

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica.**

AUTORA:

Jordán Lamán, Ruth Madeleine

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

TUTOR:

Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, 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 **Jordán Lamán, Ruth Madeleine**, como requerimiento para la obtención del título de Licenciada en **Psicología Clínica**.

TUTOR

f. _____

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

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Galarza Colamarco, Alexandra Patricia, Mgs

Guayaquil, 02 de marzo del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **JORDÁN LAMÁN RUTH MADELEINE**

DECLARO QUE

El Trabajo de Titulación, “**Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicóloga 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 del 2020

LA AUTORA

f. _____

Jordán Lamán, Ruth Madeleine



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Jordán Lamán Ruth Madeleine**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 02 de marzo del 2020

LA AUTORA:

f. _____

Jordán Lamán, Ruth Madeleine

INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes.docx (D63655189)
Presentado	2020-02-09 12:57 (-05:00)
Presentado por	francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec
Recibido	francisco.martinez.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	Jordan Lamán Ruth Madeleine Mostrar el mensaje completo 0% de estas 98 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA: Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica

ESTUDIANTE:

Ruth Madeleine Jordán Lamán

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:

Psi. Cl. Francisco Xavier Martínez Zea, Mgs.

AGRADECIMIENTO

A mi ángel en la tierra, mi madre Ruth y a mi ángel en el cielo, mi padre Eglo. Ambos me han sostenido desde que abrí mis ojos y nunca me han dejado caer, todo lo hermoso que puede ser la vida pudo ser visible para mí, a través de ellos. Me enseñaron sobre la perseverancia, tener un criterio propio y la bondad. Pilares que me han hecho batallar cada día por lo que quiero. Gracias por amarme y comprenderme. Los amo y abrazo eternamente. Son mi mejor lugar para estar.

A mis papás, Paola y Hamilton por darme la vida y porque inconscientemente me han enseñado sobre las contingencias que se te pueden presentar en la vida.

A mi Lita, de quien recuerdo mis mejores experiencias durante mi infancia y quien fue mi mayor soporte en este último año, te lo agradezco inmensamente.

A mis tías, Aracelly, Pepita y Norka, y a mis tíos Ronald y Leonardo que siempre demostraron interés en mis estudios y avances del mismo durante todo este camino.

A mi ñaña Mariela, con quien sé que siempre cuento para cualquier evento de mi vida. Eres la mejor hermana mayor que el cielo y el destino me pudo dar.

A mis hermanos, Aarón, Milena y Maxi. Aunque no se los he dicho, me encanta ser su hermana mayor y que a partir de mis logros o errores, pueda ser un ejemplo para ustedes. Gracias por aguantarme y reírse conmigo siempre de nuestras anécdotas.

A mis amigos Angie, Lily, Gaby y Abraham, porque compartieron conmigo desde el inicio esta travesía universitaria. Gracias por su amistad y ser un hogar para mí en días difíciles.

A mis amigas María José, Paula y Melanie por motivarme a ser una mejor estudiante, por creer en mis capacidades y hacerme sentir que el cielo es alcanzable. Porque en cada una de ustedes aprendí la voluntad, seguridad y lucha para estudiar esta carrera. Gracias también por escucharme y darme felicidad cuando los días venían con obstáculos.

A mi amiga Andreita, por sacarme del apuro cuando me bloqueaba. Gracias por estar junto a mí, tus consejos y paciencia. Por tu forma tan increíble de sobrellevar todo e impartirme esa enseñanza.

A mis amigos Jean Carlos, María Grazzia, Piti y Maritza. Con quienes he compartido
infinidad de momentos, tanto buenos como malos pero que, nos inculcó lo que es
trabajar en equipo.

En fin, gracias a todos los que conocí en la universidad e hicieron que mi paso por la
misma haya sido toda una montaña rusa de emociones. Éxitos en todo lo que se
propongan.

A mis profesoras, Paulina, Tatiana, Carlota y Carolina. Gracias por sus enseñanzas y
constante apoyo para mí, tanto fuera como dentro del salón.

A mi profesor David, quien me dio siempre la oportunidad de expresarme. Porque el
aprendizaje con él es explosivo y a la vez significativo.

A mi profesor y tutor de tesis, Francisco. Desde que lo conocí sabía que era un crack
para la docencia y no me he equivocado ni un segundo. Gracias infinitas por su apoyo y
discusiones durante el trabajo. Porque en su quehacer de docente me alentó a dar más
del cien por ciento en esta investigación.

A la doctoras Andreina, Marcia, Lotty, Melba y María José. Gracias por enseñarme y
convocarme desde mi profesión para poder intervenir con los pacientes. Asimismo al
doctor Mingkii y Gabriel, por sus conocimientos y apoyo también en esta investigación,
por aclarar mis dudas sobre los diagnósticos médicos. Porque todos los doctores
mencionados, trabajan con amor.

Finalmente, a mi gato Kangi. Gracias por haberme dado felicidad durante cuatro meses
y estar a mi lado en mis largas horas de trabajo. Fuiste el mejor gatito del mundo.

DEDICATORIA

A mi madre Ruth, mi motor de todos los días. Porque gracias a ti llegué hasta acá. Eres mi héroe y mayor ejemplo por seguir, este logro es tuyo también.

A mi amiga, la psicóloga María José Jáuregui, quien siempre ha creído y apostado por mí profesionalmente. Por tus enseñanzas en torno a la subjetividad, por tu calidad de ser humano y por tu forma de alojar el padecer y demostrar que puede convertirse en un acto de superación.

A mi psicoanalista Mayra, porque me permitió articular, desarticular y reconstruirme. Por su manera indescriptible de recoger mis dichos y ayudarme a transformarlos, por su soporte hacia mí.

A mi Dra. Ana María, porque me hizo entender más allá del diagnóstico. Por su forma de hacer más comprensible la vida y sus modalidades. Por regalarme la valiosa lección de nunca dejar de intentarlo una vez más.

Finalmente, a todos los pacientes y familiares que conocí durante mis prácticas ya que fueron mi fuente de inspiración para realizar esta investigación.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CL. GALARZA COLAMARCO, ALEXANDRA PATRICIA, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

f. _____

PSIC.CL. AGUIRRE PANTA, DAVID JONATAN, PhD

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. ESTACIO CAMPOVERDE, MARIANA DE LOURDES, Mgs.

OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVO ESPECIFICO.....	10
MARCO CONCEPTUAL.....	11
Desconocimiento de la enfermedad.....	11
Estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento.....	12
Enfermedades catastróficas.....	13
Intervención psicológica en emergencias.....	13
Malestar subjetivo.....	14
CAPÍTULO I: EL HOSPITAL PÚBLICO, INSTITUCIÓN Y ORGANIZACIÓN.....	16
1.1. Aspectos legales.....	16
1.2. Estructura de un hospital público.....	22
1.3. Programas que ofrece.....	23
1.4. Cargos que se desempeñan en el hospital.....	27
1.5. ¿Qué se entiende por enfermedad? Concepto.....	28
1.6. Áreas de salud.....	28
1.6.1 Área de emergencia.....	29
1.6.1.2 Clasificación de pacientes en el área de emergencias.....	30

1.7. Enfermedades catastróficas.....	31
1.7.1 ¿Qué se entiende por enfermedades catastróficas?.....	32
1.7.2 Clasificación de las enfermedades catastróficas.....	32
1.7.3 Estadísticas de enfermedades catastróficas en el Ecuador.....	52
1.7.4 Estadísticas de enfermedades catastróficas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.....	53
1.7.5 Intervención y tratamiento para pacientes con enfermedades catastróficas.....	54
1.7.5.1 Cuidados Paliativos.....	55
CAPITULO II: PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	57
2.1 Perfil del psicólogo clínico.....	57
2.2 Rol del psicólogo clínico.....	58
2.3 Funciones del psicólogo clínico.....	59
2.4 El psicólogo clínico en el hospital.....	65
2.4.1 Prevención y promoción de la salud mental.....	65
2.4.2 Métodos o formas de intervención.....	72
2.4.3 Desconocimiento de la enfermedad.....	77
2.4.4 Estigmatización social frente al diagnóstico médico.....	80
2.4.5 Efectos del tratamiento.....	85
2.4.6 Farmacología con relación a la intervención médica.....	94
CAPITULO III: PSICOANÁLISIS COMO PUNTO DE VISTA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO.....	101
3. 1 El desarrollo del sujeto.....	101
3.1.1 Estadio del espejo.....	106
3.1.2 Deseo materno y metáfora paterna (Alienación y Separación).....	108
3.2 La estructura psíquica.....	111
3.2.1 Estructura del sujeto en la neurosis.....	111
3.2.2 Estructura del sujeto en la psicosis.....	114
3.2.3 Estructura del sujeto en la perversión.....	115
3.3 Clínica Borromea.....	116

3.3.1 Registro de lo Imaginario.....	117
3.3.2 Registro de lo Simbólico.....	118
3.3.3 Registro de lo Real.....	119
CAPITULO IV: PSICOANÁLISIS EN EL HOSPITAL.....	121
4. 1 Atención a pacientes desde el psicoanálisis.....	121
4.2 Urgencia subjetiva.....	125
4.2.1 Tiempos en la urgencia.....	128
4.3 Acting out y pasaje al acto.....	131
4.4 Efectos terapéuticos.....	133
METODOLOGÍA.....	135
ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS.....	138
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE VIÑETAS CLÍNICAS.....	142
PROPUESTA DE ABORDAJE CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA	153
CONCLUSIONES.....	155
RECOMENDACIONES.....	157
REFERENCIAS.....	158
ANEXOS.....	166

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de enfermedades catastróficas.....	32
Tabla 2. Enfermedades catastróficas.....	32
Tabla 3. Enfermedades huérfanas o raras.....	48
Tabla 4. Principales causas de muerte en el Ecuador.....	52
Tabla 5. Cuadro estadístico elaborado de las enfermedades catastróficas conforme a la base de datos proporcionada por el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.....	53
Tabla 6. Área de salud y autocuidados.....	72
Tabla 7. Área psicopatológica.....	73
Tabla 8. Área familiar.....	74
Tabla 9. Área socio – relacional.....	74
Tabla 10. Competencias técnicas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.....	76
Tabla 11. Competencias conductuales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.....	76
Tabla 12. Efecto colateral y secundario de los fármacos.....	95

RESUMEN

El siguiente proyecto de investigación tiene por objetivo general analizar los efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y del tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias, mediante una investigación de campo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, para formular una propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica.

Busca enseñar al lector sobre los efectos que el paciente puede atravesar tras recibir el diagnóstico y a su vez cómo el psicólogo clínico debe intervenir interdisciplinariamente con el *staff* médico para que el cruzar por el hospital se viva de manera productiva, quiere decir que, en su estadía prolongada o no de los pacientes, les ayude a comprender y asimilar su diagnóstico y asimismo si existe incertidumbre sobre el acontecer de los problemas cotidianos del día a día puedan ser elaborados en la intervención psicológica.

Para cumplir con dicho objetivo se tomaron en cuenta los datos estadísticos que comparte el INEC en su *web* sobre las enfermedades en el Ecuador para luego diseccionarlas al Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

A su vez, se realizaron entrevistas a profesionales de la salud, pacientes y familiares con el propósito de tomar a partir de ellos, el criterio que tienen sobre lo que implica conllevar esta enfermedad. Posteriormente, se realizará un análisis global de la misma y asimismo se expondrán viñetas clínicas, las cuales durante la práctica pre – profesional dan cuenta el por qué se escogió a la orientación psicoanalítica como línea de trabajo con los pacientes.

Palabras clave: desconocimiento de la enfermedad, estigmatización social, enfermedades catastróficas, intervención psicológica, malestar subjetivo.

ABSTRACT

The investigation has as objective to show to the reader how about the effects with the patients with catastrophic diseases could be difficult after receiving the medical diagnosis and how the clinical psychologist has to intervene interdisciplinary with the medical staff so that the patient even if he had to stay for long or not, could be able to accept and assimilate his situation and if he had some uncertainty in daily problems, which is common, may be also able to elaborate it in the psychological intervention.

The investigation considerate the statistics from INEC because in that website it contains how many people die even if it's for disease or accident in Ecuador and the statistics from the Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo which is our object of study because of the practices.

Also, it has interviews with the medical staff, family members and the patients that were attended to have a global and particular opinion about how they feel after receiving the diagnosis. After that will be performed an analysis to share the intervention and why was chosen the psychoanalysis as a work line.

Key words: ignorance of the disease, social stigmatization, catastrophic diseases, psychological intervention, subjective discomfort.

INTRODUCCIÓN

El siguiente proyecto de investigación va a permitir conocer a los pacientes con enfermedades catastróficas y las contingencias que se le presentan en el camino de la enfermedad, tomando en cuenta las variables del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los mencionados, se ha planteado cuatro capítulos en donde se ahondarán cada una de las tres variables enunciadas.

El primer capítulo introducirá al lector al mundo del hospital desde sus cimientos. En este se plantearán los términos de enfermedad, qué herramientas o recursos son las que tienen y cómo esta se ha constituido. Adicionalmente, se explicará cómo el trabajo interdisciplinario se cumple para la atención, como por ejemplo el triaje porque el área que se escogió fue el de la emergencia del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo ya que en ese espacio se abrieron las prácticas pre – profesionales previas a la unidad de titulación para la obtención del título de Licenciados en Psicología Clínica y lo que efectúa también el deseo para realizar esta investigación.

En el segundo capítulo se encontrará a la psicología y el hospital. ¿Qué tareas o funciones cumple el psicólogo clínico allí? ¿Cómo se da la atención?

Resumidamente, se hablan de ciertos pasos que el psicólogo clínico cumple para poder ver o detallar cómo introducir la intervención a los pacientes, el por qué es importante una entrevista y todos los movimientos que se realizan para atender.

También se consideran las tres variables constituidas de esta investigación, cómo estos puntos de inflexión pueden afectar el proceso de intervención para los pacientes puesto que una vez ingresado al hospital sólo una cuestión es cierta, hay algo por lo que preocuparse y tratar sea esto orgánico o emocional.

El tercer capítulo, dando cuenta de que el psicólogo clínico tiene una línea o método de trabajo de acuerdo a la práctica clínica que quiera, en este se abrirán las puertas del psicoanálisis.

Psicoanálisis como vía que consiente la atención de dichos a pacientes desde su singularidad. Se tomará entonces pertinente, el articular el primer momento del sujeto, su nacimiento y posterior descubrimiento del mundo. Estimando que cada uno por dicha singularidad, se constituirá por la incorporación que los otros le otorguen a este.

Finalmente en el capítulo cuatro, se expondrá cómo se da la intervención psicológica desde el psicoanálisis, a los pacientes con enfermedades catastróficas, prevaleciendo que hay pacientes que acceden rápidamente a esta y pueden elaborar algo sobre su padecer y asimismo aquellos que se encuentran en una urgencia subjetiva, cuando la palabra los ha atravesado y se les dificulta elaborar el padecer.

Luego se hallará la metodología, que es lo que permitió corroborar formalmente el uso de la clínica en el hospital, el uso de viñetas clínicas que testifica la experiencia del psicoanálisis y posteriormente las conclusiones y recomendaciones.

JUSTIFICACIÓN

Es de interés social y del ámbito de la salud una investigación pertinente sobre las enfermedades catastróficas ya que actualmente en el Ecuador, según datos del Ministerio de Salud, se encuentran tipificadas alrededor de 106 enfermedades que se determinan como catastróficas, raras y crónicas.

Estas enfermedades producen un cambio en el estilo de vida de quienes las padecen y consigo sus familiares ya que se haya en la urgencia de hacerlos tratar con el debido tiempo porque en estas patologías se ubican también aquellas que son terminales, como el cáncer en sus diferentes manifestaciones.

En una investigación periodística del año 2019 publicada por el portal *Plan V* se destaca que:

Las cifras que maneja la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (Solca) en el Ecuador, evidencian la dimensión de esta problemática. En un reciente informe sobre la incidencia del cáncer en Quito, entre el 2001 y el 2013, señala que en el Ecuador, el cáncer es la segunda causa de muerte luego de las enfermedades cardiovasculares. Y entre las mujeres de entre 30 y 64 años, es la primera causa de muerte. En 1980, el cáncer era la causa del 6% de las muertes, y en el 2016, llegó al 16%. En ese año, 29 personas murieron cada día por la enfermedad. Según los datos de Solca Quito, las cinco principales causas de cáncer en hombres son: próstata (66 de cada 100.000), piel, estómago, linfomas y colon-recto. En mujeres, son: mama (41 de cada 100.000), tiroides, piel, cuello del útero y estómago. (p.3)

Solca se encarga de atender todos estos casos en donde no discrimina el status económico, porque como se detalla en la investigación son cifras altas y por consiguiente un tratamiento costoso. Adicional a esto, los autores hacen una visión de cómo se proyectarán estas cifras para el año 2020.

Además, se prevé que para el 2020, se diagnosticarán en el país más de 31.000 nuevos casos de cáncer. Si el tratamiento de la enfermedad cuesta — dependiendo del tipo de cáncer— un promedio de USD 10.000 al año, se puede afirmar que el impacto es cercano de USD 310 millones al año. (p.3)

Por lo tanto, para la psicología clínica es de suma importancia intervenir en estos casos ya que el paciente al asumir la enfermedad, con todos los factores que esto implica,

produce un malestar invisibilizado por el discurso médico y que del lado del psicólogo responden a una multicausalidad.

Del Rocío, Dueñas, Aguirre, Piza y Vaca (2018) exponen en su artículo *Resiliencia; una estrategia de afrontamiento en pacientes con enfermedades catastróficas*, lo siguiente:

Como patologías que provocan un severo deterioro en la salud de quienes la padecen, este grupo de pacientes generalmente necesitan ser atendidos por profesionales especializados de acuerdo con su padecimiento, para ser tratados y recibir medicinas que contribuyan a mejorar su calidad de vida. (p.5)

¿Qué representa el mejorar la calidad de vida? Representa necesitar de un apoyo que le permita al paciente apropiarse de su diagnóstico más allá del proceso, del cual el psicólogo debe ser un participante activo ya que ayuda a trabajar la parte conductual y emocional de asumir la enfermedad, en conjunto con los demás profesionales de la salud.

Sobre la intervención del psicólogo clínico en la salud mental, Vera, Carvallo y Rodríguez (2018) demuestran que:

Un estudio realizado en Ecuador, revela que la psicoterapia, rehabilitación, promoción y prevención, terapia individual, terapia grupal, ocupacional, acompañamiento, intervención psicológica, trastornos psicológicos y atención de niños, son las de mayor demanda de los profesionales de la psicología clínica...la intervención en la salud mental requiere la participación de muchas instituciones estatales, privadas y de organizaciones de la sociedad civil, comunidades y familias; la que aborda la salud mental de la población únicamente desde la provisión de los servicios, delimita la responsabilidad hacia el Sistema Nacional de Salud, soslayando la intersectorialidad. (p.4)

Actualmente en el repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil se han encontrado dos trabajos de titulación que refieren al quehacer del psicólogo clínico en el hospital. El primero es la “Relación entre el diagnóstico médico y las dificultades en el tratamiento de rehabilitación como causales de derivación para el trabajo psicológico, aplicado a los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” en el contexto de las prácticas clínicas del año 2014-2015. Propuesta de intervención psicológica” del autor Tyrone Zumba, mientras que el segundo es la “Relación del diagnóstico médico y el cambio en la calidad de vida en el impacto psicológico que tienen los pacientes que han

recibido los diagnósticos de VIH /SIDA o de Hemiplejía en el área de Medicina Interna y en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante la experiencia de prácticas pre-profesionales 2014-2015. Tentativa de abordaje psicológico” de las autoras Gabriela Bermeo y Sofía Guerra.

Como se puede apreciar, ambos escritos toman en cuenta las prácticas realizadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, no obstante, a diferencia de estos dos trabajos, el presente, busca profundizar sobre los efectos del desconocimiento de las enfermedades catastróficas, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo bajo una propuesta de intervención con orientación psicoanalítica.

En el presente año, al atender diversos casos en la emergencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en la experiencia de las prácticas pre – profesionales, permitió percibir cómo el dar un lugar y nombre al sujeto posibilitó movilizar la posición que estaba teniendo el paciente frente a su vida y su diagnóstico. A diferencia de los trabajos de titulación, anteriormente mencionados, en las que se contaba con un espacio físico para atender y tener más de una entrevista (porque ambas instancias tenían un consultorio para atender dicha enfermedad), la emergencia se distingue por eso; hay una observación de adultos donde pacientes recién podrían enterarse de que tienen una enfermedad catastrófica, una unidad de cuidados intermedios donde se visualizan pacientes entubados y un área de cuidados intensivos, con aquellos pacientes delicados y por consiguiente sus familias. Intervenir en la emergencia es estar íntimamente en la precipitación, en el apuro de los pasillos.

Estar en la emergencia de un hospital es encontrarse con pacientes llorando, con familias destrozadas tras haber corrido y presenciado la muerte de su ser querido: llegar de urgencia con un hueso roto, un accidente de tránsito, personas heridas por diferentes causas, ir a la morgue. Es encontrarse minuto a minuto entre la vida y la muerte. Es un acompañamiento que requiere de criterio y ante cualquier evento; destacar que, en aquel paciente femenino o masculino, hay un sujeto. El trabajo de la emergencia es entonces, jugárselas con todos los recursos para ser alguien activo que intervendrá en aquellos que no pueden hacer frente a las urgencias subjetivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Para trabajar la temática de las enfermedades catastróficas es necesario saber que en estas no sólo se encuentra el cáncer sino múltiples enfermedades que cambian el estilo de vida del paciente. El referirse al cambio conlleva al horror ya que como personas que conviven en sociedad, el diagnóstico se lo lleva como una clasificación que lo remite a pertenecer a ciertas categorías sociales, que lo excluyen en su disfuncionalidad. En esta categorización se puede presenciar como el sujeto, que comparte similitudes diagnósticas con otros, accede de esta manera a un círculo donde se siente aceptado y más que todo seguro.

Pero ¿de qué forma responde el otro social? El simple hecho de escuchar la palabra enfermo, remite inmediatamente a pensar en la palabra contagio. A diferencia de un sujeto que no se encuentra atravesado por un diagnóstico de enfermedad catastrófica y por lo tanto no desechado por la sociedad, los pacientes con dichas patologías se llegan a tachar así mismos sobre quién tiene el mal más deplorable, quién sí contagia o no. Sin embargo, también estarán el grupo de pacientes que se unirán para retornar a la aceptación y encontrar el punto de partida por segunda vez. Vivir otra vez... pero con otra visión.

Los familiares en este sentido pueden asimismo ser un gran alivio, pero también un gran peso, ya sea por temor a que ocurra lo grave o por el hecho de sentir la imposibilidad de poder ayudar a su ser querido. Y esta imposibilidad puede pensarse desde el momento en que la enfermedad catastrófica requiere de tratamientos costosos, que, comparado con las ganancias y la rentabilidad actual en el Ecuador hace que las personas se impacienten porque la primera respuesta es que no hay medicamentos.

Heredia (2019) en su artículo frente a esta situación de la medicación, refiere que:

Las autoridades de Salud hablaron de las dificultades para incluir nuevos fármacos que tratan enfermedades poco prevalentes (no comunes), por su costo y la falta de evidencia científica... [Al momento se cuenta con] 454 principios activos (materia prima para elaborar un fármaco, presentados en 641 formas farmacéuticas como pastillas, gotas o jarabes. De estos, 64 son nuevas inclusiones y sirven para tratamientos de cáncer, diabetes, infartos cerebrales y cardíacos, colitis ulcerativa, VIH, etc... se toma en cuenta el perfil epidemiológico del país, es decir, las patologías predominantes. (p.1)

A partir de esta explicación, se puede afirmar que más allá de ser una problemática que trae consigo dificultades porque no hay certeza en la efectividad del producto, es también que los doctores prescriban sin obtener resultados y en consecuencia encuentros poco agradables con los familiares del paciente ya que se entiende que, en la enfermedad, al tomar una pastilla, gota o jarabe; el malestar desaparece, situación que no sucede en estas enfermedades por lo complejas que son.

Sea cual fuera la enfermedad catastrófica, el paciente pasa entonces de tener un nombre y un apellido, a ser categorizado por su sexo, su edad y su diagnóstico. Dejándolo así segregado y despersonalizado y es en ese lugar donde se llama al psicólogo para intervenir.

En este llamado, es que se acude al psicoanálisis como la orientación que por excelencia busca comprender, encontrar y demostrar a los demás, el lugar de ese sujeto en el mundo. Restituir otra vez esa imagen que ha quedado despojada de un nombre para ser un diagnóstico que categoriza a todos sin tomar en cuenta la singularidad. La cual se tomará como sobresaliente ya que la época actual se encuentra en un punto donde la imagen prevalece y más aún donde lo que se puede demostrar en acciones cuenta para los sujetos.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Por lo tanto, este trabajo de titulación sobre las enfermedades catastróficas, el cambio en la calidad de vida y la discriminación de las respuestas sociales de la época actual, se plantea:

¿Qué efecto tiene el desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital Teodoro Maldonado Carbo?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar los efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y del tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias, mediante una investigación de campo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, para formular una propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Analizar el desconocimiento de la enfermedad en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, a través de una reflexión bibliográfica y del estudio de viñetas clínicas.
- Identificar la estigmatización social del diagnóstico en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, a partir de entrevistas a profesionales, familiares y pacientes.
- Caracterizar el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, a partir de una reflexión teórica, de entrevistas a profesionales y del estudio de viñetas clínicas.
- Establecer los criterios a considerar para formular una propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica, a partir de los datos obtenidos en la presente investigación.

MARCO CONCEPTUAL

Desconocimiento de la enfermedad

Roger Ruiz (2017) expone sobre los estudios que se han realizado en España sobre el desconocimiento de la enfermedad:

En España, constataban que el diagnóstico era revelado solo a un 25- 50 % de los enfermos con cáncer, pero ni siquiera en estos casos la información era siempre directa e inequívoca. Con anterioridad, también estos autores, señalaron que uno de cada tres enfermos estudiados decía no saber lo que tenía, otro sospechaba su enfermedad pero no la había confirmado, y el tercero sabía con certeza que su enfermedad era un tumor maligno o cáncer. (párr. 2)

Se puede ubicar que en el desconocimiento hay tres variables, negar el diagnóstico, mantenerlo en sospecha no confirmándolo y a su vez aquellos que son conscientes de su diagnóstico, como por ejemplo el cáncer, sin tener certeza sobre la complejidad de este. La Dra Benites en el año 2015 formaliza que en su estudio sobre las enfermedades catastróficas “entre el 16% y el 58% de los pacientes no quieren tener información sobre la verdadera naturaleza de su enfermedad” (p.1). A partir de estos datos, se interpreta que el paciente se niega a aceptar la enfermedad.

Mientras que, del lado de los familiares, por querer resguardar al paciente sobre su diagnóstico, podrían expresar que el no informar hará que el sujeto no sufra.

Ruiz (2017) destaca las siguientes causas:

Los motivos que los familiares suelen argumentar para ocultar al paciente la verdad sobre el diagnóstico o el pronóstico de su enfermedad suelen ser los siguientes: hace perder la esperanza, conlleva depresión, acelera la progresión de la enfermedad y la muerte; aumenta el riesgo de suicidio; causa sufrimiento psicológico. Sin embargo, los familiares también pueden no ser conscientes de la gravedad de la situación o estar situados en la “negación” o tener un conflicto entre ellos en relación con este tema, todo lo cual supone el mantener la colusión. (párr.5)

Estigmatización social del diagnóstico y tratamiento

Callejas y Piña (2005) en su escrito “La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil”, hablan del estigma como “una señal o

atributo que marca al portador como diferente a los demás, es un atributo desacreditador ante el prototipo de una cierta categoría”. Esta desacreditación, surge de no compartir o pertenecer a lo existente, como dicen los autores por su categoría. En la actualidad es notable la jerarquía que marca el estatus social y es motivo para señalar al sujeto.

Ahora desde la categoría de enfermedad, Martín (2013) comparte en su artículo científico donde trabaja el surgimiento de los síntomas, lo siguiente:

Se ha investigado los factores que pueden desencadenarla: una crisis interpersonal que sirve para llamar la atención, los síntomas son vistos como signos previos de enfermedades graves que son amenazantes por su naturaleza (ejemplo dolor) o estos amenazan una actividad social importante. En este proceso inciden factores sociopsicológicos de diferente tipo: valores y creencias individuales y familiares, diferencias económico-sociales, situación social concreta en la que aparecen los síntomas, diferencia de sexos y edades, pero muy importantes resultan los problemas psicológicos relacionados con la percepción de la enfermedad, como las atribuciones y los estigmas. (p. 277)

Hay desconocimiento y temor por contagiarse. El mismo autor concluye “produce una diferencia subjetiva entre la forma que la percibe el que la padece y el significado que le confiere” (p.279). Por lo tanto, abordar la enfermedad requiere comprender que las respuestas emocionales y conductuales de quienes las padecen pueden ser la de reaccionar de mala manera ante los profesionales de la salud. Los pacientes no quieren tener contacto con estos, porque la voz y la mirada, de los otros, ya no son las habituales.

Enfermedades catastróficas

Serán aquellas enfermedades cargadas de muchas dificultades, de procesos en su mayoría largos, además de cambiar la vida del paciente de manera súbita.

Parra, Pinto y Quispe (2016) explican en su análisis sobre la “Ley de cobertura universal de enfermedades de alto costo” que:

Las enfermedades de alto costo, también llamadas "enfermedades catastróficas", constituyen un conjunto limitado de patologías de baja prevalencia que tiene un alto impacto económico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades catastróficas son aquellas enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo mayor al 40% del ingreso del hogar. Estas enfermedades requieren procedimientos complejos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. (párr.1)

Tomando en cuenta la cantidad de habitantes en el Ecuador, tratar una enfermedad catastrófica genera malestar, por este motivo la autora toma relevancia sobre la calidad social y económica “ningún establecimiento público o privado ni profesionales de la salud podrán negar la atención de emergencia ante una enfermedad catastrófica es pena de sanción por la ley” (Benites, 2015, p.1).

Intervención psicológica en emergencias

Del mismo modo que la medicina lleva un gran protagonismo a la hora de pensar en el hospital, lo será la psicología clínica. El psicólogo aparte de centrarse en el paciente también trabaja con los familiares y más aún con los profesionales que estarán relacionados con este.

Ahora en el año 2019, López e Iriondo en la revista *Clínica contemporánea* comparten:

Aunque pueda parecer una obviedad, cabe explicitar que el hospital es un escenario en el que la experiencia del sufrimiento, tanto físico como psíquico, está constantemente presente, realidad que los diferentes profesionales sanitarios tienen que afrontar de manera excelente en su práctica habitual.

Si bien el dolor físico pertenece a la esfera de los pacientes, el dolor psíquico se expresa tanto en pacientes como en profesionales, ya que no es posible acercarse a un paciente que sufre sin que este sufrimiento encuentre un eco en el profesional mismo. (p.3)

Retomando el concepto del desconocimiento de la enfermedad, el sujeto se verá desprovisto de poder afrontar la enfermedad al igual que sus familiares e incluso los profesionales porque cada familia es diferente y no existe un manual de cómo explicar la forma correcta de sobrellevar el diagnóstico.

En el caso de una emergencia puede ser incluso más arrollador. ¿Qué hay del psicólogo entonces en este llamado? Teillery (2015) expone en su artículo de “La práctica del psicólogo en un servicio de urgencias médicas”, lo siguiente:

[Este] no se encuentra en un box de atención detrás de un escritorio esperando la llegada de pacientes, sino que debe tener la capacidad de adaptarse a los cambios y ritmos de dicho recinto, actuando en salas de espera, pasillos o de pie junto a una camilla, sin dejar de lado aquellos casos donde se requiera de un espacio que resguarde la intimidad en caso de que el motivo de atención lo amerite.

Malestar subjetivo

El problema con el malestar ahonda hasta lo más profundo del ser porque busca cumplir sus ideales, pero por otro lado es arrastrado por la sociedad.

Ruiz (2019) en su artículo publicado en Scielo sobre “El psicoanálisis y el saber acerca de la subjetividad”, dirá:

Como especie nos vemos confrontados con el predominio de lo irracional en nuestras vidas... estamos sujetos al Otro cultural en cuyo seno nacemos y que nos marca, nos interpela, habla a través de nosotros. Constatamos día con día la inmensidad de la ignorancia frente a la minucia del saber, la subsistencia del caos, el azar, el riesgo, al lado de la predictibilidad. Nuestra vida de sujetos vulnerables, fragmentarios, en permanente cambio, nos obliga a tolerar el vivir sin saber, y aún así seguimos a la búsqueda del conocimiento posible, del acercamiento a verdades que coadyuven a dar sentido a nuestra existencia, así sean éstas parciales y provisionarias.

Cada uno se mueve como explica el autor, por dar sentido a nuestro existir y allí se encuentra la queja, porque el sujeto por sí mismo en estos intentos, se desentiende de la singularidad del Otro, pero siempre llega hasta un límite, la sociedad no lo permite todo.

CAPITULO I: EL HOSPITAL PÚBLICO: INSTITUCIÓN Y ORGANIZACIÓN

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2005).

1.1. Aspectos legales

Este capítulo tratará sobre los procesos legales jurídicos y organizacionales por los que debe pasar un hospital. Se considera pertinente remitirse desde las organizaciones más grandes a las entidades más pequeñas, es decir se tomará como referencia lo que la Organización Mundial de la Salud menciona sobre las políticas y directrices que tiene que seguirse para luego constatar qué de ese modelo toma el Ministerio de Salud Pública del país.

El reglamento internacional de la Organización Mundial de la Salud en conjunto con las Naciones Unidas sobre la seguridad de la salud en su escrito de Documentos Básicos en el año 2005 propone:

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Para así, en el artículo 2 exponer las siguientes pautas:

- a) actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional;
 - b) establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que se juzgue convenientes;
 - c) ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad;
 - d) proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten, o acepten;
 - e) proveer o ayudar a proveer, a solicitud de las Naciones Unidas, servicios y recursos de salubridad a grupos especiales, tales como los habitantes de los territorios fideicometidos;
 - f) establecer y mantener los servicios administrativos y técnicos que sean necesarios, inclusive los epidemiológicos y de estadística;
- CONSTITUCIÓN DE LA OMS 3
- g) estimular y adelantar labores destinadas a suprimir enfermedades epidémicas, endémicas y otras
 - h) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, la prevención de accidentes;
 - i) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo, y otros aspectos de la higiene del medio;
 - j) promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud;
 - k) proponer convenciones, acuerdos y reglamentos y hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que en ellos se asignen a la Organización y que estén de acuerdo con su finalidad;
 - l) promover la salud y la asistencia maternal e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente;
 - m) fomentar las actividades en el campo de la higiene mental, especialmente aquellas que afectan las relaciones armónicas de los hombres;
 - n) promover y realizar investigaciones en el campo de la salud;
 - o) promover el mejoramiento de las normas de enseñanza y adiestramiento en las profesiones de salubridad, medicina y afines;
 - p) estudiar y dar a conocer, con la cooperación de otros organismos especializados, cuando fuere necesario, técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública y la asistencia médica desde los puntos de vista preventivo y curativo, incluyendo servicios hospitalarios y el seguro social;
 - q) suministrar información, consejo y ayuda en el campo de la salud;
 - r) contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud;

- s) establecer y revisar, según sea necesario, la nomenclatura internacional de las enfermedades, de las causas de muerte y de las prácticas de salubridad pública;
- t) establecer normas uniformes de diagnóstico, según sea necesario;
- u) desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, biológicos, farmacéuticos y similares; en general, tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización.

Formalizar el uso de un hospital público, requiere entonces continuar con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, quienes por su jerarquía y gran valor que promueven sobre los derechos humanos plantean cómo a través de las leyes deben realizarse los procesos y cómo debe manejarse una institución de salud.

En el Manual de Recursos de la OMS (2013), sobre los derechos humanos y legislación se mencionará que:

Artículo 21 sobre los reglamentos establecidos desde el 2006:

- a) requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades;
- b) nomenclaturas de enfermedades, causas de muerte y prácticas de salubridad pública;
- c) normas uniformes sobre procedimientos de diagnóstico de uso internacional;
- d) normas uniformes sobre la seguridad, pureza y potencia de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional;
- e) propaganda y rotulación de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional.

En el Ecuador, El Ministerio de Salud Pública en su Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud aprobada desde el año 2002 y reactualizada en el año 2012, considera los siguientes artículos:

- Artículo 42 de la Constitución Política de la República, el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;
- Sobre el derecho a la salud y su protección en el artículo 3 destaca: La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no

solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Del capítulo II Sobre la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades se tomarán como importante el artículo 5 que dice:

La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.

Además contará con un Plan Integral de Salud, destacando en el artículo 5 y 6 lo siguiente:

Del artículo 5:

- 1) Un conjunto de prestaciones personales de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud. Este incluye la provisión de los servicios y de los medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema, para resolver problemas de salud de la población conforme al perfil epidemiológico nacional, regional y local.
- 2) Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social.
- 3) Acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivas y que son de índole intersectorial.

Del artículo 6:

Modelo de Atención.- El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.

Y en el caso de los medicamentos en su eje De los Medicamentos e Insumos

Artículo 28: Promoverá la producción nacional y garantizará el uso de productos genéricos y organizará instancias y procesos de provisión común de los mismos, de acuerdo con el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos que se elaborará según la nomenclatura internacional aprobada por la Organización Mundial de la Salud, el mismo que será de aplicación obligatoria por las entidades del sector, con resguardo de su calidad, seguridad y eficacia y al menor costo posible.

