

Este enunciado nos remite al principio de este acápite, pudiéndose pensar que se está renunciando a una parte importante de la salud, puesto que como indica la OMS, no solo comprende lo físico sino también lo psíquico. Dentro del hospital, este furor curandis llega hasta el punto de “cirugías ambulatorias” en las cuales el médico y su afán por una cura rápida, moviliza un sinnúmero de órganos, aplica cortes y cauteriza otros, dejando así daños colaterales dentro del cuerpo de un paciente.

Esto da a notar que el médico tiene un imperativo: curar. Hasta cierto punto se lo ve como un “ilimitado”, que la medicina y los medicamentos curan todo, sin importar lo que sea, puede ser cuidado con un tratamiento médico.

imbuidos de esta fantasía de omnipotencia y estimulados por recursos técnicos más y más sofisticados, como así también por medicamentos cada día más eficaces y recursos quirúrgicos cada vez menos invasivos y más precisos, llegamos a creer que todo lo podemos

diagnosticar y toda desviación de lo normal es posible de ser corregida por nuestra sapiencia. (Greca, 2007, párr. 4)

Esto refleja la antes mencionada falta de límites al momento de curar. Al hablar de “cada día más eficaces” se puede notar algo que, dentro de los términos psicoanalíticos, se asemeja mucho al furor curandis. Este deseo de atender a la mayor cantidad posibles de paciente y querer “curar”. Acción que se aleja de la realidad. Al masificar la “cura” orgánica, los médicos no solo ponen en juego esta parte sino también la psíquica del paciente. Cuando se realizan intervenciones quirúrgicas o se reciben terapias químicas, hay que tener en cuenta que las acciones medicas terminan cercenando, lesionando o extirpando tejido y partes parciales de ciertos órganos los cuales no están enfermos, esto con la única finalidad de poder llegar hasta el órgano enfermo y hacer lo posible por curarlo. Aquí nos damos cuenta como este imperativo de curar tiene errores o fallas, ya que se sana algo pero quedan estragos en el resto del cuerpo y por consiguiente, estragos psíquicos.

¿Qué es el cuerpo para el psicoanálisis?

En este apartado se busca puntualizar sobre el cuerpo y cuál es la relación directa que tiene con la clínica analítica. Hay que tener en cuenta que, sin el cuerpo, posiblemente nunca hubiera sido posible la creación de la corriente psicoanalítica como tal, ya que como es bien sabido por todos, los primeros casos que dieron paso al psicoanálisis, fueron pacientes atendidas por Freud: histéricas que presentaban padecimientos corporales, las cuales, para la rama médica de ese entonces, no tenían cura alguna debido a que pese a los estudios que les habían realizado, no se encontraba explicación para sus síntomas.

El campo del psicoanálisis busca explicar la relación somática y psíquica que ocurre en el ser humano y cómo él psiquismo influye en el organismo, para así dar como finalidad lo que se conoce como “el cuerpo”: “La relación entre lo somático y lo psíquico es, en el animal como en el hombre, una interacción recíproca, pero su otra faz, la acción psíquica sobre el cuerpo, ha sido desde el principio poco agradable para los médicos” (Freud, 1905).

El psicoanálisis elabora su propia construcción teórica del cuerpo, alejándose de conceptos ya elaborados por diversas ciencias. Algo que se debe tener en claro cuando se realiza una diferenciación de enfoques, es que el psicoanálisis abandona la teoría del cuerpo como un conjunto de órganos internos y externos. Por su parte el psicoanálisis dirá que:

El cuerpo en la clínica analítica se define en relación con un más allá de los órganos y de la necesidad; se trata de una trascendencia en la que son ubicados los ordenamientos simbólicos que le dan existencia como representación imaginaria asociada a los impulsos sexuales. (Gallo, 2002, p.120)

He aquí la arista de nuestro trabajo. El sujeto como unidad, que se encuentra formado por los tres registros que ya son bien conocidos en el psicoanálisis: simbólico, imaginario y real:

En un segundo momento de su enseñanza Lacan tomará el cuerpo no tanto como construido a través de la imagen sino como capturado por la red del lenguaje y marcado por la función significante, en suma, el cuerpo como organizado y al mismo tiempo como. Alterado por lo simbólico. (Castillo, 2012, párr. 15)

Es por esto que no solo se debe ver al cuerpo como un simple organismo viviente, sino que como una articulación de los tres registros que le dan paso al sujeto.

Por el hecho de tener un cuerpo, el hombre también tiene síntomas con los cuales ya no puede identificarse más. Incluso en la falta de identificación se encuentra aquello que concierne a lo que en general se presenta como una disfunción que destaca el relieve del síntoma. (Miller, 2002, p.76)

Esto mencionado por Miller, nos lleva a pensar en esta relación importante, el cuerpo es en parte una vía por la que el sujeto revela cuál es su estado real. A esto se lo conoce como sintomatizar, es decir que estos síntomas se ven reflejados en el cuerpo de la persona. Entonces para poder mostrar estos síntomas, existe la necesidad de un cuerpo.

Sin un cuerpo, no se abre la posibilidad al síntoma.

¿Cómo afecta la pérdida de la salud a la subjetividad?

Para hablar de la relación que existe entre la salud y su merma, con la subjetividad se debe partir de la idea de que el sujeto, funciona como una unidad, esto significa que, de todas sus partes, órganos y subjetividad se encuentran entrelazadas para así permitir el surgimiento del sujeto. Es decir que mientras exista un deterioro en la parte orgánica, existirá una suerte de efecto reflejo en la parte psíquica y viceversa.

Como ya es bien sabido, se da paso a la subjetividad mediante lo que es aprendido del Otro, a consecuencia de esto, las subjetividades en la actualidad se encuentran metamorfizadas. La sociedad y su “Furor curandis” tenía el objetivo de masificar la cura, hallar soluciones a los problemas y que estos sean una suerte de cura universal. Este “método” aparte de carecer de efectividad dentro del ámbito de la salud, ya que se tiene la creencia de que mientras más pacientes se atiende, es mejor, pero cual es el sentido de una masificación en la atención, si el servicio que se brinda, no es el adecuado para completar el objetivo que se planteó al principio. Logró afectar de trabajo psicológico/analítico, debido que al realizar este tipo de “solución” abrieron un abanico de síntomas en los sujetos. En la actualidad existe una ola de subjetividades las cuales se encuentran envueltas por sentimientos de soledad, temor, depresión, inseguridad y mucho más.

Dando así como resultado una desvinculación de la salud psíquica, como antes se menciona esta relación entrelazada de cuerpo/psiquis, si el sujeto se encuentra atravesando por una situación o circunstancia adversa, existe una mayor posibilidad de que el cuerpo sufra y enferme.

Por otro lado, se encuentra la contracara de la moneda, cuando el cuerpo enferma, repercute en la psiquis.

Cuestión crucial para la subjetividad en el duelo, ya que en él algo de la subjetividad queda modificado, desgarrado, desmembrado, roto. De allí la importancia de trabajar el lugar de la subjetividad en el duelo y de la posibilidad de que el sujeto pueda reconstruir lo que de él queda dañado. (Elmiger, 2010, párr. 26)

Mecanismo de defensa

Un punto importante a tratar dentro de los mecanismos de defensa es la palabra “defensa” como tal. Estos tienen la función de proteger al sujeto de los peligros que se pueden considerar negativos para la psiquis del sujeto o que esta situación en la que se encuentre, cause daño a los demás. Dentro de estos peligros se puede tener en cuenta la posibilidad de perder uno ser querido, enfrentarse a situaciones adversas dentro de un trabajo, circunstancias que pueden poner en peligro la vida misma del sujeto, vivenciar emociones demasiado fuertes que pueden llevar a realizar acciones peligrosas o sirven para poder lidiar con dolores. Debido a la diversidad de mecanismos que existen y los diferentes enfoques que tiene la psicología. Se pueden extraer distintas definiciones, las cuales nos ayudará a tener una idea clara de que son y para qué sirven: “Los mecanismos de defensa son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y a la amenaza de origen interno y externo” (DSM IV, 1995) o “Los mecanismos de defensa son aquellos mecanismos, principalmente inconscientes, que los individuos emplean para defenderse de emociones o pensamientos que producirían ansiedad” (Beakeland, s.f).

Otra definición de mecanismos de defensa:

Los mecanismos de defensa (proyección, racionalización, sublimación, represión, etc.) son funciones psíquicas reguladoras que se asemejan a la manera de trabajar de un relé. Su misión, dentro del psiquismo, es la de regular las cargas de energía (disminuyendo la tensión psíquica) para "proteger" el equilibrio y evitar toda clase de trastornos o perturbaciones producidas por exceso de excitación emocional. (Vels, 1990, p. 1)

Como resultado de esta compilación de definiciones, podemos llegar a la conclusión que son formas en las que el sujeto hace llevadera o busca que las situaciones a las que se enfrenta puedan ser atravesadas con mayor facilidad, sin que le resulte ser angustiante.

Existe una vasta gama de mecanismos de defensa, pero en esta investigación vamos a considerar los que tienen más incidencia para el presente trabajo. Estos son:

- Represión: Implica bloquear la expresión de un deseo o un impulso, de modo que no puede ser experimentado de manera consciente o expresado en forma directa como conducta.
- Negación: Consiste en rehusar a creer una realidad o hecho de la vida.
- Proyección: Se refiere a la atribución inconsciente de un impulso, actitud o conducta a alguien más del ambiente.
- Regresión: La persona se comporta como si estuviera en una etapa anterior de su vida, cuando las cosas eran más satisfactorias.
- Racionalización: Sustituye una emoción un deseo, una conducta atribuyéndoles alguna razón para hacerlo
- Sublimación: Por este mecanismo de defensa el yo dirige de forma inconsciente e involuntaria la energía psíquica asociada a un deseo o representación inaceptable hacía actividades no censurables por su conciencia moral. (Vels,1990, p 2-8)

Todos estos mecanismos son importantes para que el sujeto se sobreponga a la angustia, sin embargo, los que resaltan dentro de los procesos de duelo son: la represión, puesto que este es considerado el mecanismo de defensa por excelencia y cuando este no funciona, abre paso al resto de mecanismos. La negación debe ser tomada en cuenta porque se hace presente en la mayoría de sujetos con los que se ha trabajado con enfermedades terminales o con pérdida de movilidad, ya que en la mayoría de casos atendidos por los investigadores, se pudo notar un rechazo hacia estos diagnósticos. Por último, el mecanismo que se logra ver en estos pacientes es la racionalización, ya que en su mayoría consideran opciones nuevas o distintas formas de ver esta situación a la que se enfrentan para así poder “comenzar con una nueva vida”.

Esta especificación de mecanismos que se dan con mayor frecuencia en los casos de pacientes que se enfrentan a procesos de duelo, nos es de utilidad para darle una dirección a las sesiones y así conseguir que estos mecanismos sean dirigidos hacia una “mejor forma” o una forma más llevadera para el paciente y como estos le pueden beneficiar, en vez de generar un estancamiento subjetivo en el padecer del paciente.

Elaboración del duelo

Ya que es el concepto principal de esta investigación, el duelo y su proceso es lo que genera la pregunta para el desarrollo y sustento del trabajo. Es primordial, entonces, conocerlo, abordarlo y tratar de comprenderlo para poder desarrollar en torno a él las conclusiones pertinentes de la investigación.

Pasaremos al abordaje de otro concepto fundamental para el desarrollo de este trabajo: el duelo, que es uno de los más importantes. El ser humano a lo largo de su vida gana y pierde cosas y personas. La pérdida de alguno de estos objetos o de su vínculo con ellos, provoca en el sujeto diferentes reacciones, sin embargo, la pérdida de aquello con lo que de alguna u otra manera se ha establecido algún vínculo o tiene una gran significación dentro de su vida son vivenciadas como algo realmente horroroso.

Entonces, la pérdida es algo de lo que el ser humano debe hacerse cargo toda su vida, procesamos la misma de maneras distintas, ya que no funciona dentro de los tiempos cronológicos sino dentro de los tiempos lógicos, los cuales funcionan de diferente manera para cada sujeto, por lo que la superación de ese duelo y su respectivo proceso dependerá, completamente, del sujeto en cuestión.

Desde una conceptualización etimológica, la palabra duelo proviene del latín *dolium* que puede traducirse como dolor o aflicción. Meza, et al. (2008) señalan que el duelo:

Es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. (p. 28)

Para Ortego, López, Álvarez y Aparicio (s.f): “El duelo es un proceso, y no un estado, natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso (p. 2).

Algo que sería pertinente recalcar, es que cuando se está pasando por la elaboración de un proceso de duelo, las conductas de los sujetos se ven alteradas por completo, el funcionamiento deja de ser el normal y se presentan desviaciones muy evidentes. No obstante, si el proceso del duelo es realizado de manera satisfactoria, se podrá recordar sin desbordar con sentimientos negativos, seguir adelante y vivir en el mundo de los vivos, más no en recuerdos.

Dentro de las instituciones hospitalarias se viven diversos tipos de ambientes, las dualidades van de la mano: sano y enfermo, vida o muerte, entre otras. Por lo que constantemente nos encontramos con sujetos que se ven enfrentados a una pérdida ya sea con su salud, alguna parte de su cuerpo o sus capacidades. Además, son sujetos que en su mayoría se encuentran sumidos en mucho sufrimiento, sin palabras con las que puedan nombrar los acontecimientos por los que están pasando, es decir, sin poder significar esa pérdida a la que se ven enfrentando de manera radical y sin acompañamiento alguno de los profesionales adecuados.

Esta falta de acompañamiento o de seguimiento en los casos que se tornan más agudos dentro de las instituciones hospitalarias son las que propician que no se logre tramitar o subjetivar pérdidas que son inevitables, de una manera un tanto más llevadera. El problema, entonces, radicaría en que en su mayoría, las personas que permanecen hospitalizadas, enfrentadas a un real del que no pueden decir mucho, carecen de un espacio en el que puedan expresar o tratar de elaborar algo sobre la situación con la que lidian. Lo que deja sujetos sumidos en angustia, dolor y sufrimiento.

Tipos de duelo

Para hablar de tipos de duelo, es necesario poder realizar una diferenciación entre un duelo considerado “normal”, de uno patológico. El de carácter normal iría más del lado de enfrentarse a una pérdida en términos generales de un ser amado o de algún objeto de valor, que viene acompañada de sentimientos de tristeza e incluso ansiedad. En muchos de estos cuadros también se pueden presentar sentimientos de haber perdido una parte de sí mismo. No obstante, en estos casos, se presentan síntomas tanto a nivel físico, como a nivel emocional y psíquico, por ejemplo existen dolores de cabeza, estómago, sentimientos de irritación, de cansancio, falta o abundancia de sueño así como de apetito, entre otros. Sin embargo, lo que es pertinente señalar es que a pesar de este tipo de sentimientos le es posible al sujeto seguir con su vida, sin mayores complicaciones, más allá de unos días, logrando así convivir con un dolor que no es completamente dejado atrás, pero que es posible de trabajar y tramitar por vías socialmente aceptables, permitiéndole al sujeto avanzar y seguir proyectándose en un futuro.