Finalmente, en el artículo 6 del capítulo 2 sobre la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades dirá es responsabilidad del Ministerio de Salud lo siguiente:

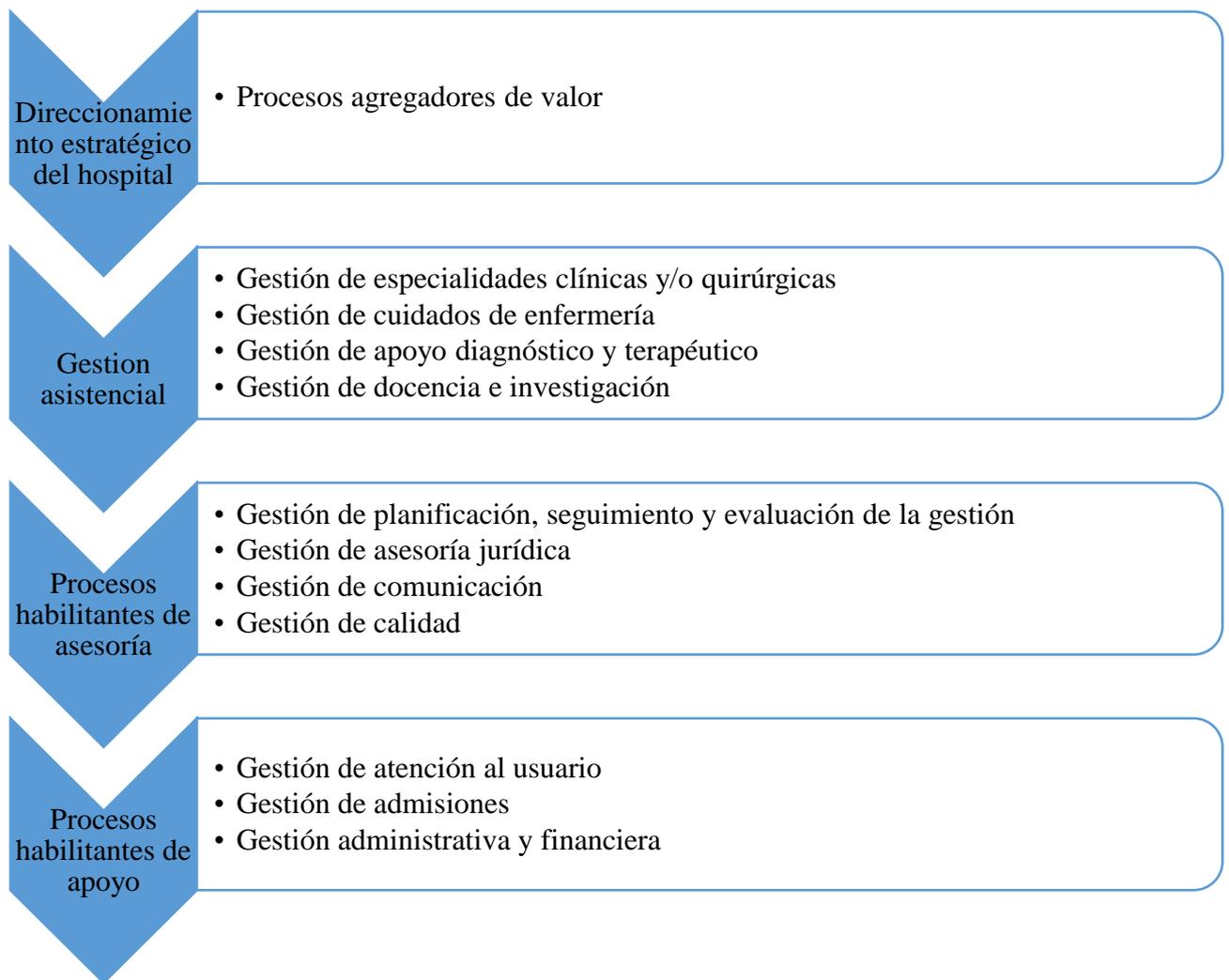
1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;
2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;
3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;
4. Declarar la obligatoriedad de las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera; definir las normas y el esquema básico nacional de inmunizaciones; y, proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo;
5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información;
5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas.
6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;
7. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables;
8. Regular, controlar y vigilar la donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución, transfusión, uso y calidad de la sangre humana, sus componentes y derivados, en instituciones y organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro, autorizados para ello;
9. Regular y controlar el funcionamiento de bancos de células, tejidos y sangre; plantas industriales de hemoderivados y establecimientos de

- aféresis, públicos y privados; y, promover la creación de éstos en sus servicios de salud;
10. Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud;
 11. Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva;
 12. Elaborar el plan de salud en gestión de riesgos en desastres y en sus consecuencias, en coordinación con la Dirección Nacional de Defensa Civil y demás organismos competentes;
 13. Regular, vigilar y tomar las medidas destinadas a proteger la salud humana ante los riesgos y daños que pueden provocar las condiciones del ambiente;
 14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes;
 15. Regular, planificar, ejecutar, vigilar e informar a la población sobre actividades de salud concernientes a la calidad del agua, aire y suelo; y, promocionar espacios y ambientes saludables, en coordinación con los organismos seccionales y otros competentes;
 16. Regular y vigilar, en coordinación con otros organismos competentes, las normas de seguridad y condiciones ambientales en las que desarrollan sus actividades los trabajadores, para la prevención y control de las enfermedades ocupacionales y reducir al mínimo los riesgos y accidentes del trabajo;
 17. Regular y vigilar las acciones destinadas a eliminar y controlar la proliferación de fauna nociva para la salud humana;
 18. Regular y realizar el control sanitario de la producción, importación, distribución, almacenamiento, transporte, comercialización, dispensación y expendio de alimentos procesados, medicamentos y otros productos para uso y consumo humano; así como los sistemas y procedimientos que garanticen su inocuidad, seguridad y calidad, a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Dr. Leopoldo Izquieta Pérez y otras dependencias del Ministerio de Salud Pública;
 19. Dictar en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, con enfoque de ciclo de vida y vigilar el cumplimiento de las mismas;
 20. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos;
 21. Regular y controlar toda forma de publicidad y promoción que atente contra la salud e induzcan comportamientos que la afecten negativamente;
 22. Regular, controlar o prohibir en casos necesarios, en coordinación con otros organismos competentes, la producción, importación, comercialización, publicidad y uso de sustancias tóxicas o peligrosas que constituyan riesgo para la salud de las personas;
 23. Regular, vigilar y controlar en coordinación con otros organismos competentes, la producción y comercialización de los productos de uso y consumo animal y agrícola que afecten a la salud humana;

24. Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario;
25. Regular y ejecutar los procesos de licenciamiento y certificación; y, establecer las normas para la acreditación de los servicios de salud;
26. Establecer políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa; así como la investigación, para su buena práctica;
27. Determinar las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio;
28. Diseñar en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y otras organizaciones competentes, programas de promoción y educación para la salud, a ser aplicados en los establecimientos educativos estatales, privados, municipales y fiscomisionales;
29. Desarrollar y promover estrategias, planes y programas de información, educación y comunicación social en salud, en coordinación con instituciones y organizaciones competentes;
30. Dictar, en su ámbito de competencia, las normas sanitarias para el funcionamiento de los locales y establecimientos públicos y privados de atención a la población;
31. Regular, controlar y vigilar los procesos de donación y trasplante de órganos, tejidos y componentes anatómicos humanos y establecer mecanismos que promuevan la donación voluntaria; así como regular, controlar y vigilar el uso de órtesis, prótesis y otros implantes sintéticos en el cuerpo humano;
32. Participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos;
33. Emitir las normas y regulaciones sanitarias para la instalación y funcionamiento de cementerios, criptas, crematorios, funerarias, salas de velación y tanatorios;
34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario. Estas acciones las ejecutará el Ministerio de Salud Pública, aplicando principios y procesos de desconcentración y descentralización; y,
35. Las demás previstas en la Constitución Política de la República y otras leyes. Nota: Numeral 5-A agregado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012.

1.2. Estructura de un hospital público

A partir del Acuerdo Ministerial sobre el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los hospitales aprobada y con difusión en el año 2012, considera la siguiente cadena de valor:



Recuperado de Ministerio de Salud Pública del Ecuador:
<http://www.saludzonal.gob.ec/cz1/images/documentos/Transparencia/ESTATUTO%201ER%20NIVEL%20MSP.pdf>

1.3. Programas que ofrece

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012) propone los siguientes programas:

- Programa de Control de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo (DDI): refiere al buen control de calidad de la sal que es de consumo para los habitantes. Sobre la sal yodada que es sal común de mesa, se mejora la nutrición de este. No obstante, en el año 2012 tras un estudio se pudo constatar que el consumo incrementó a un 99% de la población, dejando atrás otros tipos de sal importadas.

Por eso este programa es de interés para el Ministerio porque busca que se de el control pertinente, aparte de hacerlo como prevención.

- Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI: su objetivo es disminuir considerablemente las tasas de morbilidad y mortalidad en infantes por medio de la vacunación. Enfatizan a la sarampión, difteria y fiebre amarilla en vista de que la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud emitieran el comunicado a varios países alertando sobre esta enfermedad y su carácter epidemiológico en el año 2018. Entre los grupos que se benefician de este programa están:
 - Niño/as menores de 1 año.
 - Niño/as de 12 a 23 meses.
 - Niño/as de 5, 9 y 15 años.
 - Mujeres embarazadas.
 - Mujeres en edad fértil.
 - Adultos mayores de 65 años.
 - Personal de salud.
 - Grupos de riesgo.
- Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/Sida-ITS: Desde el año 2012 la meta es disminuir el diagnóstico del VIH-ITS y la mortalidad del Sida. A su vez como gestión poseen de una guía para el abordaje de VIH en los medios comunicación, VIH/Sida e Infecciones de Transmisión Sexual en Ecuador, Guías de Atención a personas adultas viviendo con VIH/Sida y Guía de Prevención y Control de la transmisión materno infantil del VIH y Sífilis congénita y de atención integral de niños con VIH/Sida.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT: distingue controlar la salud reproductiva materno infantil y a su vez todo el complemento nutricional que requieren las personas de 0 a 59 años tomando en cuenta la situación económica, geográfica, demográfica, étnica, social, el sexo y la edad.
- Atención integral por ciclos de vida: se centra en la atención y gestión correcta por los ciclos de edad, es un tipo de atención más personalizado.
- Detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo: se destaca que en el programa pueda haber un diagnóstico temprano para intervenir en los casos de discapacidad o trastorno del desarrollo.
- Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas en el Ecuador: al igual que el anterior programa busca la detección temprana, haciendo la diferencia que se enfocan en la población infantil de 0 a 9 años de edad.
- Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos – DAIA: promueven el cuidado de todas las personas otorgando anticonceptivos, con la intención de prevenir el embarazo infantil, tomar en cuenta la planificación familiar y asimismo la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- Programa Nacional de Sangre: busca fortalecer y promulgar la donación de sangre 100% voluntaria y a su vez que estos se encuentren en óptimas condiciones para poder garantizar su uso oportuno a los ecuatorianos.

Ahora, con los servicios hospitalarios cabe destacar que en el Ecuador se encuentran dividida la gestión de la salud por Coordinaciones, actualmente existen 9, Guayas se encuentra en la en la Coordinación Zonal 5 junto con Santa Elena, Bolívar y Galápagos. La zona completa estadísticamente refiere que 51% de la población son hombres, mientras que, el 49% restante, son mujeres.

Sin embargo, en el caso de Guayas es de importancia recalcar que se tiene una subdivisión particular para los cantones Guayaquil, Durán y Samborondón. Los mismos se encuentran en la zona 8.

En el caso de Guayaquil, del lado del Ministerio se hayan subcentros los cuales son: Subcentro de Salud Tipo A, Subcentro de Salud #2; Subcentro de Salud Mapasingue Oeste; Subcentro de Salud Gallegos Lara, Subcentro de Salud Francisco Jácome; Subcentro de Salud Bastión Popular N°1; Subcentro de Salud Santiago de Guayaquil; Subcentro de Salud Vergeles; Subcentro de Salud Fortín; Subcentro de Salud Florida; Subcentro de Salud San Eduardo.

Estos subcentros son más utilizados para una atención hacia el paciente de manera inmediata, es decir cuando ha ocurrido algún/as situaciones que han hecho que el paciente este incapacitado de ejecutar actividades de su vida diaria pero que no interfieren o provocan un gran peso, conocidos como accidentes cotidianos que tras varios días de descanso o recuperación se retoma la rutina sin dificultad.

Asimismo, por parte de la Municipalidad de la Alcaldía de Guayaquil se pueden encontrar hospitales del día y centros de salud para la atención, los cuales son:

- Hospital del día Ángel Felícísimo Rojas
- Hospital del día Samuel Ratinoff
- Hospital del día Kartódromo
- Hospital del día Trinitaria
- Hospital del día Cisne II

- Hospital del día Jacobo y María Elena Ratinoff
- Hospital del día Isabel Estrada de Jurado
- Centro de Salud Fertisa
- Centro de Salud N°1
- Centro de Salud Zumar
- Centro de Salud Sauces III
- Centro de Salud N°10
- Centro de Salud Pascuales
- Centro de Salud Juan Montalvo
- Centro de Salud #3
- Centro de Salud #8
- Centro de Salud Pública Las Orquídeas Guayaquil
- Centro de Salud Tipo C Martha de Roldós
- Dispensario Cámara de la Pequeña Industria
- Dispensario Mercado Artesanal
- Dispensario Palacio Municipal

Ahora, como hospitales públicos en Guayaquil se encuentran los siguientes:

- Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil
- Hospital Abel Gilbert Portón (Hospital Guayaquil)
- Hospital Universitario de Guayaquil
- Hospital General Guasmo Sur
- Hospital del Guasmo
- Hospital León Becerra de Guayaquil
- Hospital del Niño, Dr. Francisco de Icaza Bustamante
- Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil

Todos los hospitales, centros y subcentros de salud dichos anteriormente son de libre atención. En el caso del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad autónoma y de uso exclusivo para trabajadores que tengan beneficios de ley, contemplados en la Constitución del Ecuador. Este ofrece las siguientes prestaciones:

- Programas de fomento y protección.
- Medicina preventiva.
- Atención médica y odontológica.
- Maternidad: durante el embarazo, parto y posparto.
- Exámenes de diagnóstico: Laboratorio e Imagenología.
- Hospitalización, cirugías.
- Tratamiento de enfermedades.
- Rehabilitación.
- Tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas.
- Tratamiento de enfermedades catastróficas.
- Subsidio por enfermedad y maternidad.

En cuanto a sus servicios, mencionan que hay:

- Cursos y talleres de capacitación de prevención.
- Auditorías a empresas.
- Subsidios o indemnizaciones en forma de pensión o de capital.
- Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y de rehabilitación.
- Pensiones mensuales temporales o permanentes.

1.4. Cargos que se desempeñan en el hospital

Se destaca dentro del proceso gobernante del Ministerio de Salud Pública, las siguientes unidades responsables:

- Gerente hospitalario
- Director/a del hospital
- Director/a asistencial hospitalario
- Subdirector/a / Coordinador/a de Especialidad/es Clínicas y/o Quirúrgicas
- Subdirector/a / Coordinador/a de Cuidados de Enfermería
- Coordinador/a de la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- Unidad de Docencia e Investigación
- Unidad de Asesoría Jurídica
- Unidad de Comunicación

- Unidad de Calidad
- Gestión de Atención al Usuario
- Unidad de Admisiones
- Gestión Administrativa y Financiera
- Gestión de Talento Humano
- Hospitalización – Ambulatorio
- Trasplantes
- Auditoría Médica
- Medicina Crítica
- Enfermería
- Diagnóstico y Tratamiento

1.5. ¿Qué se entiende por enfermedad? Concepto.

En este punto aparte de definir el término de enfermedad, también se explicará cómo trabajan los sistemas de salud, sus áreas y divisiones al momento de requerir una especialidad para el tratamiento corto y prolongado del paciente.

A pesar de que no hay un escrito formal y concreto sobre este término (es decir, una conceptualización por parte de algún/as organizaciones de salud), en el grupo de investigación de Herrero (2016) sobre la Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud, se enuncia que: “[La enfermedad es una] alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (p.1).

Quiere decir que la enfermedad va a responder a lo visible del cuerpo, lo que se manifiesta exteriormente y que tiene una explicación orgánica, dotada de síntomas, que permitirá al doctor hacer un diagnóstico y posteriormente recetar la medicación para tratar la enfermedad en un lapso dependiendo de la gravedad de este.

1.6. Áreas de salud y niveles de atención

La Organización Mundial de la Salud como tal, no ejemplifica en su página sobre la división de las áreas de salud ni los niveles de atención, pero sí explica que para regir el hospital se deben respetar y seguir los reglamentos sanitarios pertinentes y a su vez debe de existir un nivel de atención primaria.

Esta propuesta nace oficialmente en el año de 1978 tras el estudio estadístico que en ese año registraba un número de cien millones de personas que presentaban un consumo alto a la atención sanitaria y que tras haber adquirido tal servicio quedaban en pobreza. Por lo tanto, esta propuesta se planteó como meta el reducir la morbilidad alrededor del mundo hasta un 70% porque: “Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma para expresar sus necesidades y que se preste atención a estas peticiones” (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Los doctores y especialistas Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) frente a esta atención primaria, proponen en su investigación sobre los niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud lo siguiente:

Se distinguen tres niveles de atención.

- El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.
- En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.
- El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.

1.6.1 Área de emergencia

Ante la atención primaria, la Organización Mundial de la Salud con la Organización Panamericana de Salud tratan al área de emergencia o urgencia, el cual ayudaría a la atención primaria para prevenir desastres de alto riesgo a nivel de salud. Entre los años 2000 – 2004 se dialoga nuevamente una preocupación por la vida de las personas, especialmente en las Américas.

El área de emergencia surge entonces como otra forma de las organizaciones de salud para prevenir la mortalidad a nivel mundial. Por lo que en el primer coloquio regional sobre Organización y Gestión de Emergencias Médicas en el año 2008 exponen que:

La posibilidad de disminuir la mortalidad causada por emergencias médicas, depende de la existencia de sistemas integrados de servicios que provea atención de emergencias con calidad, eficiencia y equidad...Por tanto, el diseño e implementación de los Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas (SSEM) constituye una prioridad de los servicios de salud. Estos sistemas, integrados por tres niveles de organización (comunitaria, pre-hospitalaria y hospitalaria), requerirán necesariamente políticas públicas adecuadas, modelos organizativos integrados y eficientes, modelos de atención y gestión clínica basados en evidencia, e inversiones importantes para proveerlas del personal entrenado, equipos e insumos necesarios (p.1).

La misma organización ha elaborado una clasificación por grados a considerar como emergencia. De las cuales se encuentran:

- Sin clasificar: Evento sometido a evaluación, seguimiento o vigilancia por parte de la OMS; sin embargo, no requiere ninguna respuesta de la Organización por el momento.
- Grado 1: Evento que afecta a uno o varios países con consecuencias mínimas para la salud pública y que requiere una respuesta mínima de la oficina de la OMS en el país o una respuesta internacional mínima de parte de la OMS. El apoyo interno o externo que requiere la oficina de la OMS en el país es mínimo. El apoyo a la oficina en el país es coordinado por un punto focal en la oficina regional.
- Grado 2: Evento que afecta a uno o varios países con consecuencias moderadas para la salud pública y que requiere una respuesta moderada de la oficina de la OMS en el país o una respuesta internacional moderada de parte de la OMS. El apoyo interno o externo que requiere la oficina de la OMS en el país es moderado. Un Equipo de Apoyo a Emergencias, que opera desde la oficina regional, coordina el apoyo a la oficina en el país.
- Grado 3: Evento que afecta a uno o varios países con consecuencias sustanciales para la salud pública y que requiere una respuesta sustancial de la oficina de la OMS en el país o una respuesta

internacional sustancial de parte de la OMS. El apoyo interno o externo que requiere la oficina de la OMS en el país es sustancial. Un Equipo de Apoyo a Emergencias, que opera desde la oficina regional, coordina el apoyo a la oficina en el país.

1.6.1.1. Clasificación de pacientes en el área de emergencias

De acuerdo con las Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, quien se encarga de derivar o asignar a los pacientes en esta área será el doctor encargado del triaje. Desde este lugar es el doctor quien tras revisar los signos vitales y escuchar los síntomas del paciente, lo pone en una categoría.

Soler, Gómez, Bragulat y Álvarez (2010) en su escrito sobre El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias mencionan que: “El «traje/clasificación» es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos”.

De este modo, realizarán una clasificación sobre la función del triaje, la cual cuenta con ocho puntos que son:

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Ahora, por niveles de atención hospitalaria se clasificarán en cinco niveles, los cuales son:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citas, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Como se declara anteriormente, la referencia de esta investigación que es el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, cuenta con los niveles de atención propuestos por las organizaciones de salud.

1.7. Enfermedades catastróficas

Como se mencionó en el marco conceptual, las enfermedades catastróficas serán aquellas que están encasilladas en un conjunto de patologías que requieren de un tratamiento prolongado.

Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012), las enfermedades catastróficas se dan a conocer por:

- Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- Todo tipo de cáncer.
- Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- Insuficiencia renal crónica.
- Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- Secuelas de quemaduras graves.
- Malformaciones arterio venosas cerebrales.
- Síndrome de Klippel Trenaunay.
- Aneurisma tóraco-abdominal.

1.7.1 ¿Qué se entiende por enfermedades catastróficas?

Para el Ministerio de Trabajo (2015) ante el criterio médico por el MSP, estas enfermedades son: “Aquellas patologías de curso crónico que supone alto riesgo, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación” (p.1). También en la página 1 se encuentran unos criterios de inclusión, que se segmentan en:

- Que impliquen un riesgo alto para la vida;
- Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente;
- Que su tratamiento pueda ser programado;
- Que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al valor de una canasta familiar vital, publicada mensualmente por el INEC; y,
- Que su tratamiento o intervención no puedan ser cubiertos, total o parcialmente, en los hospitales públicos o en otras instituciones del Estado Ecuatoriano, lo cual definirá el Ministerio de Salud Pública.

1.7.2 Clasificación de las enfermedades catastróficas

Para los encargados de salud en esta clasificación por ser enfermedades crónicas, no solamente se ubican las enfermedades catastróficas sino también las raras o huérfanas. A continuación, se mencionan cada una por su división.

Enfermedades catastróficas

CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCION
Q20	TODOS TIPO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE CORAZÓN Y TODO TIPO DE VALVULOPATÍAS CARDIACAS.
C00	TODOS TIPO DE CÁNCER.
D320	TUMOR CEREBRAL EN CUALQUIER ESTADIO Y DE CUALQUIER TIPO.
N18	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
Z940	TRASPLANTE DE ÓRGANOS: RIÑÓN, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA.
T29	SECUELAS DE QUEMADURAS GRAVES.
Q282	MALFORMACIONES ARTERIO VENOSAS CEREBRALES.
Q872	SÍNDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY.
I71	ANEURISMA TÓRACO-ABDOMINAL.

Recuperado de: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Dentro de las enfermedades catastróficas hay la subdivisión de cáncer, de las cuales se haya los siguientes tipos:

CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCION
C00	TUMOR MALIGNO DEL LABIO
C000	TUMOR MALIGNO DEL LABIO SUPERIOR, CARA EXTERNA
C001	TUMOR MALIGNO DEL LABIO INFERIOR, CARA EXTERNA
C002	TUMOR MALIGNO DEL LABIO, CARA EXTERNA, SIN OTRA ESPECIFICACION
C003	TUMOR MALIGNO DEL LABIO SUPERIOR, CARA INTERNA
C004	TUMOR MALIGNO DEL LABIO INFERIOR, CARA INTERNA
C005	TUMOR MALIGNO DEL LABIO, CARA INTERNA, SIN OTRA ESPECIFICACION
C006	TUMOR MALIGNO DE LA COMISURA LABIAL
C008	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL LABIO
C009	TUMOR MALIGNO DEL LABIO, PARTE NO ESPECIFICADA
C01	TUMOR MALIGNO DE LA BASE DE LA LENGUA
C02	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA LENGUA

C020	TUMOR MALIGNO DE LA CARA DORSAL DE LA LENGUA
C021	TUMOR MALIGNO DEL BORDE DE LA LENGUA
C022	TUMOR MALIGNO DE LA CARA VENTRAL DE LA LENGUA
C023	TUMOR MALIGNO DE LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DE LENGUA, PARTE NO ESPECIFICADA
C024	TUMOR MALIGNO DE LA AMIGDALA LINGUAL
C028	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA LENGUA
C029	TUMOR MALIGNO DE LA LENGUA, PARTE NO ESPECIFICADA
C03	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA
C030	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA SUPERIOR
C031	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA INFERIOR
C039	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA, PARTE NO ESPECIFICADA
C04	TUMOR MALIGNO DEL PISO DE LA BOCA
C040	TUMOR MALIGNO DE LA PARTE ANTERIOR DEL PISO DE LA BOCA
C041	TUMOR MALIGNO DE LA PARTE LATERAL DEL PISO DE LA BOCA
C048	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PISO DE LA BOCA
C049	TUMOR MALIGNO DEL PISO DE LA BOCA, PARTE NO ESPECIFICADA
C05	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR
C050	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR DURO
C051	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR BLANDO
C052	TUMOR MALIGNO DE LA UVULA
C058	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PALADAR
C059	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR, PARTE NO ESPECIFICADA
C06	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA BOCA
C060	TUMOR MALIGNO DE LA MUCOSA DE LA MEJILLA
C061	TUMOR MALIGNO DEL VESTIBULO DE LA BOCA
C062	TUMOR MALIGNO DEL AREA RETROMOLAR
C068	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA BOCA
C069	TUMOR MALIGNO DE LA BOCA, PARTE NO ESPECIFICADA
C07	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA
C08	TUMOR MALIGNO DE OTRAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
C080	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA SUBMAXILAR
C081	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA SUBLINGUAL
C088	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES
C089	TUMOR MALIGNO DE GLANDULA SALIVAL MAYOR, NO ESPECIFICADA
C09	TUMOR MALIGNO DE LA AMIGDALA
C090	TUMOR MALIGNO DE LA FOSA AMIGDALINA
C091	TUMOR MALIGNO DEL PILAR AMIGDALINO (ANTERIOR) (POSTERIOR)
C098	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA AMIGDALA
C099	TUMOR MALIGNO DE LA AMIGDALA, PARTE NO ESPECIFICADA

C10	TUMOR MALIGNO DE LA OROFARINGE
C100	TUMOR MALIGNO DE LA VALECULA
C101	TUMOR MALIGNO DE LA CARA ANTERIOR DE LA EPIGLOTIS
C102	TUMOR MALIGNO DE LA PARED LATERAL DE LA OROFARINGE
C103	TUMOR MALIGNO DE LA PARED POSTERIOR DE LA OROFARINGE
C104	TUMOR MALIGNO DE LA HENDIDURA BRANQUIAL
C108	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA OROFARINGE
C109	TUMOR MALIGNO DE LA OROFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA
C11	TUMOR MALIGNO DE LA NASOFARINGE
C110	TUMOR MALIGNO DE LA PARED SUPERIOR DE LA NASOFARINGE
C111	TUMOR MALIGNO DE LA PARED POSTERIOR DE LA NASOFARINGE
C112	TUMOR MALIGNO DE LA PARED LATERAL DE LA NASOFARINGE
C113	TUMOR MALIGNO DE LA PARED ANTERIOR DE LA NASOFARINGE
C118	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA NASOFARINGE
C119	TUMOR MALIGNO DE LA NASOFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA
C12	TUMOR MALIGNO DEL SENO PIRIFORME
C13	TUMOR MALIGNO DE LA HIPOFARINGE
C130	TUMOR MALIGNO DE LA REGION POSTCRICOIDEA
C131	TUMOR MALIGNO DEL PLIEGUE ARITENOEPIGLOTICO, CARA HIPOFARINGEA
C132	TUMOR MALIGNO DE LA PARED POSTERIOR DE LA HIPOFARINGE
C138	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA HIPOFARINGE
C139	TUMOR MALIGNO DE LA HIPOFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA
C14	TUMOR MALIGNO DE OTROS SITIOS Y DE LOS MAL DEFINIDOS DEL LABIO, DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE LA FARINGE
C140	TUMOR MALIGNO DE LA FARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA
C142	TUMOR MALIGNO DEL ANILLO DE WALDEYER
C148	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL LABIO, DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE FARINGE
C15	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO
C150	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PORCION CERVICAL
C151	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PORCION TORACICA
C152	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PORCION ABDOMINAL
C153	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO
C154	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO MEDIO DEL ESOFAGO
C155	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO
C158	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ESOFAGO
C159	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PARTE NO ESPECIFICADA
C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO
C160	TUMOR MALIGNO DEL CARDIAS

C161	TUMOR MALIGNO DEL FUNDUS GASTRICO
C162	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL ESTOMAGO
C163	TUMOR MALIGNO DEL ANTRO PILORICO
C164	TUMOR MALIGNO DEL PILORO
C165	TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
C166	TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MAYOR DEL ESTOMAGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
C168	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ESTOMAGO
C169	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA
C17	TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO DELGADO
C170	TUMOR MALIGNO DEL DUODENO
C171	TUMOR MALIGNO DEL YEYUNO
C172	TUMOR MALIGNO DEL ILEON
C173	TUMOR MALIGNO DEL DIVERTICULO DE MECKEL
C178	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL INTESTINO DELGADO
C179	TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO DELGADO, PARTE NO ESPECIFICADA
C18	TUMOR MALIGNO DEL COLON
C180	TUMOR MALIGNO DEL CIEGO
C181	TUMOR MALIGNO DEL APENDICE
C182	TUMOR MALIGNO DEL COLON ASCENDENTE
C183	TUMOR MALIGNO DEL ANGULO HEPATICO
C184	TUMOR MALIGNO DEL COLON TRANSVERSO
C185	TUMOR MALIGNO DEL ANGULO ESPLENICO
C186	TUMOR MALIGNO DEL COLON DESCENDENTE
C187	TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE
C188	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL COLON
C189	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA
C19	TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA
C20	TUMOR MALIGNO DEL RECTO
C21	TUMOR MALIGNO DEL AÑO Y DEL CONDUCTO ANAL
C210	TUMOR MALIGNO DEL AÑO, PARTE NO ESPECIFICADA
C211	TUMOR MALIGNO DEL CONDUCTO ANAL
C212	TUMOR MALIGNO DE LA ZONA CLOACOGENICA
C218	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL AÑO, DEL CONDUCTO ANAL Y DEL RECTO
C22	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS
C220	CARCINOMA DE CELULAS HEPATICAS
C221	CARCINOMA DE VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS
C222	HEPATOBLASTOMA
C223	ANGIOSARCOMA DEL HIGADO
C224	OTROS SARCOMAS DEL HIGADO
C227	OTROS CARCINOMAS ESPECIFICADOS DEL HIGADO
C229	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO, NO ESPECIFICADO
C23	TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR
C24	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS BILIARES

C240	TUMOR MALIGNO DE LAS VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS
C241	TUMOR MALIGNO DE LA AMPOLLA DE VATER
C248	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LAS VIAS BILIARES
C249	TUMOR MALIGNO DE LAS VIAS BILIARES, PARTE NO ESPECIFICADA
C25	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS
C250	TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA DEL PANCREAS
C251	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL PANCREAS
C252	TUMOR MALIGNO DE LA COLA DEL PANCREAS
C253	TUMOR MALIGNO DEL CONDUCTO PANCREATICO
C254	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS ENDOCRINO
C257	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES ESPECIFICADAS DEL PANCREAS
C258	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS
C259	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS, PARTE NO ESPECIFICADA
C26	TUMOR MALIGNO DE OTROS SITIOS Y DE LOS MAL DEFINIDOS DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS
C260	TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA
C261	TUMOR MALIGNO DEL BAZO
C268	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS
C269	TUMOR MALIGNO DE SITIOS MAL DEFINIDOS DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS
C30	TUMOR MALIGNO DE LAS FOSAS NAALES Y DEL OIDO MEDIO
C300	TUMOR MALIGNO DE LA FOSA NASAL
C301	TUMOR MALIGNO DEL OIDO MEDIO
C31	TUMOR MALIGNO DE LOS SENOS PARANAALES
C310	TUMOR MALIGNO DEL SENO MAXILAR
C311	TUMOR MALIGNO DEL SENO ETMOIDAL
C312	TUMOR MALIGNO DEL SENO FRONTAL
C313	TUMOR MALIGNO DEL SENO ESFENOIDAL
C318	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS SENOS PARANAALES
C319	TUMOR MALIGNO DE SENO PARANASAL NO ESPECIFICADO
C32	TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE
C320	TUMOR MALIGNO DE LA GLOTIS
C321	TUMOR MALIGNO DE LA REGION SUPRAGLOTICA
C322	TUMOR MALIGNO DE LA REGION SUBGLOTICA
C323	TUMOR MALIGNO DEL CARTILAGO LARINGEO
C328	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA LARINGE
C329	TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA
C33	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA
C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON
C340	TUMOR MALIGNO DEL BRONQUIO PRINCIPAL
C341	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO SUPERIOR, BRONQUIO O PULMON
C342	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO MEDIO, BRONQUIO O PULMON
C343	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO INFERIOR, BRONQUIO O PULMON
C348	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON

C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA
C37	TUMOR MALIGNO DEL TIMO
C38	TUMOR MALIGNO DEL CORAZON, DEL MEDIASTINO Y DE LA PLEURA
C380	TUMOR MALIGNO DEL CORAZON
C381	TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO ANTERIOR
C382	TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POSTERIOR
C383	TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO, PARTE NO ESPECIFICADA
C384	TUMOR MALIGNO DE LA PLEURA
C388	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL CORAZON, DEL MEDIASTINO Y DE LA PLEURA
C39	TUMOR MALIGNO DE OTROS SITIOS Y DE MAL DEFINIDOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO Y DE LOS ORGANOS INTRATORACICOS
C390	TUMOR MALIGNO DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, PARTE NO ESPECIFICADA
C398	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORACICOS
C399	TUMOR MALIGNO DE SITIOS MAL DEFINIDOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO
C40	TUMOR MALIGNO DE HUESOS Y DE CARTILAGOS ARTICULARES DE LOS MIEMBROS
C400	TUMOR MALIGNO DEL OMOPLATO Y DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO SUPERIOR
C401	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS CORTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR
C402	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR
C403	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS CORTOS DEL MIEMBRO INFERIOR
C408	LESIONES SITIOS CONTIGUOS DE HUESOS Y CARTILAGOS ARTICULARES DE LOS MIEMBROS
C409	TUMOR MALIGNO DE HUESOS Y DE CARTILAGOS ARTICULARES DE LOS MIEMBROS SIN OTRA ESPECIFICACION
C41	TUMOR MALIGNO DE HUESOS Y DE CARTILAGOS ARTICULARES, DE OTROS SITIOS Y DE SITIOS NO ESPECIFICADOS
C410	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA
C411	TUMOR MALIGNO DEL HUESO DEL MAXILAR INFERIOR
C412	TUMOR MALIGNO DE LA COLUMNA VERTEBRAL
C413	TUMOR MALIGNO DE LA COSTILLA, ESTERNON Y CLAVICULA
C414	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS DE LA PELVIS, SACRO Y COCCIX
C418	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL HUESO Y DEL CARTILAGO ARTICULAR
C419	TUMOR MALIGNO DEL HUESO Y DEL CARTILAGO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO
C43	MELANOMA MALIGNO DE LA PIEL

C430	MELANOMA MALIGNO DEL LABIO
C431	MELANOMA MALIGNO DEL PARPADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL
C432	MELANOMA MALIGNO DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
C433	MELANOMA MALIGNO DE LAS OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA
C434	MELANOMA MALIGNO DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELLO
C435	MELANOMA MALIGNO DEL TRONCO
C436	MELANOMA MALIGNO DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO
C437	MELANOMA MALIGNO DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA
C438	MELANOMA MALIGNO DE SITIOS CONTIGUOS DE LA PIEL
C439	MELANOMA MALIGNO DE PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO
C44	OTROS TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL
C440	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL LABIO
C441	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL PARPADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL
C442	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
C443	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPEC DE LA CARA
C444	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELLO
C445	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL TRONCO
C446	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO
C447	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA
C448	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA PIEL
C449	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO
C45	MESOTELIOMA
C450	MESOTELIOMA DE LA PLEURA
C451	MESOTELIOMA DEL PERITONEO
C452	MESOTELIOMA DEL PERICARDIO
C457	MESOTELIOMA DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
C459	MESOTELIOMA, DE SITIO NO ESPECIFICADO
C46	SARCOMA DE KAPOSI
C460	SARCOMA DE KAPOSI DE LA PIEL
C461	SARCOMA DE KAPOSI DEL TEJIDO BLANDO
C462	SARCOMA DE KAPOSI DEL PALADAR
C463	SARCOMA DE KAPOSI DE LOS GANGLIOS LINFATICOS
C467	SARCOMA DE KAPOSI DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
C468	SARCOMA DE KAPOSI DE MULTIPLES ORGANOS
C469	SARCOMA DE KAPOSI, DE SITIO NO ESPECIFICADO
C47	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS Y DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO

C470	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
C471	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO HOMBRO
C472	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA CADERA
C473	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL TORAX
C474	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL ABDOMEN
C475	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DE LA PELVIS
C476	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL TRONCO, SIN OTRA ESPECIFICACION
C478	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS NERVIOS PERIFERICOS Y DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO
C479	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS Y DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO PARTE NO ESPECIFICADA
C48	TUMOR MALIGNO DEL PERITONEO Y DEL RETROPERITONEO
C480	TUMOR MALIGNO DEL RETROPERITONEO
C481	TUMOR MALIGNO DE PARTE ESPECIFICADA DEL PERITONEO
C482	TUMOR MALIGNO DEL PERITONEO, SIN OTRA ESPECIFICACION
C488	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PERITONEO Y DEL RETROPERITONEO
C49	TUMOR MALIGNO DE OTROS TEJIDOS CONJUNTIVOS Y DE TEJIDOS BLANDOS
C490	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DE CABEZA CARA Y CUELLO
C491	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL MIEMBRO SUPERIOR INCLUIDO HOMBRO
C492	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL MIEMBRO INFERIOR INCLUIDA CADERA
C493	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL TORAX
C494	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL ABDOMEN
C495	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DE LA PELVIS
C496	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL TRONCO, SIN OTRA ESPECIFICACION
C498	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DEL TEJIDO BLANDO
C499	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO, DE SITIO NO ESPECIFICADO
C50	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA
C500	TUMOR MALIGNO DEL PEZON Y AREOLA MAMARIA
C501	TUMOR MALIGNO DE LA PORCION CENTRAL DE LA MAMA
C502	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR INTERNO DE LA MAMA

C503	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR INTERNO DE LA MAMA
C504	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA
C505	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR EXTERNO DE LA MAMA
C506	TUMOR MALIGNO DE LA PROLONGACION AXILAR DE LA MAMA
C508	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA MAMA
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
C51	TUMOR MALIGNO DE LA VULVA
C510	TUMOR MALIGNO DEL LABIO MAYOR
C511	TUMOR MALIGNO DEL LABIO MENOR
C512	TUMOR MALIGNO DEL CLITORIS
C518	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA VULVA
C519	TUMOR MALIGNO DE LA VULVA, PARTE NO ESPECIFICADA
C52	TUMOR MALIGNO DE LA VAGINA
C53	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO
C530	TUMOR MALIGNO DEL ENDOCERVIX
C531	TUMOR MALIGNO DEL EXOCERVIX
C538	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL CUELLO DEL UTERO
C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION
C54	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL UTERO
C540	TUMOR MALIGNO DEL ISTMO UTERINO
C541	TUMOR MALIGNO DEL ENDOMETRIO
C542	TUMOR MALIGNO DEL MIOMETRIO
C543	TUMOR MALIGNO DEL FONDO DEL UTERO
C548	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL CUERPO DEL UTERO
C549	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA
C55	TUMOR MALIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA
C56	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO
C57	TUMOR MALIGNO DE OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
C570	TUMOR MALIGNO DE LA TROMPA DE FALOPIO
C571	TUMOR MALIGNO DEL LIGAMENTO ANCHO
C572	TUMOR MALIGNO DEL LIGAMENTO REDONDO
C573	TUMOR MALIGNO DEL PARAMETRIO
C574	TUMOR MALIGNO DE LOS ANEXOS UTERINOS, SIN OTRA ESPECIFICACION
C577	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES ESPECIFICADAS DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS
C578	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS
C579	TUMOR MALIGNO DE ORGANO GENITAL FEMENINO, PARTE NO ESPECIFICADA
C58	TUMOR MALIGNO DE LA PLACENTA
C60	TUMOR MALIGNO DEL PENE

C600	TUMOR MALIGNO DEL PREPUCIO
C601	TUMOR MALIGNO DEL GLANDE
C602	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL PENE
C608	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PENE
C609	TUMOR MALIGNO DEL PENE, PARTE NO ESPECIFICADA
C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
C62	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO
C620	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO NO DESCENDIDO
C621	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO DESCENDIDO
C629	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO, NO ESPECIFICADO
C63	TUMOR MALIGNO DE OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
C630	TUMOR MALIGNO DEL EPIDIDIMO
C631	TUMOR MALIGNO DEL CORDON ESPERMATICO
C632	TUMOR MALIGNO DEL ESCROTO
C637	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES ESPECIFICADAS DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS
C638	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS
C639	TUMOR MALIGNO DE ORGANO GENITAL MASCULINO, PARTE NO ESPECIFICADA
C64	TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL
C65	TUMOR MALIGNO DE LA PELVIS RENAL
C66	TUMOR MALIGNO DEL URETER
C67	TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA
C670	TUMOR MALIGNO DEL TRIGONO VESICAL
C671	TUMOR MALIGNO DE LA CUPULA VESICAL
C672	TUMOR MALIGNO DE LA PARED LATERAL DE LA VEJIGA
C673	TUMOR MALIGNO DE LA PARED ANTERIOR DE LA VEJIGA
C674	TUMOR MALIGNO DE LA PARED POSTERIOR DE LA VEJIGA
C675	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DE LA VEJIGA
C676	TUMOR MALIGNO DEL ORIFICIO URETERAL
C677	TUMOR MALIGNO DEL URACO
C678	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA VEJIGA
C679	TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA, PARTE NO ESPECIFICADA
C68	TUMOR MALIGNO DE OTROS ORGANOS URINARIOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
C680	TUMOR MALIGNO DE LA URETRA
C681	TUMOR MALIGNO DE LAS GLANDULAS PARAURETRALES
C688	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS ORGANOS URINARIOS
C689	TUMOR MALIGNO DE ORGANO URINARIO NO ESPECIFICADO
C69	TUMOR MALIGNO DEL OJO Y SUS ANEXOS
C690	TUMOR MALIGNO DE LA CONJUNTIVA
C691	TUMOR MALIGNO DE LA CORNEA
C692	TUMOR MALIGNO DE LA RETINA
C693	TUMOR MALIGNO DE LA COROIDES
C694	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO CILIAR

C695	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA Y CONDUCTO LAGRIMALES
C696	TUMOR MALIGNO DE LA ORBITA
C698	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL OJO Y SUS ANEXOS
C699	TUMOR MALIGNO DEL OJO, PARTE NO ESPECIFICADA
C70	TUMOR MALIGNO DE LAS MENINGES
C700	TUMOR MALIGNO DE LAS MENINGES CEREBRALES
C701	TUMOR MALIGNO DE LAS MENINGES RAQUIDEAS
C709	TUMOR MALIGNO DE LAS MENINGES, PARTE NO ESPECIFICADA
C71	TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO
C710	TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO, EXCEPTO LOBULOS Y VENTRICULOS
C711	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO FRONTAL
C712	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO TEMPORAL
C713	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO PARIETAL
C714	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO OCCIPITAL
C715	TUMOR MALIGNO DEL VENTRICULO CEREBRAL
C716	TUMOR MALIGNO DEL CEREBELO
C717	TUMOR MALIGNO DEL PEDUNCULO CEREBRAL
C718	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ENCEFALO
C719	TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO, PARTE NO ESPECIFICADA
C72	TUMOR MALIGNO DE LA MEDULA ESPINAL, DE LOS NERVIOS CRANEALES Y OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
C720	TUMOR MALIGNO DE LA MEDULA ESPINAL
C721	TUMOR MALIGNO DE LA COLA DE CABALLO
C722	TUMOR MALIGNO DEL NERVIIO OLFATORIO
C723	TUMOR MALIGNO DEL NERVIIO OPTICO
C724	TUMOR MALIGNO DEL NERVIIO ACUSTICO
C725	TUMOR MALIGNO DE OTROS NERVIOS CRANEALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
C728	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ENCEFALO Y OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
C729	TUMOR MALIGNO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
C73	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES
C74	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA SUPRARRENAL
C740	TUMOR MALIGNO DE LA CORTEZA DE LA GLANDULA SUPRARRENAL
C741	TUMOR MALIGNO DE LA MEDULA DE LA GLANDULA SUPRARRENAL
C749	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA SUPRARRENAL, PARTE NO ESPECIFICADA
C75	TUMOR MALIGNO DE OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y DE ESTRUCTURAS AFINES
C750	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA PARATIROIDES
C751	TUMOR MALIGNO DE LA HIPOFISIS
C752	TUMOR MALIGNO DEL CONDUCTO CRANEOFARINGEO

C753	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA PINEAL
C754	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO CAROTIDEO
C755	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO AORTICO Y OTROS CUERPOS CROMAFINES
C758	TUMOR MALIGNO PLURIGLANDULAR, NO ESPECIFICADO
C759	TUMOR MALIGNO DE GLANDULA ENDOCRINA NO ESPECIFICADA
C76	TUMOR MALIGNO DE OTROS SITIOS Y DE SITIOS MAL DEFINIDOS
C760	TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
C761	TUMOR MALIGNO DEL TORAX
C762	TUMOR MALIGNO DEL ABDOMEN
C763	TUMOR MALIGNO DE LA PELVIS
C764	TUMOR MALIGNO DEL MIEMBRO SUPERIOR
C765	TUMOR MALIGNO DEL MIEMBRO INFERIOR
C767	TUMOR MALIGNO DE OTROS SITIOS MAL DEFINIDOS
C768	LESION DE SITIOS CONTIGUOS MAL DEFINIDOS
C77	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO Y EL NO ESPECIFICADO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS
C770	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
C771	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS INTRATORACICOS
C772	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS INTRAABDOMINALES
C773	TUMOR MALIGNO DE GANGLIOS LINFATICOS DE AXILA Y DEL MIEMBRO SUPERIOR
C774	TUMOR MALIGNO DE GANGLIOS LINFATICOS DE LA REGION INGUINAL Y DE MIEMBRO INFERIOR
C775	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA PELVIS
C778	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE REGIONES MULTIPLES
C779	TUMOR MALIGNO DEL GANGLIO LINFATICO, SITIO NO ESPECIFICADO
C78	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS Y DIGESTIVOS
C780	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL PULMON
C781	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL MEDIASTINO
C782	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LA PLEURA
C783	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS ORGANOS RESPIRATORIOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
C784	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL INTESTINO DELGADO
C785	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL INTESTINO GRUESO Y DEL RECTO
C786	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL PERITONEO Y DEL RETROPERITONEO
C787	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL HIGADO

C788	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS ORGANOS DIGESTIVOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
C79	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS SITIOS
C790	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL RIÑON Y DE LA PELVIS RENAL
C791	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LA VEJIGA Y DE OTROS ORGANOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DE LAS VIAS URINARIAS
C792	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LA PIEL
C793	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL ENCEFALO Y DE LAS MENINGES CEREBRALES
C794	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
C795	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LOS HUESOS Y DE LA MEDULA OSEA
C796	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL OVARIO
C797	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LA GLANDULA SUPRARRENAL
C798	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
C80	TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS
C81	ENFERMEDAD DE HODGKIN
C810	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON PREDOMINIO LINFOCITICO
C811	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON ESCLEROSIS NODULAR
C812	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON CELULARIDAD MIXTA
C813	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON DEPLECION LINFOCITICA
C817	OTROS TIPOS DE ENFERMEDAD DE HODGKIN
C819	ENFERMEDAD DE HODGKIN, NO ESPECIFICADA
C82	LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR (NODULAR)
C820	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS HENDIDAS, FOLICULAR
C821	LINFOMA NO HODKIN MIXTO, PEQ CELULAS HENDIDAS Y GRAND CELUL, FOLICULAR
C822	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES, FOLICULAR
C827	OTROS TIPOS ESPECIFICADOS DE LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR
C829	LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR, SIN OTRA ESPECIFICACION
C83	LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO
C830	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS (DIFUSO)
C831	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS HENDIDAS (DIFUSO)
C832	LINFOMA NO HODGKIN MIXTO, DE CELULAS PEQUEÑAS Y GRANDES (DIFUSO)
C833	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES (DIFUSO)
C834	LINFOMA NO HODGKIN INMUNOBLASTICO (DIFUSO)
C835	LINFOMA NO HODGKIN LINFOBLASTICO (DIFUSO)
C836	LINFOMA NO HODGKIN INDIFERENCIADO (DIFUSO)
C837	TUMOR DE BURKITT

C838	OTROS TIPOS ESPECIFICADOS DE LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO
C839	LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO, SIN OTRA ESPECIFICACION
C84	LINFOMA DE CELULAS T, PERIFERICO Y CUTANEO
C840	MICOSIS FUNGOIDE
C841	ENFERMEDAD DE SEZARY
C842	LINFOMA DE ZONA T
C843	LINFOMA LINFOEPITELIOIDE
C844	LINFOMA DE CELULAS T PERIFERICO
C845	OTROS LINFOMAS DE CELULAS T Y LOS NO ESPECIFICADOS
C85	LINFOMA NO HODGKIN DE OTRO TIPO Y EL NO ESPECIFICADO
C850	LINFOSARCOMA
C851	LINFOMA DE CELULAS B, SIN OTRA ESPECIFICACION
C857	OTROS TIPOS ESPECIFICADOS DE LINFOMA NO HODGKIN
C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO
C88	ENFERMEDADES INMUNOPROLIFERATIVAS MALIGNAS
C880	MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM
C881	ENFERMEDAD DE CADENA PESADA ALFA
C882	ENFERMEDAD DE CADENA PESADA GAMMA
C883	ENFERMEDAD INMUNOPROLIFERATIVA DEL INTESTINO DELGADO
C887	OTRAS ENFERMEDADES INMUNOPROLIFERATIVAS MALIGNAS
C889	ENFERMEDAD INMUNOPROLIFERATIVA MALIGNA, SIN OTRA ESPECIFICACION
C90	MIELOMA MULTIPLE Y TUMORES MALIGNOS DE CELULAS PLASMATICAS
C900	MIELOMA MULTIPLE
C901	LEUCEMIA DE CELULAS PLASMATICAS
C902	PLASMOCITOMA, EXTRAMEDULAR
C91	LEUCEMIA LINFOIDE
C910	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA
C911	LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA
C912	LEUCEMIA LINFOCITICA SUBAGUDA
C913	LEUCEMIA PROLINFOCITICA
C914	LEUCEMIA DE CELULAS VELLOAS
C915	LEUCEMIA DE CELULAS T ADULTAS
C917	OTRAS LEUCEMIAS LINFOIDES
C919	LEUCEMIA LINFOIDE, SIN OTRA ESPECIFICACION
C92	LEUCEMIA MIELOIDE
C920	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA
C921	LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA
C922	LEUCEMIA MIELOIDE SUBAGUDA
C923	SARCOMA MIELOIDE
C924	LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA
C925	LEUCEMIA MIELOMONOCITICA AGUDA
C927	OTRAS LEUCEMIAS MIELOIDES
C929	LEUCEMIA MIELOIDE, SIN OTRA ESPECIFICACION
C93	LEUCEMIA MONOCITICA
C930	LEUCEMIA MONOCITICA AGUDA

C931	LEUCEMIA MONOCITICA CRONICA
C932	LEUCEMIA MONOCITICA SUBAGUDA
C937	OTRAS LEUCEMIAS MONOCITICAS
C939	LEUCEMIA MONOCITICA, SIN OTRA ESPECIFICACION
C94	OTRAS LEUCEMIAS DE TIPO CELULAR ESPECIFICADO
C940	ERITREMIA AGUDA Y ERITROLEUCEMIA
C941	ERITREMIA CRONICA
C942	LEUCEMIA MEGACARIOBLASTICA AGUDA
C943	LEUCEMIA DE MASTOCITOS
C944	PANMIELOSIS AGUDA
C945	MIELOFIBROSIS AGUDA
C947	OTRAS LEUCEMIAS ESPECIFICADAS
C95	LEUCEMIA DE CELULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO
C950	LEUCEMIA AGUDA, CELULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO
C951	LEUCEMIA CRONICA, CELULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO
C952	LEUCEMIA SUBAGUDA, CELULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO
C957	OTRAS LEUCEMIAS DE CELULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO
C959	LEUCEMIA, NO ESPECIFICADA
C96	OTROS TUMORES MALIGNOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DEL TEJIDO LINFATICO, DE ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y TEJIDOS AFINES
C960	ENFERMEDAD DE LETTERER-SIWE
C961	HISTIOCITOSIS MALIGNA
C962	TUMOR MALIGNO DE MASTOCITOS
C963	LINFOMA HISTIOCITICO VERDADERO
C967	OTROS TUMORES MALIGNOS ESPECIFICADOS DEL TEJIDO LINFATICO, HEMATOPOYETICO Y TEJIDOS AFINES
C969	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO LINFATICO, HEMATOPOYETICO Y TEJIDOS AFINES, SIN OTRA ESPECIFICACION
C97	TUMORES MALIGNOS (PRIMARIOS) DE SITIOS MULTIPLES INDEPENDIENTES
D00	CARCINOMA IN SITU DE LA CAVIDAD BUCAL, DEL ESOFAGO Y DEL ESTOMAGO
D000	CARCINOMA IN SITU DEL LABIO, DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE LA FARINGE
D001	CARCINOMA IN SITU DEL ESOFAGO
D002	CARCINOMA IN SITU DEL ESTOMAGO
D01	CARCINOMA IN SITU DE OTROS ORGANOS DIGESTIVOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
D010	CARCINOMA IN SITU DEL COLON
D011	CARCINOMA IN SITU DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA
D012	CARCINOMA IN SITU DEL RECTO
D013	CARCINOMA IN SITU DEL AÑO Y DEL CONDUCTO ANAL
D014	CARCINOMA IN SITU DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL INTESTINO
D015	CARCINOMA IN SITU DEL HIGADO, DE VESICULA BILIAR Y DEL CONDUCTO BILIAR
D017	CARCINOMA IN SITU DE OTRAS PARTES ESPECIFICADAS DE ORGANOS DIGESTIVOS

D019	CARCINOMA IN SITU DE ORGANOS DIGESTIVOS NO ESPECIFICADOS
D02	CARCINOMA IN SITU DEL SISTEMA RESPIRATORIO Y DEL OIDO MEDIO
D020	CARCINOMA IN SITU DE LA LARINGE
D021	CARCINOMA IN SITU DE LA TRAQUEA
D022	CARCINOMA IN SITU DEL BRONQUIO Y DEL PULMON
D023	CARCINOMA IN SITU DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA RESPIRATORIO
D024	CARCINOMA IN SITU DE ORGANOS RESPIRATORIOS NO ESPECIFICADOS
D03	MELANOMA IN SITU
D030	MELANOMA IN SITU DEL LABIO
D031	MELANOMA IN SITU DEL PARPADO Y DE LA COMISURA PALPEBRAL
D032	MELANOMA IN SITU DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
D033	MELANOMA IN SITU DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA
D034	MELANOMA IN SITU DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELLO
D035	MELANOMA IN SITU DEL TRONCO
D036	MELANOMA IN SITU DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO
D037	MELANOMA IN SITU DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA
D038	MELANOMA IN SITU DE OTROS SITIOS
D039	MELANOMA IN SITU, SITIO NO ESPECIFICADO
D04	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL
D040	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DEL LABIO
D041	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DEL PARPADO Y DE LA COMISURA PALPEBRAL
D042	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTER
D043	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA
D044	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DEL CUERO CABELLUDO Y CUELLO
D045	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DEL TRONCO
D046	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO
D047	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA
D048	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
D049	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO
D05	CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA
D050	CARCINOMA IN SITU LOBULAR
D051	CARCINOMA IN SITU INTRACANALICULAR
D057	OTROS CARCINOMAS IN SITU DE LA MAMA

D059	CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
D06	CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO DEL UTERO
D060	CARCINOMA IN SITU DEL ENDOCERVIX
D061	CARCINOMA IN SITU DEL EXOCERVIX
D067	CARCINOMA IN SITU DE OTRAS PARTES ESPECIFICADAS DEL CUELLO DEL UTERO
D069	CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA
D07	CARCINOMA IN SITU DE OTROS ORGANOS GENITALES Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
D070	CARCINOMA IN SITU DEL ENDOMETRIO
D071	CARCINOMA IN SITU DE LA VULVA
D072	CARCINOMA IN SITU DE LA VAGINA
D073	CARCINOMA IN SITU DE OTROS SITIOS DE ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
D074	CARCINOMA IN SITU DEL PENE
D075	CARCINOMA IN SITU DE LA PROSTATA
D076	CARCINOMA IN SITU DE OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
D09	CARCINOMA IN SITU DE OTROS SITIOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
D090	CARCINOMA IN SITU DE LA VEJIGA
D091	CARCINOMA IN SITU DE OTROS ORGANOS URINARIOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
D092	CARCINOMA IN SITU DEL OJO
D093	CARCINOMA IN SITU DE LA GLANDULA TIROIDES Y DE OTRAS GLANDULA ENDOCRINAS
D097	CARCINOMA IN SITU DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
D099	CARCINOMA IN SITU, SITIO NO ESPECIFICADO

Recuperado de: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Enfermedades huérfanas o raras

CÓDI GO CIE 10	DESCRIPCION
D56	TALASEMIA
D58	OTRAS ANEMIAS HEMOLÍTICAS HEREDITARIAS
D61.0	ANEMIA FANCONI
D66	DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR VIII- HEMOFILIA A
D67	DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR IX- HEMOFILIA B
D68.0	ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND
D68.1	DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR XI
D68.2	DEFICIENCIA HEREDITARIA EN OTROS FACTORES (II, V, VII, X, XIII)
E00	HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

E22.2	SÍNDROME DE SECRECIÓN INAPROPIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA
E24.0	SÍNDROME DE CUSHING DEPENDIENTE DE ACTH
E25.0	HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA
E27.2	ENFERMEDAD DE ADDISON I
E34.3	ENANISMO TIPO LARON: SÍNDROME DE LARON
E70.0	FENILCETONURIA CLÁSICA
E70.3	ALBINISMO ÓCULO CUTÁNEO
E71.0	ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE
E71.1	ACIDEMIA ISOVALÉRICA.
E71.3	ADRENOLEUCODISTROFIA IIGADA A X
E72.1	DESÓRDENES DEL METABOLISMO DE AMINOÁCIDOS SULFÚREOS (HOMOCISTINURIA CLÁSICA).
E74.2	DESÓRDENES DEL METABOLISMO DE GALACTOSA: GALACTOSEMIA
E75.2	OTRAS ESFINGOLIPIDOSIS: ENF DE FABRY, ENF NIEMANN-PICK, ENF GAUCHER
E76.0	MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO I- HURLER.
E76.1	MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II- HUNTER
E76.2	OTRAS MUCOPOLISACARIDOSISZ: MPS III, MPS IV, MPS VI, MPS VII, MPS IX
E78	DESÓRDENES DEL METABOLISMO DE LIPOPROTEÍNAS Y OTRAS LIPIDEMIAS (HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR E HIPERLIPIDEMIAS)
E83.1	DESÓRDENES DEL METABOLISMO DEL HIERRO (HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA)
E83.3	DESÓRDENES DEL METABOLISMO DEL FÓSFORO (HIPOFOSFATEMIA LIGADA AL X)
E84.0	FIBROSIS QUÍSTICA CON MANIFESTACIONES PULMONARES
E84.1	FIBROSIS QUÍSTICA CON MANIFESTACIONES INTESTINALES
E84.8	FIBROSIS QUÍSTICA CON OTRAS MANIFESTACIONES
E85.4	AMILOIDOSIS SISTÉMICA PRIMARIA
F20.8	ESQUIZOFRENIA ORGÁNICA DE INICIO TEMPRANO
F84.0	AUTISMO
G10	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON
G11.0	ATAXIA CONGÉNITA NO PROGRESIVA
G11.1	ATAXIA CEREBELOSA DE INICIACIÓN TEMPRANA
G11.2	ATAXIA CEREBELOSA DE INICIACIÓN TARDÍA
G11.3	ATAXIA CEREBELOSA CON REPARACIÓN DEFECTUOSA DEL ADN (ATAXIA TELEANGIECTÁSICA)
G11.4	PARAPLEJIA ESPÁSTICA HEREDITARIA: STRUMPELL LORRAIN
G12.0	ATROFIA ESPINAL INFANTIL, TIPO L (WERDNIG-HOFFMAN)
G12.2	ENFERMEDAD DE LA MOTONEURONA: ENFERMEDAD FAMILIAR DE MOTONEURONA. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, ESCLEROSIS LATERAL PRIMARIA, PARÁLISIS BULBAR PROGRESIVA, ATROFIA MUSCULAR ESPINAL PROGRESIVA.

G31.8	OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO ESPECIFICADAS: DEGENERACIÓN DE MATERIA GRIS, ENFERMEDAD DE ALPERS O POLIODISTROFIA INFANTIL PROGRESIVA: DEMENCIA DE CUERPOS DE LEWY; ENFERMEDAD DE LEIGH O ENCEFALOPATÍA NECROTIZANTE SUBAGUDA. SÍNDROME NEURODEGENERATIVO DEBIDO A DÉFICIT DE TRANSPORTE CEREBRAL DE FOLATOS.
G35	ESCLEROSIS MÚLTIPLE (SIN ESPECIFICAR, DEL TRONCO DEL ENCÉFALO, DE LA MÉDULA, DISEMINADA O GENERALIZADA)
G60	NEUROPATÍA HEREDITARIA E IDIOPÁTICA
G71.0	DISTROFIA MUSCULAR: DUCHENNE, BECKER Y OTRAS
G71.1	TRASTORNOS MIOTÓNICOS: DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT Y OTRAS
G71.2	MIOPATÍAS CONGÉNITAS: DISTROFIA MUSCULAR CONGÉNITA.
H81.0	ENFERMEDAD DE MENIERE
I27.0	HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA
L12.3	EPIDERMOLISIS AMPOLLAR ADQUIRIDA
L93	LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO
L93.0	LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE
L93.1	LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO SUBAGUDO
L93.2	OTROS LUPUS ERITEMATOSOS LOCALIZADOS
M02.3	SÍNDROME DE REITER
M02.8	OTRAS ARTROPATÍAS REACTIVAS: URETRÍTICA, VENÉREA
M06.1	ENFERMEDAD DE STILL DE COMIENZO EN EL ADULTO (ARTRITIS REUMATOIDEA MULTISISTÉMICA EN EL ADULTO)
M08.0	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL
M08.1	ESPONDILITIS ANQUILOSANTE JUVENIL
M08.2	ARTRITIS JUVENIL DE COMIENZO GENERALIZADO
M08.3	POLIARTRITIS JUVENIL (SERONEGATIVA)
M08.4	ARTRITIS JUVENIL PAUCIARTICULAR.
M30.3	ENFERMEDAD DE KAWASAKI
M32.1	LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO DE ÓRGANOS O SISTEMAS
Q03.8	HIDROCEFALIA CONGÉNITA
Q05	ESPINA BÍFIDA
Q33.6	HIPOPLASIA PULMONAR CONGÉNITA
Q39.0	ATRESIA DE ESÓFAGO SIN FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA
Q39.1	ATRESIA DE ESÓFAGO CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ESPECIFICADA.
Q41.9	AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGÉNITA DEL INTESTINO DELGADO NO ESPECIFICADA
Q62.0	HIDRONEFROSIS CONGÉNITA
Q64.3	ATRESIA DE URETRA
Q74.3	ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA TIPO NEUROGÉNICO
Q75.1	ENFERMEDAD DE CROUZON
Q75.4	SÍNDROME DE TREACHER COLLINS
Q75.8	DISOSTOSIS FRONTOFACIONAL
Q77.4	ACONDROPLASIA

Q77.8	OTRAS OSTEOCONDRODISPLASIA CON DEFECTOS DEL CRECIMIENTO DE LOS HUESOS LARGOS Y DE LA COLUMNA VERTEBRAL
Q78.0	OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA
Q78.4	ENCONDROMATOSIS
Q78.6	EXÓSTOSIS CONGÉNITA MÚLTIPLE
Q79.0	HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA
Q79.2	ONFALOCELE
Q79.3	GASTROSQUISIS
Q79.6	SÍNDROME DE EHLERS DANLOS
Q80	ICTIOSIS CONGÉNITA
Q80.0	ICTIOSIS VULGAR
Q80.1	ICTIOSIS LIGADA AL CROMOSOMA X
Q80.2	ICTIOSIS LAMELAR
Q80.3	ERITRODERMIA ICTIOSIFORME VESICULAR CONGÉNITA
Q82.4	DISPLASIA ECTODÉRMICA (ANHIDRÓTICA)
Q85.0	NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1, TIPO 2, ESPINAL FAMILIAR
Q87.0	ACROCEFALOSINDACTILIA TIPO 1 (SÍNDROME DE APERT) 3 SÍNDROME DE MOEBIUS.
Q87.1	SÍNDROME DE PRADER WILLI, SÍNDROME DE RUSSEL SILVER
Q87.3	SÍNDROME DE BECKWITH WIEDEMAN
Q87.4	SÍNDROME DE MARFAN
Q96.0	SÍNDROME DE TURNER- CARIOTIPO 45, X
Q96.1	CARIOTIPO 46, X ISO (XQ)
Q96.2	CARIOTIPO 46, X CON CROMOSOMA SEXUAL ANORMAL EXCEPTO ISO (XQ)
Q96.3	MOSAICO 45,X/ 46, XX O XY
Q96.4	MOSAICO 45, X/ OTRA(S) LÍNEA(S) CELULAR(ES) CON CROMOSOMA SEXUAL ANORMAL.
Q97.3	DISGENESIA GONADAL COMPLETA 46, XY (MUJER CON CARIOTIPO 46, XY)
Q98.7	DISGENESIA GONADAL MIXTA 45, X/ 46, XY (HOMBRE CON MOSAICO DE CROMOSOMAS SEXUALES)
Q99.1	DISGENESIA GONADAL 46, XX; DISGENESIA GONADAL-ANOMALÍAS MÚLTIPLES DISGENESIA GONADAL COMPLETA 46, XX.
Q99.2	CROMOSOMA X FRÁGIL.

Recuperado de: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

1.7.3 Estadísticas de enfermedades catastróficas en el Ecuador

Para poder realizar un análisis sobre las estadísticas, esta investigación se remitirá al Sistema Integrado de Conocimiento y Estadística Social del Ecuador (2016), donde se exponen diez principales causas de muerte, las cuales son:

Tipo de enfermedad	Número de personas	Porcentaje
Enfermedades isquémicas del corazón	6.513	9,6
Diabetes Mellittus	4.906	7,3
Enfermedades cerebrovasculares	4.290	6,4
Enfermedades hipertensivas	3.487	5,2
Influenza y neumonía	3.409	5
Accidentes de transporte terrestre	2.894	4,3
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.323	3,4
Enfermedades del sistema urinario	1.841	2,7
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.815	2,7
Neoplasia maligna del estómago	1.639	2,4

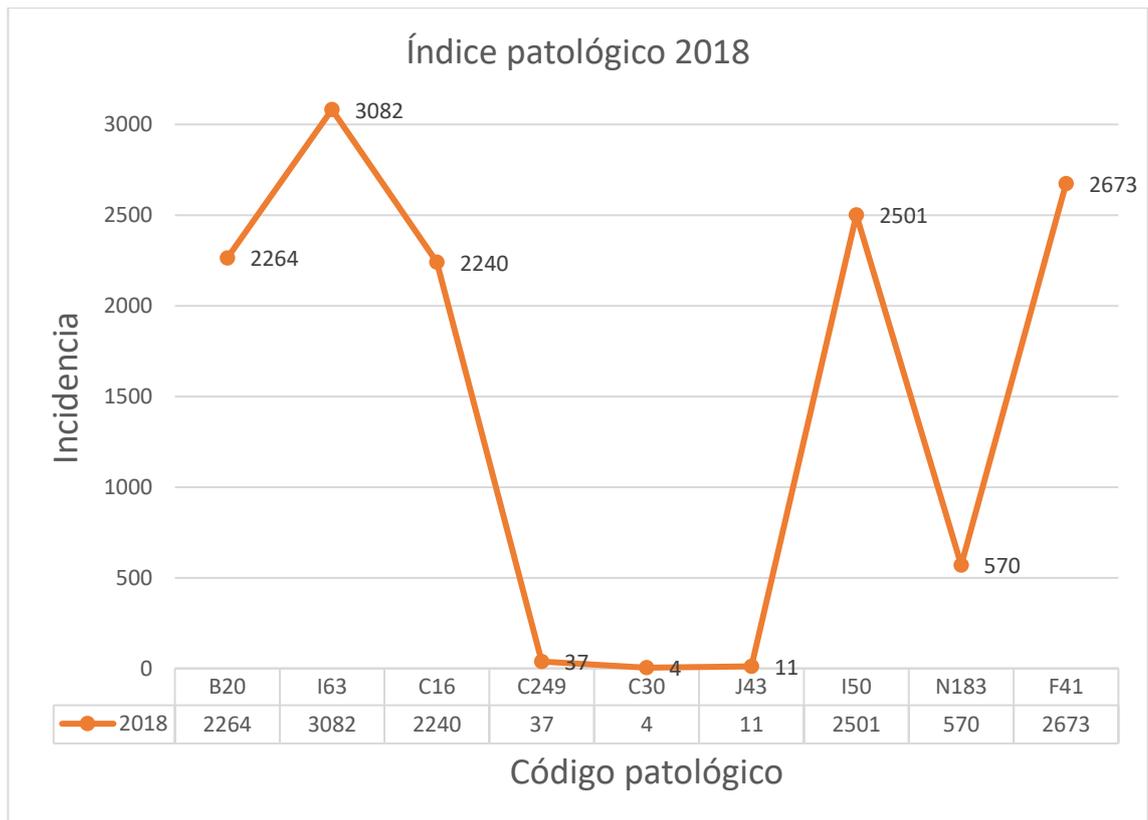
Recuperado de: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

La misma página registra que el número de habitantes fallecidos por estas enfermedades da un total de 67.506. Estos datos permiten interpretar que las cifras por muerte son altas, cada una en variable porcentaje, ya que unas se presentan más que otras y teniendo en cuenta cuáles son, se visualiza que la mayoría son enfermedades catastróficas (a partir de la clasificación expuesta por las Organizaciones de la Salud).

1.7.4 Estadísticas de enfermedades catastróficas del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

De acuerdo con los datos proporcionados por la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, se arrojó que entre el año 2018 – 2019 se atendió un total de 37.000 pacientes con enfermedades catastróficas aproximadamente de las que se encuentra más de un diagnóstico médico, es decir enfermedades combinadas.

Como muestra, se seleccionó el año 2018 por su predominancia en la atención de casos y también las enfermedades catastróficas más frecuentes que se presentaron en la emergencia del hospital mencionado, las cuales son: VIH, infarto cerebral, cáncer de estómago, cáncer de las vías biliares; cáncer de pulmón; efisema pulmonar; enfermedad cardíaca; enfermedad renal crónica. Éstas se presentaran en el siguiente cuadro con su codificación CIE – 10 .



Recuperado de: Base de datos con codificación CIE – 10 del departamento estadístico del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Como se puede observar en la gráfica realizada, las dos enfermedades que más se atendieron fueron las de infarto cerebral y enfermedad cardíaca, la codificación F.41 a pesar de tener cien casos de más, no se toma como punto de referencia puesto que ese diagnóstico corresponde al trastorno de pánico; datos que también brindó el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo pero que no responden al criterio de enfermedad catastrófica.

1.7.5 Intervención y tratamiento para pacientes con enfermedades catastróficas

Entender el tratamiento de las enfermedades catastróficas, implica un esfuerzo emocional, conductual y participativo del paciente del cual el doctor toma un papel activo así como también otros participantes.

Para los especialistas Rincón, Castillo, Reyes, Toro, Rivas; Pérez; Hoyos; Gómez y Ocampo se tiene que tomar en cuenta que se requiere: “manejo conjunto por parte del equipo especializado en salud mental, junto con los especialistas clínicos, los cirujanos

y demás personal del equipo de medicina del dolor y de cuidado intermedio o intensivo”(p.10).

Además comparten lo que le compete al doctor con este paciente que llega con un diagnóstico no favorable.

El rol tradicional del médico especialista ha sido en el manejo de los efectos físicos de la EMQ-C. Sin embargo, de acuerdo con las expectativas de cada paciente, el estilo del médico tratante tendrá impacto, influirá en la calidad de vida y quizás en la adherencia al tratamiento por parte del paciente. La literatura científica describe que las características y el estilo de cada especialista para manejar los efectos humanos de la EMQ-C varían según sus propias creencias acerca de su rol como médico. Cada estilo tiene pros y contras. Algunos especialistas establecen una distancia emocional que les permite tratar de manera “racional” temas complejos y emocionalmente difíciles para el paciente y la familia. En estos casos, hay en general poco espacio para hablar de los efectos humanos, y el centro de la atención se dirige hacia la parte médico-científica del manejo de la enfermedad. Otros especialistas pueden concentrarse un poco más en los efectos humanos y facilitarle al paciente/ familia la expresión de sus temores, preocupaciones y emociones. (p. 10- 11)

1.7.5.1 Cuidados Paliativos

El cuidado paliativo, desde la experiencia que se ha tenido en el hospital responde básicamente al cuidado y mejoraría de la calidad de vida del paciente cuando este se encuentra fuera de recursos médicos (que implica el hecho de que es un paciente que se lo acompaña en su tratamiento aunque su pronóstico tenga un tiempo estimado de vida).

La Organización Panamericana de la Salud (2011) define a los cuidados paliativos:

El cuidado paliativo tiene el objeto de mejorar la calidad de vida de los pacientes (viejos o niños) y sus familias cuando están enfrentando situaciones de riesgo de vida. El cuidado paliativo es la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la detección temprana y correcta evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas que pueden ser físicos, psicológicos o espirituales. (párr. 2)

La Organización refiere varios puntos a tomar sobre este cuidado, que va del lado de la responsabilidad del paciente y sus familiares, que es un punto de vista amplio al que se debe como una adversidad, pero también como un beneficio. Esto se encuentra declarado en la página de la siguiente manera:

- fundamental para mejorar el bien estar, el confort y la dignidad de los individuos;
- la información adecuada, personalizada y culturalmente adaptada a cada paciente en su estado de salud;
- cuando el paciente tiene la responsabilidad por las decisiones sobre su tratamiento;
- la función ética de los profesionales de salud en el alivio del dolor y sufrimiento físico, psicosocial o espiritual;
- el abordaje realizado por diferentes disciplinas, pero con la misma finalidad que es de abordar las necesidades de los pacientes y sus familias;
- una responsabilidad ética de los servicios de salud. (párr. 1)

La Organización Mundial de la Salud también declara en su *web* sobre los Cuidados Paliativos lo siguiente:

- alivian el dolor y otros síntomas angustiantes;
- afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte;
- integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente;
- ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte;
- ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo;
- utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado;
- mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad;
- pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejores complicaciones clínicas angustiosas. (párr. 4)

CAPITULO II: PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Explicar y comprender las razones que impulsan a los individuos a obrar como lo hacen, prever cuál será su comportamiento y, en ciertos casos, encontrar el medio de modificar la conducta. Su campo es la patología de la personalidad, pero sin descuidar los recursos y potencialidades sanas del individuo. (Amoros, 1980)

2.1 Perfil del psicólogo clínico

Alrededor del mundo el trabajo del psicólogo clínico está tomando más prevalencia ante las instituciones. ¿Por qué? Aparte de ser uno de los requisitos para poder conformar de manera correcta una institución tal parece que cada vez se vuelve más necesario. Empresas grandes que contratan a diversas profesiones para cumplir con lo que esta propone se ven inmersas en que ese cumplimiento sea excelente.

Una de las formas de manejar bien una empresa será que estructuralmente responda a todos los requisitos, que cuente con diversas áreas que cumplan con las metas de esta y a su vez, que exista la atención y buen manejo del personal.

Por eso, en este punto se tratará sobre el perfil del psicólogo clínico, cuáles serán los referentes para decir que este profesional es el indicado para el cargo. Asimismo, en los siguientes puntos de este apartado, tendrán la intención de explicar el trabajo del psicólogo en el hospital.

Sobre el perfil del psicólogo se incluye la ética, la forma del trabajo que al iniciar la carrera se resume en que se debe atender al paciente sin prejuicio, manteniendo sus dichos para el profesional y a su vez comprender e intervenir de manera eficaz para que la persona que va a la consulta pueda desenredar sus problemas para luego ver soluciones.

Sobre esta ética, hay códigos, los que la Sociedad Mexicana de Psicología (2009) ha expuesto y que sirven de instrumento para el ejercicio profesional. Entre estos se encuentran:

1. Garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos.
2. Vincular explícitamente las normas que prescriba con principios generales.
3. Apoyar a la mayoría de las áreas de aplicación de la psicología.
4. Ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones como para educar a terceros.
5. [Enunciar] claramente las normas de conducta [que el paciente] prescriba.

¿Ante que responde el psicólogo clínico? Para los profesionales Cedeño, Rodríguez, Escobar y Sosa (2017) en su trabajo sobre el perfil de este profesional y su demanda, mencionan:

[Se] encarga de la salud mental, diagnóstico, intervención y la rehabilitación de personas que sufren trastornos mentales y físicos; es la disciplina que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las irregularidades que se evidencien en los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar. (p.4)

2.2 Rol del psicólogo clínico

Para la Real Academia Española, el rol tiene que ver con el papel que se va a desempeñar, en este caso el del psicólogo clínico. (RAE, 2019, p.1) ¿Cuál será el papel a tomar por parte de él? Compas y Gotlib (2003) en su libro *Introducción a la psicología clínica* comparten que: “Los psicólogos clínicos se orientan hacia las personas que experimentan significativa aflicción emocional, que padecen de angustia y cuyo comportamiento es motivo de preocupación para los otros, o cuyos problemas se manifiestan en un trastorno psicológico [identificable]” (p.7).

Tomando en cuenta que el rol es un papel, el psicólogo clínico trabaja en muchos campos. Las organizaciones serán su punto de partida, el psicólogo clínico se centrará más en lo educativo y en la salud (campo que se trabajará en esta investigación).

Sobre el campo educativo, Garaigordobil (2009) en el Primer Encuentro Nacional de Profesionales de Psicología de la Educación realizado en Barcelona, España, dirá que:

El psicólogo es una figura clave en el desarrollo funcional y equilibrado de un centro educativo en todos los niveles... atender y fomentar el desarrollo psicológico en todos sus componentes -psicomotriz, intelectual, social, afectivo-emocional- y en los 3 agentes principales del sistema educativo (alumnos, padres y profesores). (p. 14)

En este sentido, se entiende deberá haber una colaboración por parte de los padres y los docentes. El psicólogo clínico efectuará para el alumno una valoración que después debe ser evaluada externamente por un profesional o los que se requieran, en el caso de los profesores se hará un asesoramiento sobre el manejo del alumno entendiendo la

singularidad de cada uno y también con los padres para hacer el seguimiento de una intervención en caso de que el tutorado la necesite. (Garaigordobil, 2009)

Sobre el campo de la salud, Piña (2010) compartirá en su investigación sobre el rol del psicólogo clínico en el ámbito de la salud que:

[Se desempeñará] con eficacia, responsabilidad y sentido humanitario, en equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, en los campos profesionales de la salud, educación, ambiente y otros... identificar con objetividad, [sistematizar y ordenar] los eventos y factores que intervienen en los fenómenos psicológicos... elaborar programas de intervención congruentes con el tipo de problemas que atenderán, así como aplicar con responsabilidad los procedimientos elegidos, y evaluar y contrastar planes, programas y acciones de intervención psicológica en forma coherente con los criterios metodológicos, teóricos y éticos de la psicología. (p. 13-14)

Por otro lado, García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas (2008) en su investigación sobre el Panorama de la psicología clínica y de la salud, plantean las siguientes áreas por las que el psicólogo clínico labora, las cuales son:

- Gabinetes privados de consulta, asesoramiento y tratamiento.
- Equipos de atención primaria en centros de salud u hospitales.
- Unidades de salud mental en hospitales.
- Unidades de Neuropsicología (centros privados u hospitales).
- Unidades de rehabilitación (hospitalarias o comunitarias).
- Hospitales psiquiátricos.
- Centros Geriátricos.
- Unidades Materno-Infantiles en hospitales.
- Centros de atención psicológica infantil (privados o en hospitales).
- Unidades de dolor crónico.
- Cuidados paliativos y atención a enfermos terminales.
- Centros de voluntariado u Organizaciones No Gubernamentales de atención a personas con discapacidades.
- Unidades de Salud Laboral. (p.11)

2.3 Funciones del psicólogo clínico

Para la psicóloga clínica Gloria Peláez la función del profesional en psicología clínica se enmarcará por tres momentos o escansiones. Estas son evaluación, diagnóstico e intervención, esta última ayudaría a proponerle al paciente un

asesoramiento, una psicoterapia o en caso de no compartir el enfoque del profesional, tener una derivación.