Es pertinente recalcar que el duelo es diferente para todos los seres vivos, puede ser vivenciado en un inicio fuertemente o de forma ligera y viceversa, así como puede haber silencio o mucho ruido para tratar de darle un sentido a eso que nos acerca a un real y al vacío que deja la pérdida.

En cambio, el duelo patológico está caracterizado por sentimientos y emociones más fuertes y sobre todo, prolongadas en el tiempo. Además, se ve acompañada de sentimientos como la desesperanza, melancolía, el no querer vivir.

Hay una diversificación de los tipos de duelo por los que un sujeto puede pasar, sin embargo, nombraremos los que podrían considerarse más comunes.

Duelo anticipado: este tipo de duelo se caracteriza por una anticipación ante la pérdida que comenzaría desde el momento en el que un diagnóstico es emitido. Permite que se tramite con anterioridad sentimientos que podrían presentarse luego de manera intensa

Preduelo: es el proceso en el cual la persona afectada por la enfermedad o situación de pérdida es vista y percibida netamente por lo que se le diagnostica o adjudica, es decir, hay una anulación del sujeto, sin ser reconocido. Este proceso es considerado un duelo completo (Meza et al, 2008, p. 4).

Duelo crónico: es un eterno duelo que no se ve superado, es decir, la agonía se extiende en el tiempo y no es superado de manera satisfactoria o correcta. (Meza et al, 2008, p. 4)

Duelo inhibido: es la no aceptación del duelo y de la pérdida en sí, lo que genera que no se trabaje o elabore sobre lo que ahora hace falta (Meza et al, 2008, p. 4).

Cabodevilla (2007), en su artículo la pérdida y sus duelos, además de los tipos antes mencionados agrega también:

Duelo enmascarado: La persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conducta que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido. En este tipo de duelo, el deudo acude frecuentemente a los médicos aquejados de diferentes disfunciones orgánicas, pero calla el hecho de su pérdida reciente, ya que no lo relaciona con ello. (párr. 94-95)

Y agrega:

Duelo ambiguo: es la que más ansiedad provoca ya que permanece sin aclarar. Existen dos tipos de pérdida ambigua. En el primero, los deudos perciben a determinada persona como ausente físicamente pero presente psicológicamente, puesto que no es seguro si está viva o muerta, ya que no se ha localizado el cuerpo. Esta forma de duelo ambiguo aparece muy frecuentemente en catástrofes y desaparecidos por distinta índole. En el segundo tipo de pérdida ambigua, el deudo percibe a la persona como presente físicamente, pero ausente psicológicamente. Muy común en personas con demencias muy avanzadas o que han sufrido daño cerebral y se encuentran en estado vegetativo persistente. (párr. 100-101)

Fases de duelo

Para profundizar más en el tema, es importante poder distinguir las diferentes fases que comprende el proceso del duelo, son diferentes los autores a lo

largo del tiempo los que han teorizado sobre esto, sin embargo, abajo se citan dos que complementarían de mejor manera nuestra investigación.

Bowlby (1993) en su libro “La pérdida afectiva” citado por Flórez (2002) realiza una clasificación con 4 fases:

La fase 1, “fase de entumecimiento o shock”, es la fase temprana de intensa desesperación, caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.

La fase 2, “fase de anhelo y búsqueda”, es un periodo de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años de una forma atenuada.

La fase 3 o “fase de desorganización y desesperanza”, en la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

La fase 4, “fase de reorganización”, es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, la persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se internaliza la imagen de la persona perdida. (p. 4-5)

Damos cuenta de un proceso complejo, que amerita el paso por diferentes momentos para poder sobrellevar el vacío que deja la pérdida en cuestión.

Cabodevilla (2007) señala también la presencia de cuatro fases:

Fase de aturdimiento o etapa de shock. Es como un sentimiento de incredulidad; hay un gran desconcierto. La persona puede funcionar como si nada hubiera sucedido. Otros, en cambio, se paralizan y permanecen inmóviles e inaccesibles. En esta fase se experimenta sobre todo pena y dolor. El shock es un mecanismo protector, da a las personas tiempo y oportunidad de abordar la información recibida, es una especie de evitación de la realidad.

Fase de anhelo y búsqueda. Marcada por la urgencia de encontrar, recobrar y reunirse con la persona difunta, en la medida en que se va tomando conciencia de la pérdida, se va produciendo la asimilación de

la nueva situación. La persona puede aparecer inquieta e irritable. Esa agresividad a veces se puede volver hacia uno mismo en forma de autorreproches, pérdida de la seguridad y autoestima.

Fase de desorganización y desesperación. En este periodo que atraviesa el deudo son marcados los sentimientos depresivos y la falta de ilusión por la vida. El deudo va tomando conciencia de que el ser querido no volverá. Se experimenta una tristeza profunda, que puede ir acompañada de accesos de llanto incontrolado. La persona se siente vacía y con una gran soledad. Se experimenta apatía, tristeza y desinterés.

Fase de reorganización. Se van adaptando nuevos patrones de vida sin el fallecido, y se van poniendo en funcionamiento todos los recursos de la persona. El deudo comienza a establecer nuevos vínculos. (párr. 53-56)

Como investigadores podemos señalar que el duelo entonces estará compuesto por un mínimo de 4 momentos de gran importancia, en un inicio nos enfrentaremos a un sentimiento de incredulidad y un estado de paralización o de “nada pasó” que se presentan como mecanismos de respuesta ante el dolor de la pérdida. Segundo, tendremos una fase en la que la pérdida se va haciendo más consciente, no obstante, es una de las etapas en las que más se recordaría y añoraría a la persona u objeto perdido. En un tercer momento, hay un enfrentamiento a la irremediable pérdida y no, por ende, no retorno de lo perdido. Y finalmente, si se logra realizar de manera correcta, una etapa en la que se logra reorganizar la vida y avanzar hacia un futuro.

Salidas

Se hará una diferenciación entre los tipos de salida que un sujeto puede hallar ante el duelo, ya sea por la pérdida de extremidades, enfermedades catastróficas y, por último, estos diagnósticos que involucran una inminente muerte. Estas salidas son tanto para los pacientes como para los familiares de dichos.

“Las transformaciones emocionales, son las que han acompañado estos procesos, aunque no siempre de igual manera” (Pecznik, 2012, p. 22).

Antes de comenzar con la diferenciación de las salidas del duelo, debemos aclarar algo sumamente importante, no existe una forma específica que le permita al sujeto elaborar el duelo y que dé como resultado un desenlace “bueno”. Existen formas de encaminarlo hacia una salida positiva o hacia una salida negativa. Estos dos últimos puntos serán los tratados a continuación.

Algo que caracteriza esta etapa es un “ataque al narcisismo” ya que cuando el sujeto se enfrenta a lo real de la muerte, se pone en juego esta “inmortalidad del yo” debido a que en el duelo se pierde el objeto amado y en el caso de ser un paciente hospitalario con enfermedades crónicas o con pérdidas de extremidades, este objeto perdido es el paciente mismo.

Positivas

Para que se establezca una salida positiva del duelo, es necesario dar cuenta de que existió una aceptación del objeto amado que se pierde. “la transformación benigna acompaña al proceso de la enfermedad y la aceptación de la muerte” (Rosmaryn, 2012, p. 12).

Dentro de las salidas positivas se puede tomar en cuenta que existe una disminución o lo que se busca es neutralizar las respuestas violentas ante los estragos de la pérdida y aplacar estos deseos del paciente o de los familiares

de “no querer vivir más”, o ese sentimiento de un sin sentido ante la vida que les tocara vivir después de los diagnósticos.

Encaminados hacia una salida positiva el sujeto se ve regocijado por una cantidad amplia de “soluciones” o salidas que le servirán para poder reconstituirse como sujeto a partir de esta pérdida, dejando atrás sus limitaciones para así poder mejorar su calidad de vida. Cuestión que se busca tanto por los médicos como por los psicólogos.

Negativas

Las formas negativas de elaborar un duelo se encuentran plagadas de sentimientos de culpa, sufrimiento y odio dependiendo del caso. Lo que sí es un factor que se repite dentro de esta salida es la “baja autoestima” que se aprecia por parte de los pacientes. Un rechazo a elaborar un nuevo estilo de vida.

Dentro de las salidas negativas prima los sentimientos de odio y violencia al afrontar las situaciones por las que se da el duelo. Estos dos sentimientos antes mencionados son los encargados de que se ponga una “barrera” o se frene el proceso y se genere un cambio positivo para el sujeto.

Estas salidas negativas se encaminan hacia el abandono, resignación y en ciertas ocasiones incredulidad o rechazo de los diagnósticos por consiguiente también son rechazados los tratamientos que ayudaran a “curar” al paciente. Acortando así su vida o simplemente limitándolos a una precariedad, a vivir limitados por su condición.

Este aparato, sin embargo, genera múltiples preguntas que quedan en el aire. Sí el duelo es un proceso que varía entre cada ser humano, ya que depende netamente de su subjetividad, ¿cuál o cuáles serían las salidas "correctas"? Además, como trabajadores del área psicológica ¿cómo se orienta de manera correcta un encuentro con lo real? ¿Podemos facilitarle el duelo a alguien?

¿Es ético intervenir con la finalidad de acortar el sufrimiento causado por una pérdida?

Capítulo 3

La función del psicólogo clínico en la institución hospitalaria

Historización sobre la inserción del psicólogo clínico dentro de las instituciones hospitalarias.

Para ambientarnos en la realidad actual del rol del psicólogo clínico dentro de los hospitales, es necesario dar una mirada al pasado. Recapitular cómo se dio apertura a esta “profesión” dentro de una institución que prima el bienestar y la salud de las personas o pacientes.

Vamos a rebobinar el tiempo, empezando desde la década de los sesenta, y apreciar los distintos enfoques, “tareas” y cómo el psicólogo ha sido visto dentro de los hospitales y cómo la percepción de esta labor se ha visto envuelta una metamorfosis, dando como resultado la clínica actual.

Wright dirá que el psicólogo “Es un operador social que ha sido instrumentado para cambiar la realidad positivamente, mediante el empleo de la dialéctica o del arte de razonar.” (2005, párr. 1). Aquí se ve reflejada la idea del psicólogo de la década de los sesenta, explicado por Pichón Riviere, en la cual le daba el estatuto de agente de cambio al psicólogo. En esta época, lo que primaba dentro de las instituciones hospitalarias, al añadir al psicólogo dentro de sus tratantes, es el hecho de buscar una reintegración, provocar efectos de inclusión dentro de la sociedad. Que el paciente establezca lazos nuevamente con la sociedad.

En los años setenta, hubo un cambio en la forma de ver al psicólogo, se dejó de lado este pensamiento del psicólogo como agente de cambio. Se abrió paso al psicólogo cómo un trabajador de la salud mental.

...la generación del 60' y la del 70' tienen algo en común y algo de diferencia. En común la preocupación por la sociedad, por la transformación de la sociedad, por la política. ¿Por qué decíamos “trabajadores de la salud mental”? porque considerábamos que éramos

tan trabajadores como los obreros, entonces no queríamos distinguirnos, nuestra condición de universitarios no queríamos que hiciera distancia. (D'angostino, 2013, 86)

Aquí se puede dar cuenta de cómo se percibía al psicólogo anteriormente. No se le daba la importancia necesaria para que pese a tener un espacio físico dentro de las instituciones hospitalarias, pueda desempeñar sus labores con facilidad. Tomando en cuenta que se tomaba al psicólogo como calidad de obrero, se puede llegar a pensar que esta rama como tal, no era considerada fiable aun o que tuviera cambios positivos en los pacientes internados en hospitales.

En los años ochenta se pudo percibir que se mantenía y se seguirá manteniendo hasta la actualidad la esencia del cometido implantado en los años setenta “trabajadores de la salud mental” sin embargo cómo era una profesión implementada relativamente de forma “nueva” existía una carencia de profesionales o la poca fiabilidad que se sentía por parte de los médicos al derivar pacientes hacia los psicólogos.

Esto debido al pensamiento ya planteado en el capítulo anterior: el “furor curandis”. Pensamiento que se viene arrastrando y generando grandes trabas hasta el día de hoy. Pese a que en la actualidad se está implementando la “salud integral” que involucra una mayor participación del psicólogo, internamente dentro del personal se presencia que existe mayor afinidad por el abordaje psiquiátrico antes que el psicológico.

Vivenciado por los investigadores, se da cuenta de una institución que busca la salida más rápida a los malestares del paciente, sin importarle la subjetividad. Solo se vela por lo orgánico.

El los 90's la psicología ya se encontraba establecida dentro de las instituciones hospitalarias sin lugar a duda, de la mano con una apertura mucho mayor a las décadas anteriores y con congresos y preparación implementada a nivel mundial al inicio de esta década, el servicio que se brindaba era cada vez más solicitado. Esto a que la presencia psicológica dentro de los hospitales comenzó a relacionarse con un equilibrio,

estatuto que se brindaba a los pacientes, para que así los médicos puedan realizar su labor con la menor posibilidad de trabas.

Se puede considerar que, en el lapso de los últimos quince años, los psicólogos clínicos han sido requeridos por las instituciones hospitalarias para que brinden diferentes tipos de servicios, ya no solo para el hecho de atender a los pacientes. En la actualidad lo que se solicita del trabajo psicológico se enfoca mayormente en tratamiento al personal, con el afán de que los médicos y demás personal de la salud pueda desempeñar su función de forma adecuada y que puedan lidiar con el estrés laboral. La atención al paciente no ha pasado a segundo plano, pero, sin embargo, ya no existe tanta relevancia en este punto. Sin embargo, se solicita que existan psicólogos designados a áreas permanentemente. Estos reciben el nombre de “psicólogos de planta” y se encuentran ubicados en áreas de mayor necesidad, tales como: oncología, cuidados paliativos y medicina interna. Debido a que en estos sectores existen pacientes con enfermedades terminales.