Peláez (2016) en este tema del psicólogo clínico y su función en su libro *Fundamentos de psicología clínica* expone a la evaluación, diagnóstico e intervención de la siguiente forma:

Evaluar significa identificar, determinar y valorar las cualidades de lo observado...tener una referencia para apreciar la realidad... El fin primordial de esta función es la obtención de información objeto-persona, que es objeto de la mirada clínica en el escenario del proceso clínico... [De esta manera] el psicólogo clínico con base en su corriente o escuela de pensamiento objetiviza el sujeto sufriente que viene a consulta y centra su mirada en él [analizando] la persona en sí, la madurez de su desarrollo, el yo y sus relaciones con el medio, a fin de identificar el problema, el síntoma, lo anormal, las limitaciones. (p. 91- 93)

[El] diagnóstico [se ordenará por] aquello que se considere disfuncional, desadaptado, anormal o alterado. [Y] el diagnóstico clínico se emite por tres razones fundamentales: 1. De *comunicación*: da cuenta y explica lo que pasa. Informa sobre el estado del sujeto evaluado; 2. De *intervención*: con base en la anterior de determinan estrategias y focos de intervención, modulándolos y determinándolos; 3. De *pronóstico*: permite inferir el desenvolvimiento que tendría el problema, trastorno o síntoma; en caso de habilidades y destrezas, qué resultados pueden esperar en el desempeño futuro. Para cumplir estas razones fundamentales el diagnóstico debe emitirse basado en datos de la evaluación. (p. 150 – 151)

Intervenir significa operar, entrar, implicarse, inducir, producir un efecto, un cambio, buscando siempre un fin... la intervención como acción y medio, válida para todo psicólogo en los diversos campos... Cada campo delimita sus posibilidades de intervención en relación directa a las epistemes o corrientes presentes en él y en la especificidad que lo sostiene... La intervención es el resultado, a él se llega luego de un proceso de evaluación y diagnóstico; *aparece, emerge* como realidad... se hace posible gracias a la comprensión o juicio que representa el diagnóstico... Su modo de intervención y su estilo [tendrán que ver] con sus propios recursos, más allá de las herramientas técnicas con que cuente para orientar a otros; todos esos recursos están articulados al saber sobre lo que constituye como sujeto y no sólo al saber teórico, epistémico. Se devela aquí la dimensión ética de la intervención clínica, que deja su impronta cuando el sujeto es puesto en acto, independiente de los mandatos del otro, que en la clínica significan rigidez epistémica o exigencia institucional u obligación social y cultural: todas ellas exigen que el sujeto se someta a diversos grados de servidumbre, borrando su especificidad. La tarea que el clínico se impone es precisamente a rescatarlo. (p. 157 – 159)

Ampliando un poco más estos tres momentos, la autora expone que en la evaluación se implicará el cómo ver al paciente que llega a la consulta o ir a atenderle sin que este

llegue al espacio físico del psicólogo, lo que en ocasiones pasa en un instituto educativo o de salud. Explica entonces que en esta evaluación deben estar presentes las incógnitas que define por ¿a quién se evalúa? y ¿qué se evalúa? (Peláez, 2016, p. 90 – 94).

Generalmente los primeros datos a obtener suelen ser edad, institución donde estudie o labore, etc., datos generales. Luego se requerirá de instrumentos para indagar por su personalidad y comportamiento los cuales responden a ser pruebas psicométricas o proyectivas. Por el lado de las evaluaciones psicométricas se obtendrán resultados que respondan a una categoría por edades, contrariamente al proyectivo, ya que en este el sujeto manifiesta en su mayoría lo que piensa o cree.

Para esto dice además, se deben tener presente los siguientes pasos: “a) selección del método de evaluación, b) recolección, selección y organización de la información, c) interpretación y análisis de la información, d) devolución al paciente y finalmente e) informe de evaluación” (Peláez, 2016, p. 91 – 100).

¿Qué se ubica específicamente para la evaluación? o ¿cuál podría ser una aproximación para hacer una debida evaluación?

En primer lugar se presenta una entrevista clínica, la cual será entre el entrevistado y el entrevistador (en este caso, el psicólogo clínico). Esta entrevista va a permitir escuchar los dichos del paciente, será una forma cualitativa de ver los caminos que guíen el proceso inicial.

El fundamento del arte de entrevistar consiste en la capacidad del clínico para hacerse un mapa conceptual de la vida actual y de la historia del consultante, así como las formas de respuesta o reacciones más usuales frente a situaciones precisas, como impasses, logros, pérdidas, coyunturas, faltas. El entrevistador no debe olvidar recoger ideas sobre lo que el entrevistado piensa de sus amigos y de sí mismo, lo que espera hacer y conseguir... (p. 130 – 131)

Es así pues que la tarea del psicólogo será anotar o percibir los detalles minuciosos de cómo el sujeto se relaciona y cómo él se ve así mismo. También al mencionar los impasses, los logros y las pérdidas, es tomar en cuenta el ambiente en que estas se desenvuelven, qué emociones prevalecen ante los eventos. Y para el buen devenir de esta entrevista, se encuentra la siguiente propuesta:

El clínico debe estar atento al desarrollo de las siguientes manifestaciones:

- a) *La ansiedad inicial del cliente y el mantenimiento de un nivel apropiado en el trabajo.* La ansiedad es un indicador de por qué la persona solicita atención. Es causa y motor del tratamiento, que sólo se podrá mitigar durante la entrevista y por medio de la palabra... la ansiedad es un elemento que permite al clínico observar de qué manera la persona está dispuesta para el trabajo. El monto o cantidad de ansiedad, angustia o nervios, del entrevistado obliga una observación cuidadosa, porque dependiendo de su nivel se producirán efectos diversos en la entrevista... un exceso puede producir estados críticos...generar reacciones fuertes para el entrevistado, sea de agresión o de llanto incontrolado, exigiendo una intervención en crisis y en muchas ocasiones el cierre de la entrevista. También un exceso puede ocasionar inhibiciones, parálisis o bloqueos, que impidan el despliegue discursivo requerido... el clínico no busca con esta intervención inhibir en su totalidad el nivel de ansiedad...ni hacerle creer que es un encuentro de amigos... [Sino] que la entrevista sea experimentada con un nivel de aprensión que empuje a la autopercepción al entrevistado: qué dice, cómo lo dice, en relación a quién habla respecto a su padecer, y a su historia.
- b) *Razones o motivos actuales de consulta son aquellos que la persona tiene en el presente inmediato y que lo llevan a consultar.* Debe ser preciso indagar ¿por qué usted está aquí?, ¿qué lo indujo a tomar la decisión de consultar ahora? Identificar por qué fue elegido, identificar si se trata de una remisión de colega o de una persona particular o si simplemente el consultante busco el dato en el directorio telefónico o por internet.
- c) *Motivo de consulta.* No siempre está presente en la entrevista inicial; debe ser configurado a lo largo de la misma ya que constituye el punto de arranque del proceso... estar atento a que si hay un primer motivo explícito en el entrevistado, esté confirmado, pues es frecuente que la persona inicie o centre su discurso hablando de razones diversas, conectadas a veces de manera superficial al principal motivo [y] que para la persona misma puede ser incluso desconocido.
- d) *Encuadre.* Significa el establecimiento de unas reglas que demarcan del proceso el cómo, cuándo y de qué manera se llevará a cabo. El clínico dará a conocer los ejes y líneas a seguir por ambos protagonistas, que configuran las vías de abordaje y representan el entretejido que mantendrá la relación del trabajo... estas reglas deben ser consentidas por el entrevistador.
- e) *Explicación sobre lo que pasa.* En la primera entrevista se manifiesta la perspectiva, la explicación, o incluso la teoría que el sujeto tiene sobre lo que le pasa; con lo anterior comienzan a configurarse la trama, base del trabajo, y los elementos que se tendrán en cuenta para el proceso de evaluación y diagnóstico.
- f) *Relación explícita del malestar con la historia.* Una vez [que] se encuentra en la situación [de hablar] de su problema... muchas veces velada, resumida o comprimida, siempre como respuesta a la ansiedad que produce el encuentro. El entrevistador debe disponerse a aprehender dichas manifestaciones... [para luego] hacer girar la atención e interés hacia las causas de ese malestar... orientar el tránsito

de lo que le pasa y siente al por qué, al cuándo inició y a las explicaciones de ello.

- g) *Relación empática*. El soporte de toda entrevista es una buena relación entre agentes de la entrevista: el psicólogo clínico debe propiciar y sostener una relación empática. [Por su parte] el entrevistado debe experimentar en el primer encuentro la preocupación sincera del terapeuta por su problemática. (p. 133 – 137)

Considerando los puntos expuestos, se toma como importante lo que el paciente trae en la entrevista clínica, lo que promueve también ver cómo dirigir la entrevista. En la práctica y docencia dada en la carrera de psicología clínica ha sido cultural la exigencia de saber que a pesar de tener un enfoque y vías de trabajo distintas, quien conduce el camino es el entrevistador. Varios autores proponen diferentes tipos de entrevista.

Morga (2012) trae en su publicación sobre Teoría y Técnica de la Entrevista las siguientes:

- a) Entrevista estructurada o cerrada. En este tipo de entrevista, el entrevistador se presenta a la entrevista con un cuestionario bien estructurado, que el entrevistado debe responder; el entrevistador se ciñe fielmente al cuestionario y no pregunta nada fuera de él. Conjunto de procedimientos en el que el entrevistador utiliza preguntas dirigidas a un abordaje detallado, ajustado a ciertos objetivos preestablecidos que desea conocer o para los cuales el entrevistado solicita asistencia. La estructura de la entrevista cerrada es rígida, se fundamenta como método en preguntas directas.
- b) Entrevista semi - estructurada. En esta modalidad, si bien el entrevistador lleva un guion de preguntas básicas, tiene la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas que le interesen, o bien omitir algunos temas de acuerdo a su criterio. El objetivo de la entrevista semi - dirigida consiste en invitar al entrevistado a tratar aspectos que no han quedado claros para el entrevistador y llenar lagunas de información. En general esta modalidad se aplica durante las entrevistas posteriores a la entrevista inicial, pues tiene como objetivo recabar datos más precisos que den claridad a la información ya obtenida; también puede utilizarse de manera intermitente, tanto en las modalidades de entrevista cerrada como en algunos momentos de la entrevista abierta.
- c)) Entrevista abierta o no estructurada. En este caso el entrevistador tiene la flexibilidad para adaptar la entrevista a las características psicológicas del entrevistado, avanzando o retrocediendo en función de su propósito. Se le llama abierta por esta característica de no seguir un guion. El entrevistador no propone temas ni hace sugerencias; mediante el uso de este tipo de estrategia el entrevistado puede sentirse con la libertad de tratar, desde su propio punto de vista, los temas que le sean más relevantes.
- d) Entrevista tipo panel. En ella un entrevistador hace una serie de preguntas iguales a un grupo de entrevistados para conocer sus distintas opiniones.

Del mismo modo el formato puede variarse cuando un grupo de entrevistadores entrevistan a una sola persona.

El segundo momento, es el diagnóstico. Aquí, habrá un porqué sobre los problemas que agobia al sujeto, los cuales están íntimamente categorizados (que más adelante se explicará que es un punto de partida pero no de fin), será el medio para poder explicar brevemente el padecer.

Entre los diagnósticos como se suele categorizar, se encuentran los más populares, desde el modelo médico por medio del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* más conocido como DSM (responde más a la parte psiquiátrica) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* conocido como CIE (responden a psiquiatría también pero más a enfermedades en general). Vale recalcar que ambos tienen significantes ediciones y modificaciones ubicándose actualmente en DSM 5 y CIE – 11. No obstante en los varios institutos de salud alrededor del Ecuador, continúa el uso del CIE – 10.

¿En qué infiere y se diferencia del psicólogo clínico respecto al diagnóstico? Si bien el psicólogo toma como criterios estos diagnósticos porque delimitan la parte conductual al categorizarlos, se diferencia porque justamente es sólo un criterio y no un ultimátum. ¿Por qué? Como se menciona anteriormente en la evaluación, pesa mucho la personalidad y el modo que el paciente se ha impuesto para resolver los acontecimientos que se le presentan en la vida diaria y de esto no hay algo en concreto más que un juicio.

Entorno a este juicio, la autora referida anteriormente declarará que estos diagnósticos son en todo caso, una etiqueta vacía, puesto que habla del sujeto pero de manera superficial. Es cierto que apunta, dirige y encasilla al sujeto pero no lo comprende en su totalidad. El diagnóstico es la parte de comprender, entender que atañe a la singularidad del individuo que está hablando.

Detallando que el juicio será como un instrumento más que permita la posibilidad de ver un sujeto en este paciente, relacionado a la ética del psicólogo, quiere decir, valerse por los criterios diagnósticos pero no posicionarse en que se deben cumplir cierta cantidad de síntomas o manifestaciones físicas para afirmar la dolencia. Vale decir, una dolencia no orgánica, sino subjetiva, de la mente de cada ser en el mundo.

A su vez para identificar o ver en qué se mueve la problemática, Gloria Peláez, menciona que se pueden considerar los siguientes modelos: modelo psicodinámico (responde a los síntomas en función a la dinámica propia y con los otros, más el conflicto intrapsíquico), modelo del aprendizaje (cuando los trastornos o la problemática están englobados por el aprendizaje social, conociendo que en este hay conductas más aprobables que otras), modelo cognitivo (los problemas están relacionados a un conflicto del pensamiento que tiene que ver con el sistema nervioso). (Peláez, 2016, p.142 – 150).

2.4 El psicólogo clínico en el hospital

Considerando lo dicho anteriormente, en este subtema y los que vendrán a continuación, se hablará del desenvolvimiento del psicólogo clínico en el hospital. Al igual que los temas que anteceden, se tendrá como dependencia la parte de la función del psicólogo, con la diferencia que se añadirán ciertas variables porque la labor se da en una modalidad distinta dentro de un espacio hospitalario.

[Deberán] convertirse en expertos en: detectar [la] necesidad en los enfermos hospitalizados y en sus acompañantes; en promover su uso; en sensibilizar a los otros profesionales sanitarios en su manejo; y en tratar de implantar sólidamente, caso de que no lo estén, primero en sí mismos y luego en todos los demás médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.– las actitudes de acogida y solidaridad humana, que constituyen el substrato nutriente que les permite salir a la luz en forma de expresiones, gestos, palabras y silencios repletos de humanidad y de consuelo. (Remor, Arranz y Ulla, 2003, p. 19)

Así como manifiestan los autores ante este cargo en el ámbito hospitalario, también permite pensar que desde ese lugar, es dar cuenta de la eficacia del trabajo, promulgado por el psicólogo en ayuda de los demás profesionales, dar una mejor atención al paciente que llega a la institución de salud. Indistintamente como se menciona con experiencia o sin experiencia, debe prevalecer el deseo por aprender y saber manejarse entre los pacientes y los profesionales que intervendrán con este.

2.4.1 Prevención y promoción de la salud mental

Para la Organización Mundial de la Salud (2018) la salud mental es:

- La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales.
- La salud mental es parte integral de la salud; tanto es así que no hay salud sin salud mental.
- La salud mental está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales.
- Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción, protección y restablecimiento de la salud mental.

Igualmente subraya la prevalencia de ámbitos específicos donde debe existir mucha participación, de la cuales ubican:

Enfermedades terminales

Aunque afortunadamente cada vez son más los profesionales que consideran los aspectos psicológicos como algo fundamental en el cuidado del enfermo en fase terminal, aún quedan algunos profesionales médicos que piensan que si el paciente padece un momento de nervios, necesita un sedante; si tiene crisis de llanto, necesita antidepresivos; si muestra expresión de enfado, está atacando personalmente al profesional, o incluso, en ocasiones, a la familia se la ha considerado un factor de entorpecimiento de las tareas profesionales, más que una unidad a tratar. Cada vez más, las necesidades emocionales del paciente y de la familia están recibiendo atención profesional en el momento adecuado. El psicólogo enmarcado dentro del área de la Psicología Clínica y de la Salud tiene el importante papel de sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre las necesidades emocionales de sus pacientes y familias, educar, ofrecer criterios adecuados de derivación y formar un soporte emocional (Organización Mundial de la Salud, 1990). Asimismo, el psicólogo trata de adecuar sus servicios profesionales al plan general de tratamiento de su equipo interdisciplinar, de tal modo que todos los profesionales del equipo compartan los objetivos emocionales y los apoyen. De esta forma, su propia actuación puede ser coherente con los objetivos de las otras especialidades y permite que se trabaje en colaboración para conseguir el máximo bienestar para el paciente y la familia.

Por tanto, atender a las necesidades de todas las personas en esta etapa tan importante de la vida constituye un deber profesional y moral. Cáncer Podemos definir la Psico-oncología como una sub-especialidad de la oncología enmarcada en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud que pretende los siguientes objetivos fundamentales: 1) La prevención primaria: detectando e interviniendo sobre los factores psicosociales que pudieran estar influyendo en el origen del cáncer. 2) La prevención secundaria: detectando e interviniendo sobre los factores psicológicos más importantes que pueden facilitar una detección precoz del cáncer. 3) La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: interviniendo en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares...) en todas las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión con el objetivo de mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física,

autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento.

Trastornos cardiovasculares

La psicología de la salud en el campo de los trastornos cardiovasculares interviene tanto en los factores de riesgo como en el tratamiento farmacológico o psicológico, mejorando la adherencia a las medidas terapéuticas. Con respecto a la intervención preventiva de la enfermedad coronaria, es importante centrar el interés en la evaluación y modificación de diversos aspectos del comportamiento del paciente, en concreto aquellos relacionados con los factores de riesgo biomédicos y conductuales, como pueden ser una alimentación rica en grasas, sobrepeso, abuso de tabaco y alcohol, falta de ejercicio físico, hipertensión y la presencia del patrón de conducta tipo A.

VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) es el agente infeccioso etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La situación actual de esta enfermedad permite dividir las necesidades de intervención de los enfermos con VIH en diferentes campos de actuación para los psicólogos de la salud. En primer lugar, el psicólogo de la salud tiene como una de las principales áreas de actuación la prevención primaria, que tiene por fin intervenir sobre los mecanismos de transmisión que son comportamientos que pueden evitarse. También se trabaja en la prevención secundaria y terciaria, es decir, en la detección precoz, la prevención de la reinfección y de infecciones oportunistas y la potenciación del autocuidado. Un área relacionada con lo anterior es la intervención para mejorar la adherencia al tratamiento con antirretrovirales y el afrontamiento de los efectos secundarios (por ejemplo, la lipodistrofia), que como es bien sabido es uno de los principales problemas para incumplir las prescripciones médicas. (p. 80 – 87)

Esto quiere decir que una persona saludable debe responder a estar bien a nivel del cuerpo y mente, que exista un equilibrio ya que al tener esta homeostasis es poder gozar plenamente de sus actitudes y comportamientos consigo mismo y con los demás, un buen manejo en todos sus ambientes.

Sin embargo en la época actual resulta difícil y un desafío gozar plenamente de la salud. La OMS indica que hay determinantes que ayudan o contaminan esta salud, irónicamente por los factores anteriormente dichos, ¿en qué sentido? En el exceso, el que se aloja por las presiones socio – económicas persistentes, en condiciones de trabajo que provocan el agotamiento o famoso *burn out* laboral y en los cambios sociales rápidos del cual pesa más la intervención del psicólogo clínico. (OMS, 2018)

¿A qué se deben estos cambios sociales rápidos? Al estar inmersos en la cúspide de la tecnología, todo es más accesible y más permitido. La tecnología no sólo ha favorecido el intercambio entre países y beneficios sino que ha logrado conectar a todo el mundo para poder comunicarse y a su vez hacer hincapié en la idea inicial, todo es accesible.

También ha autorizado a que todos sean espectadores de las situaciones más alegres, así como de las catástrofes. En este momento, el mundo se encuentra con los temas de violencia, familias diversas, discriminación por el género, etc. Un sin fin de derechos que antes parecían lejos de lograrse y que ahora hacen más eco a aquel que hace clic para ver un video de un plantón o una protesta sea esta pacífica o no, o contrariamente lo vive cuando pasea o protesta también por las calles de su ciudad.

Compas y Gotlib (2003) exponen que:

Los problemas de salud mental tienen efectos profundos sobre el comportamiento y las habilidades efectivas de las personas en su vida diaria. El deterioro atribuible a los problemas de salud mental incluye el pobre aprovechamiento escolar y laboral, los y rompimiento de las relaciones interpersonales, así como la disminución de la calidad de vida (p.4)

El problema reside en eso, en que no hay límites y este lleva al desborde. Estar inmersos en una sociedad en donde se habla mucho y se entiende poco, provoca una masa de desconocimiento e ignorancia en donde la única verdad es la de uno.

Esto responde a un borramiento del sujeto porque no se habla solo, se habla en grupo, en aquellos que tienen la misma ideología y que al momento de no compartirla, hay un desajuste que provoca efectos colaterales.

En el caso del hospital, por medio de la experiencia se puede constatar aquello. Hay pacientes que llegan al hospital y no se toma a consideración su posición económica, nivel de estudios, etc. ¿El motivo de esta idea? Al no responder todos a una misma categoría social, la manera de transmitir los diagnósticos debe ser variada de modo que cada paciente y familiar que llegue sepa a qué responde el diagnóstico, qué se debe seguir como tratamiento, entre otros. Y en esto se haya también el murmullo al diagnóstico que tiene el de la cama de al lado.

Tal hecho hace que Compas y Gotlib también opinen al respecto sobre la salud mental, por lo que plantean lo siguiente:

Los problemas de salud mental también pueden provocar efectos profundos sobre la salud física y las enfermedades. Pacientes con cardiopatías, que experimentan síntomas de depresión después de un ataque cardíaco, incrementan sustancialmente el riesgo de un segundo ataque...La ineffectividad para manejar el estrés en la vida es un coadyuvante para los problemas de salud, incluyendo la hipertensión y el decrecimiento de la capacidad en el funcionamiento del sistema inmunológico del organismo (p.4)

Es en ese sentido, que a nivel mundial se propone la prevención y promoción de la salud mental, como un recurso para ser más empático con los demás, para entender que el criterio propio también vale y que ese puede promulgar muchos cambios en la vida del sujeto, específicamente del que la padece.

Y por dicha razón la OMS explica que:

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. (párr. 8)

Esto implica ciertas guías o estrategias que la OMS también enuncia como ademanes:

- las intervenciones en la infancia precoz (por ejemplo, la creación de un entorno estable que atienda las necesidades de salud y nutrición del niño, lo proteja de las amenazas y le proporcione oportunidades de aprendizaje precoz e interacciones que sean sensibles, le den apoyo emocional y estimulen su desarrollo);
- el apoyo a los niños (por ejemplo, programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil);
- la emancipación socioeconómica de la mujer (por ejemplo, mejora del acceso a la educación y concesión de microcréditos);
- el apoyo social a las poblaciones geriátricas (por ejemplo, iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día);
- los programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres);

- las actividades de promoción de la salud mental en la escuela (por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños);
- las intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés);
- las políticas de vivienda (por ejemplo, mejora de las viviendas);
- los programas de prevención de la violencia (por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas);
- los programas de desarrollo comunitario (por ejemplo, iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado);
- la reducción de la pobreza y la protección social para los pobres;
- legislación y campañas contra la discriminación;
- promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales. (párr. 11)

Y aunque la prevención y promoción de la salud mental va dirigida a todos, la OMS enfatiza a los grupos vulnerables o por los que se debe tomar más atención así como su tratamiento pertinente. En este se encuentran:

- tratamiento de la epilepsia con medicación antiepiléptica;
- tratamiento de la depresión con psicoterapia y, en casos moderados y graves, antidepresivos (genéricos);
- tratamiento de la psicosis con medicamentos antipsicóticos más antiguos y apoyo psicosocial al paciente;
- aplicación de impuestos a las bebidas alcohólicas y restricción de su disponibilidad y comercialización.

También existe una serie de medidas eficaces para prevenir el suicidio, prevenir y tratar trastornos mentales en niños, prevenir y tratar la demencia y tratar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. El Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) ha elaborado directrices basadas en la evidencia para que los no especialistas puedan identificar y atender mejor una serie de trastornos mentales prioritarios. (párr. 13 – 14)

En tanto la OMS en su asamblea del 2013 sobre su respuesta ante la salud mental, se plantea también la visión para los siguientes años y puntualiza la labor a la fecha tope del año próximo, el 2020.

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. En el marco del Plan, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales.

El Plan de acción tiene el objetivo general de promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales. Está centrado en cuatro objetivos principales orientados a:

- reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo concerniente a salud mental;
- proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades;
- poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental. (párr. 17 – 18)

Este plan de acción ante los trastornos mentales, por lo tanto tiene como objetivo también:

Con miras a alcanzar sus objetivos, el Plan de acción propone y pide a los gobiernos, los asociados internacionales y la OMS la adopción de medidas claras. Los Ministerios de Salud deberán asumir un papel de liderazgo, y la OMS colaborará con ellos y con los asociados internacionales y nacionales, incluida la sociedad civil, en la ejecución del Plan.

- acceder más fácilmente a los servicios de salud mental y bienestar social;
- recibir tratamiento dispensado por personal sanitario debidamente cualificado, en el marco de la atención sanitaria general; el mhGAP de la OMS y sus instrumentos basados en la evidencia pueden facilitar este proceso;
- participar en la reorganización, prestación y evaluación de servicios, de manera que la atención y el tratamiento respondan mejor a sus necesidades;
- obtener mayor acceso a las prestaciones públicas de invalidez y a los programas de vivienda y medios de subsistencia, y participar más activamente en los trabajos y la vida de sus comunidades, así como en los asuntos cívicos. (párr. 18 – 19)

Es así que, en el Ecuador el Ministerio de Salud Pública a través de la Ley Orgánica de Salud (2012) tienen como reglamento lo siguiente:

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

2.4.2 Métodos o formas de intervención

Antes de realizar la alusión al quehacer del psicólogo clínico en el Ecuador, se ha localizado a la gran actividad que se ha realizado en Madrid en su protocolo de intervención psicológica en los centros de atención con drogodependencias que si bien no es el tema a tratar en esta investigación porque implica otro tipo de población, se dialoga sobre la parte inicial de una valoración clínica.

Por lo que realizan en primer lugar esta responde a ser aparte de clínica, una valoración interdisciplinar y evaluación multidimensional, de la que los especialistas en psicología clínica Alonso, de las Heras, Camarena, Casla, de la Cuesta; Martín; Mosteiro; Orozco; Redondo y Soler (2016) exponen:

El proceso de valoración del paciente en sus aspectos bio/psico/sociales resulta fundamental como primer paso para establecer un plan de acción o unas estrategias de intervención adecuadas. La aportación del psicólogo para esta primera valoración interdisciplinar es la siguiente:

- La evaluación de los estadios de cambio
- Los trastornos psicopatológicos. Trastornos mentales distintos al trastorno de abuso o dependencia de sustancias.
- Aproximación diagnóstica según DSM y/o CIE 10
- El estado psicológico del individuo.
- El estado neuropsicológico. (p.12)

En cuanto a la evaluación multidimensional, se propician las siguientes:

1. Área de salud y autocuidados

EJES	VARIABLE
ÁREA DE SALUD Y AUTOCUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas somáticas. Valorar funcionalidad y estilo de afrontamiento. Diagnóstico diferencial. Somatizaciones. • Afectación psicológica derivado de enfermedades físicas: lesiones, dolor.etc...

	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de autocuidado: motivación, facilitadores y barreras. • Alteraciones del sueño: recursos de afrontamiento y su funcionalidad. • Alteraciones de la conducta alimentaria: recursos de afrontamiento y su funcionalidad. • Alteraciones en la sexualidad: recursos de afrontamiento y su funcionalidad. • Utilización de medidas de protección de contagio. Facilitadores y barreras. • Utilización de medidas de prevención embarazos no deseados. Facilitadores y barreras.
--	--

Recuperado de: Protocolo de intervención psicológica del Manual de Servicio de Asistencia de Madrid, España.

2. Área psicopatológica

EJES	VARIABLE
<p style="text-align: center;">ÁREA PSICOPATOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto con la realidad. <ul style="list-style-type: none"> ○ Alteraciones de pensamiento. ○ Alteraciones de la percepción. • Deterioro Cognitivo, afectación de las capacidades cognitivas del paciente y su funcionalidad. • Evaluación de la afectividad y las emociones. • Presencia de síntomas de alteración del estado de ánimo. <ul style="list-style-type: none"> ○ Presencia de síntomas de ansiedad. ○ Presencia de otras alteraciones de la afectividad y las emociones. • Presencia de episodios de descontrol de impulsos. • Riesgo de suicidio. • Evaluación de la personalidad.

Recuperado de: Protocolo de intervención psicológica del Manual de Servicio de Asistencia de Madrid, España.

3. Área familiar

EJES	VARIABLE
ÁREA FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none">• Relaciones familiares.• Estructura y dinámica familiar: Ajuste de la comunicación familiar a la situación y edad del paciente.• Capacidad de la familia para afrontar las crisis con cohesión y adaptabilidad.• Roles asignados/roles deseados.

Recuperado de: Protocolo de intervención psicológica del Manual de Servicio de Asistencia de Madrid, España.

4. Área socio-relacional

EJES	VARIABLE
ÁREA SOCIO – RELACIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Acontecimientos significativos en la vida del paciente.• Historia de aprendizaje en las diferentes fases evolutivas y en la gestión de los eventos significativos.• Capacidad para establecer y mantener relaciones sociales satisfactorias.• Estilo relacional: actitudes personales en las relaciones sociales.• Responsabilidad y conflictividad social

Recuperado de: Protocolo de intervención psicológica del Manual de Servicio de Asistencia de Madrid, España.

Como se expuso anteriormente en esta investigación, en el subtema 2.3 sobre las funciones del psicólogo, el peso del trabajo en gran parte se dará por la apertura del paciente en cuanto este, proporcione para el psicólogo información y detalles considerados como importantes que hayan interferido en las relaciones intra e interpersonales, así como también los ambientes en que se desenvuelve el mismo.

En el caso de la atención en el hospital ecuatoriano al igual que los demás que se rigen bajo la OMS y OPS, puede cambiar cuando se atiende en un consultorio por medio de la consulta externa a comparación de la atención en un área de emergencia.

Cedeño, Rodríguez, Escobar y Sosa (2017) exponen:

En el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se demanda de profesionales en el área de Psicología Clínica, para brindar atención psicológica a usuario/as de demanda espontánea, programados, de interconsulta y referidos, a través de acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; además de realizar acciones de promoción de la salud mental y prevención de problemas intra y extramurales, cumpliendo los protocolos, normativas y estándares de calidad, en el usuario, paciente, familiar y comunidad.(p.9)

Dentro de las actividades esenciales a desempeñar, se encuentran:

- Promociona la salud mental intra y extra mural en todos los escenarios de atención.
- Detecta los problemas de salud mental en grupos vulnerables a nivel familiar y comunitario y refiere a la unidad de salud. Los casos de personas que requieran tratamiento Incluye situaciones de desastre.
- Identifica, diagnostica y trata integralmente los problemas de salud mental en la unidad de salud, incluye interconsultas en la unidad o centros de referencia. Además de referir a nivel de mayor complejidad los casos que se requieran.
- Realiza rehabilitación basada en la comunidad de personas con problemas de salud mental que son atendidas en unidades de salud o contrareferidas.
- Realiza las actividades extra murales que requiera la comunidad e indaga el nivel socioeconómico de los usuarios para que estos accedan a beneficios sociales.
- Realiza las demás actividades requeridas por su inmediato superior dentro de su ámbito de acción. (p.9)

Al igual que el staff médico, el psicólogo clínico que labore en hospital debe tener conocimiento del Manuel CIE – 10 en las que se respondan los criterios diagnósticos hacia los trastornos mentales, el CIF (Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y salud) y el CIDDM – 2 (clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías).

A su vez lo que sólo remite al psicólogo clínico será el conocimiento de patologías clínicas como también técnicas psicoterapéuticas donde pueda trabajar al paciente de manera individual o grupal cuando corresponda con sus familiares, un modelo de atención que integre a todos los que intervienen con el enfermo. En el caso de los

doctores, la labor con ellos se tomaría en la formación constante sobre la promoción y prevención de salud mental.

Desde esta vía el MSP registra competencias técnicas y conductuales de la que el psicólogo debe instruirse. Está referida en un cuadro por dicha institución de la siguiente manera:

COMPETENCIAS TÉCNICAS	
Denominación de la competencia	Comportamiento observable
Identificación de problemas	Compara información sencilla para identificar problemas.
Monitoreo y Control	Analiza y corrige documentos
Planificación y Gestión	Establece objetivos y plazos para la realización de las tareas o actividades, define prioridades, controlando la calidad del trabajo y verificando la información para asegurarse de que se han ejecutado las acciones previstas.
Manejo de Recursos Materiales	Provee y maneja recursos materiales para las distintas unidades o procesos organizacionales, así como para determinados eventos
Generación de ideas	Identifica procedimientos alternativos para apoyar en la entrega de productos o servicios a los clientes usuarios.

Recuperado de: Departamento de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

COMPETENCIAS CONDUCTUALES	
Denominación de la competencia	Comportamiento observable
Trabajo en equipo	Coopera, participa activamente en el equipo. Apoya a las decisiones. Realiza la parte del trabajo que le corresponde. Como miembro de un equipo, mantiene informados a los demás. Comparte información.
Orientación de servicio	Actúa a partir de los requerimientos de los clientes, ofreciendo propuestas estandarizadas a sus demandas
Orientación de resultados	Realiza bien o correctamente su trabajo.
Flexibilidad	Aplica normas que dependen a cada situación o procedimientos para cumplir con sus responsabilidades.
Construcción de relaciones	Entabla relaciones a nivel laboral. Inicia y mantiene relaciones sociales con compañeros, clientes y proveedores.

Recuperado de: Departamento de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2.4.3 Desconocimiento de la enfermedad

Durante las prácticas pre – profesionales que se ha tenido durante el período 2019 – 2020 en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo se ha logrado ver como en los pasillos, en las áreas de observación de adultos, cuidados intermedios y unidad de cuidados intensivos, pertenecientes a todo lo que comprende la emergencia de dicho hospital, es un esfuerzo tanto para los familiares como para el paciente aceptar o admitir el diagnóstico dado por un médico.

En las salas del hospital es común escuchar que siempre se necesita una cama para poner a un paciente, una interconsulta, unos exámenes de imagenología, rayos x, etc. Situación que calma a aquellos que acuden a hacerse atender pues se encuentran en manos de los profesionales de salud pero contrariamente también se halla la preocupación.

Estos sentimientos opuestos podrían responder a que, el sujeto, se advierte de toparse con el horror porque no todos los pacientes que ingresan al hospital salen rápido. Algunos demoran días, semanas, meses y los que requieren de un cuidado especializado, el hospital se convierte en su segunda casa.

De este problema surgirá un cambio total en el ánimo, ya que el estar enfermo es tener que parar de realizar las actividades que se hacían todos los días, situación complicada para aquellos que son el sustento en su hogar, aquellos que el trabajo los motiva todos los días, los que trabajan para mantenerse e incluso aquellos que ya no se encuentran en el campo laboral pero que mantenían en su momento alguna actividad extracurricular, *hobbie*, etc.

Vinaccia y Orozco (2005) dirán en su escrito sobre los Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, que:

La mayoría de las enfermedades crónicas afecta aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen... Una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente

negativas (miedo, ira, ansiedad). [Es así que, también] identifica una serie de reacciones comunes en ésta, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social-familiar. (p. 130)

La investigación como se puede leer, invita al lector a seguir reflexionando como punto importante la aprehensión de la enfermedad del paciente. Retomando el principio de este capítulo, para defenderse de esta noticia fatal, tratan de aislar la situación, negar el diagnóstico porque así también como dicen los autores se conserva la imagen que este individuo tiene de sí mismo, refiriendo a la psiquis, a la construcción de su subjetividad. Es su medio para no preconcebirse con las ideas más catastróficas que puedan pasar por su mente y la respuesta es bloquearse.

[La] negación que se presenta inmediatamente después del diagnóstico, la cual cumple para el paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de adaptación posterior a la enfermedad. De forma conjunta, el sentimiento de miedo se hace presente a lo largo de la enfermedad. Así, cada recaída, visita médica y análisis frecuentes pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento de la enfermedad. (p. 130)

Por otra parte, como dicen los autores, igualmente se encuentra el grupo que busca información respecto a la enfermedad, se apoyan en la familia y se trata de ubicar cuál es el mejor paso a seguir. Luego de aceptar el diagnóstico tratan de agotar todos los recursos posibles de intervención médica para salvar a su familiar, no obstante en el caso de las enfermedades catastróficas o crónicas el final es dirigirse al camino del adiós.

Todo esto responde al desconocimiento, como se relató en el marco conceptual de esta investigación porque por un lado no se quiere saber nada del diagnóstico porque generará en el sujeto una noticia fatal, por otro se puede tener una noción de lo que este diagnóstico significa pero no se quiere saber sobre los límites y alcances que este tendrá y por último la idea de no saber, que también llama a investigar, buscar y

asesorarse; es una forma de implicarse y hacerse visible y dispuesto a tomar un tratamiento.

¿Por qué es importante o relevante aquí la intervención por parte del psicólogo? Como se indica, el absorber todo este tipo de situaciones van a producir cambios abismales en las emociones y como la idea de la salud mental es ayudar a este paciente a comprender de mejor manera una situación específica, es el psicólogo que en su máximo desempeño, tendrá la gran habilidosa y dificultad de trabajar con estos pacientes.

Porque a pesar de más o menos entender su situación particular “después de un lapso, el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; en ese momento aparecen los sentimientos depresivos, luego de entender las consecuencias y condiciones de tener o padecer una enfermedad crónica” (p – 30) y no solamente surgen sentimientos depresivos, en la práctica se ha podido ver que también presentan episodios de angustia, desesperación, desesperanza, ansiedad, etc.

De manera que, es asertiva la propuesta de la OMS ante estas enfermedades, de hecho en el año 2018 emitieron un comunicado el cual su encabezado es: La Comisión hace un llamamiento a la adopción de medidas urgentes contra las enfermedades crónicas. En el cual se expresa lo siguiente:

En conjunto, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares y cardíacas matan a 41 millones de personas cada año, lo que supone el 71% de todas las muertes en el mundo. Unos 15 millones de esas muertes son de personas entre los 30 y los 70 años de edad. (párr. 1)

Por eso, en consecuencia, el foco de atención es latente a esta población de personas incluso porque se empieza a una edad temprana de la adultez y se padece en los años siguientes y con más frecuencia en el adulto mayor, donde aparte afrontar una enfermedad catastrófica también se ve inmerso en los temas de jubilación, de cuidados especiales, del qué pasa en la vejez y que se hace desde ese lugar.

La OMS en su plena labor y obligación de resguardar a la salud, en la misma comisión propone seis recomendaciones, que secundan el planteamiento del desconocimiento de enfermedad. Entre esas seis recomendaciones, se hallan:

En su informe, la Comisión presenta seis recomendaciones:

Los Jefes de Estado y de Gobierno deberían asumir la responsabilidad en lo que respecta al programa sobre ENT, en lugar de delegarla exclusivamente en los ministros de salud, puesto que esa responsabilidad requiere la colaboración y cooperación de muchos sectores.

En función de las necesidades de salud pública, los gobiernos deberían identificar y aplicar un conjunto específico de prioridades en el marco general del programa sobre ENT y salud mental.

Los gobiernos deberían reorientar los sistemas de salud con el fin de incluir en sus políticas y planes para la cobertura sanitaria universal la prevención y el control de las ENT.

Los gobiernos deberían fortalecer la reglamentación eficaz y la apropiada interacción con el sector privado, los círculos académicos, la sociedad civil y las comunidades.

Los gobiernos y la comunidad internacional deberían desarrollar un nuevo paradigma económico para financiar las actividades relativas a las ENT y la salud mental.

Los gobiernos deben fortalecer la rendición de cuentas ante sus ciudadanos en lo concerniente a las ENT y simplificar los actuales mecanismos internacionales de rendición de cuentas. (párr. 15 – 19)

2.4.4 Estigmatización social frente al diagnóstico médico

¿Qué ocurre cuando el sujeto es mirado y criticado por cómo es? Usualmente esta pregunta viene a la cabeza de todo el mundo, no solamente por parte del psicólogo clínico. Es común que el vivir en sociedad implique buscarse un grupo en el cual encajar y sentirse identificado. Desde la edad más temprana del individuo, este ya pertenece a un grupo, su círculo familiar.

A este individuo se le da un nombre, un puesto y lugar en la familia que luego al entrar a la escolarización empieza a ver otro mundo, el de sus amigos y en la adolescencia aún más, acompañado de personas adultas sean estos profesores como referentes de ejemplo. En esta vía el sujeto se reconoce y autoreconoce a partir de los demás.

En tanto se identifica con algo o alguien, busca la unión o tener la relación con dicha o dichas personas, se comparte la igualdad de criterios, acciones, comportamientos, etc. Los cuales siempre están íntimamente enlazados a la subjetividad de cada quien.

Aristizábal (2013) sobre *La enfermedad como estigma* plantea que:

Padecer una enfermedad es una carga para cualquiera. Algunas dolencias, como la hipertensión, requieren de un tratamiento farmacológico de por vida. Sin embargo, tener la presión alta no representa un obstáculo para tener amigos, para conseguir vivienda ni acceder a un tratamiento. Otros males, sin embargo, no solo son una calamidad por sus síntomas físicos sino por el estigma que generan en la sociedad. (párr. 2)

¿Qué ocurre cuando ya no se encaja en algún lado? Hay estigmatización, porque para cualquier persona debe ser normal y necesario que por lo menos se pertenezca a algo, sea una afinidad en el deporte, arte, habilidades, inteligencia, gustos, etc. Un sinnúmero de variables que hace pensar que es imposible no pertenecer a algún lado. Que de hecho si existe, sólo que esos grupos suelen ser minoritarios, pero, muy unidos al igual que los grupos sociales grandes.