Participación del psicólogo clínico dentro de los equipos interdisciplinarios en la actualidad

Como fue señalado, con anterioridad, en la primera parte de este capítulo es necesario poder hacer un recorrido histórico sobre las funciones, deberes y obligaciones de los profesionales de la psicología dentro de los espacios hospitalarios, para así poder señalar la importancia de la función que el psicólogo clínico cumple en la actualidad dentro de los equipos multidisciplinarios que se forman en estos espacios, para poder brindarle un servicio y un acompañamiento integral a los pacientes.

No obstante, como se menciona en el apartado anterior, esta idea de integración, de un grupo con distintos profesionales de la salud, no siempre funciona como se espera. Sobreestimaciones de las carreras, falta de conocimiento y apertura hacia un trabajo distinto, afectan la funcionalidad del trabajo que debería ir en pos de la ayuda para el paciente.

Analizaremos así cuál es la participación que tiene o debería tener un psicólogo clínico dentro de estos espacios de trabajo que en ocasiones se torna hostil o poco adecuado para el completo desarrollo de la actividad profesional. Muchas veces, el papel del psicólogo clínico se ve opacado por el de los otros profesionales, especialmente por los médicos. Ya que desde esa posición de saber y poder que se les confiere, se dificulta la inserción de un espacio de escucha para los pacientes por parte del psicólogo con orientación psicoanalítica. Podemos señalar que el modelo médico hegemónico interfiere directamente en la participación del psicólogo dentro de estos grupos.

Michel Foucault (1987) sostiene que el saber médico implica una relación de poder, cuando hace referencia al bio-poder, dirá que son precisamente “Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población, constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida” (p. 168). Es así como este discurso que se torna privilegiado antes los demás sujetos, en este caso, el del paciente, se ve sobrepuesto al de los otros profesionales que forman parte de los grupos de atención a los pacientes, lo

que afecta, directamente, a su desempeño profesional. Vulgarmente, entonces, se aprecia más la opinión médica por el peso que se le enviste a su figura, que por los argumentos que estos esgriman.

Como practicantes dentro de un hospital público de Guayaquil, hemos podido evidenciar de primera mano, cómo es desestimada la labor del área de psicología. En muchas ocasiones se pide, específicamente, una derivación a psiquiatría, para que los pacientes sean adormecidos y “colaboren” de alguna u otra forma con el o los tratamientos a los que son sometidos. Sin considerar que dentro de sus grupos de trabajo cuentan con profesionales capacitados, hasta cierto punto, para poder abordar e intervenir en situaciones complicadas sin el uso de fármacos.

Más allá de eso, el psicólogo sigue siendo visto como un mediador entre la institución y los usuarios. Día a día se realizan rondas integradas por médicos de distintas áreas dependiendo del caso. En el área de cuidados paliativos, por ejemplo, los equipos se conforman por licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería, psicólogos clínicos e incluso en ocasiones, trabajadores sociales. A pesar del equipo completo que manejan, las dudas de lo orgánico son respondidas directamente por el personal médico y cualquier duda, ya sea sobre preocupaciones, que en su mayoría suelen ser institucionales, se sostienen desde el área psicológica a pesar de contar con un trabajador social.

Frases como “si su pregunta no es sobre algo orgánico, hable con psicología, ellos la pueden ayudar con indicaciones o puede conversar con ellos”; “si cree que necesita hablar de algo o tiene un problema, ahí se la encargo psicólogo/a”; “nosotros los médicos no tenemos tiempo para escuchar todo lo que le pasa, hable con psicología”; “si se quiere quejarse, hable con psicología, eso no es competencia de los médicos”. Son precisamente, este tipo de comentarios por parte de los médicos los que generan situaciones que desacreditan de cierto modo la labor del psicólogo dentro de la institución.

Los espacios de escucha que se ven abiertos de esa manera, apuntan más hacia el poder quejarse sin que le haga perder tiempo a alguien que está

ocupado, más allá de eso, muchos pacientes llegan a pensar que no son escuchados de manera adecuada porque reciben una atención de una persona que no esperaban y referidos de mala manera. Este tipo de situaciones, generan que la transferencia se vea afectada y cueste aún más lograr establecerla en los cortos periodos de tiempo en los que el paciente suele permanecer en la institución.

Sin embargo, es importante señalar que, en ocasiones, cuando se logra establecer un canal adecuado para el acompañamiento de un paciente, es la labor del psicólogo clínico con orientación analítica, la que permite evidenciar que a través del cuerpo y sus expresiones, el sujeto está tratando de comunicar algo. Que muchas veces las cosas que no se pueden poner en palabras, las cosas que resultan inexplicables o inentendibles y que, por ende, no pueden ser nombradas, buscan la manera de salir y ofrecer un espacio de escucha facilita la colaboración, comprensión, trabajo y manejo de las situaciones que se pudieran manejar con el paciente.

Para esta investigación, realizamos entrevistas que nos permitieron ejemplificar y vivir de primera mano cómo es el trabajo interdisciplinario desde el enfoque de un psicólogo quienes compartieron sus experiencias y aprendizaje para lograr comprender y poder transmitir cómo es, realmente, el trabajo interdisciplinario dentro de un hospital público de Guayaquil.

¿Qué se espera del psicólogo clínico en la institución?

Al abordar este tema, muchas veces se genera una interrogante para el psicólogo, existe una pregunta en torno al hecho del “¿Qué hacer?”. Puesto que mayormente existe una discrepancia entre la ideología institucional y la labor desempeñada por los psicólogos.

Este es un punto que ha sido abordado por mucho debido al conflicto que dicho tema representa. Cuando hablamos del rol del psicólogo clínico relacionado con su “deber” dentro de una institución sea cualquiera la dirección o la intencionalidad de esta entidad.

Dentro de esta dualidad existe un gran conflicto. La ética, tónica fundamental dentro de todas las labores pero más aun cuando se trata del sujeto como objeto de estudio.

Hay puntos fundamentales dentro de la ética del psicólogo como el espacio y la confidencialidad que debe ser brindar por medio del psicólogo. Algo a tener en cuenta es el “pago” puesto que si es un servicio brindado por las instituciones (en este caso se direcciona más a empresas o compañías) las cuales envían a sus trabajadores, esto puede ocasionalmente generar un poco implicación por parte de los pacientes ya que no están “perdiendo” nada o dando algo a cambio del servicio que se les brinda.

Frente al dilema, el analista se ve convocado a una decisión: la responsabilidad del profesional tendrá lugar en tanto pueda, en primer lugar, identificarse el dilema ético, y en segundo, posicionarse de algún modo que articule su función a partir del rol pedido. (Lopez, 2013, p.145)

Se puede observar cómo dentro de la institución el psicólogo se vería en la obligación de cumplir con los “mandados”. Dependerá netamente del psicólogo poder realizar un corte y diferenciación a lo referente al rol y a su función dentro de la entidad a la que se encuentre prestando sus servicios como profesional.

Para tener claro la función y rol del psicólogo clínico, es necesario explicar esta diferenciación. El rol va de la mano con lo que se solicita por parte de la

institución, lo que ellos aspiran que el analista realice dentro de sus instalaciones. Por otro lado, la contracara del rol, la función, dicha acción que realiza el psicólogo, basado en las necesidades de lugar de trabajo, alienado con su conocimiento para así poder realizar un trabajo adecuado para los trabajadores o usuarios de la compañía o institución, con la finalidad de conseguir realizar un trabajo de calidad con sus pacientes pero a la vez se le brinde a la institución “lo que necesitan oír”.

Esto solo es una parte del abanico de “trabas” que se puede presenciar por parte de los psicólogos que ejercen dentro del entorno institucional. Ahora bien, relacionando esta dualidad institución/psicólogo clínico, con el tópico tratado y desarrollado durante esta investigación. Nos permite brindar un punto de vista más claro de que se le solicita al psicólogo dentro de los centros de salud, específicamente dentro de un hospital público de Guayaquil.

Se puede considerar que estas barreras o estigmas que existen dentro de la institución de salud han generado un poca relación del psicólogo con la institución, a su vez esto afecta a lo que la entidad solicita al psicólogo. En la actualidad se puede llegar a pensar en una demanda de tres puntos específicos, los hospitales, solicitan que se creen planes de prevención para los trabajadores por medio de charlas. El segundo punto es la atención direccionada a los médicos, con el afán de procurar el bienestar del personal y a su vez mejorar la relación de los médicos con los pacientes. Como ultimo punto se encuentra el acompañamiento a pacientes, mayormente para que exista un “enfrentamiento” de los diagnósticos, este servicio debe ser brindando tanto a pacientes que se encuentran en el área de hospitalización tanto como a usuarios de consulta externa.

Falta de preparación continua

Uno de los problemas más serios que influyen directamente al desempeño de la labor del psicólogo dentro de su práctica ya sea atendiendo pacientes en consulta externa o dentro de los equipos interdisciplinarios, es indudablemente, la falta de educación continua. Día a día, se publican investigaciones y trabajos nuevos, así como actualizaciones de herramientas, nuevas lecturas, entre otras cosas. Sin embargo, algo que es evidente tanto en los profesionales de la psicología como incluso en el personal del equipo médico es que no tienen un proceso formativo constante, ni frecuente, lo que hasta cierto punto puede frenar o retrasar la evolución de su trabajo con el paciente.

Cuando un profesional se queda estancado en la teoría que podríamos llamar hasta cierto punto “antigua” o cuando su juicio se ve nublado por ideas o constructos muy marcados, es evidente que su trabajo se va a ver afectado por los mismos. La calidad de la atención se ve impactada directamente, el servicio que se oferta no es integral, su descuido lo que genera es, consecuentemente, un malestar en los pacientes, lo que provoca, a su vez, quejas y malestar frente al servicio o personal de la institución.

Esta falta de enriquecimiento con nuevos conocimientos es uno de los factores que hasta cierto punto sigue contribuyendo a que los profesionales de la psicología sean vistos como una parte poco importante o necesaria dentro de los grupos de trabajo, debido a que el resto del equipo evidencia de primera mano la falta de compromiso, la falta de conocimiento, por lo que, muchas veces, ya mejor no preguntan o sugieren, sino que solo ignoran. No todos los casos son iguales, no se puede intervenir siempre de la misma manera, lo que le funciona a un paciente no le funciona a otro, la falta de recursos y de creatividad estanca cuadros de pacientes porque si no se hacen las cosas como dice una hoja o como la institución cree que ese tipo de casos debe ser manejado, no hay un hacer más allá de eso.

Más allá del compromiso y crecimiento en torno a lo académico, es necesario que el profesional de la psicología comprenda que buscar ayuda para ellos es

importante, que si la necesitan deben buscarla, que sean conscientes de que no todo lo pueden, que el ambiente en el que trabajan es realmente complejo y que cada situación que experimentan afecta a su subjetividad y, por ende, su desempeño laboral se ve comprometido también. Dentro de los espacios hospitalarios se evidencian en el equipo médico, en general y sin distinción las consecuencias del estrés laboral y del burning out, debido al exceso de trabajo, las largas jornadas, la falta de apoyo institucional, el mal funcionamiento de los grupos interdisciplinarios o incluso por el contacto con los propios pacientes. Gómez (2004):

El estrés laboral es la variable principal en la ansiedad del médico. Los niveles de estrés y satisfacción laboral se asocian con la salud mental y física de los médicos y de los profesionales sanitarios. Si el estrés se cronifica puede generar el Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios, que afecta a un porcentaje entre el 10 y el 20% de los médicos. Se manifiesta con sintomatología depresivo-ansiosa y, si se agrava, puede conducir a problemas somáticos o psíquicos graves y abuso de fármacos o alcohol. (párr. 51)

Esto también nos lleva a considerar el hecho de que el personal de la salud cuenta con los índices de depresión más altos a nivel mundial, IntraMed (2018, párr. 1) señala que: “el número de suicidios de médicos -28 a 40 por cada 100,000- es más del doble que la población general”, estos datos fueron presentados en la reunión anual 2018 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Estas cifras son realmente alarmantes y deberían llevarnos a considerar que no sólo los pacientes deben tener un acompañamiento psicológico, sino que todo el personal y profesional de la salud debería contar con este servicio y apoyo.

Además, es importante que sean conscientes de sus capacidades, de hasta qué punto pueden seguir trabajando ciertos casos, cuando es bueno derivar, cuando es mejor hacerse a un lado para que el progreso de su paciente no se vea afectado por el querer resolverlo todo.

Desde el psicoanálisis, Freud propone un trípode en torno a la formación del analista: teoría, supervisión y análisis personal. Es de este mismo trípode que nos vamos a valer en este apartado como orientación. Esta triada es necesaria dentro de nuestra formación para poder brindar un servicio de calidad y un

trabajo ético. Freud plantea así la necesidad de que exista un estudio de la teoría psicoanalítica, la supervisión de casos y, por último, pero para nada menos importante, el análisis personal.

La formación teórica hace referencia a seguir actualizándose, seguir aprendiendo, estar en constante aprendizaje, ya que como profesionales en general, del campo de la salud y siendo psicólogos clínicos en particular, debemos estar en constante formación y no solo en temas netamente académicos, debemos estar preparados para poder entablar conversaciones con nuestros pacientes, muchas veces el conocer sobre ciertos temas que le resultan de interés al paciente son de ayuda para que se instale una correcta transferencia: entrar en su mundo simbólico. Además, el estar en un ámbito médico genera también que se deba conocer sobre cosas básicas que se tratan en el día a día, como psicólogos y parte del equipo interdisciplinario se debe conocer de términos y conceptos que se manejan dentro del equipo. En cuanto al trabajo por fuera de estos grupos, sigue siendo indispensable que el profesional maneje la teoría básica de su profesión y de serle posible ir más allá de ella para que así logre enriquecer sus intervenciones, sus pases y consiga reconocer también sus impases, haciéndolo más fino y elaborado, lo que permitirá poder guiar mejor el trabajo con el paciente.

La supervisión de casos le permite al psicólogo reconocer que hay cosas que van más allá de él, muchas veces uno de los grandes errores que cometemos como profesionales es creer que lo sabremos todo, sin embargo, hay cosas que escapan, que no vemos y que con la ayuda de un otro podemos solucionar. Además, nunca está de más tener otro punto de vista, comentarios nuevos y redirecciones, ya que nuestro trabajo siempre estará velado por nuestra propia subjetividad. Además, se vuelve importante no sólo quedarse con la propia práctica sino también nutrirse de la de los demás. Miller (1998) en su libro *Introducción al método psicoanalítico* señala “Es importante que el analista no se quede sólo con su práctica sino también que observe la práctica de sus colegas.” (p. 15).