Ahora, enunciado a la enfermedad, frente esta estigmatización, el sujeto va a dejar de tener un nombre a tener un diagnóstico y ese es el inicio del *iceberg*. La OMS (2019) en su publicación sobre *El estigma y la discriminación obstaculizan el acceso al diagnóstico precoz y al tratamiento de la lepra en las Américas* lo pone sobre la mesa: “[la] discriminación, el estigma y los prejuicios que rodean a la enfermedad continúan obstaculizando los esfuerzos para detener aún más su transmisión” (párr. 1). y no necesariamente tiene que ser una lepra, aquí es a todas las enfermedades en general, ya que no solamente tendrá que pasar a ser señalado por los profesionales ante el prejuicio individual de cada uno de ellos sino también para aquellos que desconocen la enfermedad, los que conocen de la enfermedad y les provoca morbo y miedo y asimismo los que podrían tener el mismo diagnóstico pero que no se juntan con aquella persona que tienen su cuadro médico más grave.

Analizando esta manifestación de parte de la OMS, se piensa que el paciente tendrá un mal juicio sobre sí al igual que los otros protagonistas, porque en su idea de seguir siendo aceptado, se niega a confesar su enfermedad (como se da comúnmente con pacientes con VIH) además que, si acepta y comparte su diagnóstico tiene miedo de que empiecen a alejarse. El desconocimiento y la estigmatización provocan que tanto familia como amigos busquen estar a centímetros de esa persona, sin pensar cómo esta vaya a reaccionar.

Esto no solo ha llevado a que a las personas afectadas por la enfermedad se les niegue el acceso a la atención, la educación e incluso la libre circulación, sino que esta discriminación continúa implica que muchos no busquen tratamiento

médico hasta que los síntomas les alteren su vida de manera definitiva. (Organización Mundial de la Salud, 2019, párr. 5)

En este punto sí es grave, porque al no sentirse seguro ya ni con la propia imagen es perder identidad, y el paciente quiere seguir resguardando lo que ha sido siempre y se obliga a continuar su vida como si no ocurriera nada hasta que los síntomas y efectos empiecen a aparecer para recién allí irse a revisar con el médico, en ocasiones hasta sin decir su diagnóstico aunque tenga el pleno conocimiento sobre este.

La OMS en varios artículos, habla de ciertas enfermedades catastróficas con su alto índice de morbilidad y mortalidad (las mismas que se han presentado con gran frecuencia en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo).

Por ejemplo, en el caso del VIH la OMS (2019), a mediados de año a través de un comunicado de prensa, expresó revisar las recomendaciones sobre el uso de anticonceptivos hormonales para mujeres con alto riesgo de infección por VIH, de las que destaca:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha revisado sus orientaciones sobre el uso de anticonceptivos a fin de incorporar los nuevos datos que demuestran que las mujeres con alto riesgo de infección por VIH pueden utilizar cualquier tipo de anticonceptivo reversible, como inyecciones de progestágeno solo, implantes y dispositivos intrauterinos (DIU), sin que aumente el riesgo de infección por VIH. (párr. 1)

¿Qué se puede interpretar en este comunicado? Más allá de promover el uso de anticonceptivos a fin de protegerse de alguna ITS o VIH, en general se está hablando de cómo el mundo se está manejando incorrectamente en sus relaciones sexuales y los efectos vienen después al contraer alguna enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo, la cita permite ir más allá y es que, el no informarse y no preguntar debidamente a un médico sobre como gozar con su cuerpo, el ser humano se deja llevar por su instinto y comete errores de los cuales son irreparables después.

¿En dónde se podría hallar la estigmatización? Siempre ha sido un tabú hablar sobre el sexo y más cuando se tratan de enfermedades de transmisión sexual. La idea de hablar del sexo es silenciada porque refiere a ser una práctica carnal, la religión incluso promueve que el único fin es el de la reproducción para tener una familia y más allá de eso no debe ocurrir. En la actualidad las relaciones sexuales se viven desde

temprana edad, asimismo de manera oculta principalmente los jóvenes que próximamente serán adultos, quienes generalmente contraen este tipo de enfermedades y se involucran en el diagnóstico del VIH porque quieren vivir todo tipo de experiencias que den un máximo de placer.

La OMS (2009) en su comunicado sobre *VIH y los jóvenes*, expone que:

Los jóvenes de entre 15 y 24 años representaron en 2009 un 40% del total de nuevos casos de infección por el VIH. En los jóvenes, el riesgo de infección por el VIH está estrechamente relacionado con la edad de inicio de las relaciones sexuales. Promover la abstinencia y retrasar el inicio de la actividad sexual son algunos de los objetivos clave de los esfuerzos de prevención del VIH en los jóvenes... En lo que respecta a los jóvenes sexualmente activos, es fundamental promover la reducción del número de parejas sexuales y aumentar el acceso a unos servicios de prevención integrales –que incluyan intervenciones de educación para la prevención y programas de distribución de preservativos–, fomentando la utilización de los mismos. (párr. 1 – 3)

No obstante, ese no es el único problema, el contraer este tipo de enfermedades cambia la vida como se ha expuesto mencionadas veces, incluye una carga emocional con la cual es difícil lidiar.

Para Piergiorgio (2013) en su publicación sobre *Las edades del sexo* en el sitio web de *La Vanguardia* indica lo siguiente:

El problema es que a esta edad los jóvenes no saben valorar las consecuencias de sus actos. No sólo me refiero a embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, sino al impacto emocional de sus encuentros y a saber gestionarlos a nivel emotivo. (párr. 9)

Por tanto, se omite la parte emocional y prevalece la responsabilidad que traerá el contraer la enfermedad o el embarazo, la cual debería tomarse en cuenta puesto que los futuros padres o personas que podrían contraer una enfermedad sexual se apuntó estadísticamente es la adolescencia temprana, momento crucial en la resignificación de la identidad, una etapa cargada de emociones y tomando como referente a varios sujetos para poder pertenecer a un grupo social.

Otro tema controversial del que no se habla es sobre cómo afrontar la muerte del individuo, dependiendo de la enfermedad catastrófica que se refiera, irán dándose los ciclos o etapas por pasar antes de fallecer. Para todas las personas involucradas es un

tema poco abordable, porque no se tiene un manual para poder explicar en qué terminará o cuál será el resultado final.

Gillet (2018) en el canal *BBC* trata el tema de *¿Cómo se habla de la muerte con alguien que se está muriendo?* de la cual parte con la historia de Becky Bevers, una paciente con cáncer de mama que comparte su diagnóstico y expresa obtener varias reacciones por parte de todos, la paciente menciona algunos puntos:

"En los primeros días algunas personas me evitaban, porque no podían hacerme frente".

"Tal vez porque no me veo mal, me he encontrado con conocidos que me dicen: 'No pareces enferma'. Como si yo estuviese mintiendo".

"Lo peor es cuando la gente dice 'intenta ser positiva'. Soy una persona muy positiva, pero he tenido mis momentos y lloro mucho".

"Las estadísticas dicen que es poco probable que llegue a los 38".

"No tengo idea de cómo será mi final, si será doloroso, si se extenderá, si necesitaré cuidados especiales...".

"Ellos (médicos y enfermeras) son reacios a tener estas conversaciones porque están enfocados en salvar tu vida".

"Tal vez su último deseo es ver la puesta de sol. Si no tienes estas conversaciones abiertas, nunca lo sabrás". (párr. 8 – 11)

¿Qué hacer o qué decir? Claramente lo dice la paciente Becky, nadie lo sabe ni el mismo paciente y demostrarse positivamente como si no ocurriese nada, no arregla la parte emocional de ellos, hablar claro tampoco parecería una respuesta concreta. Lo que se puede interpretar a partir de la experiencia es que los pacientes sí desean saber sobre su enfermedad y cuáles serán las consecuencias de la misma pero que esta explicación de todos modos sea dicha con cautela porque nadie se encuentra preparado para morir, ni siquiera los adultos mayores porque ellos aspiran a morir en el hogar no en un hospital.

El consejo que ella da es seguir la corriente del paciente, quiere decir estar de la forma en que el paciente se manifiesta, si hay días tristes; contenerlo, escucharlo, no intervenir sino ha pedido la voz de la otra persona y asimismo cuando este de ánimos y plantee ideas poder responderlas, acompañándolo pero no advertirse de introducir comentarios que el paciente no quisiera oír.

También es pensar en realizar actividades que lo hagan sentir cómodo al sujeto, ese es el otro testimonio de Peter Buckle, quien perdió a su esposa tras un tumor cerebral. No es sólo echarse al abandono de perder la vida sino disfrutar lo último que queda, ver las posibilidades que se presenten y brinde el *staff* médico, no se puede hablar sobre esperanzas de vida pero sí de hacer actividades que animen al sujeto a estar emocionalmente estable.

Por esto, estigmatización provoca en el paciente el temor por compartir su estado tanto médico como anímico y las respuestas negativas que luego serán el motivo para atenderlas porque las respuestas emocionales que tendrán, serán en gran medida por el medio ambiente, una sociedad que desconoce o no maneja la educación sexual de manera correcta y en el sentido de poder atender estos pacientes es ayudarlos a aceptar el tratamiento, dialogarlo con su familia para que lo acompañen en los procesos que deba hacer y asimismo una contención emocional ya que todos los diagnósticos por enfermedades catastróficas sin distinción alguna, necesitan la atención pertinente. Cambiar la vida totalmente siempre va a ser un acto invasivo para el sujeto.

2.4.5 Efectos del tratamiento

Cuando se obtiene el diagnóstico por enfermedades catastróficas, el siguiente paso es la modificación de los hábitos alimenticios, dejar el trabajo si es necesario y también someterse a procedimientos prolongados, los cuales pueden vivirse como invasivos para el sujeto.

En el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, se pudo presenciar durante la práctica las siguientes enfermedades catastróficas más frecuentes: VIH, infarto cerebral, cáncer de estómago, cáncer de las vías biliares, cáncer de pulmón, enfisema pulmonar, enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica y trastorno de pánico. Se tomarán en cuenta el diagnóstico de los pacientes cuyo procedimiento es visible para ellos.

En el caso de VIH, Mayo Clinic, una organización sin fines de lucro, resalta en el año 2019 sobre qué ocurre luego de dar con dicho diagnóstico. En primer momento se busca evaluar en que estadio se encuentra la enfermedad por lo cual realizan una diversidad de pruebas, las cuales son:

- **Recuento de linfocitos CD4:** Son glóbulos blancos que el VIH detecta y destruye de manera específica. Incluso si no tienes síntomas, la infección

por VIH profesa a sida cuando el recuento de linfocitos CD4 desciende a menos de 200.

- **Carga viral (ARN del VIH):** Esta prueba mide la cantidad de virus en la sangre. Una mayor carga viral se ha vinculado con un peor resultado.
- **Resistencia a los medicamentos:** Algunas cepas de VIH son resistentes a los medicamentos. Esta prueba ayuda al médico a determinar si tu cepa específica del virus es resistente y orienta las decisiones del tratamiento. (párr. 6 – 9)

Así mismo, esta enfermedad provoca ciertas infecciones que a través de un examen de laboratorio se manda a examinar si hay: tuberculosis, hepatitis, toxoplasmosis, infecciones de transmisión sexual, daño en el hígado o en los riñones, infección urinaria. El que se ha destacado en el hospital, ha sido tuberculosis. ¿Qué ocurre aquí? El VIH de por sí lleva una medicación antirretroviral (TAR) que ayuda a que el paciente tenga una vida saludable y así poder obtener más tiempo de vida así como también reducir el riesgo de transmisión sexual.

No obstante, cuando se adhiere la tuberculosis al diagnóstico de VIH se complica el estado de salud del paciente cuando esta se convierte en enfermedad tuberculosa. INFOSIDA (2019) destaca lo siguiente:

La opción de los medicamentos contra la tuberculosis se usan para prevenir la tuberculosis latente se convierta en enfermedad tuberculosa. [¿En qué se diferencian la tuberculosis latente y la enfermedad tuberculosa?] En la tuberculosis latente, no crece en el cuerpo, no le causa síntomas a la persona ni la hace sentir enferma, no se puede propagar de una persona a otra... La enfermedad tuberculosa está activa y crece en el cuerpo, hace que la persona se sienta enferma, puede causar la muerte si se deja sin tratar. [Dentro de los síntomas, se ubican:]

- Tos persistente que puede producir sangre o esputo
- Dolor en el pecho
- Fatiga
- Inapetencia
- Adelgazamiento
- Fiebre
- Sudoración nocturna (párr. 10 – 11)

¿Qué provocaría esto? Tener las defensas bajas y por consiguiente tener que pedir a los familiares sangre para que los linfocitos puedan aumentar y así no estar inmune a cualquier tipo de enfermedad. No obstante cuando se realiza este tratamiento o algún otro que implica ingresar medicación dentro del cuerpo, el sujeto tiende a sentirse sin

ánimos o puede tener reacciones en su comportamiento tales como episodios de tristeza o agresividad, los cuales se producen como respuesta.

ONUSIDA (2001) sobre *El sida: cuidados paliativos* departen sobre los ciertos comportamientos, declarando que:

La fatiga, la falta de energía y el malestar son síntomas comunes que comparten las personas afectadas por la enfermedad por el VIH. El 40 – 50% de las personas que están en la etapa avanzada perciben la fatiga como un síntoma doloroso. Suelen existir muchas razones para la fatiga, pero esa puede asociarse con:

- Anemia.
- Efectos directos del VIH en los sistemas nervioso central y neuromuscular.
- Malnutrición y emaciación.
- Infecciones secundarias y tumores.
- Efectos adversos del tratamiento medicamentoso.
- Dolor crónico.
- Insomnio.
- Depresión.

Los cambios en el trabajo y en las responsabilidades del hogar pueden permitir que las personas con fatiga afronten mejor la enfermedad y aumenten su calidad de vida. (p.7)

Asimismo, concuerda el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2019) sobre la salud mental entorno al VIH, y declaran en su publicación *¿Cómo podría afectar el VIH mi salud mental?* A la depresión como afección común en estos pacientes, mencionan que:

Los síntomas pueden incluir:

- Tristeza persistente.
- Ansiedad
- Sentimiento de “vacío”.
- Sentimiento de impotencia.
- Negatividad.
- Pérdida del apetito.
- Falta de interés en interactuar con los demás.

Entre los proveedores de atención de salud mental se incluyen los siguientes:

- Psiquiatras: médicos con capacitación clínica que tratan los problemas de salud mental mediante varias terapias, como la terapia hablada y con medicamentos recetados.
- Psicólogos: profesionales capacitados que ayudan a las personas a sobrellevar los desafíos de la vida y problemas de salud mental con terapias.

- Grupos de apoyo. (párr. 2 – 6)

Para los casos de enfisema pulmonar, este causa un daño grave a los pulmones el cual ocurre cuando hay un uso discriminado del tabaco en la mayoría de los casos o también por una producción baja por parte genética en las enzimas alpha – 1, dando como consecuencia una insuficiencia para respirar. Cuando se agrava la situación del paciente se debe optar por una cirugía, la traqueotomía.

Mayo Clinic (2018) describe a la traqueotomía como:

Es un orificio creado quirúrgicamente a través de la parte frontal del cuello y en la tráquea. Proporciona un pasaje de airea para ayudar a respirar cuando la ruta habitual de respiración se encuentra obstruida o alterada de alguna manera. Una traqueotomía es, con frecuencia, necesaria cuando los problemas de salud requieren el uso a largo plazo de una máquina (respirador) para ayudar a respirar. (párr. 1)

A pesar de la factibilidad de esta cirugía, los profesionales de la salud también exponen los riesgos de los cuales, la misma organización indica las siguientes complicaciones:

- Sangrado.
- Daño en la tráquea.
- Aire atrapado en el tejido debajo de la piel del cuello (enfisema subcutáneo), que puede causar problemas de respiración y daño en la tráquea o esófago.
- Acumulación de aire entre la pared del tórax y los pulmones (neumotórax), que produce dolor, problemas de respiración o colapso pulmonar.
- Se puede acumular sangre (hematoma) en el cuello y comprimir la tráquea, lo cual produce problemas de respiración.
- Mala colocación o desplazamiento del tubo de traqueotomía.

Cuando más tiempo quede colocada la traqueotomía, más probable será que se presenten complicaciones a largo plazo. Estas complicaciones son:

- Desplazamiento del tubo de traqueotomía de la tráquea.
- Estrechamiento de la tráquea.
- Formación del tejido anormal en la tráquea.
- Obstrucción del tubo de traqueotomía.
- Desarrollo de un pasaje anormal entre la tráquea y el esófago (fístula), que puede aumentar el riesgo de que ingresen líquidos o alimentos en los pulmones.
- Desarrollo de un pasaje entre la tráquea y la arteria innominada (fístula traqueoinnominada), que puede generar un sangrado potencialmente mortal.
- Infección.

- Colonización bacteriana, que puede causar enfermedades, como neumonía. (párr. 12 – 19)

En esta enfermedad, a partir de la experiencia pre – profesional se puede destacar que aquellos pacientes que tuvieron que someterse a esta intervención quirúrgica, se los tuvo que acompañar apenas abrieron sus ojos para explicarles el procedimiento del que había salido, hubo un caso de una paciente que tenía asistencia respiratoria, pero como se menciona anteriormente la dificultad aumentó y produjo que se realice de urgencia una traqueotomía, esto provocó una reacción de angustia a la paciente, no entendía lo que ocurría y su cuerpo lo sentía extraño.

Rodríguez y González (2006) realizaron un documento sobre *Preparación psicológica ante procedimientos invasivos* para la docencia médica del Hospital Meijeiras en Cuba, de la cual manifiestan que:

De estas intervenciones se conocen entre los síntomas más frecuentes los miedos y temores, referidos a la muerte, a la anestesia, al dolor, al diagnóstico y al futuro, además aparece ansiedad, angustias, estados de negación y preocupaciones, estas últimas dirigidas a consecuencias individuales, familiares, económicas, laborales, situacionales. Las preocupaciones centradas en el futuro se relacionan que con el acto quirúrgico o diagnóstico como tal, esto se ve con mayor frecuencia en aquellas intervenciones en pacientes con patología oncológica y las cirugías mutilantes. (p. 2)

La dificultad con dicha paciente y su incógnita era si podría volver a hablar, porque su trabajo requería del uso constante de su voz, por lo que tener dicho aparato no permitía emitir sonido alguno y por consiguiente, a pesar de que era un trabajo independiente, debía dejarlo por la complejidad respiratoria. Tuvo una crisis de angustia de la cual tuvo el apoyo total de psicología que con recursos se logró exteriorizar lo que quería decir a través de papeles con una pluma, y así trabajar clínica dejar el temor de no volver a tener una voz. Este acontecimiento no refería a una patología grave por lo que con el acompañamiento terapéutico y evolución positiva de la paciente hicieron que se quitara el aparato quirúrgico tras su estabilización.

En el cáncer de estómago, se realizan exámenes físicos relacionándolos con antecedentes que refieran a una afección como *helicobacter pylori*, gastritis crónica, anemia, pólipos, etc., estudios bioquímicos de la sangre en donde se mida la cantidad de sangre que se libera en los órganos y tejidos la cual cuando se da de forma anormal

es lo que produce la sospecha de la enfermedad y también el recuento sanguíneo completo (RSC), en este se extrae la sangre para verificar la cantidad de glóbulos rojos y blancos y por último una endoscopia digestiva de la cual si refiere a ser un tratamiento de preparación subjetiva para el paciente. (Instituto Nacional del Cáncer, 2019)

¿Qué es la endoscopia superior? El Instituto Nacional del Cáncer (2019) la define como:

Procedimiento para observar el interior del esófago, el estómago y el duodeno (primera parte del intestino delgado) a fin de determinar si hay áreas anormales. Se introduce un endoscopio (tubo delgado con luz) a través de la boca que pasa por la garganta hasta el esófago. (párr. 1)

¿Por qué se podría negar el acceso a realizarse dicho procedimiento? La mayoría de los casos atendidos han sido pacientes adultos mayores y este proceso siendo quirúrgico tiene un alto riesgo de mortalidad, el cual es informado a los familiares y al paciente y asimismo se debe firmar un consentimiento que apruebe dicho tratamiento.

Rodríguez, Acosta, Fong y Pagés (2009) en su trabajo de revisión sobre *Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales* explican por qué es una problemática y destacan:

Respecto al tratamiento quirúrgico durante años se negó a muchos pacientes mayores debido al temor de que la edad los pusiera en riesgo de muerte alto. Evidentemente, existen factores de riesgo relacionado a los cambios fisiológicos en los ancianos. A medida que los adultos envejecen, hay una declinación fisiológica de los principales sistemas orgánicos, condicionados por el envejecimiento mismo y por los procesos patológicos que observan en las personas mayores. El sistema cardiovascular sufre grandes modificaciones patológicas y fisiológicas en la senectud. Con el avance de la edad, se hallarán con mayor frecuencia enfermedad coronaria aterosclerótica y estenosis aórtica. El grado de isquemia cardíaca y de lesión endocárdica preexistente limita la magnitud del estrés que el sistema cardíaco puede soportar sin descompensación. La hipertrofia ventricular izquierda a menudo se desarrolla como mecanismo compensatorio de la hipertensión sistólica, puede dar lugar a un llenado diastólico incompleto y disminución de la elasticidad ventricular. En consecuencia, el individuo está menos capacitado para responder con un volumen sistólico aumentado durante el estrés quirúrgico. El anciano es sensible a los efectos adversos de los fármacos y a interacciones medicamentosas. Además de la menor capacidad renal para excretar fármacos, también puede tener disminuida la absorción y el metabolismo hepático de estos agentes. (p. 12 – 13)

En este caso, se puede hallar al miedo a la muerte como un factor principal para no querer aceptar los procedimientos, porque ¿quién toma la decisión si el paciente no está en condiciones de hacerlo? o ¿qué cree el paciente que debería hacer? Generalmente los adultos mayores explican haber vivido lo suficiente y que realizar un procedimiento de ese tipo sería mucho sufrimiento, prefieren vivir la etapa tranquilamente en el hogar, estar estables y tener lo que ellos llaman, una muerte digna.

¿Por qué más se preocupa el adulto mayor? Arévalo (2014) en una publicación sobre *Estrategias para manejar conductas difíciles* declara otras posibles causas de preocupación en los adultos mayores, de las que destaca:

Con frecuencia los adultos mayores pueden parecerse enfadados, irascibles y disgustados. Esas son las palabras que tal vez usemos para describir conductas que en el fondo son expresiones externas de miedo, de sentirse sin control sobre las circunstancias, frustrado en algún esfuerzo o vulnerable ante el tiempo. Este sentimiento puede parecerse irracional, pero es muy real para un adulto mayor preocupado por:

- Su integridad física.
- Su estabilidad económica.
- El declinar de sus funciones vitales.
- El entendimiento de que tal vez le quede poco tiempo.
- El afán de trascender y dejar un legado.

Un resultado de esa preocupación puede ser que el adulto mayor adopta conductas disruptivas para ganar algo de control sobre su vida. (párr. 7 – 11)

El control sobre su vida. Para todo individuo es necesario sentir que está vivo y eso es visible cuando tiene el pleno dominio de su cuerpo, por eso los procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos, vivir en un hospital y soportar levantarse para exámenes de laboratorio hacen que se desencuentre con ese dominio, no depende de él sino de los demás que puedan ayudarlo a sentirse mejor. La forma de asimilación es distinta en cada paciente y conforme a esta idea, esto es lo problemático de tratar una enfermedad catastrófica porque se debe descubrir en qué nivel de gravedad se encuentra el individuo, las posibilidades de tratamiento, etc.

El estar enfermo o necesitar de una intervención tan íntima como la que tienen estos pacientes es lo que provoca estas conductas disruptivas, porque lo único que queda es la voz porque del cuerpo ya no depende de sí mismo sino de los otros.

En ese sentir, la psicología clínica ingresa para poder intervenir y de la práctica se puede recoger distintas ideas expresadas por los pacientes, tales como:

- *“Ya sé que me voy a morir, si es así quiero morir en mi casa”.*
- *“Ya he tomado la decisión, el/la que se va a morir soy yo, no ellos”.*
- *“No entiendo por qué me hacen este tipo de cosas si yo me siento bien”.*
- *“Si dicen que he respondido bien a los procedimientos, ¿por qué no me puedo ir?”.*
- *“Quiero vivir bien lo poco que me queda”.*

Por diversas razones se toma muy poco la opinión del paciente y por preservar su vida, se tiende a forzarlo a hacerse todos los procedimientos posibles sin estimar que tan doloroso puede ser, que tan traumático puede ser o que tan bueno sería o no de realizarlo. Esto provoca que se deba intervenir no sólo con los pacientes sino también con los familiares para poder evaluar qué es lo mejor para el paciente.

El objetivo de aquellos que hacen un trabajo clínico en el hospital es poder dar luces o encaminar a las personas a no olvidarse de esa condición, que siguen siendo personas que opinan y que sienten. Ciertamente es difícil para los familiares aceptar que su ser querido que se encuentra en la cama ya no tiene fuerzas para vivir, los seres humanos tienen el anhelo de la eternidad... poco se piensa en la muerte y también sobre lo que se pierde. Se encuentra la esperanza de que el paciente pueda mejorar, incluso sabiendo la gravedad del cuadro diagnóstico, la fe por medio de la religión les permite estar tranquilos y regocijarse desde ese lugar.

Quienes más se aferran a esta idea son los familiares cuyo pariente es joven porque así como hay adultos mayores propensos al cáncer, y otras enfermedades catastróficas, estas no distinguen sexo ni edad. La idea de perderlos se muestra como imposible porque cómo podría pensarse que un padre tendría que enterrar a su hija cuando lo normal debería ser que la hija/o entierre a los padres.

No solamente se niega a aceptar estas situaciones por la culminación del ciclo de vida sino también cuando el diagnóstico nunca dio síntomas como para poder intervenir tempranamente, algunas de las enfermedades catastróficas llegan a ser silenciosas e incluso llegan a confundirse con una enfermedad común.

Cuando se trata de adultos mayores, hay mejor posibilidad de poder intervenir en que estos procedimientos se evalúen correctamente con un doctor tratante o intensivista, de que tan factible podría ser por ejemplo poner una vía central, mandar medicación fuerte al organismo, una operación, etc. El diálogo con los familiares ayuda a que se comprenda que por más que se quiera hacer hasta lo imposible por salvar a sus seres queridos, se tienen limitaciones de las cuales hay que prestar atención, ya que otro problema entorno a estos procedimientos es cuando fracasan.

Existen ocasiones donde por medio del consentimiento informado, ya sea aquel que encuentre hospitalizado como los parientes que le atienden pueden firmarlo para realizarse las intervenciones quirúrgicas teniendo el pleno conocimiento de los efectos adversos. Pero, ¿qué ocurre? Aquellos que aceptan y firman están igual propensos a recibir la noticia de que el sujeto en cuestión no logró asimilar el procedimiento y cuando ocurre no lo pueden aceptar porque se sigue teniendo la idea de que si se realiza algo es para que eso culmine bien, no se toma en cuenta que depende mucho del organismo de cada persona.

Y contrariamente, aquellos que no firmaron porque piensan que su paciente mejorará y fallece, también los inunda un sentimiento de culpa por no haber hecho, es decir por pensar en el “¿qué hubiera pasado si lo hubiéramos intervenido, ¿se habría salvado?” o en el mejor de los casos, ambas partes al ver que su paciente ya no sufre más sienten tranquilidad por haber hecho lo que estuvo a su alcance. La muerte siempre es mal recibida, pero por esos motivos también se intervienen en el hospital porque es seguro que cualquier persona puede entrar, pero la veracidad en poder salir resulta ser algo imposible de determinar.

¿Qué si se puede tomar en cuenta para que la vida vuelva a tener otro sentido?

A partir de las aportaciones por parte de los profesionales sobre las enfermedades catastróficas y la reflexión sobre la práctica pre – profesional, se puede interpretar que, la modificación en la vida de estas personas a pesar de producir comportamientos pocos favorables y pasar por procedimientos intrusivos, el cambiar el ambiente en que se desenvuelve y con el apoyo de los que comparten diariamente con ellos puede hacer que haya más apertura a asimilar mejor los tratamientos a realizar. A pesar de que la guerra es individual, quienes aportan y motivan a pelear la lucha son todas las personas

que están involucradas en el diagnóstico como los profesionales de la salud y principalmente, la familia.

2.4.6 Farmacología con relación a la intervención clínica

Jorge (2009) en su libro *Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas* conceptualiza a la farmacología como una “ciencia que estudia los fármacos y todas sus interrelaciones con el organismo” (p. 23). Este subcapítulo va a permitir hacer una relación sobre los efectos que se producen a nivel físico y emocional en el individuo tras recibir el tratamiento farmacéutico.

En el hospital, luego de la evaluación y revisión del diagnóstico del paciente, se otorgan medicinas correspondientes, las cuales toman días y en ocasiones semanas hasta una correcta adaptación a los cambios que produce la medicina. Comúnmente en los casos poco problemáticos se utilizan placebos, ¿qué significa este término? Responde a tener las mismas características de una pastilla pero sin efectos farmacológicos aunque ayuda de manera terapéutica.

Existen ocasiones en donde llegan a la emergencia, pacientes con dolores físicos o manifestaciones que creen responden a algo orgánico y que luego tras una revisión larga y minuciosa de los exámenes que se realizan para descartar la enfermedad, no se encuentra nada. Aquí participa la clínica del psicólogo porque si no hay respuesta a nivel del cuerpo, se deriva a una respuesta de la mente. Puesto que, en principio, este placebo ayuda a calmar al paciente en el sentido de dar la idea que está siendo medicado porque culturalmente se tiende a pensar que cuando hay un dolor, la respuesta es la pastilla, sea que quieran mantenerlo ocupado con esa idea hasta que llegue el psicólogo o asimismo sirve de herramienta para el psicólogo para luego poder intervenir, en ese sentido es terapéutica porque produce esa respuesta en el individuo.

La autora comparte sobre estos efectos adversos que provoca la medicina que sí tiene efectos en el cuerpo como lo es la insulina en pacientes diabéticos, los ansiolíticos o reguladores del ánimo cuando se trata de pacientes psiquiátricos, entre otros. De esto ha realizado un cuadro donde divide estos efectos, los cuales pueden ser dosis – dependientes y dosis – independientes. Por el lado de las dependientes se encuentran: efectos colaterales, efectos secundarios e intoxicación, mientras que en los independientes se hayan: idiosincrasia, hipersensibilidad, toxicidad, carcinogénesis, síndrome de supresión (Jorge, 2009, p. 36 – 39).

Esta reacción adversa para definirse como tal debe aprobar ciertas características las cuales son:

- Se evidencia luego de un tiempo de tratamiento.
- Con niveles sanguíneos del fármaco comprobados.
- Desaparece al suspender el fármaco.
- Reaparece al administrarlo.
- Los síntomas no pueden explicarse por la patología del paciente ni por la acción de otra droga. (p. 40)

Y se manifiestan de la siguiente manera:

Efecto colateral	Efecto secundario
Se observa con dosis habituales, o terapéuticas de la droga.	Ídem
Ocurre en forma directa, relacionada con el complejo droga – receptor. Esto se da de dos formas: la primera por el mismo receptor ubicado en el órgano “blanco” y en otros y el segundo por acción en varios receptores.	Ocurre por acción indirecta, relacionada con una cadena o cascada de acontecimientos (no relacionados con el complejo droga – receptor)
Ocurre junto con la acción terapéutica deseada, la “acompaña”	Ocurre como consecuencia de la producción del efecto terapéutico. Si éste no se produce, tampoco el efecto secundario.

Obtenido de: Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas de Graciela Jorge. (p. 39 – 40)

Del lado de la intoxicación dirá que ocurre cuando:

- En caso de autoadministración con fines suicidas: se ingieren dosis superiores a las terapéuticas.
- En casos de enlentecimiento en la eliminación de la droga: habría niveles séricos superiores a los terapéuticos. Ocurre en caso de insuficiencia renal, en ancianos, en neonatos, etc. (p. 40)

En las reacciones adversas dosis – independientes encontramos las mencionadas:

Idiosincrasia

- Respuesta atípica, cualitativamente diferente de los efectos característicos de la droga.
- Poco frecuente.
- De mecanismo desconocido.
- Temprana: ocurre con la primera administración del fármaco (no predecible).
- Con base genética.

Hipersensibilidad, o alergia

Reacción inmunológica (con características de reacción alérgica) que “requiere” que haya habido una exposición previa a la droga (o sensibilización), esto es: el proceso se desencadena en un “segundo” contacto, en el que estaría operando la “memoria” inmunológica.

Síndrome de supresión

Síntomas que aparecen en el paciente luego de interrumpir bruscamente la administración de ciertos fármacos con los que se lo estuvo medicando por un período, en general, prolongado.

Ejemplo de psicofármacos que producen síndrome de supresión: las benzodiazepinas.

Toxicidad fetal

Dependiendo del momento de exposición a la droga, se producirá malformaciones anatómicas, bioquímicas, funcionales, etc.

Algunos fármacos que comprobadamente producen daño fetal: agentes antitumorales y talidomida.

Efecto carcinogénico

Causado por antineoplásico o inmunosupresores, entre otros. Se siguen usando por ser mayores beneficios terapéuticos que sus riesgos de efecto carcinogénico. (p. 41)

También indica que existen factores que modifican la acción farmacológica:

- Edad
- Peso
- Sexo
- Embarazo
- Funciones gastrointestinal, hepática, renal y cardiovascular
- Stress
- Proceso inflamatorio e infeccioso

- Interacciones medicamentosas
- Hora del día: ritmo circadiano (etimológicamente, “cerca de un día”)
- Dosis
- Vía de administración
- Características de la droga tales como velocidad de absorción y velocidad de eliminación (p. 42)

Del lado de las dosis, como se expuso al principio tendrá que ver como accionan en el sujeto, tomando en cuenta también los factores planteados anteriormente. En este sentido, se tienen las siguientes consideraciones:

Dosis: cantidad de droga que debe administrarse a un ser vivo para producir un efecto determinado.

Dosificación: estimación de la dosis para un objetivo determinado.

Dosis usual: es la que produce el efecto terapéutico en la mayor parte de los pacientes (relacionado con la estadística)

Dosis terapéutica mínima: es la menor dosis que produce el efecto deseado, o terapéutico.

Dosis máxima: es la mayor dosis que puede ser tolerada sin aparición de reacciones tóxicas o adversas ciertas.

Rango terapéutico: indica el margen de utilización de la droga, dado por la distancia entre la dosis máxima y la dosis mínima.

Dosis diaria: es la dosis total para un día (por ejemplo, 50mg/ día). Ésta es dividida en diferente cantidad de tomas.

Dosis de ataque: en algunos casos, el efecto deseado debe producirse en forma urgente: no es posible aguardar a alcanzar la concentración necesaria de droga a través de dosis sucesivas. Se utiliza entonces una dosis de ataque o mayor que lo habitual, para el comienzo del tratamiento.

Dosis de mantenimiento: es la que se administra con un lapso de 4,5 vidas medias entre una y otra.

Dosis letal 50 (DL 50): es la que se produce el efecto deseado en el 50% de la población estudiada.

Índice terapéutico: la relación entre la dosis efectiva 50 y la dosis letal50 nos da un inicio del margen de seguridad de una droga. (p. 42 – 43)

Ahora, ¿qué respuestas físicas son las que más se encuentran? Graciela Jorge, las indica a partir de la medicación misma. Los pacientes con enfermedades catastróficas para poder afrontar lo invasivo de su tratamiento necesitan de la medicación

psiquiátrica en varias ocasiones y más aún cuando son pacientes psiquiátricos desde su infancia.

Desde esta vía se tomaran los criterios de la medicina psiquiátrica de antidepresivos, antipsicóticos o neurolépticos e hipnóticos.

En los antidepresivos, se realiza su administración cuando hay pacientes que tienen episodios prolongados de depresión y que a su vez expresan ideas poco alentadoras en torno a la vida. En cuanto a los efectos adversos se encontraran los siguientes:

- Viraje (switch maníaco)
- Activación de síntomas psicóticos
- Inquietud psicomotriz
- Sedación diurna
- Efectos adversos sobre el sueño (insomnio)
- Crisis convulsivas
- Temblor
- Síndrome confusional
- Hipotensión ortostática
- Efectos sobre el ECG: agravamiento de trastornos previos son dosis altas o sobredosis
- Sequedad bucal
- Constipación
- Retención urinaria
- Aumento de la presión intraocular (PIO)
- Hipersecreción sudorípara
- Aumento de peso
- Reacciones alérgicas

En el caso de los antipsicóticos o neurolépticos, se recomiendan específicamente a pacientes psicóticos y esquizofrenia. Aunque también se sugiere su administración cuando por efecto del medicamento por tratar una enfermedad, el paciente empiece a tener disrupciones en su conducta, alucinaciones o se exprese fuera de su realidad. Los efectos adversos son los siguientes:

- Distonías agudas: son espasmos musculares de lengua, cara, cuello y espalda, que se ven al comienzo del tratamiento.
- Disquinesias agudas: movimientos anormales de lengua y mandíbula, que se producen a inicios del tratamiento.
- Parkinsonismo medicamentoso: rigidez, temblor y enlentecimiento de los movimientos corporales.
- Acatisia: necesidad imperiosa de movimiento constante, o imposibilidad de mantenerse quieto.

- Disquinesias tardías: aquellos movimientos anormales que aparecen con el uso prolongado de antipsicóticos.
- Sequedad bucal
- Sedación
- Constipación
- Visión borrosa
- Aumento de peso: una de las causas de abandono de tratamiento a largo plazo

En los hipnóticos, son fármacos que inducen el sueño. Generalmente desde la práctica se ha podido visualizar que son recomendados a pacientes que están pasando por un duelo, les produce ansiedad ver a los otros pacientes con sus quejas, se encuentran en un nivel fuerte de estrés. Ante los efectos adversos, se encuentran los siguientes:

- Somnolencia
- Cefalea
- Náuseas y vómitos
- Alteraciones de la memoria, etc.
- Sequedad bucal
- Disgeusia (gusto amargo en la boca)
- Efecto rebote (por discontinuidad brusca)

¿Qué momento o qué se toma en cuenta para realizar una derivación permanente a estas instancias?

Por lo tanto, la continuidad o discontinuidad del tratamiento farmacéutico también va a incidir el comportamiento emocional de los pacientes, así como los procedimientos que refieren al uso de máquinas o que toman el cuerpo como se ha expuesto en el subtema anterior.

Martínez (2015) en su seminario sobre *Salud Mental. Qué y cuándo derivar y contener* dirá:

- Lo psicosomático. Síntomas sin correlato orgánico, como la anorexia no psicógena, el dolor abdominal recurrente, los pinchazos en el corazón, etc.
- Lo estructural. Los trastornos generalizados del desarrollo o las estructuras patológicas de la personalidad siempre son patológicos.
- Explorar la existencia de síntomas, pero sobre todo si estos son persistentes, rígidos, o en más de un contexto o área:
 - Funciones fisiológicas: alimentación, sueño, esfínteres.
 - Habilidades sociales y conducta.

- Manifestaciones afectivas y vínculos con la familia y amistades.
- Relaciones con uno mismo: autoestima, autoconservación, autorregulación emocional y pensamientos.
- Trastorno de ansiedad generalizada que se caracteriza fundamentalmente por preocupación e inseguridad, más que por irritabilidad, ante situaciones cotidianas o su capacidad. Necesitan aprobación constante y su autoconcepto suele ser muy negativo.
- Trastorno depresivo que va acompañado de otra psicopatología grave como apatía, anhedonia y sintomatología física como anorexia, insomnio o fatiga, al menos durante las dos semanas previas. (p. 110)

Es por eso que, el problema actual es poder lograr una anticipación de los hechos, un modo de prevención que permita a los psicólogos clínicos a detectar que pacientes requieren de esta medicina, por medio de la palabra es posible tratar el malestar subjetivo sin olvidar que en ocasiones se va a requerir de la medicina psiquiátrica para que aquello que no tiene lugar en el discurso y carece de sentido, a través de la estabilización orgánica se logre ir atando los hechos para poder intervenir.