El último punto nos lleva a hablar del análisis propio que es el punto que podríamos llamar más importante. Como psicólogos con orientación

psicoanalítica sabemos ponemos algo de nuestra historia en lo que trabajamos con los pacientes. Es fundamental poder distinguir cuando nuestro trabajo se está viendo afectado por cosas propias de nosotros como sujetos, cuando nuestras capacidades no pueden seguir llevando un caso o cuando derivar. También, el trabajo propio permite reconocer nuestras marcas de goce, nuestro deseo y nuestra propia falta, lo que nos permite “estar avisados” de nosotros mismos en diferentes aspectos de nuestra vida, aportando también en lo laboral. Freud (1912) en consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, dirá acerca de asistir a análisis que:

Quien como analista haya desdeñado la precaución del análisis propio, no solo se verá castigado por su incapacidad para aprender de sus enfermos más allá de cierto límite, sino que también correrá un riesgo más serio, que puede llegar a convertirse en un peligro para otros. Con facilidad caerá en la tentación de proyectar sobre la ciencia, como teoría de validez universal, lo que en una sorda percepción de sí mismo discierna sobre las propiedades de su propia persona; arrojará el descrédito sobre el método psicoanalítico e inducirá a error a los inexpertos. (p. 116)

Freud aquí hace evidente la relación que existe entre la eficacia y la formación del analista es, efectivamente, su propio análisis. Ya que el psicoanalista que se analiza no pone sobre el paciente sus propios problemas y soluciones, sino que ayuda y guía al paciente a encuentre sus propias respuestas y soluciones.

Capítulo 4

Propuesta: “Protocolo para el acompañamiento en la elaboración del duelo desde la atención psicológica, a pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices”

Análisis e interpretación de las entrevistas

Para el desarrollo de nuestra investigación fue necesario realizar entrevistas a psicólogos clínicos que fueran parte de los equipos interdisciplinarios con los que cuentan ciertas áreas dentro de un hospital público de Guayaquil, así podríamos obtener información sobre el manejo, funcionamiento y dinámica de los grupos de trabajo dentro del hospital.

La Psic. Cl. Lizbeth Solís y el Psic. Cl. Robert Amat fueron los elegidos para dicha tarea, ambos son graduados de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y cuentan con una maestría en psicoanálisis en la misma institución, por lo que mayoritariamente su enfoque es el que se apega a nuestra línea de investigación. Además, estas entrevistas nos permitieron conocer más sobre la parte institucional del trabajo de los psicólogos clínicos dentro de un hospital público de Guayaquil.

A partir de las entrevistas realizadas se observa que el trabajo interdisciplinario por más que esté estipulado en papeles dentro de los reglamentos de la institución son pocas las áreas que realizan su trabajo en conjunto y que abordan temáticas en torno al paciente de forma integral para brindar un mejor servicio al usuario del hospital. Es decir, ciertas áreas manejan bien su equipo de profesionales; otras áreas tienen un grupo disperso, poco comunicativo y por ende, presentan mayores inconvenientes

con los pacientes; y existen áreas que no cuentan con equipos para abordar a sus pacientes.

Además, algo que también genera malestar dentro del hospital es la discrepancia que existe entre los diagnósticos que son dados a los pacientes y sus familiares. Recalcando el hecho de que el trabajo interdisciplinario, depende de cada área, las cuales mantienen protocolos que no se asemejan entre sí, deja abierta la posibilidad a los profesionales a trabajar con cierta independencia. Teniendo así como resultado una poca comunicación entre el personal, lo que conlleva a la emisión de diferentes diagnósticos para un mismo paciente. Lo que consigue general un malestar en dichos usuarios.

Sin embargo, es rescatable el hecho de que las áreas que en su mayoría cuentan con un “equipo interdisciplinario” funcional o no, son las áreas más críticas, como la de cuidados paliativos, medicina interna, neumología, hematología, entre otras. Pero existen otras, como traumatología que no tienen un psicólogo o un trabajador social en su área, por lo que constantemente se presentan inconvenientes y malestares tanto con los pacientes como con el personal del área.

Resulta imperativo que de alguna u otra forma, se logre regular el trabajo y compromiso de los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios, para así lograr adecuadas intervenciones y se pueda ofrecer un buen servicio al paciente. No obstante, es necesario señalar que los profesionales que conforman estos equipos deben estar en constante actualización de sus conocimientos, para que logren manejar e identificar las diferentes situaciones que podrían surgir dentro de su área, tomándose también en cuenta que así podrían comprender y poner en uso los distintos protocolos y herramientas que tienen a la mano.

Esta falta de trabajo colaborativo, es lo que muchas veces entorpece la labor de los psicólogos dentro de la institución, ya que un gran número de pacientes se quedan sin un adecuado acompañamiento para procesar sus diagnósticos durante su estadía en el hospital lo que resulta en malas respuestas, rechazo a tratamientos, malos comportamientos con el equipo del área y más. Incluso,

esto afecta a los pacientes que sí cuentan con un profesional de la psicología para el proceso ya que se muestran predispuestos a recibir un mal servicio por parte del personal.

La labor del psicólogo va más del lado de hacer cumplir con lo institucional, hacer que el paciente no se vaya sin recibir las atenciones necesarias, que el paciente esté consciente de su situación actual, que comprenda que muchas veces hay que esperar por exámenes, básicamente, buscar que el paciente tenga una buena respuesta ante lo que el hospital puede ofrecerle. Luego de que esa área está cubierta se empieza el trabajo que involucra de manera más directa al paciente. Estos casos se dan mayormente cuando el psicólogo forma parte de los equipos en cada área.

Uno de los acontecimientos que más se nombra, incluso por fuera de las entrevistas, sino en las distintas áreas, es que el rol del psicólogo, sus funciones y tareas son desconocidas por la mayoría, tanto de los pacientes como incluso de las mismas personas del equipo con el que trabajan. Esto dificulta su desenvolvimiento en los mismos y por ende afecta, directamente, al servicio que es ofertado como institución. El psicólogo se ve desvalorizado, por lo que no es considerado como una parte fundamental para el desarrollo de los procesos del grupo.

Se señala que los pacientes que están pasando por la elaboración de un duelo o que se ven enfrentados a la imperante necesidad de hacerlo debido a una pérdida significativa estando dentro del hospital, pocas veces reciben un acompañamiento adecuado, esto debido a que se solicita la presencia y labor del psicólogo cuando las noticias ya han sido dadas o incluso cuando ya se han realizado intervenciones de las que no hay vuelta atrás y no ha habido una guía o soporte ante esto que se presenta como horroroso.

Dicho lo anterior, hay que recalcar que el hospital no cuenta con ningún tipo de protocolo para ayudar a sus equipos a reconocer características del duelo, por ende, no hay un correcto manejo de situaciones en las que sería necesario exista un trabajo en torno a la elaboración del duelo, por lo que, el paciente queda a su suerte, enfrentándose a lo real de una pérdida que es insoportable.

Los recursos que necesitan los psicólogos para realizar su trabajo, en realidad, no son muchos. Debido a que lo que se vuelve necesario más que los tests o la parte de documentos institucionales, es realmente, un espacio físico funcional, adecuado a las necesidades de cualquier lugar para realizar entrevistas, es decir, un espacio con un tanto de privacidad. Sin embargo, al ser esta institución un hospital, las atenciones se ven enmarcadas en los espacios que se tienen al alcance, como lo es la propia habitación del paciente y en los casos fuera de la hospitalización, los consultorios. Por lo que es grato señalar que al menos por ese lado, la institución si presta los recursos indispensables para que el psicólogo realice su labor.

No obstante, como cualquier otra institución pública, uno de sus mayores inconvenientes se presenta en tanto a la cantidad de pacientes que deben ser atendidos, ya que como los profesionales deben atender de forma rápida, no siempre se pueden extender las sesiones, lo que dificultaría ocasionalmente su labor. Además, a veces las consultas necesitan realizarse con más regularidad y no siempre es posible ya que las agendas se encuentran saturadas y la cantidad de profesionales no abastecen la demanda de la población.

Para finalizar, es importante señalar que dentro de la institución, los protocolos son utilizados como una herramienta legal, como una protección para los profesionales y para la institución en general, ya que regula el actuar de los trabajadores ante situaciones específicas, justificando así el haber hecho todo lo que estuvo a su alcance en los diferentes escenarios que se puedan presentar. Se dejará entonces de lado los síntomas de los pacientes, su padecer y por ende su calidad de sujeto.

“Protocolo para el acompañamiento en la elaboración del duelo desde la atención psicológica, a pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices”

Introducción

El presente documento tiene como objetivo protocolizar los criterios en los procesos de atención de pacientes que se encuentran en situaciones de pérdida para que puedan ser capaces de elaborar un duelo al respecto.

La formalización de este procedimiento permitirá crear y brindar estrategias a los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios en las diferentes áreas, para lograr identificar signos y síntomas; y así reconocer a los pacientes que se encuentran en esta instancia de pérdida.

El duelo es una elaboración compleja que necesita gozar de ciertos recursos para poder ser sobrellevada de formas adecuadas. Por lo que un acompañamiento psicológico adecuado, un correcto acercamiento por parte del equipo médico, un buen trato por parte del personal hospitalario, influyen y aportan directamente en el proceso por el que está pasando el paciente.

La buena disposición y una correcta capacitación al personal hospitalario podría beneficiar a los usuarios a superar las situaciones adversas en las que se encuentran. Una correcta detección y valoración de los procesos del duelo permitiría que se den abordajes integrales y útiles por parte de los equipos interdisciplinarios, considerando factores bio-psico-sociales, mejorando la atención a los usuarios e incluso propiciando mayor colaboración por parte de los mismos.

Para este tipo de abordajes los equipos interdisciplinarios deberán contar al menos con un psicólogo clínico, un psiquiatra y un trabajador social para poder crear los medios y soportes necesarios para el acompañamiento integral que debe recibir el paciente.

Es necesario considerar que cada sujeto tiene sus propias herramientas subjetivas que le permitirán de algún modo hacer frente a esto que se presenta como horroroso: una enfermedad catastrófica, la pérdida de un miembro o de alguna capacidad. Esto implicaría inminentemente, la pérdida de su independencia y la emergencia de afectos entorno a la misma.

Para este tipo de atenciones es necesario poder detectar las señales de alguna desestabilización subjetiva, así como el sentido que el paciente tiene sobre su vida.

Términos y definiciones

Duelo: Para Gil-Juliá, Bellver y Ballesters (2008) citando a Payas dirán que:

El duelo es la respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, y como tal, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse. (p. 104)

Mecanismo de defensa: Laplanche y Pontalis (1996) dirán que dentro de lo descrito por Freud el concepto será utilizado en "...dos acepciones algo distintas: ya sea para designar el conjunto del proceso defensivo característico de una determinada neurosis, ya sea para indicar la utilización defensiva de tal o cual «destino pulsional»" (p. 222).

Muerte: Según Gamo y Pazos (2009), en su trabajo titulado "El duelo y las etapas de la vida" citando a Laplanche dirán que "la muerte sería siempre la muerte del otro, únicamente alcanzamos a tener el sentimiento de nuestra propia mortalidad a través de la identificación ambivalente con la persona amada, en el duelo." (p. 455).

Subjetividad: Según Guinsberg (1998), "La subjetividad es la cualidad de lo que existe solamente para el sujeto, para la conciencia del que lo experimenta. Es un carácter esencial de los procesos psíquicos, que sólo por el sujeto son conocidos directamente."

Objetivos

General

Presentar estrategias y herramientas que tengan como función la atención integral de pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices, para así lograr que los usuarios puedan elaborar su duelo, y así tramitar su malestar.

Específicos

- Instruir a médicos y otros profesionales de la salud, en el manejo óptimo de pacientes que necesiten un acompañamiento para sobrellevar su duelo.
- Enlazar el discurso del paciente hacia los elementos necesarios que le permitan reconstituir el sentido de su vida.
- Mejorar la atención prestada a los pacientes que se enfrentan a situaciones de duelo, permitiendo evaluar el desempeño del personal.
- Ofrecer recomendaciones al profesional del sector hospitalario sobre la detección correcta de los procesos de duelo para lograr mejores evaluaciones, tratamientos y acompañamientos.

Ámbito de aplicación

Este protocolo tiene como finalidad crear procesos que permitan brindar una adecuada atención a los usuarios dentro de un hospital público de Guayaquil ya sea en el área de emergencia, consulta externa o pacientes que se encuentran hospitalizados que se encuentren en una instancia de duelo a

causa de enfermedades crónicas, terminales o por pérdida de extremidades lo cual representa limitaciones en su movilidad.

Este proyecto debe funcionar en las distintas áreas de la institución por el personal médico tanto como los demás profesionales del ámbito de la salud. Debido al cometido de preservar la salud del paciente en todo momento, se busca una preparación adecuada de todo el personal, para que los integrantes del equipo interdisciplinario se encuentren aptos para brindar un servicio adecuado a pacientes que se encuentren elaborando un duelo. Permitiendo así la preservación tanto física como mental del paciente. Evitando o previniendo situaciones que tengan desenlaces negativos.

Es importante tener en cuenta que dentro de este proceso está en juego la subjetividad de los pacientes, por lo que no se puede hablar de una estandarización dentro de este protocolo. Pero la aplicación queda en el juicio, criterio y la preparación del personal que forma el equipo interdisciplinario.

Responsables

Los profesionales de la salud, tanto del área de salud mental como psicólogos clínicos y médicos psiquiatras, licenciados en enfermería y auxiliares que se encuentren en contacto directo con los pacientes y sus familiares. Se describirá brevemente la función de cada uno de estos.

Psicólogos clínicos: Son los encargados del bienestar psíquico del paciente. Procuran que el paciente conozca sus derechos y a su vez mantienen informados a los usuarios de todos los procesos que se encuentran atravesando. Realizan un acompañamiento durante la estadía hospitalaria.

Médicos psiquiatras: Son los médicos encargados del área de salud mental dentro del hospital. Son quienes, junto al psicólogo, realizan un acompañamiento para velar por la psiquis del paciente. También recetan medicamentos para mantener “calmados” a los pacientes.

Licenciados en enfermería: Tienen una función crucial, puesto que estos se encargan de administrar medicamentos y de mantener estable al paciente cuando se presentan situaciones de emergencia.

Auxiliares de enfermería: Se encargan del cuidado continuo del paciente. Estos son los encargados de ejecutar las acciones y procedimientos que dictaminan los médicos. Además, velan por el aseo e higiene del usuario.

Insumos y materiales

Espacio físico brindado por el hospital, ya sean consultorios o habitaciones donde se puedan sostener entrevistas.