CAPITULO III: PSICOANÁLISIS COMO PUNTO DE VISTA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO

El niño está de entrada inscrito en un sistema de significantes, si ello habla de él antes de que nazca, no es puro significante y tampoco puro cuerpo biológico. En esta red de significantes es donde el cuerpo prematuro del niño se va insertar tomando lo que necesita para vivir, sutil pero efectivamente el cuerpo del niño se ve capturado en las redes del deseo del Otro. Así mismo lo que el niño debe construir de su imagen inconsciente del cuerpo en el sentido del ser, lo hace en referencia al cuerpo del Otro, a sus pulsiones, a sus fantasmas, a su deseo. (Rojas y Lora, 2008)

3. 1 El desarrollo del sujeto

Este apartado abordará cómo se construye psíquicamente el sujeto desde el psicoanálisis, tomando en cuenta que esta línea clínica de trabajo habla de un tiempo lógico es decir, que cada sujeto se va armando de acuerdo a la introducción social que van aportando las personas que se encuentran alrededor. Diferente al tiempo cronológico que es aquel que comúnmente se llama desarrollo madurativo, se inserta desde el nacimiento cuando se hablan de los meses del niño y luego los años y que responde a las modificaciones que va tomando el cuerpo biológico entorno al tiempo.

Como primer exponente se tiene al padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, con su teoría del estudio del inconsciente. A pesar de que este término ha sido desarrollado principalmente por filósofos y demás áreas que involucran el estudio del ser, Freud pone su huella luego de trabajar con Jean Charcot, ambos en su labor de clínica, cuando Freud descubre que en su ejercicio profesional en la *Salpêtrière* ingresaban pacientes con una dolencia física que no respondía a ninguna lesión biológica, se hallaba algo más, por esto su teoría se orienta en explicar que el ser humano, conforme a las intervenciones de los demás en su entorno este va generando respuestas y actos.

De todos sus libros y publicaciones, se tomará en cuenta la parte del narcisismo (que incluye uno primario y secundario) y el desarrollo de la personalidad. En este desarrollo de la personalidad, distinguirá dos tópicos. La primera tópica, que sigue una lógica de entender al psiquismo en una suerte de aparato hablará de consciente, preconsciente e inconsciente y la segunda tópica, será más dinámica en ella se hablará de ello, yo y superyó, esta será la versión con la que se quedará y que posteriormente Lacan, llamaría imaginario, simbólico y real.

Martínez (2011) respecto al narcisismo primario y secundario en su publicación de la revista de psicología GEPU de la Universidad Diego Portales de Chile dirá que:

Del narcisismo primario es posible destacar dos puntos. El primero corresponde a la relación del infans con quien le prodiga cuidados y la satisfacción de sus necesidades; la segunda, referida a la catexia del propio cuerpo. De esta manera hallamos que el narcisismo primario en Freud dice relación con el estado de indiferenciación propia de los primeros tiempos de la vida, que ubica a la cría humana en una situación de dependencia absoluta respecto del otro materno, principalmente por el estado prematuro de sus órganos, requiriendo del auxilio de otro para satisfacer sus necesidades, y en lo relativo al segundo punto, consignamos que se desprende del autoerotismo... Para Freud sin embargo, en la medida en que la madre es capaz de satisfacer las necesidades del niño (en este periodo la proximidad entre ambos, supondrá una inmediatez en dicha satisfacción), aparecerá como el primer objeto amoroso, dirá que el infans “elige sus objetos sexuales tomándolos de sus vivencias de satisfacción”

Con respecto del narcisismo secundario en Freud, diremos que corresponde a un posicionamiento libidinal posterior, aparece como el resultado del repliegue de la libido sobre el yo, a consecuencia de la desinvestidura de objetos exteriores. (p. 81 – 83)

Lo que Martínez refiere es que en principio, este narcisismo primario se constituiría a partir de la relación del niño con el mundo (especialmente de la introducción que tiene sobre este por medio de la madre) y que posteriormente eso es lo que permitirá ubicarse del lado del amor, en el sentido que el niño, tras este descubrimiento será capaz de distinguirse como un sujeto; hará la distinción del adentro – afuera. En el narcisismo secundario, tras la aparición de lo libidinal (como potencia que hará una elección entorno a la sexualidad en el niño) se ordenará para responder a la parte autoerótica donde el yo hará una elección en torno al objeto para cumplir con su deseo puesto que en primer momento quien cumplía eso era la madre y luego al separarse de esta por la ley del incesto debe dirigirse al exterior.

Sobre esta elección, Tendlarz (2017) sobre la elección del objeto sexual planteará que:

En la elección del objeto sexual no hay nada orgánicamente establecido. Retoma la partición del ser humano en dos mitades macho – hembra que aspiran a reunirse de nuevo en el amor... desde Platón supone la idea de una complementariedad entre los sexos. No es más que un sueño. La atracción de un hombre por una mujer, o una mujer por un hombre no es un dato biológico dado por la anatomía sino una pregunta solidaria a la posición sexuada. (p. 20)

¿Cómo se dan todos estos movimientos? El niño, en primera instancia es un ser primitivo que llora apenas sale del vientre de la madre y será ella, quien ponga en palabras la voz sin sentido de este niño.

Ramírez (2012) en su libro *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje* pondrá sobre la mesa como se va constituyendo al niño desde lo que no puede poner en palabras, el grito, será del grito a la demanda, del cual dice:

Partiremos de la primera vivencia de satisfacción descrita por Freud en *Proyecto de Psicología* (1976)... parte del hecho de que una tensión endógena – como aquella que produce la sensación del hambre – se acumula en el cuerpo y necesita una descarga. Esta tensión puede ser suprimida sólo por la vía de la acción específica, es decir una acción coordinada y eficaz sobre la realidad, para apaciguar la tensión inicial, tal como la consecución del alimento pero el recién nacido, por su estado de desamparo fundamental, es incapaz de provocar por sí mismo las condiciones de esta acción, entonces [irá por] el camino de la descarga no específica: gritos, llanto, gesticulaciones. (p. 12)

Será la madre quien interpretará este llanto en: comida, sueño, cambiarlo del pañal, etc., su primera vía de comunicación, que es lo relacionado a lo oral, también será su vía de satisfacción ya que al ser alimentado a través del pecho, es lo que le proporcionará a él formar su primer vínculo de amor. “La respuesta de la madre o del Otro, que ha interpretado el grito como un llamado, es la de realizar la acción específica por el infante” (Ramírez, 2012, p. 13) cumple con ser el facilitador para este niño, cuestión que al pasar los meses tomará otro rumbo.

Esta parte que se menciona del vínculo y el amor será la primera imagen que el niño tendrá, en donde se verá como una *gestalt*. Sin embargo, llegará un punto en el que se frustrará. “Aparece acumulada una nueva cantidad endógena, llamada por Freud estado de deseo [que se] provoca de manera alucinatoria pero que no alcanzará jamás la cualidad de la situación primera de satisfacción” (Ramírez, 2012, p. 15) en este sentir, es cuando la madre se va despegando del niño y el entendiendo todo como el todo, demostrará el descontento.

Este descontento es lo que producirá lo que se llamará demanda, pues imaginariamente el verse completo y que no se satisfaga su necesidad al momento requerido será la falta como un resultado de la ausencia de satisfacción real porque el niño aún no distingue su imagen de la del Otro ni los objetos, por lo que esta frustración hará también que se tope con el displacer (Ramírez, 2012, p. 15).

Tendlarz (2017) en su obra sobre *Las mujeres y sus goces* tomará conceptos de Freud que permitirán seguir articulando la constitución del niño, enlazando esta demanda con la pulsión y por consiguiente el narcicismo enlazado a la libido. Dirá que:

La pulsión es un concepto límite entre lo orgánico y lo psíquico. Freud la define como la representación psíquica de algo orgánico [y esta corresponderá] a una estimulación constante no a una fuerza momentánea, por lo que no hay ninguna posibilidad de huir de su presión. Esta estimulación produce la excitación sexual que convierte el órgano en una zona erógena, borde del cuerpo en la que se aloja la libido... La libido como energía sexual no debe confundirse con la pulsión. (p. 20)

Entonces se entenderá a la pulsión como el motor que regula lo que se quiere y se puede lograr que no cumple necesariamente satisfacer la totalidad, mientras que la libido sería la energía con índole sexual de la cual el sujeto toma una posición.

La autora refiere lo siguiente sobre pulsión y libido:

La pulsión posee cuatro características: empuje (que es constante); finalidad (que es la satisfacción), la fuente (las zonas erógenas); y el objeto que permite alcanzar la satisfacción, que no es innato (determinado por la especie) sino contingente...Freud distingue dos tipos de libido en "Introducción al narcicismo"; la libido yoica y la libido objetal. La libido se vuelca sobre el yo, constituye la libido narcisista, verdadero depósito de libido. La libido objetal se desplaza de un objeto a otro y permite que los objetos se vuelvan amables. [Este] destino de la libido se caracteriza por una serie de elecciones de objeto: autoerotismo; narcicismo. En el yo se presenta como objeto de amor, que reposa sobre la propia imagen, el autoerotismo es la satisfacción propia de la pulsión: la pulsión siempre es parcial. (p. 21)

Es entre la jugada de libido y pulsión por la que el sujeto hará su elección del objeto pues como plantea la autora, la pulsión no termina de cumplir la satisfacción en su totalidad, ¿por qué? Porque el sujeto dotado de cantidades endógenas buscará sentir la primera vía de satisfacción que sólo se vive una vez y tiene desconocimiento de que no la alcanzará.

Sobre esto que se pierde, dirá que:

El objeto de satisfacción está primordialmente perdido en la experiencia primaria... por lo que queda volverlo a buscar. De esta manera la madre como objeto primordial se desdobra: como objeto pulsional es el seno perdido; como objeto de amor es la madre prohibida por las leyes del incesto. (p. 21)

Ahora, cuando Freud plantea sus dos tópicos, las realiza con el fin de explicar que ocurre luego del narcisismo primario y secundario, como la continuación de este sujeto en tanto se ha identificado como tal, identifica los objetos del mundo y cómo responde ante ellos.

Guerri (2016) sobre *Teoría de la Personalidad de Freud: consciente, inconsciente, Yo, Superyó y Ello*, los expone de manera didáctica, escribiendo que:

Consciente

Incluye todo aquello de lo que somos conscientes. Este es el aspecto de nuestro proceso mental que nos permite pensar y hablar de forma racional. A parte de esto, incluye nuestra memoria, que no siempre es parte de la conciencia.

Preconsciente

Es la parte de la mente que representa la memoria ordinaria. Si bien no somos conscientes de esta información en cualquier momento dado, podemos recuperarla y tirar de ella en la conciencia cuando sea necesario.

Inconsciente

Es donde guardamos nuestros sentimientos, pensamientos, impulsos y los recuerdos que se encuentran fuera de nuestro conocimiento consciente. La mayor parte de los contenidos del inconsciente, según Freud, son inaceptables o desagradables, como los sentimientos de dolor, ansiedad o conflicto. Para él, el inconsciente puede influir en nuestra conducta y experiencia, a pesar de que no somos conscientes de estas influencias subyacentes.

De este modo, Freud comparó estos tres niveles de la mente con un iceberg:

- La punta del iceberg que se puede ver por encima del agua representa la mente consciente.
- La parte del iceberg que se sumerge debajo del agua, pero es aún visible es el preconsciente.
- El grueso del iceberg está oculto debajo de la línea de flotación y representa el inconsciente. (párr. 11 – 13)

En el ello, yo y superyó dirá lo siguiente:

Ello

- Es el único componente de la personalidad que está presente desde el nacimiento.
- Este aspecto de la personalidad es completamente inconsciente e incluye los comportamientos instintivos y primitivos.
- Según Freud, es la fuente de toda la energía psíquica, por lo que es el componente principal de la personalidad.

El ello es impulsado por el principio del placer, que se esfuerza por lograr la satisfacción inmediata de todos los deseos, deseos y necesidades.

Yo

- Es el componente de la personalidad que se encarga de tratar con la realidad.
- Se desarrolla a partir del Ello y asegura que los impulsos del Ello puedan expresarse de una manera aceptable en el mundo real.
- Las funciones son utilizadas en el consciente, el preconscious y el inconsciente de la mente.

El yo funciona basándose en el principio de la realidad, que se esfuerza por satisfacer los deseos del Ello de forma realista y socialmente adecuada.

Superyó

- El último componente de la personalidad descrito por Freud es el Superyó.
- Es el aspecto de la personalidad que contiene todos nuestros estándares morales interiorizados e ideales que adquirimos de ambos padres y de la sociedad; nuestro sentido del bien y el mal.
- Nos proporciona directrices para hacer juicios.

Existen dos partes fundamentales:

- El ideal del Yo, que incluye las reglas y normas para el buen comportamiento. Incluyen aquellos que son aprobados por las figuras de autoridad de los padres y otros. Aquí se encontrarían los sentimientos de orgullo, valor y logro.
- La conciencia, que incluye información acerca de las cosas que son consideradas por los padres y la sociedad. Se trata de comportamientos que a menudo están prohibidos y dan lugar a malas consecuencias, castigos o sentimientos de culpa y remordimientos.

El Superyó actúa para perfeccionar y civilizar nuestro comportamiento. Trabaja para suprimir todos los impulsos inaceptables del ello. (párr. 15 – 20)

De la misma manera, tomará gran parte de la teoría psicoanalítica Jacques Lacan, de quien corresponderán los siguientes subtemas y aportarán también Jacques – Alain Miller, Silvia Tendlarz, Éric Laurent, entre otros psicoanalistas que se mencionaron anteriormente en el primer subtema de este capítulo.

3.1.1 Estadio del espejo

De acuerdo a los aportes de Freud, Lacan dirá que será necesario retomarlos para aportar desde otro punto de vista al psicoanálisis. En primera instancia realizaría un seminario sobre los cuatro conceptos fundamentales a recoger por parte del padre de esta línea de trabajo, los cuales son: inconsciente, repetición, transferencia y pulsión.

Lacan (1936) sobre *El Estadio del espejo* dirá que en este primer momento el niño estará confundido con su imagen con la de la persona que le acompaña, la cual suele ser la madre ya que en los primeros meses de vida se encuentra apegado a ella porque es quien lo alimenta y lo situará de la siguiente forma:

[Hay] confusión del niño con su imagen especular (se refiere a aquella que se le refleja como un espejo quien lo sostiene y acompaña), y anticipa el lugar de la imagen del cuerpo en la organización del yo y de las fantasías que se le asocian.

Quiere decir que al igual que Freud, Lacan también afirmará que hay un lazo entre madre – hijo y que justamente en la intervención de la madre a través de ser su vía de alimentación se verá como un todo, del cual cuando la madre da al paso al nombre, a decir quién es el frente al espejo como un movimiento de dar lugar, el niño sentirá esa separación y sentirá júbilo al ver su propia imagen.

Lacan en el mismo texto dirá que:

Ante el espectáculo impresionante de un lactante ante el espejo, que no tiene todavía dominio de la marcha, ni siquiera de la postura en pie, pero que, a pesar del estorbo de algún sostén humano o artificial (lo que solemos llamar andaderas), supera en un jubiloso ajetreo las trabas de ese apoyo para suspender su actitud en una postura más o menos inclinada, y conseguir, para fijarlo, un aspecto instantáneo de la imagen.

Es en ese espectáculo que el niño empezará a reconocer su imagen y la del otro, en tanto sigue necesitando fundamentalmente de su participación ya que cuenta con la noción de una distinción, que se halla él y alguien más; la aglomeración empieza a tener en cada objeto su forma particular.

Díaz (2014) entorno a este momento inaugural para el niño dirá que efectivamente la separación de la *Gestalt* implica tomar y formar la imagen del cuerpo, lo fórmula de la siguiente manera:

Al decir: Que una *Gestalt* sea capaz de efectos formativos sobre el organismo es cosa que puede atestigüarse por una experimentación biológica, a su vez tan ajena a la idea de causalidad psíquica. Lacan nos indica cómo la imagen del cuerpo del semejante, que le llega desde el exterior y es percibida por el niño, le permite organizar su propia imagen corporal y su yo; cuerpo y yo causados ni por determinantes biológicos, sino por el encuentro con el semejante y con el lenguaje,

es decir, generados por una causalidad psíquica, producto de una identificación fundamental. (p. 42)

¿Qué ocurre? El niño pasa de estar alienado a la madre a dividirse de su cuerpo con el de ella, ya no es él como una masa entera sino un cuerpo que ha tomado la misma forma de su semejante.

El bebé se apropia de una imagen que representa a su yo y a su cuerpo, con lo cual se posibilita que sus vivencias tengan cierta cabeza, tengan dueño, aunque un dueño aún dependiente y alienado al semejante, endosado a quien le ha otorgado a su imagen, enajenado a su deseo. Es una organización psíquica que se anticipa al desarrollo motor. (Díaz, 2014, p. 44)

Luego de reconocerse en el espejo el siguiente paso es querer el dominio del cuerpo, por lo que la cuestión de la marcha y mantenerse de pie serán lo siguiente. Primero se reconoce en la imagen y una vez hecho este movimiento, se toma el cuerpo, se busca un completo dominio de sí.

Identificarse con la imagen de un cuerpo totalizado implica, entonces, la unificación de las vivencias dispersas, característica dominante hasta el momento en la relación del organismo viviente con lo real de su cuerpo, por cuanto ha prevalecido el autoerotismo y la fragmentación corporal. Es una unidad que, en tanto yo, albergará las fantasías generadas en el encuentro con el otro, en la satisfacción pulsional, en la frustración de sus demandas, en la realización alucinatoria de su deseo. (Díaz, 2014, p. 45)

3.1.2 Deseo materno y metáfora paterna (Alienación y Separación)

Tendlarz (2013) sobre *¿Qué es el autismo?* tomará los conceptos de alienación y separación para dar cuenta del desencuentro que existe, y expondrá sobre estos, lo siguiente:

Lacan define la operación lógica de la alienación como alienación al lenguaje, pero para que esa operación se produzca, el sujeto debe consentir de ella. J.- A. Miller define este concepto en su curso *Causa y consentimiento*: el consentimiento no es una elección voluntaria o consciente de una persona, sino inconsciente de un sujeto que, en el momento de producirse, se determina. Es una elección que se produce incluso antes de que se pueda hablar del sujeto, y que lo hace surgir como tal. (p. 48)

Para Lacan la vía de la alienación se da en el momento que el niño consiente el nombramiento que da la madre (cuando se produce el Estadio del espejo), ya no es solamente el sentir júbilo por la imagen también será introducirse por la vía del lenguaje, de la palabra que toma ese consentimiento al ser nombrado.

Hay un consentimiento por el que el sujeto se inscribe en la cadena significativa del Otro, a un primer significante que lo representa ante otro significante, y en esa mínima oposición de dos significantes, ya está constituido el inicio del aparato del lenguaje. (Tendlarz, 2013, p. 48 – 49)

En este sentido se afirma lo que formulan Lacan y Miller al decir que este consentimiento se da de manera involuntaria, porque el sujeto en su forma de haber sido introducido al mundo exterior, inconscientemente tomará la postura de aceptar o no su introducción al lenguaje, las vías de la representación.

Sólo hay sujeto cuando un S1 que representa al sujeto, a través de la metáfora inaugural de la constitución subjetiva, se inscribe en relación al S2 que representa al Otro, y por eso el nacimiento del sujeto es simultáneo con el nacimiento del Otro. (p. 49)

Esto Lacan le pondrá el nombre de “vel alienante”, del cual se dirá que será una elección forzada pues como se ha mostrado el mundo ante el sujeto, este lo representará a su propia forma y que se inscribirá al lenguaje por las oposiciones, quiere decir que en esta introducción al lenguaje hacer la unión del SÍ, con la oposición que vendría a ser el NO como una negación, es lo que permitirá al niño armar la cadena y producir el S1 y S2 respectivamente. A manera de ejemplo la oposición es lo que permitirá al niño distinguir y armar la idea sobre los objetos que se encuentran en el mundo exterior, “si vas a correr muy rápido, te caerás” para producir el “no debo correr porque si no me caeré”, S1 y S2 sería el enlazamiento del discurso en el sujeto.

Frente a la metáfora paterna, Hartmann (1993) en su libro *En busca del niño en la estructura. Estudio psicoanalítico de la infancia y su patología* planteará:

El padre amenaza, priva o frustra al niño de la madre, haciéndose preferir por la madre. Él ahora se pregunta: ¿qué quiere decir que ella vaya o que venga? Este significado de las ideas y venidas de la madre es el falo. El niño con más o menos astucia... puede llegar muy pronto a hacerse falo una vez que ha comprendido. Pero esta vía es la imaginaria, que como no es “la vía normal”, deja siempre algo que, no es completamente accesible... la vía simbólica será la metafórica en tanto

el significante del Nombre del Padre se sustituye al Deseo de la Madre en la formula a construir. (p. 107)

Se puede interpretar a partir de la cita, que el niño en tanto es falo de la madre para completarla, a pesar de su astucia, verá que en el padre hay algo que él no tiene y es por lo que la madre lo deja de lado; y esto por parte del padre como explica Hartmann provoca en el niño la amenaza, ¿qué quiere la madre? surge la incógnita sobre cómo ser el falo que cubre su falta.

La pregunta dirigida a la madre es ¿dónde está el significado? ¿Qué es lo que ella quiere?, bien quisiera que sea yo (moi) lo que ella quiera. Pero, hay x más allá de ella. La castración materna se hace así evidente. La pregunta con la que Lacan insiste, es entonces ¿qué es el sujeto?, destacando que este Otro tercero es constituyente de la posición del sujeto, más allá de la simbolización primordial entre madre niño. (Hartmann, 1993, p. 107)

Por tanto, contrariamente a la alienación aquí existirá la separación como el proceso lógico para simbolizar la parte de la falta, del que no todo se puede tener porque llega un momento en el que el deseo materno no lo es todo para la madre y tampoco para el niño, pues la madre vuelve a encontrar el camino en el padre y el niño en tanto devino sujeto buscará su propio deseo.

Tendlarz (2013) sobre la separación, expondrá que:

La separación es el paso lógico que sucede a la alienación, es la operación en la que se constituye un deseo propio. Esto es posible solo en la medida en que el sujeto capta que hay una falta a nivel del Otro, que éste no es omnipotente. Localiza esa falta en el intervalo en la cadena significante, entre S1 y S2: El sujeto aprehende el deseo del Otro en lo que no encaja, en las fallas del discurso del Otro. (p. 55)

Al declarar que la madre busca al padre, instaura la falta de la madre y a su vez la de él mismo pues ambos ya no suplen dicha falta, no hay un cómo seguir sosteniéndola y se debe ver cómo compensarla, la respuesta ya no se encuentra en la madre, debe hallarse en el Otro.

Encontramos también en la clínica este momento preciso cuando los niños pequeños empiezan a engañar, a burlarse, a ser pícaros: han captado la falta en el Otro y pueden jugar con ella... Si la alienación consiste en esclavizarse a la cadena significante del Otro, aquí el sujeto se libera iniciando su búsqueda deseante. Por eso Lacan hace el juego de palabras entre separare y *se-parire*: en la separación el

sujeto se pare a sí mismo, constituyendo un deseo que le permite distanciarse del deseo del Otro. No se trata de una libertad pura, sino de una libertad con la condición de la esclavitud previa: primero un consentimiento al Otro en la alienación, después la libertad de un deseo propio en la separación.

Por lo tanto, esta separación es lo que dará la condición sujeto tachado, sujeto en falta que ha dado cuenta que debe indagar por su propio deseo a través del objeto a, si bien en la alienación se nace a partir del Otro simbólico, en la separación el Otro deseante, ya no es una imposición sino una búsqueda que haga lazo con el deseo y el goce. (Tendlarz, 2013, p. 56 – 57)

3.2 La estructura psíquica

3.2.1 Estructura del sujeto en la neurosis

En la neurosis se van a hallar a los sujetos que se encuentren en falta, que habiendo pasado por el Estadio del Espejo y asumido la castración, buscarán cómo tapan la falta a través del objeto a. El sujeto en la neurosis remite a un ser de la duda, porque todo el tiempo se está planteando como responder a un Otro, cómo actuar y justificarse con el Otro; su mecanismo es responder constantemente hacia otro. ¿Por qué dicha ruptura y esclavización?

Torres (2005) en su libro sobre *Clínica de las Neurosis* expone que:

El sujeto se constituye en una pérdida, algo de él se pierde en la misma constitución. De allí que Lacan escriba al sujeto como tachado, barrado (\$) por el Otro, por el significante: dividido y mortificado por la estructura del lenguaje y por la palabra del otro. (p. 14)

La neurosis es siempre una respuesta a la falla, a la falta, al agujero en lo real que produce, para cada uno el encuentro con la sexualidad. (p. 39)

Es un sujeto que se encuentra atravesado por la falta, entendiendo que esta falta es la limitación del cumplimiento de su deseo por la introducción del lenguaje puesto que para Lacan el lenguaje no sólo es una vía de interpretación sino también una vía para limitar y cortar, más aún en el caso de la neurosis porque el Otro está en mayúscula, se le debe de rendir cuentas.

¿Qué mecanismo utiliza la neurosis? La represión, es el método eficaz por excelencia que le permite al sujeto alejarse de esa falta, porque le representa lo que no se puede nombrar, la parte traumática para el neurótico.

En el inconsciente tenemos lo reprimido, lo desconocido para el sujeto una vez que ha sido afirmado primordialmente, ha hecho *bejahung*. Algo es afirmado primordialmente pero esa es una afirmación de lo simbólico que puede fallar... la castración de la madre. Se trata de lo simbolizado que retorna después de haber sido reprimido; este es el mecanismo. (p. 14)

Ante la incertidumbre que todo lo que se ha armado puede caer, el sujeto ante ese horror se aleja, como se dice anteriormente, se limita. Esta parte del limitar tiene que ver con la instauración del Nombre del Padre, pues este es el que realiza el recorte y promulga en el sujeto una sumisión, una postura de no lanzarse enteramente al vacío, es un anclaje, del que se llama un punto de capitón.

El punto de capitón le permite a un sujeto cierto cierre que lo transforma en neurótico; es la relación entre el Nombre del Padre y el Deseo de la Madre, la metáfora paterna... es un modo particular de lazo entre lo imaginario y lo simbólico... Aunque en el último Lacan, cree que hay otras maneras de hacer este anudamiento y por eso trabaja la clínica de los nudos. (p. 23)

Esto es lo que anudaría a la neurosis frente a lo real, no inadmisibles que si bien en el ultimísimo Lacan se plantea la clínica de los nudos tomando en cuenta que el Nombre del Padre ya no se arma por el padre como tal sino más bien de recursos y elementos que dan la certeza de este Nombre, una percepción que también busca el recorte y la limitación y la introducción de la ley del sujeto con el otro social.

La forma de responder en la neurosis será por la vía del síntoma, “es un modo de funcionamiento con el cual el sujeto va a tener que reconciliarse... tenemos un cierto modo de gozar que responde al tipo clínico” (Torres, 2005, p.38). Será la queja transmitida vía palabra, pero sin tener una interpretación con la cual el analista o aquel con el enfoque psicoanalítico tendrán que hacerla surgir. A su vez se distinguen que se haya en la neurosis la histeria y obsesión.

Sobre la histeria se plantearía por la autora, lo siguiente:

Es un sujeto especialmente sensible a la palabra del Otro, es muy sugestionable y, aparentemente, fácil de seducir. Pero a la vez, de esto mismo – ser tan permeable al deseo del Otro y dejarse seducir tan fácilmente – está advertido. Como la histérica sabe que puede ser capturada por el deseo del Otro, trata de inventarse siempre un deseo insatisfecho que la deje un poco al reparo de ese deseo; quiere construir otro que no se corresponda totalmente a la satisfacción recíproca de la demanda porque sabe del deseo y quiere impedir que su deseo sea completamente capturado por el Otro. La histérica nos demuestra que ella sabe sobre la diferencia entre la demanda y el deseo (p. 48)

Contrariamente a la obsesión, de la cual comparte que:

Se le plantea una especie de opción: o el deseo o el Otro. Cada vez que él dice “yo quiero” se afirma en un querer que, en general, es contra el Otro. Le parece que si lo que él quiere también lo quiere el Otro, entonces ya no se trata exactamente de su propio deseo, ya no le es tan propio. Si también lo desea el Otro empieza a dudar de que se trate realmente de su deseo, lo cual es un problema. En la neurosis obsesiva el deseo se torna imposible. El obsesivo plantea un “yo quiero” obcecado pero i alguna vez logra lo que quiere, ya no le sirve porque para lograrlo tuvo que anular el deseo del Otro, se quedó sin él. ¿Y qué hace a solas con su deseo y sin el Otro, si por definición el deseo es el deseo del Otro? Al anular el deseo del Otro, anuló el suyo propio y lo transformó en deseo imposible. (p. 117)

¿Qué se destaca en ambas? Como bien lo expone la psicoanalista Torres, en ambas posiciones se va a tratar de no cumplir con el deseo, cada una desde su propia lógica. Por el lado de la histeria se encontrará el punto clave de la insatisfacción, este será el medio para la histeria de decir que desea algo pero no terminar de dejar que el otro “lo adivine” o lo descifre por intervención de ella puesto que si lo hace ya no lo desea. Ella provoca una trampa para el Otro, en tanto da parámetros para poderla descifrar y cuando está por obtenerse la respuesta, la cambia, es el típico “se asimila a lo que quiero, pero no es lo que quiero”.

Por el lado de la obsesión, en cambio será prevalecer el deseo mismo pero qué ocurre, aquí a diferencia de la histeria, se dará un cúmulo de pensamientos que reiterarán al sujeto si lo que acabó de hacer realmente respondía a su deseo o al del Otro, plantea lo imposible porque en esa trama también de desencontrarse con el Otro, se desencuentra también de sí mismo, y que al igual de la histeria la cuestión del deseo, fracase.

3.2.2 Estructura del sujeto en la psicosis

En esta estructura, diferente a la de la neurosis no se hablará de un sujeto en falta sino más bien de un sujeto que tiene certeza sobre su realidad. En la psicosis, lo que se presencia como traumático es expulsado por este, el no querer sentir ninguna especie de encuentro, provocará en este sujeto un encapsulamiento del cual creará una realidad propia.

Desde ese punto, la realidad sólo se armará a nivel de S1, no existirá el S2 que signifique la cadena puesto que el psicótico ha impedido el acceso de la palabra del Otro, accede del lenguaje, pero no lo que le adviene del mundo.

Tendlarz (2013) dirá que “no consentir al intervalo en la cadena significativa, la serie de significaciones del deseo del Otro no afecta al sujeto y éste permanece en la increencia”. (p. 67) por como se dice anteriormente, el sujeto al expulsar todo lo que le viene de afuera se dirá a sí mismo que eso que quiere ingresar, son mentiras, no hay validez de lo que se dice más de lo que él piensa. La verdad de encuentra en él y no necesita del Otro. “El psicótico lleva su causa en el bolsillo: el objeto no pasa al campo del Otro” (p. 68). Está seguro de que esa es la única verdad y a pesar que, al igual que en la neurosis, accede al discurso este mientras se de en algo sostenido, más de se podrá dar cuenta que no pertenece al campo del Otro sino al campo del Uno, que habla por él y para él.

Porque pese a alienarse al lenguaje no cede su objeto al campo del Otro. No consiente a la separación. La idea que comienza con la increencia en el Otro a partir de la holofrase, donde el objeto queda insertado en la cadena, se despliega en este texto como la libertad de tener el objeto a su disposición. (p. 70)

Aquí el Nombre del Padre, se forcluye, no permite el acceso al campo simbólico y por tanto se interpreta que el S1 vivirá repitiéndose y que a nivel metafórico no producirá nada más que una cadena rota porque hay producción, pero esta es imaginaria y a partir del encapsulamiento que el sujeto creó. Su propio mundo fuera de compartirlo con los otros.

Ahora, ¿Qué ocurre con el cuerpo? “No hay pasaje al registro de la falta, no hay simbolización del agujero, esa extracción no se cumple de modo estable al no ser regulada por lo simbólico, constituyendo un cuerpo que puede desarmarse” (Tendlarz, 2013, p. 71). Como se pudo ver en la neurosis, es la falta lo que va dando un borde y

crea el agujero para así en tanto es sujeto en falta, busca taponarlo, situación que no ocurre en la psicosis y al no darse esa creación, el cuerpo se mostrará como fragmentado.

Esperanza (2018) en su publicación sobre *Las psicosis, clásicas y modernas* mencionará que:

Lacan llama una coyuntura dramática, se desencadena la psicosis, el sujeto se precipita en la psicosis, en ese momento dice Lacan: "...por el agujero que se abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario...", [17]es decir hay la aparición en lo real de un significante que produce un desorden catastrófico en lo imaginario, recordemos a Schreber y su mudanza en mujer, su goce voluptuoso narcisista que Lacan sitúa como imaginario, junto a esa creencia delirante, la aparición de todos los fenómenos elementales como trastornos del lenguaje que Lacan trabaja en el *Seminario 3*. Es el momento en que el psicoanálisis a partir de Lacan piensa a la psicosis entendida como un déficit simbólico. Al mismo tiempo va a plantear que podemos tener un paciente psicótico que se compensa durante muchísimo tiempo porque tiene identificaciones imaginarias que lo sostienen y que de alguna manera tratan ese agujero en lo simbólico que es no haber inscripto el significante Nombre del Padre como aquel que metaforiza el deseo de la madre.

El cuerpo, endeble del lado del imaginario y levemente pinceleado por el simbólico de algún modo quiere crear una consistencia, en el caso de los niños suele apearse a las paredes, se golpean, usan ropa que ajusta, etc., ellos mismo tratan en lo que pueden hacer un borde con su cuerpo ante este goce desmesurado puesto que como expone Esperanza el perder esta consistencia es lo que generará conflicto en el cuerpo de este sujeto y por tanto pasar por el desastre.

3.2.3 Estructura del sujeto en la perversión

Este sujeto tendrá certeza sobre su goce sexual, distinto de la neurosis y psicosis, el mecanismo que manejará la perversión será la renegación al Nombre del Padre, en tanto se entiende que este es quien impone las leyes y prohibiciones, recorta y deja en falta al sujeto, el perverso no quiere nada de aquello porque en su instancia de cumplir ser el falo de la madre, ha encontrado la completud.

Dicha completud, es otorgada de manera simultánea, si él es el falo que completa a la madre, él por tanto también es un ser completo. Es por eso que su angustia irá por la castración porque aceptarla sería decir que se nombre sujeto tachado, sujeto en falta;

de lo cual se reniega absolutamente y vive atormentado por ella porque debe ponerse en todo momento como instrumento u objeto que suple la falta.

Hartmann (1993) sobre la perversión declarará por medio de Lacan que:

Todo el problema de las perversiones consiste en concebir cómo el niño, en su relación con la madre, relación constituida en el análisis no por su dependencia vital, sino por la dependencia de su amor, es decir por el deseo de su deseo, se identifica con el objeto imaginario de ese deseo en cuanto que la madre misma lo simboliza en el falo. (p. 188)

Es a partir de ponerse del lado del falo imaginario de la madre que cumplirá con la parte del deseo materno, no obstante, en ese tratar de cubrir igual busca tapar el agujero del Otro y así da cuenta de que el Otro sí existe. “Más que negación del Otro, el perverso necesita que el Otro exista” (Marchesini, 2014, p.1) ¿Por qué? Para el perverso es fundamental hacer que el Otro existe por su disfrute del goce, en tanto él se pone como instrumento de voluntad de goce.

Él se ofrece al Otro para que goce de él... por tanto falo se convertirá en fetiche... fetiche como sustituto del falo materno, sustituto inapropiado del objeto sexual. No se reprime el falo femenino, se desmiente. El fetiche será para referirse al objeto causa de deseo y para establecer la condición de la posición perversa... ¿Qué es en el deseo? Un objeto que, al ser la causa, le permite ser el amo de esa posición. (p. 3)

Esta posición de amo es la que desestabilizaría a aquel que se encuentra del otro lado en tanto se puso con la neurosis como un sujeto supuesto a saber que cumplirá con el deseo, provocará la división del sujeto porque el neurótico se niega a lanzarse al deseo; tiene pudor, asco y vergüenza; lo acompaña el sentimiento de culpa y sus mil formas para justificarse por sus actos, contrariamente al perverso que sólo está a merced de gozar.

A su vez este fetiche desembocará en el sadismo, masoquismo, voyeurismo y exhibicionismo como formas de la perversión que gozarán de esa división que provocarán para el Otro en tanto impone la voz, la quitan, miran y exigen ser mirados; toda acción que en estas cuatro vertientes quieren hacer dar cuenta del agujero del sujeto, disfruta de ver al Otro horrorizado.

3.3 Clínica Borromea

3.3.1 Registro de lo Imaginario

Díaz (2014) en su libro *Imaginario, Simbólico, Real. Aporte de Lacan al psicoanálisis* dirá que:

Lo imaginario se define por excelencia como el lugar del yo, con sus fenómenos de ilusión y engaño, captación, señuelo y confusión, que inducen a la fascinación erótica, el narcisismo y la rivalidad mortífera en las relaciones entre los semejantes. (p.13)

El yo hará posible la representación del mundo y la construcción en la subjetividad, como explica la autora en este primer momento que el niño ve al mundo, empieza una etapa de descubrimiento, de la cual toda representación tiene un nombre, otorgado por un Otro y finalmente almacenados en la memoria del infante para así tener una noción de los objetos.

El imaginario es entonces, territorio de representación para el niño, le permite dar consistencia y nombre a los objetos externos, los que están por fuera de él.

Lo imaginario, es entonces, el asunto de las imágenes y, en principio, el asunto de la imagen del cuerpo y de lo que esta tiene de fundante, pues inaugura a nivel tanto de la imagen del yo como la imagen del otro. El yo se inscribe en lo imaginario... libido y yo están en el mismo lado. El narcisismo es libidinal. (p.24)

En tanto estas imágenes configuran el cuerpo, construirán el yo, surge el sujeto

Las imágenes que logran dar forma al yo en solidaridad con el surgimiento de la imagen del cuerpo están en su fundamento; los fenómenos relativos al narcisismo y al amor, vinculado con la fascinación erótica frente al objeto y su imagen, así como la rivalidad mortífera que se cierne en las relaciones entre los semejantes, también son parte de esta dimensión. (p. 35)

La imagen permite construir un cuerpo que se ha obtenido gracias a la construcción del yo, pasa de ser un cuerpo a tener un cuerpo, tras la construcción de la imagen, se logra la distinción yo – tú, y esa misma la que hará el niño para aceptar o rechazar los objetos que se le ofrecen.

Rebota en seguida en el niño en una serie de gestos en los que experimenta lúdicamente la relación de los movimientos asumidos de la imagen con su medio ambiente reflejado, y de ese complejo virtual a la realidad que reproduce, o sea con su propio cuerpo y con las personas, incluso con los objetos que se encuentran junto a él. (p. 41)

Por tanto, se relaciona íntimamente con el Estadio del espejo porque a partir de los movimientos, los gestos, la palabra; básicamente por la intervención de un Otro es que se da el surgimiento del yo y por consiguiente el armado del cuerpo.

3.3.2 Registro de lo Simbólico

Designa el registro cuyo fundamento es el lenguaje, es decir, los significantes que a la vez determinan al sujeto, le permiten separarse del Otro; hace referencia al deseo regulado por la ley que rige los intercambios y ordena los vínculos humanos y a las formaciones del inconsciente que, como efectos del lenguaje, también contribuyen a este registro. (Díaz, 2014, p.13)

En este registro para Lacan, existirá la prevalencia significado – significante, “El primero como significante, “representación psíquica” o imagen acústica, mientras el otro término como traducido como significado o “concepto”. (Díaz, 2014, p. 80) lo toma de la teoría Saussureana que enseña que las cosas y objetos tales como los aprendemos sólo se graban en la memoria si cumplen con algo que marque la experiencia.

Del significado se interpondrá que la conceptualización como tal, mientras que el significante será la representación simbólica que el sujeto ha armado para sí mismo, quiere decir que estas representaciones toman valor para el sujeto porque han sido instauradas por medio de símbolos, en tanto es el significante lo que se tomará en la intervención clínica porque es la respuesta o interpretación singular que cada sujeto ha logrado por su discurso. A modo de ejemplo el significado de gato sería una mascota de cuatro patas, mientras que el significante añadiría detalles que si en este caso, la persona tendría un gato la categorizaría por su color, raza o tamaño.