Metodología

Procedimiento

Todos los profesionales de la salud deben estar capacitados para poder reconocer cuando un paciente necesita de un acompañamiento psicológico, especialmente cuando se ven enfrentados a realizar un duelo. Más allá que a partir de los diagnósticos donde evidentemente existe una pérdida significativa de la salud, se puede corroborar en signos físicos que los pacientes pueden presentar, se enlistan a continuación:

- Apático
- Desprolijo
- Irritable
- Triste
- El paciente no come
- El paciente no puede dormir,

- El paciente no acepta tratamientos
- El paciente tiene mala predisposición
- Se ve afectado el sentido de la vida
- El paciente muestra una desconexión con los demás

Si se evidencia alguna de las características anteriormente mencionadas será importante que se realice una derivación al área de psicología para que el paciente reciba el adecuado acompañamiento durante el proceso.

Además se debe tener en cuenta si se ponen en juego los mecanismos de defensa que resaltan dentro de los procesos de duelo, son los siguientes:

- La represión, puesto que este es considerado el mecanismo de defensa por excelencia y cuando este no funciona, abre paso al resto de mecanismos.
- La negación debe ser tomada en cuenta porque se hace presente en la mayoría de sujetos con los que se ha trabajado con enfermedades terminales o con pérdida de movilidad, ya que en la mayoría de casos atendidos por los investigadores, se pudo notar un rechazo hacia estos diagnósticos.
- La racionalización, ya que en su mayoría consideran opciones nuevas o distintas formas de ver esta situación a la que se enfrentan para así poder “comenzar con una nueva vida”

También es importante poder reconocer las etapas del proceso del duelo, ya que podría existir la posibilidad de que sea detectado en alguna etapa más avanzada que la inicial. El duelo estará compuesto por un mínimo de 4 momentos de gran importancia:

- En un inicio nos enfrentaremos a un sentimiento de incredulidad y un estado de paralización o de “nada pasó” que se presentan como mecanismos de respuesta ante el dolor de la pérdida.

- Segundo, tendremos una fase en la que la pérdida se va haciendo más consciente, no obstante, es una de las etapas en las que más se recordaría y añoraría a la persona u objeto perdido.
- En un tercer momento, hay un enfrentamiento a la irremediable pérdida y no por ende, no retorno de lo perdido.
- Y finalmente, si se logra realizar de manera correcta, una etapa en la que se logra reorganizar la vida y avanzar hacia un futuro.

Herramientas

Lo principal dentro de cualquier proceso u acompañamiento que tenga relación con el ámbito psicológico debe contar con un espacio físico adecuado para que se puedan realizar sesiones en las cuales el paciente sienta la apertura total y la privacidad adecuada para poder expresarse.

Para poder recolectar información sobre el paciente y su estado se deberá hacer el uso de las entrevistas, tanto a dicho sujeto o a sus familiares, para así poder tener una idea más clara del entorno que rodea al paciente.

Se debe establecer un criterio interdisciplinario en el cual tanto médicos como psicólogos clínicos y psiquiatras logren llegar a un consenso sobre el diagnóstico de los pacientes y puedan establecer visitas con retroalimentación entre los profesionales, con el afán de manejar la misma información entre todos y no generar discrepancia entre los diagnósticos, debido que los pacientes tienden a angustiarse o presentar inconformidad, lo cual genera que el trabajo se dificulte.

Dependiendo de las instancias en las que se encuentra el paciente (limitaciones físicas) y si llegue a ser pertinente para el caso, se puede considerar la toma de tests que sean pertinentes para recolectar información del caso. Un ejemplo de estos tests es el “test de la persona bajo la lluvia” debido a que este mide ansiedades y las defensas que tiene el paciente. Este

punto queda a criterio de los psicólogos que se encontraran asignados a los casos.

Precauciones o indicaciones

Es necesaria la existencia de ciertos factores que aporten al acompañamiento y tratamiento a los pacientes que se encuentran en la elaboración de un proceso de duelo. Una de las primeras cosas a tomar en cuenta es si el paciente viene acompañado de un familiar, que cumpla una función de soporte y de sostén durante el proceso. Debe ser un requisito, por lo que no ser así, se empezará un trabajo interdisciplinario con trabajo social para localizar a la familia. Es necesaria la existencia de ciertos factores que aporten al acompañamiento y durante el tratamiento a los pacientes que se encuentran en la elaboración de un proceso de duelo. Una de las primeras cosas a tomar en cuenta es si el paciente viene acompañado de un familiar, que cumpla una función de soporte y de sostén durante el proceso. Debe ser un requisito, por lo que no ser así, se empezará un trabajo interdisciplinario con trabajo social para localizar a la familia. En caso de no ser encontrado los familiares del paciente, se le informará dicha situación al usuario y se procederá con el protocolo. Para estos casos específicos, el personal deberá mostrarse más servicial, aumentando la frecuencia de visitas al paciente.

Desde el ingreso del paciente debe haber un historial clínico claro y que deberá ser actualizado con cada nueva sesión que se tenga. Este documento deberá contener datos de filiación, nombre, edad, sexo, antecedentes familiares incluido enfermedades mentales, historia familiar, historización del síntoma, avance del trabajo psicológico, recomendaciones y un apartado por si se necesita la colaboración de otro profesional.

El hospital, en cada una de sus áreas deberá ofrecer un espacio físico en el que puedan realizarse las intervenciones, ya sean las propias habitaciones de los pacientes, de no poder movilizarse, un cubículo o un consultorio.

La frecuencia de las sesiones dependerá de cada caso debido a que el trabajo se realiza en los tiempos del paciente, es decir, tiempos lógicos más no cronológicos, no obstante, se plantea que el acompañamiento que reciba el paciente dependiendo del caso y del criterio del profesional sea a diario o en intervalos de visitas, donde el tiempo máximo entre cada consulta sea de dos semanas, para que así posibilite que se logre un acompañamiento más completo. Brindándole así al paciente, el espacio que necesita para sentirse escuchado y lograr tramitar mediante la palabra lo que lo aqueja.

Los tiempos de trabajo son lógicos, no cronológicos. El profesional de psicología a cargo del paciente deberá guiar las sesiones dentro de los tiempos del paciente, sin embargo, se debe tener en cuenta la estancia del paciente dentro del hospital y de ser necesario, luego de su alta, se puede solicitar citas en consulta externa, ya que se piensa en el duelo como una etapa que tiene una duración que oscila en lo trimestral y semestral.

Durante el desarrollo y acompañamiento, hay que tomar en cuenta que al manejar “los tiempos del paciente” se podrá experimentar ciertas dificultades como un paciente reacio al tratamiento, pero se debe entender esto como una característica propia del duelo. Por lo que se debe intervenir de forma cauta y hacer sentir al paciente que se trabaja por su bien, dando así apertura a trabajar de forma ágil y eficaz.

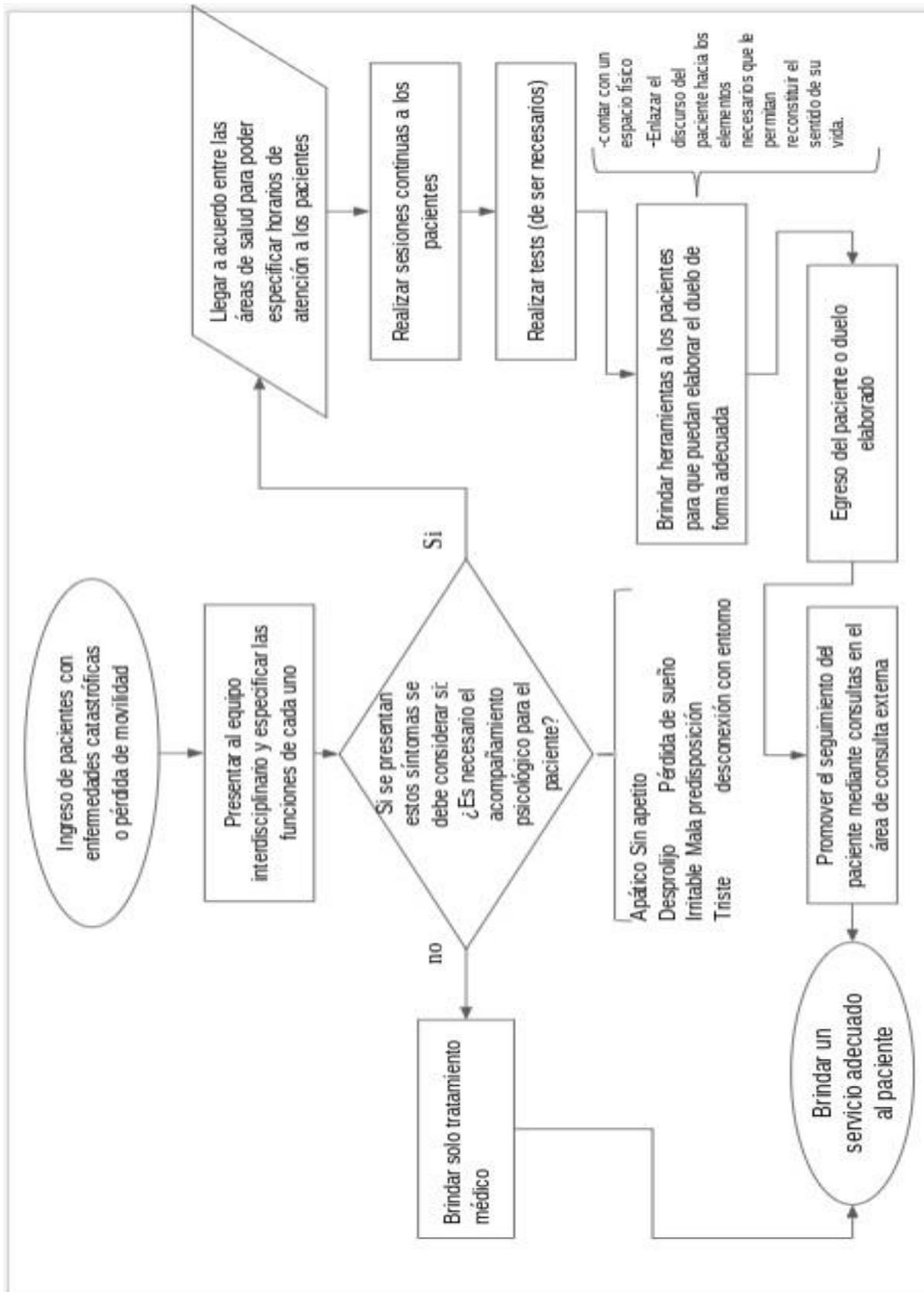
De haber un cambio de área, el profesional de la salud encargado del paciente, así como el psicólogo, deberán garantizar el cuidado y protección del paciente haciendo un seguimiento y facilitando a los nuevos profesionales encargados la información recaudada hasta el momento. No obstante, es importante considerar que, de ser posible, se mantenga al menos al psicólogo, para así no interrumpir la transferencia ya establecida y el avance del trabajo.

Se debe tener en consideración que los profesionales de la salud deberían ser capacitados al menos dos veces al año para poder actualizar sus conocimientos y además ser capaces de compartir experiencias para mejorar su atención y el servicio que se brinda a los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Gamo, E., & Pazos, P. (2009). *El duelo y las etapas de la vida*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, XXIX(14), 455-469. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019649011.pdf>
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., & Ballesters, R. (2008). *DUELO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*. *PSICOONCOLOGÍA*, 5(1).
- Guinsberg, E.. (1998). *Acerca de la subjetividad*. 2019, septiembre 21, de Topia Sitio web: <https://www.topia.com.ar/articulos/acerca-de-la-subjetividad>
- Laplanche, J., & Bertrand, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*.

FLUJOGRAMA



CONCLUSIONES

Esta investigación fue necesaria para poder tener una idea clara de la relación que se mantiene entre un hospital público de Guayaquil y el trabajo de los psicólogos clínicos que se encuentran desarrollando funciones dentro del mismo.

Dentro de la información recolectada se puso en evidencia que existe un promedio de profesionales los cuales no logran abastecerse para la cantidad de pacientes que maneja a diario el Hospital. Sumado a esta situación, se encuentra el hecho de que no todos los profesionales tienen áreas de destino fijas, por lo que esto complica el hecho de llevar un control adecuado de los pacientes que son atendidos.

La conformación de equipos interdisciplinarios, juega un rol importante dentro del ámbito hospitalario, en la institución existen dichos grupos de trabajo los cuales realizan un trabajo óptimo con respecto a la atención integral de los pacientes. La contracara de estos grupos, es el hecho de que no se encuentran ubicados y brindando cobertura a todas las áreas que se encuentran dentro del hospital.

Existe el deber por parte de los psicólogos clínicos de “dar a conocer” los servicios que se brindan y cómo estos favorecen tanto al personal como a los paciente, puesto que los investigadores hemos presenciado confusiones por parte del equipo médico al momento de realizar derivaciones. Este caos se da debido a que no se tienen claros los puntos tratados por los psicólogos y por los psiquiatras.

Se debe aclarar el hecho de momentos de atención a pacientes, ya que pocas ocasiones se solicita el acompañamiento psicológico para pacientes que se encuentran pasando por “momentos difíciles” especialmente en instancias de duelo. Mayormente se busca al psicólogo cuando los médicos agotaron sus recursos para atender a los pacientes o cuando “ya no saben qué hacer para que el paciente coopere”. este punto se vincula con el punto anterior, al

momento de proliferar cual es el rol del psicólogo dentro de la institución, se logrará una mejor atención a los usuarios.

Cómo último punto, se llegó a la conclusión de que el trabajo de los grupos interdisciplinarios y de los psicólogos clínicos como agentes que se encuentran fuera de estos grupos, deberían contar con capacitaciones continuas que aborden los temas relacionados con la funcionalidad de un grupo de profesionales que se encuentren alineados para que consigan un trabajo adecuado y beneficioso tanto para ellos como para los pacientes, debido que la desinformación sobre las funciones muchas veces resulta en un limitante al momento de la intencionalidad de brindar un servicio integral a los usuarios dentro de un hospital público de Guayaquil. Consiguiendo así un resultado benefactor para ambas partes.

Debido a esto, se toma como medida la elaboración de un protocolo que tenga como finalidad, la mejora de atención a pacientes que se encuentran elaborando duelos y que a su vez les brinde las pautas y la fiabilidad a los equipos interdisciplinarios de estar protegidos puesto que realizaron todas las acciones posibles para que prime la salud integral del paciente.

Se puede concluir que esta investigación pudo responder exitosamente a las interrogantes planteadas al principio del trabajo. Mediante este proyecto pudimos identificar las discrepancias entre la institución hospitalaria y el verdadero rol del psicólogo dentro de la misma. A continuación, se presenta las respuestas a todos los cuestionamientos que surgieron al momento de plantear este trabajo.

Preguntas generadoras

¿Por qué existe poca participación del psicólogo clínico cuando se presentan casos de pacientes que necesitan elaborar un duelo para hacerle frente a sus enfermedades?

Dentro del entorno hospitalario no cabe duda de que la participación del psicólogo es fundamental dentro del equipo multidisciplinario, puesto que el

Hospital tiene como objetivo garantizar el bienestar total de los pacientes que asisten a él. Sin embargo, existen otros profesionales que no ven el área de psicología como un trabajo necesario, dan prioridad al área de psiquiatría ya que estos proveen de medicinas que “calmen lo que el paciente tiene” o no ven el apoyo psicológico como algo factible dentro del proceso.

Todas estas trabas que se presentan para los psicólogos clínicos dentro del Hospital, han dado pie a una falta de participación generalizada la cual ha repercutido de forma inmediata, esto por el hecho de que muy pocas ocasiones se realizan interconsultas para dicha área, dejando así como consecuencia, una participación casi nula del área de psicología para pacientes que se encuentran elaborando un duelo.

¿Cómo el trabajo de los psicólogos clínicos se ha visto afectado debido a las modificaciones dentro de los parámetros de atención del Hospital?

Con el pasar de los años, el Hospital ha vivenciado una metamorfosis de los procesos de atención a los pacientes. Abandonando el servicio que se le brindaba a dichos beneficiarios, en el cual existía una preocupación constante por la salud de los “usuarios” hasta el punto de que el cuidado se extendía a visitas dentro de hogares. Con el pasar de los años se ha incluido personal “nuevo” para lograr un bienestar absoluto del paciente, pero a su vez, se traba en una clínica fugaz, la cual tiene como objetivo atender a la mayor cantidad de pacientes, dejando así de lado la calidad y enfocándose mucho más en la cantidad. Pese a que existe la inserción del psicólogo, este nuevo método de trabajo dentro de las instituciones, el cual está lleno de protocolos, limita mucho el trabajo de dicho personal.

Preguntas específicas

¿En qué momento se realizan las atenciones psicológicas brindadas por el Hospital y qué tiempo toman?

Dentro de los equipos multidisciplinarios que funcionan en el hospital, el psicólogo suele ser parte de estos, sin embargo, parte del problema que

permite empezar esta tesis es que los psicólogos realmente no tienen la participación suficiente dentro de estos grupos. Es por esto precisamente, que en muchas ocasiones los pacientes terminan siendo de alguna u otra forma “perjudicados” por el personal médico, debido a que las noticias y avances de las enfermedades son presentados de maneras salvajes y fuertes, sin el posible acogimiento del sujeto luego del enfrentamiento ante la noticia de la pérdida de su salud. Los psicólogos son llamados cuando las situaciones ya se han salido de control, cuando ya han recibido los diagnósticos y se niegan a aceptarlo o cuando los médicos no pueden controlar los estados emocionales de los pacientes. El psicólogo hace de un agente tranquilizador o incluso de convencimiento, ya que también es requerido para lograr que los pacientes reciban tratamientos de cualquier tipo. El llamado a estos profesionales sólo es realizado cuando existen momentos de crisis o cuando ya se han visto afectados por la falta de preocupación de los médicos al momento de comunicarles algo, ocasionando en ciertos casos la negación ante situaciones donde la elaboración del duelo es necesario.

¿Dónde y en qué condiciones se realizan las atenciones psicológicas dentro de un hospital público de Guayaquil?

En la mayoría de las situaciones la atención a los pacientes con necesidades del área de psicología se realizan en las habitaciones, en caso de ser recamaras compartidas, se le pide a los familiares de ambos pacientes que se retiren del espacio para así conseguir algo de privacidad, en la medida de lo posible, se procede a la explicación de la situación, trayendo antecedentes y recalcando el trabajo realizado por el personal, para consiguientemente, llegar a los diagnósticos realizados y tratar de conseguir que el paciente elabore su posición ante el mismo. Incluso, en muchas ocasiones, el trabajo del psicólogo no solo debería darse para el enfermo, sino para sus familiares. El duelo de la pérdida de salud no recae solo sobre el propio individuo sino también en las personas cercanas de su entorno. El no poder sobrellevar estos duelos incluso puede llegar a entorpecer los procesos de cuidado y tratamientos de los enfermos.

REFERENCIAS

- Baekeland. (s.f.). *CONSULTA BAEKELAND*. Obtenido de Mecanismos de defensa: <https://www.consultabaekeland.com/p/es/psicologo-madrid-faqs/mecanismos-de-defensa.php>
- Breviario. (1995). *DSM IV Criterios diagnosticos*. Editorial Masson.
- Cabodevilla. (2007). *Las pérdidas y sus duelos. Anales Sis San Navarra*, 30(3). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012
- castillo, D. (2012). *Nucep*. Obtenido de El estatuto del cuerpo en el psicoanálisis: https://nucep.com/wp-content/uploads/2012/09/ref_Dolores-Castrillo-_EL-ESTATUTO-DEL-CUERPO-EN-PSICOANALISIS.pdf
- Elmiger, M. E. (2010). *La subjetivación del duelo en Freud y Lacan*. Mal-estar e Subjetivade *pepsic*. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000100002
- Fernández, J. (2010). *Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)*. *Rev. Esp. Salud Publica*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
- Flórez. (2002). *Duelo*. *ANALES Sis San Navarra*. Obtenido de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5545/4560>
- Foucault, M. (1987). *Historia de la Sexualidad. 1- la voluntad del saber* (Vol. I). México: Siglo veintiuno. Obtenido de https://seminariolecturasfeministas.files.wordpress.com/2012/01/foucault_michel-historia_de_la_sexualidad_i_la_voluntad_de_saber.pdf

- Freud, S. (1905). *Psicoterapia (Tratamiento por el espíritu)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*.
- Gallo, H. (2002). *Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica*. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/41127/1/12173-30934-1-PB.pdf>
- Gamo, E., & Pazos, P. (2009). *El duelo y las etapas de la vida*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019649011.pdf>
- García, E. (2013). *El silencio de los órganos. Los desencuentros de la salud y la normalidad según G. Canguilhem y M. Foucault*. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*. Obtenido de <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/019/2-Garcia.pdf>
- Gerez Ambertín, M. (2008). *Entre deudas y culpas: Sacrificios*. Buenos Aires, Argentina: LetraViva.
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., & Ballesters, R. (2008). *DUELO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*. PSICOONCOLOGÍA.
- Gómez, S. (2012). *Metodología de la Investigación*. México: Red Tercer Milenio.
- Gómez, R. (2004). *El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría(90). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004
- Greca, A. (2007). *IntraMed*. Obtenido de Clínica UNR: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=50761>
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=50761>
- Guinsberg, E. (1998). *Acerca de la subjetividad*. 2019, septiembre 21, de Topia Sitio web: <https://www.topia.com.ar/articulos/acerca-de-la-subjetividad>

- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- IntraMed. (2018). *Los médicos tienen la tasa más alta de suicidio de todas las profesiones. Estados Unidos*. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=92520>
- Jasiner, G. (2014). *Lo Real en la clínica*. Obtenido de El Sigma: <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/lo-real-en-la-clinica/12852>
- Kübler-Ross, E., & Daurella, N. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos* (Vol.975). Madrid: Grijalbo.
- Lacan, J. (2006). *Seminario X: La Angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Originalmente dictado en 1963).
- Laplanche, J., & Bertrand, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*.
- León, & Berenson. (s. f). *Medicina teórica. Definición de la salud*. Obtenido de Univerdidad Peruana Cayetano Heredia: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n3/v7n3e1>
- López, P. L. (2011). *El duelo, entre la falta y la pérdida*. Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis.
- Mahé, & Ramos. (2012). *Enfermedad, cuerpo y síntoma. Desde el Jardín de Freud*: revista de psicoanálisis.
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., & Martínez, B. (2008). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>
- Miller, J. (1998). *Introducción al método psicoanalítico*. Eolia-Paidós.
- Miller, J. A. (2002). *Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo*. Buenos Aires: Edigraf.

- Miller, J. (2010). *Salud mental y orden público*. España: Universidad de Granada.
- Miller, J. (2013). *Hablar con el cuerpo*. 2013, 22 y 23, de ENAPOL Sitio web: http://www.enapol.com/es/template.php?file=Argumento/Conclusion-de-PIPOL-V_Jacques-Alain-Miller.html
- Monje, C. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa*. Guía didáctica. Neiva.
- OMS. (1946). *¿Cómo define la OMS la salud?* Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Ortego, López, Álvarez, Aparicio. (s.f). *El duelo*. Obtenido de <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema-11.pdf>
- Peczник, A., & Rosmaryn, A. (2012). *El sujeto ante su muerte*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Peña, & Paco. (2003). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta Tercera parte: un modelo teórico de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64, 55-62.
- Republica del Ecuador. Consejo Nacional de Planificación (CNP). (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017- 2021 toda una vida*. Quito, Ecuador: Senplades.
- Ramos, E. (2008). *Métodos y técnicas de investigación*. Obtenido de <https://www.gestiopolis.com/metodos-y-tecnicas-de-investigacion/>
- Sauval, M. (1999). *Psicoanálisis y práctica hospitalaria*. EduPsi.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., Valencia, S. M., & Torres, C. P. M. (1998). *Metodología de la investigación* (Vol. 6). México, DF: Mcgraw-hill

Uruguay, U. d. (s.f). *Definiciones de salud-1*. Obtenido de Instituto de Psicología de la Salud:
https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_defsalu.pdf

Varela. (2010). *EL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD: UNA NUEVA PERSPECTIVA*. *Encuentros multidisciplinares*. Obtenido de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%BA34/Manuel%20Varela%20Entrecanales.pdf>

Vels, A. (1990). *Agrupación de Gradoanalistas Consultivos de España*. Obtenido de LOS MECANISMOS DE DEFENSA BAJO EL PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO:
http://www.grafoanalysis.com/Mecanismos_de_defensa_Vels.pdf

Wright, R. (21 de Noviembre de 2005). *El psicólogo como agente de cambio*. Obtenido de http://www.ronaldowright.com/index.php?option=com_content&view=article&id=71:el-psicologo-social-como-agente-de-cambio&catid=38:psicologia-social&Itemid=69

CONCEPTOS CLAVE

- 1. Real:** La psicoanalista Graciela Jasiner (2014, párr. 3), en su artículo “Lo Real de la clínica” señala que lo real es:

Una cuestión lógica, a “lo imposible”, no a lo irrealizable, ni lo inalcanzable, sino lo imposible de ser cubierto por lo simbólico o lo imaginario. A lo real se apunta pero no se termina de escribir, excede a cualquier simbólico. Algo se puede bordear, pero no hay teoría ni práctica que pueda agotarlo.
- 2. Duelo:** Para Gil-Juliá, Bellver y Ballesters (2008) citando a Payas dirán que “El duelo es la respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, y como tal, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse.” (p. 104)
- 3. Mecanismo de defensa:** Laplanche y Pontalis (1996) dirán que dentro de lo descrito por Freud el concepto será utilizado en “dos acepciones algo distintas: ya sea para designar el conjunto del proceso defensivo característico de una determinada neurosis, ya sea para indicar la utilización defensiva de tal o cual «destino pulsional»” (p. 222)
- 4. Muerte:** Según Gamo y Pazos (2009), en su trabajo titulado “El duelo y las etapas de la vida” citando a Laplanche dirán que “la muerte sería siempre la muerte del otro, únicamente alcanzamos a tener el sentimiento de nuestra propia mortalidad a través de la identificación ambivalente con la persona amada, en el duelo.” (p. 455)
- 5. Subjetividad:** Según Guinsberg (1998), “La subjetividad es la cualidad de lo que existe solamente para el sujeto, para la conciencia del que lo experimenta. Es un carácter esencial de los procesos psíquicos, que sólo por el sujeto son conocidos directamente.”

ANEXOS

Entrevista

La siguiente entrevista tiene como finalidad conocer el rol del psicólogo clínico dentro de un hospital público de Guayaquil, así como las herramientas con las que cuenta y lo que la institución espera de él en situaciones de duelo dentro del trabajo con pacientes que se enfrentan la pérdida de la salud por enfermedades terminales y pérdidas de habilidades motrices.

Preguntas

Rol:

1. ¿Qué espera el Hospital de su rol como psicólogo?

Herramientas:

1. Para usted, ¿Cuáles son las señales para detectar que un paciente necesita de acompañamiento psicológico y cuanto es el mínimo de sesiones que debería brindarse?
2. ¿Considera usted que la institución le brinda los recursos necesarios para realizar lo que se le pide y qué cree usted que la institución debería añadir a sus herramientas para poder trabajar de forma adecuada con los pacientes?
3. ¿Considera usted que en sus intervenciones como psicólogo clínico en casos de enfermedades terminales o que implican pérdida de movilidad han tenido efectos positivos para los pacientes?
4. ¿Podría contar un caso en el cual haya formado parte de un acompañamiento a pacientes con dichas enfermedades, resaltando los efectos positivos?
5. ¿Qué es lo más difícil de abordar en pacientes que se encuentran atravesando un duelo?
6. ¿Cuáles son los errores más comunes al abordar pacientes que se encuentran atravesando un duelo?

INSTITUCIÓN ESPERA:

7. ¿Cuál es la demanda de la institución ente pacientes que se encuentran elaborando un duelo y cuáles son los protocolos a seguir?
8. Si los hubiere, ¿Tiene usted alguna sugerencia para mejorar estos protocolos? O que considera que deberían tomar en cuenta estos protocolos, de no existir.

La siguiente entrevista fue realizada a la **Psic. CI. Lizbeth Solís** y tiene como finalidad conocer el rol del psicólogo clínico dentro de un hospital público de Guayaquil, así como las herramientas con las que cuenta y lo que la institución espera de él en situaciones de duelo dentro del trabajo con pacientes que se enfrentan la pérdida de la salud por enfermedades terminales y pérdidas de habilidades motrices.

Preguntas

Rol:

1. ¿Qué espera el Hospital de su rol como psicólogo?

Este es un hospital de tercer nivel, lo que quiere decir que es de especialidades, significa que van a encontrar áreas que no van a encontrar en otros hospitales, eso hace que las áreas más complejas, como por ejemplo oncología, trasplante, diálisis, paliativos, infectología, son áreas más complejas, con pacientes más complejos, ellos tienen solicitudes para psicólogos de piso, lo que significa que estas áreas a diferencias de otras van a tener una persona de planta trabajando con ellos de manera más cercana. Entonces hay dos tipos de áreas, las generales, a las que vamos cuando nos llaman, nos dicen “hay tal paciente, tiene estos síntomas y nosotros vamos”; y el otro caso es cuando formamos parte de un equipo interdisciplinario, trabajamos con médicos, área social, personal de enfermería, médicos residentes y entonces ahí también debemos ser conscientes de que formamos parte de un equipo específico donde cada uno tiene sus obligaciones.