El registro simbólico será pasar de lo ilusorio a lo interpretable, aquello que se ha puesto en imágenes ahora significa algo para la vida anímica del sujeto.

3.3.3 Registro de lo Real

Díaz (2014) sobre lo real, en su libro *Imaginario, Simbólico, Real. Aporte de Lacan al Psicoanálisis* dirá que:

Lo real permite situar aquello que escapa al registro de las imágenes y las palabras, que queda confinado al orden de lo imposible y de lo que vuelve siempre al mismo lugar; podemos ubicar en esta categoría los aspectos relativos al goce pulsional, a las marcas fundantes del sujeto, al trauma, a la angustia y a aquellas determinaciones que acompañan al organismo viviente. Así, localiza una dimensión de lo real como efecto de la intervención simbólica e imaginaria y como consecuencia del mal encuentro con el Otro, y otra dimensión relacionada con el equipamiento del organismo viviente y aquello inmodificable que se le impone. (p. 13)

Quiere decir que lo real es lo que no se puede describir, lo innombrable del cual no hay forma de representar o interpretar, será como un vacío inminente de lo que el sujeto no tiene idea y ante este no saber, se trata de huir. Irónicamente se haya tanto en el registro imaginario como en el simbólico en el momento que en el movimiento de cualquiera de estos registros hay un sinsentido o algo de lo que es imposible de tramitar.

Lombardi (2000) menciona sobre las tres vías para ver lo real entorno a los escritos de Lacan, que son:

En la primera, Lacan dice que lo real es lo que retorna siempre al mismo lugar. Tiene la ventaja de permitir distinguir lo real de la realidad, ya que ésta se basa en un principio formulado por Freud en su texto *La negación*, donde explica: “el fin primero y más inmediato del examen de realidad no es hallar en la percepción real un objeto que corresponda a lo representado, sino reencontrarlo, convencerse de que todavía está allí”. A lo que Lacan, en su seminario sobre *Las psicosis* comenta: el sujeto debe reencontrar su objeto, y no lo reencuentra jamás, es precisamente en eso que consiste el principio de realidad.

La segunda definición de lo real, según la reseña del propio Lacan, es la que intenta aprehenderlo mediante lo imposible como modalidad lógica...Lacan habló de la solución analítica de la cuestión que conlleva el síntoma neurótico como “la solución de lo imposible”. Tal solución es aportada al hombre, escribe, “por el agotamiento de todas las formas posibles de imposibilidades encontradas en la puesta en ecuación significativa de la solución” (La instancia de la letra). [Y la tercera, que] la solución de lo imposible no se aparta de la que dice que el síntoma es lo que retorna de lo real...la raíz real del síntoma, que se depura en el análisis a partir de sus máscaras variadas, el síntoma de lo real, suele despertaren el sujeto esta locución interjetiva: ¡esto no es posible!

Efectivamente, no lo es. Eso no le impide existir. Por lo mismo, el análisis no es el retorno a un estado anterior, no es la apocatástasis que sueñan las psicoterapias. Apunta a consumir una verdadera repetición, en la certeza de que lo mismo, repetido, difiere. (p. 1 – 2)

Entonces la primera vía sería cuando se da la pérdida del primer objeto de satisfacción y es aquella que desde Lacan será la búsqueda del objeto a, incesante y de la cual cada vez que se crea se ha encontrado, no es esa y el sujeto se encontrará divagando por esta una y otra vez, y que no existe. La segunda vía respondería a la instancia de la letra, lo imposible de suscribirse y denotar, sería como los intentos del lenguaje que llega un momento indescriptible y finalmente la tercera vía de la cual eso que no se puede decir retorna de todas formas en la cotidianidad de los actos de cada sujeto, del cual no quiere saber nada porque sigue en su necesidad de que todo se puede.

CAPITULO IV: PSICOANÁLISIS EN EL HOSPITAL

Es en esta singularidad de la experiencia de la urgencia que los casos relatados obtienen su verdadero valor... Si algo debe saber el practicante que se sitúa en el lugar de recibir al sujeto de la urgencia es, siguiendo una enseñanza del psicoanálisis, poner en suspenso el saber previo que haya adquirido de otros casos. (Sotelo, 2015)

4. 1 Atención a pacientes desde el psicoanálisis

Lejos de aplicar una técnica terapéutica marcada por una serie de pasos o ejercicios a realizar por parte del paciente, la atención desde el psicoanálisis pretende hacer surgir al paciente desde sus dichos.

Como se expuso en el capítulo tres, de este proyecto de investigación, el psicoanálisis apunta al inconsciente en tanto estos actos que se repiten una y otra vez es lo que tiene condenado al sujeto en el servicio de responder de forma correcta al otro social.

Ruíz (2009) en su artículo *El psicoanálisis y el saber acerca de la subjetividad* enuncia que:

Como especie nos vemos confrontados con el predominio de lo irracional en nuestras vidas, lo que se hace patente en cuanto que como seres singulares estamos sujetos al Otro cultural en cuyo seno nacemos y que nos marca, nos interpela, habla a través de nosotros. Constatamos día con día la inmensidad de la ignorancia frente a la minucia del saber, la subsistencia del caos, el azar, el riesgo, al lado de la predictibilidad. Nuestra vida de sujetos vulnerables, fragmentarios, en permanente cambio, nos obliga a tolerar el vivir sin saber, y aún así seguimos a la búsqueda del conocimiento posible, del acercamiento a verdades que coadyuven a dar sentido a nuestra existencia, así sean éstas parciales y provisionarias. (p. 6)

¿Qué ocurre en la actualidad? El trabajo, la vida amorosa, el desempeño y cómo realizamos o decimos cada cosa es lo que tiene (por lo menos en la neurosis) al sujeto bloqueado de poder cumplir lo que realmente quiere o por el contrario, quiere vivir infinidad de momentos aunque esto sea efímero puesto que la tecnología pretende capturar todo, como mostrarse al mundo de una manera más superficial, se vive rápido sin tener consciencia de aquello.

Sotelo (2015) en su libro sobre *Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas*, comparte lo siguiente:

Vivimos cada vez más en una civilización de lo instantáneo, de lo fugaz y lo perecedero que imponen el valor de lo *fast*, del consumo rápido, del acceso y de la satisfacción inmediata, hasta el punto de que el sujeto mismo acaba consumido en ese tiempo sin saberlo. Que se haya añadido a este fenómeno el calificativo “líquido” para indicar el sentimiento de fragilidad que lo acompaña no impide que esta liquidez tome cuerpo, se solidifique de manera igualmente rápida en la angustia. (p. 11)

Sotelo lo plantea, individuos que viven, pero, ¿qué cuentan sobre aquello? Hay una inmediatez en provocar que todo se precipite, el popular “el tiempo es oro”, no se desperdicia nada, por el contrario se trata de atrapar todo.

A su vez, se debe cumplir con lo que los demás exigen, en la parte laboral por ejemplo existe una presión para dar un mejor servicio, ignorando la carga que puede soportar el sujeto tanto física como emocionalmente.

Esto, provoca que ahora hayan más pacientes que acuden a la emergencia o al consultorio por dolencias que para los doctores parece una locura cuando no encuentran nada en los exámenes de laboratorio, sucede todos los días, lo cual se ha presenciado desde la práctica que se ha tenido en la institución hospitalaria.

Se ha presentado que, acude una paciente al área de triaje por un dolor en su muñeca que al preguntar si tuvo un esguince o una maniobra poco común responde que no, sino más bien por empaquetar de manera abusiva y al replicarle tomarse un descanso porque dicho esfuerzo tiene esa consecuencia aparece el temor de ser despedida o encontrar a alguien más “eficiente” que no sea susceptible de aquello. Y así también otro paciente que llega con un dolor de cabeza y aparte de pedir la medicación, hace el pedido de unos días para faltar al trabajo.

¿Qué pasa? ¿Es una cultura vaga o excesiva? Podrían plantearse ambas, pero se tomará más el lado del exceso. Como se menciona en estos dos casos, diferentes incluso por el malestar, lo que se escucha más allá del dolor es la exigencia, el peso de lo que se debe de hacer. Si bien es cierto que un dolor de cabeza o muñeca no son motivos para internarse en el hospital o para tomar días de descanso, sí lo son cuando estos han generado el malestar subjetivo.

¿A partir de que se puede hablar de un malestar subjetivo? Desde la angustia, sobre el espanto de las consecuencias que pueden adquirir los individuos al expresar que ya no se puede más. “La angustia es una verdadera epidemia del mundo contemporáneo y, cada vez más, motivo acuciante de consulta en los servicios de urgencia” (Sotelo, 2015, p. 11).

La angustia se posiciona y toma al sujeto ya que este no logra expresar lo que ocurre, como si estas nuevas configuraciones del Nombre del Padre (que es la propuesta actual del psicoanálisis en torno al acceso de la regla) no hacen una base sólida como lo eran antes, sino que en el caso a caso se comprueba lo frágiles que se han constituido.

El psicoanálisis atiende este tipo de casos diariamente pero se hará la distinción de cómo se dan bajo una demanda en primera instancia para luego exponer cómo se dan cuando ocurre la urgencia subjetiva, tema que se tratará más adelante en este capítulo.

Rubistein (2014) corroborando este malestar contemporáneo, en su publicación en la red *Virtualia* sobre *Para una política del psicoanálisis en la época actual* dirá que:

Toda época tiene efectos en la subjetividad y deja en ella sus marcas. La nuestra, lleva las marcas de la decadencia de la función del padre, de la caída del Otro como semblante, del fracaso de los modos tradicionales de la regulación del goce. Muestra descarnadamente que el Otro no existe y si bien la función es fallida por estructura, nuestra época presenta nuevas formas de ese fracaso. (p. 1)

Estos fracasos producen que el sujeto no se defiende de las agresiones de los otros sino más bien por no responder como todos esperan, se culpa y cree que de sí que es un desecho.

Hoy predomina la angustia hasta el extremo del llamado "ataque de pánico"; y la depresión con su correlato de inhibición del deseo; el pasaje al acto y el *acting out* como modos de respuesta frente a Otro que "deja caer", que objetaliza; la compulsión al consumo en todas sus formas, efecto del reinado del objeto *a* en el cenit social y de 1ª ilusión de obturar la falta con objetos de goce, nuevas formas de rechazo de la castración que aumentan el riesgo de una satisfacción mortífera, del apagamiento del deseo, del rechazo del saber. Por otro lado la declinación de la culpa que alimenta la victimización y reduce la responsabilidad subjetiva, da lugar a posiciones subjetivas que parecen refractarias al análisis, que eluden confrontarse con las dificultades que exige la puesta en acto del deseo. (p. 1)

¿Qué ocurre? El sujeto no puede o se encuentra obstaculizado de asumir estas faltas. Si bien es cierto se depende en gran medida de los otros, también es cierto que el sujeto en dicha calidad, debería poder maniobrar el advertirse de la fatalidad, ya que siempre existirán contingencias.

Cuando el individuo por cualquier motivo no logra advertirse, este movimiento es posible desde el psicoanálisis, lo cual es nombrado como implicación. Antes de introducir la implicación, será necesario retomar el medio por el cual el sujeto se presta al trabajo clínico, la transferencia, como aquel vínculo que se forja entre el terapeuta y el paciente.

Bustos (2016) en su escrito *Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica*, sobre la transferencia dirá que:

Freud lo referirá como transferencia de sentimientos sobre la persona del médico (analista, terapeuta, etc.); dada la carga pulsional de la que está formada, aparece el amor de transferencia, que es el equivalente del enamoramiento fuera del análisis, que puede constituirse en una resistencia; la neurosis de transferencia, la sugestionabilidad del paciente, entre otros elementos... Para Lacan, por su parte, la transferencia implica al Otro, y es justamente en esa relación que aparece la transferencia; más que como repetición y clisé, es un espacio entre el sujeto y el Otro, y hace énfasis en señalar la posición subjetiva y apuntar a su deseo, más allá que caer en su demanda.(p. 100 – 101)

Esta transferencia permitirá la entrada al trabajo clínico y de este quehacer se obtendrá una interpretación, la cual guiada por el terapeuta, cobrará un sentido en ese discurso que el paciente lleva a la consulta que al inicio se encuentra desordenado.

Sobre la interpretación Bustos (2016) asimismo expondrá que:

La interpretación debe ser el resultado de una escucha activa y de una captura del inconsciente del sujeto. No pretende ganar méritos en su profesión sino fomentar la asociación libre instalada la transferencia; tiene elementos de escucha, a veces de certeza otras veces de intuición, de precisión, de duda, de coherencia, de sentido, etc. (p. 102)

No obstante, mientras se da la interpretación, el sujeto se encontrará con ideas de su inconsciente que le parecerán poco asertivas. La idea de la interpretación no busca que el individuo se encuentre en un constante enfrentamiento consigo mismo sino más bien

dar cuenta de cuestiones que podría modificar para que lo insufrible sea soportable y también poder anticiparse ante las situaciones que lo pondrían frágil.

Bustos (2016) comentará la mirada de la interpretación, de que justamente lo que se busca el terapeuta es ser una linterna para alumbrar al paciente en sus dichos, planteará que:

La interpretación no apunta a generar más o menos dolor, más o menos diligencia, más o menos asertividad; no apunta a dar certezas al paciente, y mucho menos a aconsejar; a lo único que se dirige es al encuentro del sujeto con su verdad, y a la captura del sujeto y su inconsciente. La interpretación tiene más bien una función divisoria, de límite, de distancia y favorece el encuentro del sujeto con su deseo, alejándose de la demanda y más allá de la palabra, y acude a la conexión de lo inconexo en el sujeto, y he ahí donde aparecerá sorprendido. (p. 103)

Una vez logrado este pasaje, se puede ya pensar que se efectuó la implicación, cuando el individuo asumió lo propio, lo que Miller le llamaría rectificación subjetiva y que Lutereau (2015) resume como: “en definitiva, la rectificación subjetiva, antes que una intervención singular, implica un movimiento propio del cumplimiento de la regla fundamental: la sintomatización de queja” (p. 1).

Ahora hay algo por lo cual demandar y aquello que en un primer momento fue algo desarticulado, tiene por excelencia querer ponerse en escena para descifrarse.

4.2 Urgencia subjetiva

Para el psicoanálisis, el sujeto es un ser singular que a pesar de hablar por sí mismo, también se habla por los otros, en tanto el individuo es inminentemente social. Aunque, la sociedad en general trata de ver que un sujeto encaje o categorizarlo con una etiqueta. El planteamiento de este subtema será de dar cuenta cómo al colocarlo en una posición, esta singularidad se empieza a borrar y que puede provocar la urgencia.

¿Qué es la urgencia? Sotelo (2019) en una entrevista que le realiza la Universidad de San Luis (Argentina), comentará que:

[La urgencia subjetiva será] aquello que no puede esperar, que requiere una respuesta eficaz y contundente que resuelva la problemática de quienes allí concurren. Entendemos que desde la perspectiva evidentemente médica, la urgencia tiene otra mirada, es decir, su asistencia está más bien regulada con los protocolos bien establecidos... cuando la llamemos urgencia subjetiva quien asiste por ejemplo con un ataque de pánico, a veces suponiendo que

tienen un infarto, pueda establecer una relación entre este padecimiento y su historia. Digamos lo que tiene que ver con su subjetividad... es decir, encontramos un sujeto que se responsabiliza de aquello que le ocurre y del tratamiento que está dispuesto a dar.

En la práctica clínica, responder a la urgencia es poder recoger al sujeto vía la palabra que llega desaforado sin poder hilar el acontecimiento por el que ha pasado para luego de escucharlo activamente y generar un acompañamiento, que le permita restablecerse de nuevo en la realidad.

Como se expone por Sotelo, es diferente a la urgencia médica porque la clínica de la mente responde a la historicidad del individuo que llega al hospital. La urgencia subjetiva surge a partir de los acontecimientos en particular que el paciente manifestó que lo desestabilizaron, y, luego de haberse calmado, armarlo mejor en el discurso.

Asimismo afirma la perspectiva de Lacan ante la urgencia, diciendo que esta urgencia se sabe que tiene ese tinte porque no divierte en lo absoluto al sujeto, es algo insoportable del que se quieren librar y no saben cómo, se empatiza con lo que Freud le dirá en cambio un quiebre en la homeostasis. La urgencia produce ruptura, que puede ser visible en el lenguaje o en el cuerpo. (Sotelo, 2015, p. 67)

Durante las prácticas pre – profesionales en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo se pudo confirmar que la urgencia subjetiva, al igual que la médica es el pan de cada día. La mayoría de las veces estas se generan cuando el paciente está ingresado y surgen varias incógnitas como el por qué está ingresado, por qué tiene que realizarse cantidades de exámenes, qué va a ocurrir, etc., un sinfín de cuestionamientos que al no ser debidamente respondidos provocan el malestar.

Contrariamente, ocurrió que la urgencia no tuvo necesidad de un ingreso médico sino de una atención en consultorio tras no obtener ninguna anomalía en los exámenes de rigor que se realizan para decir que alguien se encuentra enfermo.

En la modalidad de la guardia, se logró atender a pacientes de diversas edades, en su mayoría los pacientes con enfermedades catastróficas del cual se recoge el trabajo desde el psicoanálisis.

Como se mencionó anteriormente sobre la atención a los pacientes, la primera parte expone cómo se trabaja con un paciente orientado en la realidad, a diferencia de la

urgencia subjetiva en donde el paciente se encuentra fuera de sí, no totalmente, pero sí desarmado donde su discurso generalmente tiene pocas palabras porque la respuesta común es el llanto o por el contrario, en sus silencios está diciendo todo, impactado por el acontecimiento no sabe ni que decir.

Sotelo (2015) en DATUS, sobre las contrariedades del objetivo institucional con la labor clínica, de la cual compartirá que:

El objetivo institucional de la guardia en tanto dispositivo hospitalario y objetivo de cada profesional, aquello que se propone cada uno con su intervención. El objetivo de la guardia desde la perspectiva de los profesionales es atender la urgencia, la emergencia clínica y psiquiátrica.

Describen la guardia como un lugar de tránsito, donde el propósito institucional es diagnosticar, evaluar el riesgo e intervenir en pos de que el paciente se compense, se estabilice y se retire, esperando que la permanencia en la guardia transcurra en el menor tiempo posible (p. 25 – 26)

El objetivo como se puede leer, es estabilizar y que el paciente se retire; lo cual para la urgencia subjetiva no es tan fácil puesto que se debe detectar y realizar un seguimiento al paciente ya que esta urgencia es sobre lo que ha ocurrido en el presente para el individuo y lograr que se calme en primer momento no asegura que en el mismo día vuelva a desestabilizarse o asimismo en los siguientes días.

A diferencia del médico, a pesar de querer evaluar el riesgo de la clínica del psicólogo, en términos de singularidad y subjetividad es complejo poder asegurar una cantidad de sesiones, una prescripción o decirle al paciente que al día siguiente se encontrará bien. “Generar un espacio diferente en cada caso, lograr el alivio subjetivo, resolver la consulta sin considerar el tiempo que se requiera” (Sotelo, 2015, p. 26). La elaboración de dicho acontecimiento tomará el tiempo que el sujeto esté dispuesto a comprender y asimilar y hasta que se puede realizar, se debe generar el espacio sin ubicar un tiempo en concreto.

Sotelo demuestra también ciertos parámetros a considerar cuando se piensa en dar de alta al paciente y formula las siguientes ideas:

La decisión de la externación y sus condiciones, requiere de todo nuestro cuidado:

1. Evaluar si los síntomas que motivaron la internación han cedido o por lo menos perdido suficiente consistencia.
2. Evaluar el riesgo para sí y para terceros.

3. Evaluar el contexto familiar que lo recibirá:
 - Si podrán cumplir las indicaciones terapéuticas.
 - Si están en condiciones de tiempo, económicas y emocionales como para hacerse cargo de un paciente en proceso de recuperación de una patología psiquiátrica.
4. Suele ser adecuado que el paciente sea alojado en Hospital del día, o con acompañantes terapéuticos.
5. También es aconsejable que varios profesionales evalúen y den su opinión acerca del egreso del paciente, beneficio de la interdisciplina hospitalaria, aunque de todas maneras siempre habrá un nivel de riesgo propio del tratamiento de pacientes graves. (p. 80)

4.2.1 Tiempos en la urgencia

“La dimensión del tiempo es central en la urgencia... [Hay una] necesidad de decidir a toda prisa. Todo tiene el apremio de lo que debió ser resuelto, no ahora sino ayer” (Sotelo, 2007, p.30). El tiempo en la emergencia para los sujetos, como bien lo dice Sotelo tiene ser inmediato, se tiene la creencia que al igual que cualquier enfermedad, lo que afecta la mente también debería tener una solución rápida.

Si se toma en cuenta la incidencia del fármaco y las psicoterapias actuales, es normal que el individuo pretenda “curarse” en cuestión de segundos, lo cual no es para nada beneficioso porque si bien se soluciona o disipa por un momento, esto vuelve a recaer en síntoma.

Rubistein lo da a conocer en su publicación *Para una política del psicoanálisis en la época actual* que si bien se puede acceder a estas ofertas terapéuticas el costo saldrá luego mayor y que incluso se pierde cada vez más la subjetividad del individuo puesto que se alarga el dolor y a su vez es este sujeto borrándose y denegando lo propio de sí. Todo por ley debe estar en una categoría, hablar de salud y enfermedad.

Por otra parte, la sociedad contemporánea presenta hoy una multiplicidad de ofertas terapéuticas que en nombre de una mayor eficacia y de menores costos, se ofrecen como alternativas al psicoanálisis, prometiendo una rápida solución de problemas, al mismo tiempo que amenazan el espacio de la singularidad subjetiva. Las terapias de la TCC en sus distintas variantes se dicen más efectivas para trabajar en tiempos breves, o para resolver problemas sociales o

vinculares. Los sistemas prepagos o de obras sociales rechazan cada vez más la práctica del psicoanálisis en nombre de la reducción de tiempos y costos e imponen nuevas condiciones a la práctica. La "prisa norteamericana", como la llamaba Freud, se vuelve cada vez más, un imperativo de la época. (Rubistein, 2014, p. 1)

La prisa del ser humano por deshacerse del dolor prevalece, cada vez más existen medicamentos que ayudan de una manera u otra al sujeto hacerlo sentir mejor, irónicamente la gente se enferma más y no necesariamente por un virus o bacteria. La época actual como se mencionó al principio de este capítulo, es una época frágil donde las construcciones sociales cambian constantemente que se vuelve complejo para el ser humano continuar con el hilo de la misma.

Por lo tanto, el tiempo en el psicoanálisis es primordial desde que el sujeto abre los ojos por primera vez, así como se tomó en cuenta en el capítulo tres de esta investigación sobre la construcción del sujeto, el psicoanálisis habla de un tiempo lógico, un tiempo que es independiente en cada uno.

Este tiempo lógico ya implícito, en la urgencia tomará tres momentos: el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir.

Sotelo (2007) sobre estos tres momentos dirá que:

Se propone un instante de ver, localizar algo de esta urgencia. [Es] este tiempo en el cual, para que el sujeto pueda decir algo acerca de sí mismo, habrá que ponerlo en relación a otros...va a poder decir algo de sí, sin certeza, sin seguridad y aventurar una afirmación que posibilite la salida.

[El tiempo de comprender], la propuesta es que salga de su propio encierro sufriente. Decir algo de sí en relación a los otros y en relación a nosotros como terapeutas, pero también armando una trama de su propia vida.

[El momento de concluir, podría resumirse cuando el sujeto] logra operar con un real fuera de sentido. Esto es desplazar el interés desde la realidad del trauma a la insistencia del trauma para indicar que lo inasimilable está allí como encuentro inédito, pero que siempre ha estado allí y retorna en ese encuentro perturbador.

La duración del proceso no estará predeterminada sino que se va definiendo a partir de los dichos de los niños y adultos implicados. Deberá tomarse una decisión aunque quizás no función, o sobre la que habrá que volver. Intervenciones sin garantías pero que en todo caso permitirán abrir una trama. (p. 33 – 34)

El instante de ver como se propone, busca que el sujeto logre capturar algo de lo que ha dicho, mientras el terapeuta logra ubicarlo en los otros, quiere decir tratar de poner en palabras el conflicto a pesar de que no tener la seguridad de que se trate de eso concretamente para que en el tiempo de comprender, el sujeto lo ubique en relación a su historia y el tema puntual que lo llevo a la urgencia, su trama como dice Sotelo.

Cuando haya logrado los dos primeros movimientos, ya es el momento de concluir; porque no se puede eternalizar; la propuesta del momento de concluir es lograr responder y volver a tapar el real que provocó su desestabilización psíquica, para levantarse. El real como registro siempre estará presente y el mecanismo de los sujetos trabaja en función de no toparse con aquello, porque es lo insoportable e imposible de nombrar.

Se trata entonces de crear artificios, en guardias y admisiones, que permitan una lectura de los efectos haciendo uso de los recursos de los que se disponga. La orientación del [psicoanálisis] en las instituciones lo conducirá a proponer una pausa frente a la prisa institucional, venga de donde venga; pausa que a veces es solo de unos minutos pero que posibilita, instalar otro tiempo. (p. 54)

La condición de esta orientación por tal motivo se maneja de los tiempos lógicos de cada paciente y, como lo pone en tela de discusión la autora, es un tiempo diferente al de la institución; es un tiempo particular del sujeto que ingresa al hospital.

Por eso también se introduce el término de una pausa, donde se debe retener a los requerimientos de la institución; cuestión compleja para quienes hacen uso del psicoanálisis en el hospital pero que trae buenos resultados finalmente, es imperiosa la labor porque se debe promover ese espacio.

[El que practica del psicoanálisis] con su acto pone una pausa para desplegar lo que allí se deposite...en ese encuentro con el sufrimiento del otro, tratando de alcanzar algún valor de verdad...Esto posibilita localizar algo de lo subjetivo, poniendo en juego la evaluación del sujeto en cuestión, aval del sujeto acerca de su padecer. (p. 54 – 55)

Y considerando la pausa, también introducir el silencio y corte por parte del terapeuta porque como se explica, se busca localizar algo de lo subjetivo, es localizar un mínimo detalle del todo que ha dicho el paciente.

En particular, las intervenciones *corte de la entrevista y silencio* tienen un lugar privilegiado en la teoría psicoanalítica... El corte de la sesión es un modo de intervención capital guiado por la lógica del discurso y no las reglas técnicas estandarizadas.

La posición silente del analista responden a una lógica... distinguen la ausencia de ruido del acto de callar... El analista entonces, decide trabajar con el corte de sesión y no validar la verborragia, produciendo un efecto de molestia y enojo, pero a la vez de enigma que lo [reconduzca] a la próxima sesión posibilitando emergencias fugaces del sujeto de la enunciación. (p. 149 – 150)

Se toma a consideración también estas dos respuestas, en tanto en la jugada de capturar sólo una parte de lo subjetivo, hay y es necesario recortar al síntoma y producir que haya el deseo por indagar en lo que al sujeto le perturba del otro.

Por lo tanto, contextualizarse en la culminación de la urgencia dependerá del trabajo clínico del caso por caso, en tanto su conclusión es cuando la urgencia ha dejado de hacer responder al sujeto por su cuerpo y desarticulación para poderlo sostener en otro momento desde la consulta externa del hospital.

4.3 Acting out y pasaje al acto

La propuesta de Garro (2015) en su libro *De la urgencia a la emergencia de un sujeto* para adentrarse en *acting out* y pasaje al acto toma como punto de partida hablar del fantasma, teniendo en cuenta que sólo en la neurosis se configura esta noción que permite al sujeto tener una cortina frente a lo real. Ambas respuestas (*acting* y pasaje) generalmente sintomáticas del sujeto no discriminan sobre la estructura que se trate, pudiendo ser neurosis, psicosis y perversión.

¿Por qué es importante marcar y notar esto de la urgencia? Porque como se elaboró en el capítulo tres de este proyecto, cada uno arma su subjetividad en torno a sus propios recursos y la urgencia se da a ver ante lo angustiante de las situaciones, descolocan al sujeto.

“Hay una irrupción de lo real que trastoca todo el equilibrio que hasta ese momento, sostenía al sujeto” (Garro, 2015, p. 40). Lo catastrófico se toma la escena y al hacerlo los recursos que en ese momento estaban amarrados para el individuo, se caen o tambalean.

Sobre el *acting out* se puede decir que busca llamar la atención del Otro, que tras la caída del sujeto lo que pide con este mecanismo es la ayuda e intervención del otro externo.

Es una conducta que se muestra y se dirige al Otro. Lo que el sujeto muestra en la escena del *acting out* es el a, su caída, objeto que el Otro ha dejado caer... Es el armado de una escena en la que el sujeto le muestra al Otro... algo de lo simbólico se conserva pero es una escena que vale por lo real. (p 42)

El *acting* será una de las salidas ante la angustia, una forma de responder al Otro la caída de lo que lo sostenía y a su vez requiriendo que el otro lo vuelva a poner en una posición.

Es un alojamiento de eso que sucede sin palabras. El *acting* porta una letra en lo real de una escena... Letra en su dimensión de desecho, que es mostrada al Otro para que éste rectifique su posición... Cuando un sujeto en ausencia del Otro teme desaparecer y reclama una pura presencia. (p. 44)

Es pensar que así como el Otro es quien arma subjetiva, el Otro puede volver a reconstruir y dar esa calidad de posición de sujeto para reestablecerse a la realidad, de la cual se sintió borrado por la angustia.

Contrariamente al *acting*, el pasaje al acto no busca intermediarios sino culminar con la escena, no es una puesta sino una conclusión en acto.

Si bien en el *acting* hay una escena que se sostiene, ya que se conserva el sujeto y el objeto, en el pasaje al acto, la escena no se sostiene, sino que por el contrario, es una escena que concluye... El pasaje al acto está del lado del sujeto, en tanto que este aparece borrado al máximo por la barra. La dirección que el sujeto toma en el pasaje al acto es la de evadirse de la escena, es el paso de "la escena al mundo". (p. 46)

Para Lacan, esto viéndolo desde el fantasma es presencia como ya no se mantiene una distancia entre el sujeto y el objeto provocando así la salida o conclusión de la escena, desaparece. Aquí el sujeto se objetaviliza para darse a ver y luego se cae. Por eso se borra, se aniquila puesto que se ha enunciado. (Garro, 2015, p. 47)

¿De qué dependen ambas? De su estructura, a pesar de que se ancla el *acting* a la neurosis y el pasaje a la psicosis, todo depende del conflicto y de los actos que se den en cada uno con la diferencia de que en la psicosis sí es más proclive al pasaje porque allí no discrimina una demanda hacia un Otro, la psicosis no necesita del Otro, lo evade; cuestión que no ocurre con el neurótico que siempre está a la merced del llamado del Otro.

4.4 Efectos terapéuticos

La acción terapéutica del psicoanálisis no se confunde con la psicoterapia ni reduce sus alcances a la sugestión. Tampoco se confunde con el *furor curandis*. Pero es necesario dar cuenta de esas diferencias, elaborar una casuística y hacer saber de los resultados del análisis. Mostrar los efectos terapéuticos de la intervención analítica, dar pruebas de sus resultados, del alivio que produce actuar de acuerdo con el deseo y transformarlo en posibilidades de acción sobre la realidad, de la reducción del sufrimiento que es posible encontrar cuando se reduce el alcance del goce mortífero sobre el sujeto. No se trata sin duda, de curar los síntomas en el sentido médico, pero tampoco de desinteresarse por los efectos sobre ellos. (Rubistein, 2014, p. 3)

La solución y efecto calmante que da el psicoanálisis se irá respondiendo particularmente por cada sujeto, reflejados como dice Rubistein lo que el sujeto transforma como mortífero a más soportable.

Independiente de si la intervención referiré a la usual o un caso de emergencia, cada paciente es quien logrará encontrar su solución en compañía del practicante del psicoanálisis y como se menciona no se trata de “curar” sino prestar atención a los efectos que produjo el acto inconcebible.

Se ha podido constatar que hay en los hospitales terminaciones de tratamientos, acordadas entre el analista y el paciente, que pueden considerarse momentos conclusivos, en los que se verifican modificaciones en la posición del sujeto respecto de su demanda y de su padecimiento inicial y que tienen resultados terapéuticos. También en las consultas privadas se producen momentos conclusivos. En ningún caso puede asegurarse cuál será el tiempo de duración del tratamiento una vez comenzado. (p. 5)

Como se expone en el momento de concluir, no hay seguridad ni para el paciente ni para el terapeuta de que no se solicite otra vez la intervención psicológica ya que lo que brevemente se ha realizado es una estabilización psíquica que más allá de pensar si se reestableció en plenitud la estructura, ha logrado salir de la fase urgente y que se sugiere se continúe trabajando, en el caso de los hospital, en la consulta externa.

Belaga (2009) propone una clínica de la cura en su artículo *Respuestas a lo impolítico de las urgencias subjetivas*, en tanto toma la parte de la alienación, de la cual expondrá que:

Así, la Alienación, considerada como la confrontación con una identificación (S1) y la inscripción del sujeto en el Otro, tiene evidentes manifestaciones en la clínica del Hospital. Su eficacia se debe a la tendencia "natural" del sujeto a identificarse, también por el hecho que la identificación aliena al sujeto al lugar del Otro en la búsqueda de su ser. Obteniendo en este caso un saldo terapéutico que proporciona un capitonado en un momento de indeterminación subjetiva.

Estos efectos del S1 de la operación de alienación, se conectan con la función del hospital público como garantía, inscripto en el Otro social. (p. 7)

Así como la alienación participó a la constitución subjetiva del niño, la propuesta de Belaga es que en ese mismo plano por la parte identificatoria, el sujeto pueda volver a enlazarse con el otro social para reestablecerse como un sujeto en el hospital, más allá de ser un paciente, volver a pensarse como sujeto.

METODOLOGÍA

La metodología como un conjunto de procedimientos, permitirá dar a conocer cómo a partir de su técnica, métodos e instrumentos, hay una elaboración formal de un trabajo de investigación.

El método, será bibliográfico, inductivo y analítico. ¿Por qué? Gómez, Navas, Aponte y Betancourt (2014) dirán sobre el primer método lo siguiente:

Constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio... corresponde a la descripción detallada de cierto tema o tecnología, pero no incluye la identificación de tendencias que puedan plantear diferentes escenarios sobre el desarrollo de la tecnología en cuestión y que permitan tomar decisiones estratégicas. (p. 158)

Quiere decir que, en este método, se recolecta toda la información que si bien al principio es general, como explican los autores y no identifica tendencias; al examinarlas cada una y tomar las que hagan sonar para el trabajo; se va limitando el objeto de estudio en la investigación.

Bernal (2010) en su libro *Metodología de la investigación* dirá sobre el inductivo y analítico lo siguiente:

Método inductivo Este método utiliza el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos, para llegar a conclusiones cuya aplicación sea de carácter general. El método se inicia con un estudio individual de los hechos y 60 *Metodología de la investigación* se formulan conclusiones universales que se postulan como leyes, principios o fundamentos de una teoría.

Método analítico Este proceso cognoscitivo consiste en descomponer un objeto de estudio, separando cada una de las partes del todo para estudiarlas en forma individual. (p. 59 – 60)

El método inductivo se escogió ya que las entrevistas realizadas a los profesionales, familiares y pacientes; por sus opiniones en particular se les plantearán en las preguntas, las tres variables de este proyecto de investigación que son el desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo para generalizar como estas tres variables producen un efecto en la aprehensión de todo lo que implica asumir la enfermedad

catastrófica y consecuentemente el analítico porque a partir de la práctica clínica con estos pacientes, surgen las tres variables mencionadas.

Por el tipo será descriptivo y explicativo ya que se pretende describir los comportamientos de los pacientes que poseen un diagnóstico de enfermedades catastróficas para así plantear una propuesta de intervención, en este caso de orientación psicoanalítica que permita la comprensión e intervención clínica para dichos pacientes.

Maya (2014) en su publicación sobre Métodos y técnicas de investigación, expone lo siguiente:

Asimismo la investigación puede clasificarse en tres diferentes niveles:

a. Nivel descriptivo. Caracteriza un fenómeno indicando sus rasgos más peculiares.

La hipótesis que se plantea no se sujeta a comprobación experimental. Es superficial, no llega a la esencia de las cosas para descubrir la ley que las rige.

b. Nivel explicativo. Conocer, explicar las causas o factores que determinan un fenómeno de la realidad a partir de un contexto teórico.

De la misma manera será cuantitativa y cualitativa. En la parte cuantitativa, será necesario realizar un análisis sobre cuántos poseen una enfermedad catastrófica en el Ecuador, nuestra población. La cual será expuesta a partir de los datos de la INEC el cual tiene una categoría de las diez principales causas de muerte. Ahora, para la muestra, como la propuesta nace de la experiencia obtenida en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, también se requerirán sólo a pacientes de dicho establecimiento con el diagnóstico de enfermedades catastróficas y se cerrará más, ya que las enfermedades a solicitar serán las que se han visto con mayor frecuencia en el área de emergencias.

Monje (2011) en su libro sobre Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica propone a la parte cuantitativa de la siguiente manera:

Su propósito es buscar explicación a los fenómenos estableciendo regularidades en los mismos, esto es, hallar leyes generales que explican el comportamiento social. Con esta finalidad la ciencia debe valerse exclusivamente de la observación directa, de la comprobación y la experiencia. El conocimiento debe fundarse en el análisis de los hechos reales, de los cuales debe realizar una descripción lo más neutra, lo más objetiva y completa posible.

Monje (2011) sobre la investigación cualitativa dice lo siguiente:

La investigación cualitativa por su parte, se nutre epistemológicamente de la hermenéutica, la fenomenología y el interaccionismo simbólico. El pensamiento hermenéutico es parte del supuesto que los actores sociales no son meros objetos de estudio...sino también que significan, hablan, son reflexivos. También pueden ser observados como subjetividades que toman decisiones y tienen capacidad de reflexionar sobre su situación, lo que los configura como seres libres y autónomos... da prioridad a la comprensión y al sentido. (p. 13)

Por eso, su instrumento es la entrevista porque recolecta la información que, si bien es subjetiva, esta aportará a las variables de la investigación. ¿Qué es la entrevista? Folgueiras (2016) dirá que:

Es una técnica de recogida de información que además de ser una de las estrategias utilizadas en procesos de investigación, tiene ya un valor en sí misma. El principal objetivo de una entrevista es obtener información de forma oral y personalizada sobre acontecimientos, experiencias, opiniones de personas... se recogen los criterios de clasificación. (p.2)

Esta técnica al adquirir este valor experimental, ayuda a la investigación porque se toma de los acontecimientos y criterios; los cuales serán proporcionados por los profesionales de salud, familiares y pacientes con enfermedades catastróficas. Por eso, su topología responde a una entrevista estructurada; tomando en cuenta que se respondan las variables del desconocimiento de enfermedad, estigmatización social del diagnóstico y tratamiento en el malestar subjetivo, y a su vez, se direccionan para el tipo de persona que se realiza, se toma en cuenta tanto la vivencia del día como la profesional.

Por lo tanto las preguntas que se realicen a los profesionales, sus respuestas y las tres variables de la investigación podrán relacionarse y dar cuenta de sus efectos en el sujeto.

Asimismo, como otro instrumento de la investigación será el estudio de casos, que para la parte de la intervención psicológica se hace llamar viñetas clínicas.

López (2013) comentará sobre el estudio de casos:

El estudio de caso es especialmente útil cuando los límites o bordes entre fenómenos y contexto no son del todo evidentes, por lo cual se requieren múltiples fuentes de evidencia. En un estudio de caso, un investigador conoce

una realidad, un caso, acercándose a esa realidad... Los estudios de casos presentan diversas variaciones dependiendo de las siguientes variables: - Cantidad de casos (simple o múltiple). - Unidades de análisis (holístico o detallado). - Objetivo de la investigación (descriptiva, demostrativa, generativa); y - Temporalidad (diacrónica, sincrónica). (p. 2 – 3)

El estudio de caso o viñetas clínicas permitirá entonces tener en cuenta la realidad que el sujeto vive y siente, asimismo como se propone con sus variables, para el análisis se utilizará la de unidades de análisis ya que esta se sustenta en el uso de tomar el evento como global para luego trabajarlo por la vía individual; que para el psicoanálisis se respondería en trabajar el caso por caso.