Nuestras obligaciones por ejemplo son: pasar visita, acompañar a los médicos en el proceso de visitar a los pacientes para dar una opinión sobre la evolución del paciente o si hay novedades, los doctores nos derivan a los pacientes antes de darles diagnósticos y desde ahí se empieza un acompañamiento, desde el proceso en el que paciente tenga una buena respuesta al entorno hospitalario, es decir, que no solicite el alta sin completar sus valoraciones, que entienda por qué está en el hospital, por qué hay exámenes que se demoran, todo lo que tiene que ver con lo institucional, ya de ahí sí se pasa al trabajo en torno a lo que el paciente puede elaborar en torno a lo que tiene,

sus miedos o los procesos de atenciones que tienen desde antes, hay pacientes que vienen con situaciones desde afuera y vienen con un andamiaje de criterios médicos y cuando llegan acá y se les explica todo lo que deben hacer suelen estar ya más irritables, reactivos, eso y más que el hospital no tiene una buena fama, tampoco es que ayuda. Así que la idea es tratar que el paciente tome una decisión en función de la realidad que tiene el hospital, que a pesar de tener dificultades le ofrece servicios y que no se vaya del área sin recibir las atenciones necesarias, haciendo que no corra peligro su vida, mayormente.

Eso cuando se trabaja dentro de un área, sino la relación es un poco más suelta. Por ejemplo en traumatología, no hay psicólogo de piso, llaman cuando ya hicieron las cosas, ya lo amputaron y ahí quieren que uno vaya, cuando ya tiene la amputación infectada, es decir cuando ya tienen todo mal, quieren que uno vaya a solucionar, o sea a hacer que el paciente no sea un problema para el área, así es cuando se trabaja desde afuera. Generalmente llaman cuando necesitan una solución, no cuando se necesita acompañamiento. Depende de cada caso.

- ¿Qué necesita un área para poder pedir un psicólogo de planta, cuáles son los requisitos? ¿Por qué si saben que lo necesitan no lo piden?

Porque no tienen criterio. También depende de la organización, por ejemplo antes traumatología estaba abajo con fisioterapia y tenían un psicólogo, su trabajo era bonito, ordenado, pero con el tiempo y con las diferentes situaciones tuvieron que separarse. También depende de la jefatura, el personal no siempre es el mismo, por ejemplo, una jefatura puede tener conciencia de la población con la que trabaja y solicitar que haya un psicólogo o que hayan convenios con el área, en función de la población que maneja. También otro factor que afectó la separación es que traumatología aumentó su población por lo que necesitaba más espacio, a raíz de eso se desligó un poco el trabajo y el concepto, entonces lo que hay ahora es que si llaman es cuando el paciente da problemas para el área no porque consideren que hay algo que debe ser atendido de manera emergente, no nos llaman para comunicar, sino que lanzan la bomba, ven la cara de susto y así recién hacen la interconsulta.

Tienen mal definidos los roles de las profesiones. Como los psiquiatras y los psicólogos estamos en un solo bloque, es decir, salud mental nos llaman a nosotros por cosas no pertinentes, por ejemplo nos llaman a nosotros cuando el paciente no puede dormir y a los médicos cuando el paciente está llorando porque lo van a amputar. Otra realidad de aquí, el hospital o las áreas o incluso del personal es que tienen poca tolerancia a los afectos del paciente, es como que están muy mentalizados en el bien-estar del paciente, creen que les dicen que tienen cáncer y deben estar felices, no reconocen que es un proceso y que tiene etapas, que el paciente va a estar apático o también mas tendencia a la irritabilidad, ellos quieren darle la noticia y que el paciente esté como la lechuga, fresca. No se acepta muy bien los afectos del paciente, quieren soluciones rápidas, que rápido se acabe todo.

Herramientas:

2. Para usted, ¿Cuáles son las señales para detectar que un paciente necesita de acompañamiento psicológico y cuanto es el mínimo de sesiones que debería brindarse?

No creo que haya un mínimo de sesiones, si debe haber frecuencia de sesiones, si alguien está en duelo las citas no deben ser muy lejanas, un máximo de 15 días. Por lo general los procesos de duelo duran entre 3 y 6 meses, es una media,, en la que el paciente puede tener algunas ideas o elaboraciones en torno a los eventos sucedidos. Igual varía de los pacientes, hay algunos que tienen los recursos para un proceso de duelo y hay otros que no cuentan con los recursos para anudar otras cosas. Eso dejando de lado patologías un tanto más complejas, los diagnósticos de bipolaridad, esquizoafectivos, que ahí ya estaríamos hablando de otras temporalidades.

En cuanto a las señales creo que son las mismas que ya les había dicho antes:

Para el hospital es una cosa y en la vida real es otra, por ejemplo, en un área en la que te mandan a llamar, lo más común es verlo apático, triste, que no coma, que no pueda dormir, que no acepte tratamientos o mala predisposición. Si por algún motivo yo conozco al paciente y efectivamente está pasando por un proceso de duelo, voy a ver cosas parecidas, si está

afectado el sentido de la vida, es decir, si ya no quiere nada con nadie, entonces voy a ver síntomas secundarios que son las desconexiones, el paciente ya no quiere hablar con las personas, los familiares, no acepta visitas; visualmente el paciente está apático, desprolijo, irritable. Un criterio importante es que el paciente consienta nuestra presencia, porque si el paciente no acepta varios acercamientos, uno debe tomar distancia y esperar a que el paciente lo acepte. Nosotros no vamos como en plan poco invasivo, invadimos, vamos a hacer hablar al paciente sobre temas en los que aún no está listo para hablar, hay que medir la aceptación del paciente, desde los silencios hasta la posibilidad de ir verbalizando. Creería que lo que más resalto es esa desconexión con el sentido de la vida, algo empieza a caer y no solo el paciente está triste sino que no se vincula, consigo mismo, se descuida, afecta importantemente la vida.

3. ¿Considera usted que la institución le brinda los recursos necesarios para realizar lo que se le pide y qué cree usted que la institución debería añadir a sus herramientas para poder trabajar de forma adecuada con los pacientes?

Tampoco es que necesita mucho, para bien es una especialidad que, dentro de una institución pública no necesita grandes cosas, necesitamos un espacio. Lo que nos serviría a nosotros que no tenemos mucho es que no nos limiten en los tiempos, en hospitalización yo puedo decidir mis tiempos pero en consulta externa, donde llegan pacientes con realidades parecida, solo tengo 30 minutos, la realidad es que podría darle 20 porque hay otros pacientes que vienen y no están agendados, ya sea por un favor, porque ocurrió algo que hizo más próxima si visita, porque no había tiempo en agenda pero era necesario una cita, ahí podrían ser los tiempos, darnos el espacio de organizar nuestro propio trabajo. De ahí espacio nos dan, espacio tenemos. Compartimos jornadas, nada más. Y ya en hospitalización el problema podría radicar en que le paciente está encamado y usualmente, hay otra persona a su lado, pero nunca he visto eso como un conflicto, porque la mayoría de pacientes cuando tienen ganas de hablar eso no es algo que los detenga. En

general, no creo que el hospital está como para darles recurso, los únicos son tiempos y lugares.

4. ¿Considera usted que en sus intervenciones como psicólogo clínico en casos de enfermedades terminales o que implican pérdida de movilidad han tenido efectos positivos para los pacientes?

Sí, creo que es más por la diferencia de espacios, como es un hospital grande, y las consultas médicas son muy cortas por la cantidad de pacientes. Eso fuera de que si considero que cuando un médico está expuesto a situaciones importantes de tensión y estrés, aquí la gente trabaja por muchas horas, muy seguido con pocos recursos, terminas teniendo un profesional afectado también, que a veces tiene cuidado de cómo dice o no dice las cosas, entonces, por ahí cuando el paciente recibe un diagnóstico o una noticia de una forma muy cortante con pocas explicaciones, cuando llega un espacio de psicología ellos pueden notar la diferencia de que sí importa lo que ellos digan. Es importante porque en las citas médicas es un criterio médico, fuera de lo que el paciente diga o piense lo que importa es lo que dicen los exámenes. Diferente es cuando el paciente habla, me ha pasado con pacientes con diagnósticos terminales o patologías graves, que uno piensa que ellos llegan por el diagnóstico que les han dado y en la consulta es otra cosa, el diagnóstico lo afecta pero no es lo que lo moviliza, a veces es todo lo que tenía pendiente y esto es la gota que derramó el vaso, entonces creo que al final muchos diagnósticos terminan siendo una buena razón para que la persona se cuestione aspectos de su vida y claro la terapia no va a ser bajarle los marcadores tumorales, que el tumor desaparezca, que el cáncer se vaya o que la pierna vuelva a crecer pero lo que si va a pasar es que el paciente tenga otro tipo de vínculos, otra imagen de si mismo, que pueda estructurar su vida de acuerdo a sus condiciones.

- Las intervenciones en cuanto a situaciones de duelo hacia donde van orientadas

Por lo general es mover la culpa, aparece la culpa en los otros, luego se mueve a uno mismo “yo no hice” y debe ser trabajada, no debe ser eliminada,

para ver de que forma está implicada y como asocia los factores a sus propias elecciones. Hay que trabajar la culpa, también la imagen corporal, especialmente en casos de amputaciones, y más adelante, al menos en atenciones largas, a veces entran en programas para prótesis, hay que reestructurar la imagen, la idea no es que reciba la prótesis y la guarde sino que si acepta participar, le sea útil, le ayude a servirse de esa prótesis para otros fines, como trabajar. En pacientes terminales, lo más importante es trabajar con ellos como un cierre, como esas cosas que han quedado pendientes en las interacciones familiares, temas de pareja, culpas, cuentas por ahí.

El hospital tiene el concepto de muerte digna, a mí me parece que debe haber dignidad al menos en las decisiones que uno toma, si un paciente decide que no va a tomar un tratamiento, está bien, pero que la decisión sea tomada en cuanto a las creencias propias, de lo que el elige para sí mismo con todo lo que eso implica, que no sean movilizadas por miedo o por la coerción de la familia, en el área de neumología, respetan mucho la decisión de no querer vivir o decidir en qué condiciones morir. Ahí también realizamos un acompañamiento, para que comprendan que sus decisiones tienen consecuencias y permitir que el paciente lo piense y decida, de ahí el trabajo luego es con la familia para que acepte la decisión del paciente. A veces pienso que al menos en neumología, los casos más difíciles son los de gente joven con fibrosis pulmonar, el trabajo es también con los familiares, trabajar para que entiendan que hay cosas que deben estar veladas por ciertos motivos, ellos también toman decisiones en torno a lo que ven o de lo que participan.

5. ¿Podría contar un caso en el cual haya formado parte de un acompañamiento a pacientes con dichas enfermedades, resaltando los efectos positivos?

Este es uno de los últimos casos que tuve, era una chica que tenía 22 o 23 años, que tenía diagnosticado una fibrosis pulmonar como desde los 7, cuando yo la conocí debió haber tenido unos 20. Fue uno de los primeros ingresos de neumo, como es una enfermedad complicada, a la mamá le

habían dicho que probablemente no iba a vivir a más de sus 10 años, la mamá era una mujer muy entregada a la enfermedad de su hija, tenía 3 hijos, era divorciada. A la final, la prioridad que le dio al tratamiento de su hija le dio dificultades en el tema de pareja. A esta chica le faltaba poco ponerla en una burbuja, ella vivió su adolescencia entre los hospitales y la casa, pasó bastante encerrada y con pocas amistades hasta que llegó a la universidad, estudiaba derecho en la católica, la mamá terminó cediendo a varias cosas, la dejó manejar y entrar a la universidad, sin embargo, ahí empezaron a haber otro tipo de problemas, como ya la universidad es un contexto un poco más suelto, más individual, uno tiene la posibilidad de hacer lo que quiere, de faltar a clases y ella se fue por esa vía, empezó a salir mucho, a fumar y por la patología que ella tenía se fue descompensando. Cuando ingresó por primera vez ya tenía un pulmón destrozado, entró a un programa para trasplante, donde hay que hacer muchos trámites. Es un proceso largo y por lo general los pacientes no llegan a completar el trámite. Ella estaba en eso. Yo la habré conocido en unas 5 estancias hospitalarias durante 3 años. Durante las primeras 3 estancias fue difícil, ella tenía la idea de que iba en el mismo son de los doctores del “no puedes fumar, no puedes beber” y eso hacía que ella incluso finja toser para no hablar conmigo. Los tratamientos para esa enfermedad son muy molestos, toman tiempo, ella ya estaba fastidiada del tratamiento y no tenía intenciones de seguir hablando de eso. Con la mamá sí hubo un poco más de trabajo, con ella podría hablar. En la cuarta estancia, ella se había peleado con la mamá pero no me decía bien por qué, a partir de eso empezó a hablar, quizás porque nunca le di la razón a la mamá. La pelea iba porque la mamá no quería que ella recibiera una visita, que luego entendí era su novia. Ellas eran evangélicas, entonces la concepción que la mamá tenía es que si su hija estaba muy enferma y estaba teniendo una relación homosexual, si su hija moría, lo más probable es que fuera al infierno porque tiene esa relación y esa idea se le había metido y le daba vueltas la cabeza, no la dejaba comer o dormir. Por más que ella amara a esta chica y necesitara el apoyo tenía esa voz materna de que iba a terminar en el infierno por sus pecados. La culpa fue algo que se tuvo que trabajar con ella, incluso con la mamá. Tratando de que ese tiempo que le quedaba lo pase tranquila y que como familia puedan pasar bien. Incluso esta relación que tenía con la chica

era peculiar, era una relación bastante “pura” no estaba empañada de muchas otras cosas, era llamativo porque esta chica que era pareja de ella recién había pasado por un cáncer y como que estaban conectadas por esa vía, esa chica le hablaba mucho de la forma de involucrarse con su tratamiento, de hecho esta relación la beneficiaba bastante, empezó a involucrarse en su tratamiento. Eso también fue algo que se trabajó con la madre que esa relación no estaba afectando la vida de ella sino que le estaba dando un mejor sentido. En el quinto ingreso ella falleció, eso fue el año pasado, ahí era únicamente, que la mamá estuviera clara en las decisiones que debía tomar en cuanto a lo protocolario. El trabajo era también ayudar a la chica a no buscar líneas de tensión con la madre porque usualmente, la hincaba con temas que eran delicados para la madre. Lo que se buscaba era darle unos últimos buenos cuidados y darle tiempo a la mamá para que pudiera organizarse, hasta que falleció.

Por lo general en mi área casi todos los casos terminan en muerte, no viven mucho.

- ¿Como psicóloga, para intentar instalar la transferencia por dónde suele empezar? ¿Cuál suele ser su acercamiento?

Yo les hablo de cualquier cosa menos del hospital pregunto cómo han estado, quien los acompaña, que hacían en casa antes de venir. Es que por la estructura hospitalaria aquí se pasan visitas 3 veces al día por lo general, entonces le paciente está acostumbra a que le pregunten “durmió, comió, fue al baño, le duele algo, le molesta algo” si tú vas por la misma línea te va a chispear. Como por temas más, al menos en un paciente que tiene mucho tiempo hospitalizado, en un proceso de muchas estancias, es importante que alguien le pregunte cómo está, que alguien se preocupe de lo que piensa, que es la clínica antigua, la que funda los hospitales, era así, no era un cuerpo hablando era la persona hablando de su cuerpo, entonces en una entrevista darle al paciente una pauta de que aquí se trata de lo que él diga y lo piensa es un buen acercamiento, lo otro es tratar un poco de tratar de leer las situaciones y los contextos, hay días buenos y malos, días en los que el paciente no quiere hablarte o verte, está bien si el paciente no quiere hablar y

está bien. A veces cuando se empieza uno cree que uno tiene la culpa, que dijo algo malo y no tiene que ver con nosotros, tiene que ver con los contextos, a veces solo no es un buen día, regresas al día siguiente y el paciente ya está mejor, quiere hablar, te recibe de otra forma. Eso va por parte del análisis personal hay que poder distinguir lo propio. Las poblaciones en este tipo de hospitales son diferentes, no es como en la consulta privada, aquí no te buscan porque quieren, aquí pasa más que el paciente es mandado no acude, o el pide pero viene con la concepción de que aquí lo van a tratar de lo peor y vienen a la defensiva y no se puede estar igual.

6. ¿Qué es lo más difícil de abordar en pacientes que se encuentran atravesando un duelo?

No creo que haya algo difícil, hay cosas que van enlazadas. Cuando uno recién aborda un paciente te va dando pautas, líneas del discurso y de lo que te da hay que ir desenganchando, quizás lo más difícil es toparse con resistencias muy marcadas sobre abordar diferentes temáticas. Por ejemplo con los pacientes de VIH, muchas veces toca precautelar las condiciones de los pacientes, hay que trabajar con pinzas, no quieres ofenderlo pero si hay que ir en la línea de precautelar la línea no solo de cuidar al paciente sino de evaluar sus decisiones, hay que mover las intervenciones al punto de ir poniendo límites.

Las resistencias en relación a factores específicos.

7. ¿Cuáles son los errores más comunes al abordar pacientes que se encuentran atravesando un duelo?

Consolar, ir a consolar, se va desde el imaginario, eso confunde al paciente. Eso se lo puede decir un pariente, la vecina, el médico.

En casos extravagantes, mandar a hacer tareas, a leer, a pensar que hay gente que tiene cosas peores, todo lo que va del lado imaginario.

También hay que pensar en las situaciones que tocan algo del sentido de la vida del profesional, por eso se puede derivar, hay que poder identificar los

puntos de los que no se puede hacer cargo o abordar, en el proceso uno se hace cargo de lo suyo, va a terapia y a la final puede luego trabajar.

Hay que reconocer la falta propia para evitar trabajar con recursos imaginarios.

INSTITUCIÓN ESPERA:

8. ¿Cuál es la demanda de la institución ente pacientes que se encuentran elaborando un duelo y cuáles son los protocolos a seguir?

Aquí es por áreas, trasplante tiene protocolo de abordaje cuando el paciente fallece y se pueden donar órganos, pero no hay de duelo, tienen un equipo interdisciplinario. Va el equipo, se reúne con el familiar, piden lo que necesitan y listo. Pero eso es cuando ya se ha muerto. En paliativos tienen un mejor protocolo escrito, los pacientes mueren a la final. Ellos hacen visitas diarias y un psicólogo de piso que se encuentra ahí unas cinco horas, pasan rondas, trabajan todo el tiempo con familiares, hacen talleres, al menos en papeles. El papel aguanta todo. Pero hay que reconocer que tienen toda la buena intención, es un área pequeña, nueva y han tenido logros, están en formación, exponen, van a talleres y capacitaciones. Pero obvio tienen fallas, no gozan de los recursos médicos necesarios, no siempre aceptan pacientes aunque tengan camas libres porque esos pacientes son un gasto. Son muchos pañales, muchos suplementos alimenticios, vitaminas, oxígeno. Son pacientes que necesitan de todo, representan un gasto para la institución y terminan en nada porque el hospital entiende cuando se gasta por la vida del paciente, se entiende como que este viva más porque si vive más tiempo sigue aportando, es una lógica también económica. Si al paciente se le dan todos los servicios y va a morir, se entiende que es un gasto público. Entonces se entiende que a pesar de las buenas intenciones del programa no deja de afectar la economía de una institución estatal. Su equipo es completo y el programa es bueno, quizás falta ejecutar. Uno debe ser activo e involucrarse al programa al que pertenece, si eso no hay es solo papeles. En neumología y rehabilitación pulmonar el programa también es bueno, es en el que estoy. El jefe de esa área es un señor muy comprometido, tiene bastante

reconocimiento por los directivos del área. De cabecera debe haber un jefe que pelea su área que tiene coherencia entre su forma de pensar y ejecutar. Ellos tienen bastantes capacitaciones y son conscientes de lo que quiere. Como psicólogo piden valoraciones con pruebas, para dejar constancia, medimos ansiedad, depresión, antes se medía personalidad y si requiere se lleva a consulta también, al menos por unos tres meses. Los instrumentos no me los da la institución los consigo yo, los imprimo yo. La apertura si me la dan, ellos escuchan.

El área de materno infantil es un poco más estricto por los programas y propuestas del MSP. Este año hay uno sobre las muertes maternas, si hay una muerte hay investigaciones sobre mala práctica, se busca la justificación de la muerte de la madre. En esos casos como equipo nos toca respaldarnos, decir si se habló o no de los riesgos, nosotros somos los que les recordamos a los médicos los recursos de los que nos podemos valer, usualmente entre áreas para ofrecer opciones y para que como área se cumpla con los protocolos de la institución. Igual no todas las áreas son iguales.

Los protocolos aquí están pensados como evidencia para defenderse, para que uno sepa cómo actuar ante ciertas situaciones. No piensan en el síntoma sino para cubrir al profesional que sepa que hizo todo lo que estaba dentro de sus posibilidades. El duelo como tal no tiene un protocolo dentro de la institución, tiene protocolo ante las complicaciones, como la muerte pero no para el proceso del duelo, tienen las intenciones que son los programas, dar el soporte. Como protocolo son líneas de acción para que uno sepa que ha hecho lo que en los protocolos internacionales se manejan como guía.

En paliativos hay equipo y tiene lógica, en paliativos lo primordial es trabajar el duelo, saber que ese paciente está en etapa terminal, que los familiares y el paciente puedan decidir dentro de las posibilidades las condiciones de vida y de muerte.

Es importante hablar con el paciente, explicarle lo que está pasando. Fuera del trabajo psicológico, entiendes la queja institucional del paciente, si se

puede hacer algo quizás sería mejor el equipo. Lo que entiendo es difícil, por presupuesto o situaciones. Llega un momento en el que uno se suelta.

Lo más ético es no dejar de intentarlo, por más que no hayan recursos, que el personal no sea el más colaborador o que hayan muchas dificultades en el entorno, no significa que uno no deba hacer algo, aprovechar los recursos que si hay para dar apertura y espacios de trabajo. A mí me ha servido trabajo social, es un grupo muy involucrado. Ellas van y te rastrean al familiar, ellos te lo consiguen. Son un personal involucrado con los pacientes.

En traumato hay más caos, el médico no da, tiene pacientes en todos lados, así nadie puede trabajar, son sueltos, cada uno hace lo que debe. Son toscos, no miden las palabras.

Hay que distinguir lo institucional, se necesitan recursos físicos y tener espacio,

9. Si los hubiere, ¿Tiene usted alguna sugerencia para mejorar estos protocolos? O que considera que deberían tomar en cuenta estos protocolos, de no existir.

Necesitan aprender a hablar con los pacientes, son médicos de años pero como cualquier ser humanos, perdemos la orientación de la práctica. El acompañamiento también debe ser con los otros profesionales, que se trabaje la distinción entre lo que tiene que ver con la labor y los pacientes. Que las áreas tengan la posibilidad de tener un trabajo con los psicólogos. Considerar las poblaciones para el equipo que se maneja.

No vender falsa publicidad, se generan imaginarios falsos, el paciente viene a ser servido y no recibe eso.

Es necesario entender los contextos, no siempre el paciente está de mal humor, es necesario ser lo suficientemente sensible, que hay tiempo de duelo.

La siguiente entrevista fue realizada a la **Psic. Cl. Robert Amat** y tiene como finalidad conocer el rol del psicólogo clínico dentro de un hospital público de Guayaquil, así como las herramientas con las que cuenta y lo que la institución espera de él en situaciones de duelo dentro del trabajo con pacientes que se enfrentan la pérdida de la salud por enfermedades terminales y pérdidas de habilidades motrices.

Rol:

1. ¿Qué espera el Hospital de su rol como psicólogo?

Atención de calidad y calidez para los afiliados.

Herramientas:

2. Para usted, ¿Cuáles son las señales para detectar que un paciente necesita de acompañamiento psicológico y cuanto es el mínimo de sesiones que debería brindarse?

En un ambiente hospitalario, el paciente acude al médico que le corresponde y él puede derivar al psicólogo por razones de: enfermedad terminal, cansancio excesivo, cambios esporádicos de humor, puede presentar aislamiento y dificultades con el entorno en el que se rodea, también el paciente puede presentar distorsiones en su imagen corporal, a su vez estos problemas pueden llevar a interrumpir un tratamiento médico. Al referirnos a las sesiones no podemos enumerar cuántas se requieren debido a nuestra orientación psicoanalítica porque va a depender de la psicopatología o situación en específica.

3. ¿Considera usted que la institución le brinda los recursos necesarios para realizar lo que se le pide y qué cree usted que

la institución debería añadir a sus herramientas para poder trabajar de forma adecuada con los pacientes?

El recurso en cuánto físico existe, lo que ayudaría para trabajar de una manera adecuada e indispensable sería el tiempo en que se genera la cita, puesto que son fechas muy lejanas lo cual dificulta el proceso.

4. ¿Considera usted que en sus intervenciones como psicólogo clínico en casos de enfermedades terminales o que implican pérdida de movilidad han tenido efectos positivos para los pacientes?

Si hay una respuesta positiva por parte los pacientes y se evidencia en cantidad por todos los casos que se tratan diariamente debido a que hace más manejable su tratamiento y su diario vivir.

5. ¿Podría contar un caso en el cual haya formado parte de un acompañamiento a pacientes con dichas enfermedades, resaltando los efectos positivos?

Paciente de 38 años, diagnosticada con esclerosis múltiple acude a consulta desde el 2015. Por esta enfermedad generativa poco a poco comenzó a tener dificultades y molestias en su rutina diaria y autonomía. Los efectos positivos de la terapia fue crear ese espacio exclusivo para acoger su malestar y crear dispositivos para manejar su enfermedad y aceptarla, por ejemplo, por medio de la escritura, mediante blogs, cartas, diarios, y el juntarse con personas con su misma condición para compartir sus experiencias. Pero al pasar los años lamentablemente su motricidad comenzó a afectarse mucho más impidiendo que pudiera escribir, comenzó a grabar audios y los familiares le ayudaban a publicarlo para enviar su mensaje, lo cual la llenaba de tranquilidad.

6. ¿Qué es lo más difícil de abordar en pacientes que se encuentran atravesando un duelo?

Realizar la misma rutina y seguir con su vida, aceptando la pérdida sin pensar que no puede disfrutar o desenvolverse como antes lo hacía.

7. ¿Cuáles son los errores más comunes al abordar pacientes que se encuentran atravesando un duelo?

El error más común es inflar el síntoma.

9. ¿Cuál es la demanda de la institución ante pacientes que se encuentran elaborando un duelo y cuáles son los protocolos a seguir?

La demanda consiste en brindar un tratamiento eficaz.

No existe un protocolo específico para pacientes en proceso de duelo.

10. Si los hubiere, ¿Tiene usted alguna sugerencia para mejorar estos protocolos? O que considera que deberían tomar en cuenta estos protocolos, de no existir.

El protocolo puede consistir en agilizar el tiempo para la consulta y que las fechas para continuar con la sesión sean próximas.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Basantes García, Rebeca Tamara**, con C.C: # **0952645216** autor/a del trabajo de titulación: **La dificultad para elaborar un duelo frente a la pérdida de la salud de pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices, dentro de un hospital público de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciados 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, 02 de marzo de 2020

f. _____
Nombre: **Basantes García Rebeca Tamara**
C.C: **0952645216**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Llanos Papaseit, Myrone David**, con C.C: # **0923730667** autor/a del trabajo de titulación: **La dificultad para elaborar un duelo frente a la pérdida de la salud de pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices, dentro de un hospital público de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciados 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, 02 de marzo de 2020

f. _____
Nombre: **Llanos Papaseit Myrone David**
C.C: **0923730667**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	La dificultad para elaborar un duelo frente a la pérdida de la salud de pacientes con enfermedades catastróficas y pérdida de habilidades motrices, dentro de un hospital público de Guayaquil		
AUTOR(ES)	Basantes García, Rebeca Tamara Llanos Papaseit Myrone David		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado (a) en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de marzo de 2020	No. DE PÁGINAS:	102 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis Psicología Institucional Psicología Social		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Real, duelo, mecanismos de defensa, muerte, subjetividad		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): El presente trabajo fue elaborado con el afán de brindar una herramienta que tenga como utilidad poder identificar a los pacientes que se encuentran elaborando un duelo, con posibilidad de ser usada en el área de hospitalización tanto como en consulta externa. Se aplicaron entrevistas al personal dentro de un hospital público de Guayaquil con la finalidad de proveer de un sistema de acción que tenga medidas apropiadas para la atención a pacientes que se encuentran elaborando un duelo. También se enfatizó en los aciertos y falencias del personal a la hora de brindar un acompañamiento interdisciplinario a los pacientes, esto para destacar factores que deberían ser potenciados dentro de la institución.			
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593995399232 +593994666917	E-mail: Rebeca.basantes@gmail.com myronellanos@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-3804600 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			