López (2013) sobre las unidades de análisis expondrá:

Cuando se plantea estudiar una realidad, ésta se puede considerar como una totalidad única, de forma global, pero también puede ser importante para describir y detallar alguna problemática relacionada con esa realidad, considerar a ésta última constituida por una serie de unidades o subunidades cuya caracterización exige un tratamiento diferenciado.

Ante lo expuesto, las unidades de análisis son las variables de esta investigación, que relacionada con los dichos de los pacientes (el estudio del caso) podrán explicarse desde su singularidad para exponer lo particular y el hecho de la realidad.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

A partir de la experiencia de la práctica pre – profesional y en conjunto con las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, se expondrá cómo surgen estos efectos en el desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas.

Quienes toman la posta profesional serán los médicos y psicólogos, de los que se hará un breve resumen de su trayectoria profesional, de la misma manera se contó con el aporte de los familiares y pacientes con enfermedades catastróficas, respectivamente. A diferencia de los profesionales, los nombres de estos participantes se mantendrán en el anonimato.

Del lado de la medicina tendremos como primer exponente a la Dra. Marcia Lara, médico internista de Observación de Adultos, área que pertenece a la emergencia del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Graduada de la Universidad Estatal de Guayaquil, con una maestría en VIH de la Universidad de San Pablo, España.

Como segundo exponente, está el Dr. Gabriel Flores, médico residente y jefe/líder de la guardia 3 del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, asimismo en su quehacer de médico residente labora también en el Hospital Luis Vernaza. Graduado hace cinco años de la Universidad Estatal de Guayaquil. Ha trabajado también en otros hospitales públicos y privados. Actualmente cursa un posgrado en Cirugía General, para luego especializarse en Cirugía Oncológica.

La tercera exponente y última de la rama médica será la Dra. Nancy Sánchez, médico internista de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) del área de emergencias del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, jefa de la mencionada unidad. Graduada en la Universidad Estatal de Guayaquil. Realizó una maestría en la UNEMI de Milagro sobre Salud Pública y también una maestría en VIH de la Universidad de San Pablo, España. Es miembro de la Asociación de Cuidados Intensivos de la ciudad de Guayaquil.

Como exponentes en psicología clínica se contará con la participación de la Psicóloga Clínica Mercedes Jaramillo y el Psicólogo Clínico Robert Amat.

La Psicóloga Clínica Mercedes Jaramillo, psicóloga a cargo de la emergencia en la parte de servicio al cliente en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo y psicóloga del área de Cuidados Paliativos de la misma institución. Trabaja con pacientes y familiares. Graduada en la Universidad Estatal de Guayaquil cuenta con una experiencia laboral de casi treinta años. Realizó su maestría en neuropsicología infantil en la Universidad Central de Quito. Es miembro activo de la ACECUP (Asociación ecuatoriana de cuidados paliativos) y también de la Asociación de Psicooncólogos de la ciudad de Guayaquil.

El Psicólogo Clínico Robert Amat, psicólogo que atiende desde la arista de Salud Mental en consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, se graduó hace cinco años en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y posteriormente realizó una maestría en mencionada institución sobre Psicoanálisis y Educación.

En primera instancia ante lo que es una enfermedad catastrófica, todos los profesionales concuerdan que es una enfermedad que cambia drásticamente la vida de quien adquiere el diagnóstico. ¿Qué piensan ante el desconocimiento de la enfermedad? La mayoría estuvo de acuerdo de que el paciente que llega al hospital ya tiene un diagnóstico base, quiere decir que ya hay una patología por la cual regularmente asiste.

Ahora, lo que opinan cada uno en su postura es que el paciente puede estar sospechando sobre la enfermedad pero se niega a aceptarlo. Es lo que opina el Dr. Flores, la Dra. Lara y Dra. Sánchez correspondientemente. Exponen que es difícil tanto para el paciente como para los familiares aceptar tal diagnóstico, y que se regocijan en que ocurra un milagro, también dicen que en ese pensamiento de no aceptar la enfermedad es difícil que acepten el tratamiento por lo que refieren a los psicólogos poder trabajar la aprehensión de la enfermedad.

Por su parte los psicólogos asimismo ponen sobre la mesa que no se acepta el diagnóstico y que es un proceso que toma tiempo hasta que los involucrados logren comprender la magnitud de la enfermedad y la pronta ayuda y atención ante los cuidados.

Los familiares y pacientes permiten concluir cuando se los entrevistó que efectivamente, no logran asimilar el diagnóstico porque les cuesta aceptar que deben hacer infinidad de modificaciones a su estilo de vida.

Ante la estigmatización social que se tiene en torno a al diagnóstico, los doctores hacen prevalecer a los pacientes con tuberculosis, VIH y pacientes oncológicos. ¿Qué ven en común con todos estos pacientes? Tanto médicos como psicólogos dicen que al momento de tener el diagnóstico se encuentran en una imposibilidad de entender que no todos los casos son iguales y que hay en algunos en los que aún se puede intervenir y hay recursos terapéuticos para afrontar la enfermedad.

Pero, ¿por qué no termina de adquirir el paquete completo de la enfermedad? La estigma como expone la Dra. Lara a veces puede venir de cualquiera que pertenezca al *staff* médico, lo que se malinterpreta no obstante, son los motivos.

Para los pacientes, es visto como una forma denigrante en donde se los mira, tacha y cuentan que ven que los enfermeros no los quieren tocar ni atender, cuestión que para los médicos no es así ya que tanto el Dr. Flores como la Dra. Sánchez afirman que el no mantener un contacto tan directo como quisieran los pacientes es por el contagio por ser parte de la bioseguridad del hospital, quiere decir que ellos en su pleno conocimiento de doctores saben qué medidas tomar para cuidarse pero aquellos que no pertenecen al campo de la salud lo desconocen y por consiguiente se contagian y que entonces, por el lado de los que desconocen se alejan por el temor al contagio y por cómo se ve físicamente la persona, contrariamente a los doctores y demás empleadores de la institución pública, que los atienden con normalidad pero toman las precauciones pertinentes como el uso de mascarillas y batas, para evitar que por ejemplo en el caso de la tuberculosis llega a otro paciente.

Los psicólogos por su parte, exponen que por la desinformación o información que obtienen del internet, como lo expone la Psicóloga Jaramillo, genera en los pacientes y familiares más confusión; de la cual debe ir trabajándose porque los pacientes se ensimisman y no quieren nada en un primer momento de la intervención.

Otro punto sobre el estigma también es la muerte, de la cual concuerdan tanto el Dr. Flores como la Psicóloga Jaramillo, responden a que se rinden fácilmente cuando se trata de una enfermedad catastrófica sin saber en qué grado o estadio de encuentra el paciente, que incluso no todas las enfermedades catastróficas son sinónimo de muerte,

hay algunas en las que el tiempo de vida es de muchos años, no todas refieren al cáncer y asimismo no todo cáncer termina matando al paciente, como lo dice el Dr. Flores en la entrevista un cáncer de mama diagnosticado a tiempo se puede intervenir. Para cada patología hay que estudiar qué se puede hacer.

En el caso del tratamiento en el malestar subjetivo, los doctores se desentienden totalmente porque refieren que a pesar de que tengan la noción o hablen del paciente de muchas formas, quienes logran realmente llegar al paciente, son los psicólogos. El Dr. Flores al igual que la Dra. Sánchez, piden regularmente la asistencia de los psicólogos y trabajo social, ya que en ocasiones los pacientes tienden a tener episodios de depresión, que es lo que ellos han podido destacar pero asimismo otro tipo de conductas que no logran manejar. Como doctores logran ver si superficialmente el estado anímico del individuo para luego derivarlo con psicología.

De la misma forma los psicólogos comparten que el trabajo en el malestar subjetivo es finísimo porque a diferencia de los doctores que tienen los criterios diagnósticos, en psicología ocurre lo mismo pero no determina en sí las respuestas emocionales para cada paciente, allí no depende de la edad, del tipo de enfermedad o la cultura, depende más bien de qué tan frágil o no puede ser subjetivamente dicho paciente.

Finalmente, todos comparten lo necesario e importante del trabajo interdisciplinario, o de realizar las interconsultas como dicen los médicos ya que todos aportan con un grano de arena para poder mejorar la estadía de los pacientes en el hospital. Cada uno desde su función reconoce sus limitaciones y demuestra profesionalmente en qué momentos derivar o pedir asesoría por parte de los otros profesionales.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE VIÑETAS CLÍNICAS

Miari y Fazio (2016) sobre *Algunas consideraciones sobre la construcción de casos clínicos en psicoanálisis: historiales, viñetas, sueños y ateneos* dirán que:

La construcción del caso clínico es muy variable en cuanto a la forma que adquiere, a pesar de lo cual se orienta por la lógica de los procesos inconscientes, más allá de la forma que adopte dicha construcción. Se trata de una lógica que debiera incluir tanto la consideración de la novela familiar, como lo referente a la posición del sujeto respecto al goce. Implica, del mismo modo, en todos los casos, dar cuenta de la posición del analista en transferencia, sus intervenciones y su política en relación con la dirección de la una cura. (p. 512)

A partir de la experiencia, las siguientes viñetas clínicas elaboradas con orientación psicoanalítica como pequeña parte de caso clínico, permitirán demostrar cómo cada caso en su singularidad, demuestra su propia solución. De la misma manera se tomará en cuenta como las diferentes variables para cada caso, la que para el psicoanálisis se da a ver por los recursos simbólicos, ayuda al paciente a que la estadía transitoria del hospital sea más soportable cuando son articuladas durante la intervención del terapeuta.

Gracias a la vida.

Esta viñeta corresponde a una paciente del área de cuidados intermedios. La primera entrevista surge a partir de ver a esta señora de alrededor 45 años llorar inconsolablemente, al acercarse y preguntar qué sucede responde que no había visto a su hermana; con voz nerviosa dice también que su hija tiene pocos días de haber dado a luz a su primer nieto por lo que se encontraba preocupada. Se permite que ingrese el familiar pero la señora llora aún más diciendo que se va a morir, que por favor cuiden a su hija.

Luego de este evento, cuando se despide de su hermana se encuentra calmada y con una sonrisa. En esta primera entrevista lo que más resalta y que lo hará en otra ocasión más es “¿por qué seguir viviendo?”. La paciente relata que no hay motivos ya para vivir, que se encuentra cansada, que no hay más por hacer, desea despedirse y partir tranquila. Al preguntarle por qué piensa que ya no hay motivos expresa que su hija ya es grande, fue madre y esposa, trabajo mucho y no había por quién continuar, devolviendo estas respuestas se vuelve a interrogar por la hija como tratando de ver porque sí a la vida. Su historia parece tener que ver con un semblante que ha caído y no está dispuesto aún a levantarse.

Los eventos que la han marcado iniciaron desde que quedó embarazada de esta hija y consecutivamente de otro hijo varón; el cual pierde. Empieza a narrar que la relación que tuvo con el padre de sus hijos no era la mejor y su familia le dijo que sería bueno ya no vivir más en el país que se mudara a lo cual accedió y estuvo viviendo más de diez años en Italia, al tener estos hijos sin visa o algún medio para llevárselos accede con la condición de que luego su madre los llevara hasta Italia.

La madre de ella la visita pero no va con los hijos y le dice que es mejor que quede al cuidado de ella, no hay porque preocuparse porque estarán en buenas manos, la paciente queda intranquila pero asimismo vuelve a acceder. ¿Qué ocurre y es lo que empieza a marcar esta idea de morir porque no hay motivos? Su hijo el menor, fallece a la edad de 7 años mientras laboraba en Italia; no le dan mucha información y tratando un poco de entender su historia y pedir un poco de detalles dice que simplemente le dijeron que había tenido un accidente en donde se le torció el cuello y murió. No hubo despedida. Tras este evento la paciente decide regresar por su hija, a la que lleva a vivir

a Italia hasta hace 5 años que retornan a Ecuador. La primera sesión termina allí porque la llevan a hacerse unos exámenes.

En la siguiente y última sesión se retoman estos puntos: vida y muerte. Continúa con su historia, al llegar a Italia con su hija la cuidaba muchísimo al punto de que si enfermaba no iba al doctor ya que la paciente optaba por la medicina natural u otra que no tuviera que ver con la medicación e intervención médica, tenía miedo de perderla a ella también.

Se pone sobre la mesa entonces qué significa tener a esta hija en su vida y qué representa; para ella su hija es todo pero justamente al tener un hijo y una familia ya conformada al parecer su rol como sujeto termina allí y lo afirma constantemente. Fue madre, fue esposa; tuvo hijos, conoció lo mejor y lo peor (aquí cuenta que entre lo peor fue el esposo porque no era una relación sana y lo mejor un noviazgo que tuvo en Italia el cual termina en nada cuando la paciente regresa a Ecuador). Cuando llega al país la idea eran unas vacaciones pero empieza a sentirse mal y tener varios síntomas físicos que le impiden irse por lo cual decide quedarse.

La muerte del hijo le sigue costando ya que aún no puede visitarlo sin desplomarse... no se pudo despedir de él. Siente que eso quedó ahí, pero en todo caso con su otra hija ya cumplió. En este punto para dar significantes que vayan más por el lado de preservar la vida, se consulta por sus hermanos al ver la buena relación con la hermana en la sesión anterior, sin embargo no se siente identificada allí. Es complejo relata, mientras su vida estuvo bien acomodada en Italia al regresar tuvo que hacer trabajos domésticos porque su edad ya no le permitía acceder a alguna empresa y quien daba este trabajo eran sus hermanos.

Dice que los quiere pero que no hay manera de poder relacionarse con ellos, se pone como inferior a ellos. “No podremos coincidir. Ellos tienen dinero y yo no, ellos hablan de cosas y situaciones que para mí son imposibles. Hablan de irse de viaje a Cancún sabiendo que yo apenas tengo para vivir”, el hecho para ella es que a pesar de que ellos le pagan; no hay una situación de iguales, ella lo siente así y al no compartir el mismo status social y económico prefiere alejarse.

Es este semblante que al no ver como relacionarse de alguna manera u otra cae, no hay motivos entonces para seguir; la paciente lo repite: ya cumplió con criar a su hija y esta ya tiene familia. No hay más por hacer. “La única manera de establecer un lazo

social es el semblante, el sujeto responde para él a partir de su relación con el otro de la imagen y el Otro del significante.” (Pino, 2012) Al no tener relación con los hermanos, no poder trabajar e interactuar con los demás, ya no vivir con la hija; no hay más.

Una cuestión que siempre ha ocurrido, vuelve a contar, cuando viajó, fueron sus hermanos y su mamá los que tomaron la decisión de ella y lo expresa así porque la paciente dice que no quería irse, pero prefiere no pelear y eso sigue hasta la actualidad; prefiere ponerse en esta posición de sólo agachar y hacer las cosas para no tener que discutir. ¿Por qué? Es lo que se le devuelve y responde de manera inmediata que siempre la han callado, nunca ha tenido voz y voto.

Para concluir se busca levantar de nuevo este semblante, que encuentre otra vez un agalma que le permita sentir vida de nuevo, se recalca que en Italia tuvo este novio del cual ella sí decidió estar y fue muy feliz, que si bien no comparte el mismo status social que sus hermanos de todas formas hay otros eventos por los cuales hablar que no todo se reduce al dinero y por último, ¿qué hay ahora como mujer?

La paciente sonrío y dice que como ya tuvo lo mejor y lo peor es suficiente. ¿Suficiente? Se le contesta, ¿cómo saberlo? Habrá que volver a aventurarse para saberlo, y concluye la paciente *¿entonces nunca es tarde?* Nunca es tarde. La paciente queda con esa incógnita para trabajarla sobre qué le espera entonces como mujer si ya hizo lo demás, adicionalmente devuelve que cuando salga espera y hará lo posible por ir donde un psicólogo para continuar estas intervenciones.

¿Yolanda? Sí, Yolanda. Mi nombre es este.

Tras lo intrusivo que es encontrarse en el hospital sin tener conocimiento alguno sobre el por qué estar en ese lugar, la paciente tenía otra dificultad más; le habían hecho una cirugía para una traqueotomía y por ese motivo era claro no poder hablar. La primera y única sesión que se logra tener con la paciente de 85 años resulta ser muy enriquecedora para dar cuenta del peso y el valor del nombre.

La paciente al no poder hacer uso de sus cuerdas vocales utiliza sus brazos para llamar la atención de la pasante la cual se acerca a preguntar qué sucedía. Empieza a escribir entonces la señora en una hoja de papel diciendo “Buenas tardes, soy Yolanda. Me pareció haber escuchado mi nombre. ¿Es a mí? Porque del otro lado hay otra Yolanda, con mi mismo nombre”. Ante esta consulta se le contesta que no que al parecer en ese momento no había escuchado la pasante tal idea. Ella se queda mirando su suero y vuelve a escribir “¿Segura? Me pareció haber escuchado mi nombre. Quería pedirle de favor que vea si es a mí, porque no quisiera que me confundan”.

Ledesma (2016) expone en su artículo de ¿Nombrarse o ser Nombrado? que: “a la persona a la que se le asigna un nombre, no recibe solo esa etiqueta o ese significante, recibe la carga simbólica que significa ese nombre para los otros” (p.36). Se puede dar cuenta que Yolanda al no poder usar su voz, hace uso de la escritura para reafirmar que ese es su nombre y da la casualidad de que, a la llegada del enfermero para llevar a los pacientes a tomarse exámenes de imagen, llaman a Yolanda, pero confunden su apellido. Lo cual la precipita mucho y se angustia. Vuelve a su hoja para pedir a la pasante que por favor revise si es ella.

¿Yolanda? Sí, Yolanda. Mi nombre es este, contesta ella. Se revisa que efectivamente a ella la buscaban para realizarse los exámenes pero como la confusión había sido motivo de burla, la paciente se encontraba indispuesta por lo que se le dice no se preocupe, ya voy a revisar del otro lado si hay otra Yolanda y al hacer la maniobra de ir y regresar y decirle que no, que era la única Yolanda; la paciente logra calmarse pero pidiendo de todas formas que se la acompañe porque ya no confiaba en el enfermero. La sesión culmina con un gesto de agradecimiento de la señora.

De este caso se pudo ver muy por encima el peso del nombre, como expone Ledesma el nombre refiere no sólo a la etiqueta sino también a lo que el nombre representa para

los demás y en vista de que Yolanda no podía hablar, buscaba de cualquier modo hacer saber que ese era su nombre y que no hubiera confusión. (Ledesma, 2016, p.36). Es remontarse a los inicios de Lacan con la teoría saussureana sobre el significado y el significante, en tanto al nombrarse como Yolanda y responder que sí, Yolanda, se es nombrada y esto permite que vuelva a mantener la calma y que se disponga a hacer los exámenes posteriores junto al acompañamiento de la pasante.

El Solitario J.

La enfermera expresa que el paciente de la cama cuatro está llorando y no hay nada que lo calme... “pobrecito, es que nadie lo viene a ver”. Si bien en un primer momento, no hay un motivo para consultar, al acercarse a él, llora, pero se dispone a hablar.

¿Cómo se encuentra? “Estoy muy triste, estoy solo. Nunca está nadie para mí. Llamo y nadie contesta”. Resulta complicado calmar su llanto ya que luego de contestar esa pregunta llora más. Al decirle que se abre un espacio allí en la Observación de Adultos para poder escucharlo y que exprese todo lo que tenga dentro, el paciente se presta para dar detalles.

Está solo, tiene hijos, no le visitan, a pesar de que repite llamar y llamar nadie contesta y del coraje borra sus contactos quedándose sin ninguno (ese día requería de medicamentos por lo que se le solicitaba llamar a un familiar y no recordaba más que uno; del cual no se obtuvo respuesta). Luego al terminar esta idea expone: “no quiero joder a nadie”. Esos muchachos son como indios. ¿A nadie? ¿A quién llamo entonces? La llamada era hacia su hija. ¿Usted cree que está solo?

Desde este punto y en las dos intervenciones más que se tiene con el paciente; se hace una propuesta de un acompañamiento; que responden a una escucha que aloja la palabra del paciente para que pueda producir. En ese lugar resuena una contradicción: no quiere estar solo pero tampoco quiere joder a nadie. Esto permite ubicar al paciente como un obsesivo, marcándose su deseo imposible de que no hay nadie porque no hay que joder a nadie.

En la segunda sesión informa que le visitó su hija y se lo ve contento y reniega que se le ha perdido la licuadora. Y de nuevo expresa: “es que no hay nadie”. Ese día llega la hija y comparte ciertos datos que permiten comprender su estructura y sus dichos. La hija cuenta que con ella son 11 hermanos, de los cuales sólo 3 han ido, iban a tener una reunión para definir el paradero de su padre porque está “abandonado”.

¿En qué momento se ha sentido solo? Toda la vida. ¿Toda la vida? “No, de hecho desde que me separé”. El paciente detalla que hace mucho tiempo se separó de su esposa por inconvenientes. Era dedicada y tranquila, pero, justo cuando al Solitario le piden que trabaje más, la mujer cambia. “Empezó a preguntarme a dónde iba, me controlaba mucho y le dije hasta aquí. Mejor es separarnos... luego de eso me dediqué

a vivir la vida. Nos hicimos enemigos”. Desde ahí no hablamos y no vi mucho a mis hijos... yo a mis hijos igual los entiendo, son corajientos... como yo. No los puedo obligar... sino me quieren visitar los entiendo.

Y culmina: “no los obligo, pero me doy cuenta. Martha (la hija) es alérgica al hospital, pero al suegro sí lo acompaña y va. Entonces ¿de qué es alérgica? Mis hijos no quieren verme y yo les dije no hay problema”.

La tercera vez que se habla con él es poco, no obstante, se subraya mucho una frase en él “no estaba tan solo. Me paso con mis hijas a veces, pero me siento encerrado”. Torres (2005, p. 121) menciona “el obstáculo para encontrarse con el Otro, Lacan lo llamará la jaula... porque, aunque se desplace mucho está encerrado” es poner en palabras lo que el Solitario repite constantemente que se siente solo y no hay nadie para luego decir que está solo pero no quiere joder a nadie.

En estos dichos se marca su obstáculo, su propia jaula que teniendo de cerca al Otro hay algo más que le impide acceder, es algo que se pospone y se pospone, que lleva al problema del imposible; justamente de no llegar.

La neurosis obsesiva detalla precisamente que hay un impasse entre la relación de este sujeto con el Otro y su deseo. Entonces como explica Torres en su texto, el obsesivo anula su propio deseo y por eso se transforma en imposible. El paciente quería que sus hijos vayan, quería que acudan a verlo y cuidarlo, pero inmediatamente dice que ya no, que no los va a obligar.

Es así como el obsesivo redunda y se contradice con sus dichos, sobre lo que pasó, lo que quiere y lo que espera... planteados como imposibles. El diagnóstico que tenía era una hemorragia digestiva alta que finalmente resultó ser un cáncer que acabó con su vida el día en el que hubiera sido la quinta vez de tener la intervención.

¡¿Ira, enojo, tener carácter?!

El presente caso dio lugar a dos sesiones con la paciente donde se pudo resaltar su significativo amo, el enojo. Se trata de una mujer de 46 años. El primer encuentro con la paciente se la nota molesta y con pocas ganas de conversar, adicional a esto se encontraba con otra señora quien solamente la miraba y le hacía caricias en el brazo como tratando de calmarla.

Al hacer presente el espacio de escucha, ella agradece y comunica que cuando se vaya la hermana, se podría charlar y, al culminar los minutos de la visita su hermana se dirige ante el *staff* médico pidiendo que por favor entendieran a su familiar. La primera queja que se oye de parte de la paciente es “es que estoy enojada porque no sé qué pasa”, y al preguntarle sobre ese no saber qué pasa, explica que tiene conocimiento sobre su tumor pero que más de eso no sabe, se encuentra esperando hace varios días unos resultados, pero no le dan respuesta.

Cuando introduce la molestia, se plantea el por qué estar molesta por unos resultados; si estos iban por saber más sobre el diagnóstico o si refería al nivel de atención. A se queda callada para al pasar los minutos replica que el no saber la disgusta y que ella al ser una persona de carácter no anda con rodeos.

¿Qué es eso de no andar con rodeos? se le deja de pregunta, a lo que inmediatamente asienta con un sí, que ella al ser una persona que no anda con rodeos quiere decir que si algo le enoja lo dice, que si no le parece tal situación lo dice porque no tiene pelos en la lengua. En su rostro se vuelve a notar el desagrado, por lo que surge la siguiente pregunta de ¿cómo ha sido su estancia en el hospital? La respuesta que ella da permite ya construir desde el enojo y esa molestia.

Comenta que, si bien esperaba los resultados de dicho examen, se encontraba muy enojada porque no le habían dado de comer provocando así pelearse con su hermana menor puesto que se dieron de insultos y la hermana ofendida se fue del sitio sin volver.

Logra entonces ubicar que su impulso y mal trato que dio a su hermana y doctores se debió a la comida más no por el hecho de los resultados del examen. ¿Cómo se siente? Se interroga, “pues normal. Yo siempre me peleo a mí no me importa. Así soy yo. Si a mí algo no me parece lo digo y punto. Yo me puteo hasta con los vecinos, les grito y no me importa lo que piensen”.

Frente a la necesidad de comer luego de conversar con los enfermeros, llega a entender que no le dieron su comida porque se realizaría en pocas horas un examen de imagen.

Tras explicar la situación la paciente vuelve a la tranquilidad, esta intervención le aprueba y permite que está bien descargarse, pero, ver la forma en cómo decirlo porque allí estará haciéndose entender y a su vez ayuda a que las personas, en este caso los profesionales la puedan ver de un modo distinto y no como la señora que se enoja mucho como le decían en la sala. La paciente logra absorber esta propuesta y simplemente afirma con su cabeza.

De hecho, Guzzetti (2015) dirá: “Esos gritos carecen de significación, no son interpretables sino como descargas automáticas, incapaces de entrar en el curso asociativo sobre el que tienen un efecto disruptivo y desorganizador”.

Dice el autor, estos gritos carecen de significación, el objetivo de la paciente no era pelear en realidad con alguien sino más bien botar eso que no encontraba como entenderlo. A partir de esto se puede interpretar que la paciente como expone le da ira, enojo, pero que luego al descargarse y pasando por la palabra la situación que la descontroló y desató su enojo, consigue una calma.

El efecto que produce el grito o lanzar las palabras sueltas en modo de descarga, producen una respuesta de restablecimiento quiere decir que mediante la voz al exponer lo que no le parecía, logra recuperar el ánimo y curiosamente retorna a un estado pacificador, como si no hubiera acontecido nada. (Guzzetti, 2015, p.2)

En la segunda sesión se vuelve más notorio este significativo entorno a la ira. Habitando un poco la transferencia con la paciente, saluda y se muestra sonriente. Ahora, mientras se intercambia el saludo surge la incógnita de la sesión anterior. ¿Por qué enojo/ira/ser sin rodeos? La paciente expone que toda su vida ha sido así, que se las ha arreglado con las personas pero que luego de la sesión anterior pudo ver que esa respuesta, no ayudaba.

Dice que es una persona de carácter pero que, si lo pensaba de fondo, eso había provocado que se quedará sin amistades y que empezará a iniciarse en una vida alcohólica de la cual agradece haber salido por la religión y por una hija menor de 11 años que tiene. Explica también que ella cree que ser así es ser una persona de carácter, de no dejarse ver la cara por nadie.

Toda su familia es así, al preguntarle de nuevo por la hermana con quien tuvo la discusión, ella responde: ella sí tiene carácter, pero no es como yo. ¿Cómo usted? Se crea la incógnita, si es como usted quiere decir que se enoja. La paciente después de varios minutos, produce “sí, es verdad. También se enoja, pero creo que la diferencia entre ella y yo es que yo exploto y digo todo y luego ya estoy tranquila y todo bien. Ella en cambio se resiente y se va”.

De la hermana dice que ella quiere que la busquen y pidan disculpas. “Quien me quiere así bien, quien no pues que se vaya”. Lo último que se plantea es qué seguir pensando entonces por los que, si le interesa en que se queden, como su hija.

PROPUESTA DE ABORDAJE CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

¿Por qué esta propuesta? Como se ha nombrado incontables veces, el psicoanálisis en su excelencia por tratar el malestar subjetivo, toma la clínica del uno por uno, queriendo decir que por más que los practicantes o simpatizantes del psicoanálisis o aquellos que practiquen otra línea de trabajo sientan que en su quehacer hacen lo correcto, se dejen instruir por el paciente porque aunque exista la repetición del diagnóstico médico, la forma de vivirlo, es única en cada uno de ellos.

Laurent (2004) en el libro *La urgencia generalizada* planteó que, somos hijos del trauma en tanto la ciencia y la reconstrucción social provocan una serie de cambios, el sujeto se sumerge en nuevos códigos, nuevos mandatos y nuevas inseguridades. Y dirá que:

La ciencia, en tanto descripción programada de cada uno de nosotros – desde la programación genética hasta la programación del entorno, pasando por el cálculo cada vez más preciso de los riesgos posibles –, hace existir una causalidad programada. Y es a medida que esta causalidad toma consistencia tanto el síndrome post – traumático del *stress* ligado a la irrupción de una causa no programable, como la tendencia a describir el mundo a partir del trauma. Todo lo que no es programable deviene trauma.

Lo no programable, lo imposible y el peligro es una situación emergente diaria de la cual ingresa a la subjetividad sin previo aviso. “La experiencia traumática como aquella que se comporta [como] un riesgo importante para la seguridad y salud del sujeto” (Laurent, 2004, p. 27).

La época actual permite palparlo por los medios de comunicación, por las redes sociales y también por series o documentales que hacen que el espectador vea el problema en el que se encuentra el mundo hoy, en la susceptibilidad de las emociones.

Esto incide en lo que se menciona en el capítulo cuatro de esta investigación, se produce una angustia a partir de los eventos que marcan y que no se pueden decir nada al respecto, quedan aislados totalmente, negados, por fuera del sujeto.

Por eso se comparte mucho con Sotelo (2015) en su libro DATUS (Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas) porque alojando la desorganización subjetiva, quiere decir cuando la angustia ha tomado al sujeto en cuerpo y no le permite elaborar el malestar, se puede volver a reconstruir.

Propongo la creación de este dispositivo que, al no ser un dispositivo analítico clásico, tiene su fundamento en la teoría psicoanalítica... formados en este paradigma, propicia un efecto de subjetivación en quien consulta y transforma el padecimiento en urgencia subjetiva.

El diseño de nuevos dispositivos responde a la premisa de que estos deben ser lugares de alojamiento de la urgencia, y no de eliminación de la misma (o de los fenómenos y síntomas con los que se presenta), lo cual vendría por añadidura. (p. 165)

Es necesaria de todas maneras la angustia, porque es un llamado que se le hace al sujeto a través del cuerpo para implicarse con lo que le sucede. “La aparición de la angustia neurótica es pertinente a la clínica hospitalaria, y constituye por lo asiduo de su frecuencia en la demanda dirigida a los profesionales de salud” (Sotelo, 2015, p. 72).

A diferencia de las otras psicoterapias, la orientación psicoanalítica aparte de alojar lo que no se puede poner en palabras, posibilita su no eliminación del malestar en primer momento sino su desvanecimiento progresivo tras la intervención por la palabra que luego al culminar deje a su vez, una duda por trabajar a este sujeto, en el sentido que al trabajarlo en la intervención, lo practique y amoneste.

¿Cómo ocurre en el hospital? La práctica logra consentirlo cuando se va a las camas de cada paciente para saber su estado de ánimo y asimismo si hay alguno con quejas, poder escucharlo. No obstante, en la emergencia de un hospital como se expuso al principio de la investigación, convoca a quien atiende, a recibir al paciente en un pasillo, en una vereda, o en cualquier lugar que pueda ser discreto y cómodo para ellos para depositar sus palabras.

La autora menciona que “definimos como consulta de urgencia a la que se realiza sin cita previa, debido a quien consulta, paciente o quien lo trae, considera que el padecimiento requiere atención inmediata” (Sotelo, 2015, p.65).

Se enfatiza en esta investigación que el trabajo es con los pacientes con enfermedades catastróficas pero también no se desentiende de escuchar a aquellos que intervienen con el paciente directamente, porque estos actores también pueden perjudicar o beneficiar al paciente en su mejoría de su enfermedad.

Se pesquisa entonces, que el sujeto logre relacionarse con aquello que incomoda para al tomar responsabilidad de eso porque habita en él, pueda prestarse al tratamiento de manera activa.

Como lo declara la autora en DATUS, “el objetivo es alojar las urgencias y darles un tratamiento hasta que el paciente se responsabilice de aquello que le acontece y del tratamiento que está dispuesto a darle” (Sotelo, 2015, p. 172)

Lo que se propondría con los tres tiempos, el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir.

Porque finalmente, debe existir una estrategia, una circulación que en el trabajo analítico se arma. “[Una] función estratégica: alcanzar la transversalidad en el abordaje de la urgencia... haciendo suya la urgencia y responsabilizándose del tratamiento...en un trabajo continuado y articulado” (p. 172 – 173).

Por lo tanto, la propuesta tiene como intención principal recoger subjetivamente al paciente para que este logre armarse de nuevo, que si bien en la época actual hay un decaimiento del Nombre del Padre, el sujeto lo logre asimilar y convierta a lo insoportable, su capa, una manera de defenderse. De ir buscando recursos simbólicos con los que se sienta cómodo para interactuar con los otros.

CONCLUSIONES

Para concluir, el haber analizado el desconocimiento de la enfermedad permitió pensar que cada día es más laborioso tener en cuenta sobre la correcta difusión de lo que implica el diagnóstico de las enfermedades catastróficas. Muchos de los pacientes atendidos y entrevistados tienen una leve noción sobre la enfermedad que padecen como tal pero no a la categorización que pertenece.

Como bien expusieron los profesionales, los individuos que ingresan al hospital tras recibir el diagnóstico de inmediato piensan en la muerte, sin procurar que aún existen recursos para poder tratar la enfermedad, es una cuestión de profilaxis porque el miedo que llega a ocupar la mente de los pacientes y familiares en general es lo que puede deteriorar el inicio de un tratamiento que puede terminar en buenas circunstancias, incluso cuando se trata de un cuidado paliativo, el éxito reside en que la enfermedad sea conocida de modo que, el conocer ayuda a mantener la calma.

Cuando se identificó la estigmatización social del diagnóstico, se reitera el punto anterior que por el lado del desconocer, se tiende a tener estigma sobre la enfermedad produciendo un bloqueo mental. Aparte, más se conoce de salud que de enfermedad, no hay una instrucción o enseñanza que permita que los individuos concretamente piensen en cómo cuidarse y por lo tanto su respuesta se va al otro extremo, la evitación total.

No se toca, no se acerca, ni se mira porque contagia; se olvida entonces que el que está enfermo si va reflejarse desde esos actos o respuestas gestuales, lo que obstaculiza también querer realizar procedimientos o como se menciona, aceptar en su totalidad el diagnóstico.

Y por tanto, caracterizar el tratamiento en el malestar subjetivo fue una forma extraordinaria de evidenciar que cada subjetividad es única e irrepetible, que sí hay tendencia a comportamientos emocionales similares pero que la experiencia y vivencia de cada uno puede ser tan armoniosa como catastrófica y se debe tener en cuenta aquello para poder llegar al entendimiento del paciente.

Todo este trabajo se orientó en hacer hincapié en que si se escucha más a los pacientes sobre sus quejas o desacuerdos sociales, se puede lograr que el bullicioso que se produce en el hospital sea menos y asimismo oírlos, da como respuesta el efecto

calmante que ellos también buscan y necesitan pero que en ocasiones no saben decirlo incluso para aquellos pacientes que están entubados, como menciono uno de los profesionales durante la práctica, tal vez no puedan responder pero si oyen; y que cuenten también con la presencia de sus familiares también los beneficia en su tratamiento.

Por eso, estas tres variables fueron significativas para el trabajo puesto que es lo que más recae en los pacientes.

A su vez, el trabajo interdisciplinario y el apoyo y conocimiento del caso a los familiares auxilia a estos pacientes porque si bien la cotidianidad suele ser brusca con los individuos que están saludables, la enfermedad derrumba al individuo no sólo por la medicación y los procedimientos quirúrgicos sino también porque en el caso de la emergencia, las visitas son limitadas y el contar y sentir el calor de las demás personas que por lo menos puedan saludarlas; es lo que hace que el paciente vuelva a decir sí otra vez a la vida o lo que reste de ella.

RECOMENDACIONES

Para la carrera de Psicología Clínica y para los futuros practicantes, sea cual sea su elección ante la línea de trabajo, siempre escuchar lo que diga el paciente sin anticiparse a la información ya proporcionada por los docentes o profesionales ya que como sujetos singulares, los dichos se reactualizan y por consiguiente la información que se obtuvo en un día puede ser distinta al siguiente.

Es importante que se sigan dando estos espacios de formación y a su vez si es posible se tengan antes del último año de la carrera ya que al momento de elegir el lugar de las prácticas, puede llegar a obstaculizar al practicante conforme a su subjetividad también.

Si bien por el deseo escogemos un lugar de prácticas, también hay que saber advertirse de lo que podría ser insoportable para uno y que podría dificultar el proceso de intervención con los pacientes. En ocasiones no es un asunto de saber si las intervenciones que se realizan están bien o mal, o tener miedo al intervenir porque se aprende del error. Lo ideal es que ese error se sepa asumir y luego corregir porque se trabaja con individuos que también sufren y depositan su confianza ante quienes ellos ven como su doctor, terapeuta, psicólogo, etc., como ellos los nombran.

Para aquellos que quieran ahondar en el tema de las enfermedades catastróficas, este trabajo ha resultado ser un abre bocas para la inmensidad de trabajo que se tiene por hacer. No obstante, si en seis meses se lograron avances y cambios con todo el personal institucional del hospital, ante cómo ver y tratar a un paciente, se podrá realizar mucho más tomando este trabajo como una referencia ante dicha labor.

Finalmente, para aquellos que continuarán trabajando en el hospital, sean estos psicólogos clínicos o doctores, seguir procurando el tratamiento con estos pacientes y hacer la respectiva retroalimentación y reactualización del conocimiento, y además, a pesar que el seminario puede beneficiar la parte científica no olvidar la parte humana, de la cual sólo se percibe con otro individuo en el día a día.

REFERENCIAS

Alonso, B., de las Heras, M., Camarena, P., Casla, J., de la Cuesta, S., Martín, E., . . . Soler, P. (2016). PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DEL INSTITUTO DE ADICCIONES. . Madrid, España.

Ana López, Iriondo, O. (19 de Febrero de 2019). *Clínica contemporánea: Revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*. . Obtenido de Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. : <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2019a2>

Arévalo, L. (2014). *AARP* . Obtenido de Estrategias para manejar conductas difíciles : <http://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/expertos/Lyda-Arevalo-Flechas/Info-2014/conducta-comportamiento-mayores.html>

Aristizábal. (25 de Mayo de 2013). *Semana* . Obtenido de La enfermedad como estigma: <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/la-enfermedad-como-estigma/344296-3>

Belaga, G. (19 de Noviembre de 2009). *VIRTUALIA* . Obtenido de Respuestas a lo impolítico de las urgencias subjetivas: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/HkVro3y3Q2iz2IyfFuRZtmUJiR6qIaM9cAcOzbvW.pdf>

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación* . Colombia : Pearson .

Bustos, V. (Abril de 2016). *SCIELO* . Obtenido de Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica : <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a08.pdf>

Callejas, L. y Piñas, C. (Diciembre de 2005). *Redalyc*. Obtenido de La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil.: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32513409.pdf>

Cáncer, I. N. (27 de Septiembre de 2019). *Tratamiento del cáncer de estómago* . Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/paciente/tratamiento-estomago-pdq>

Carbone, V. (2016, Febrero 29). *NEL MEDELLIN* . Retrieved from Soledad: Aquello que se evapora y no desaparece : nel-medellin.org/blogsoludad-aquello-que-se-evapora-y-no-desaparece/

Cedeño, J., Rodríguez, L., Escobar, M., & Sosa, F. (2017). Perfil del psicólogo clínico y la demanda laboral en el área de salud del cantón Portoviejo. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales.*°, 1-21.

CLINIC, M. (27 de Junio de 2019). *VIH/ sida* . Obtenido de Diagnóstico, análisis domésticos, pruebas para estadificar la enfermedad y el tratamiento, pruebas para el diagnóstico de complicaciones; tratamiento: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions-/hiv-aids/diagnosis-treatment/drc-20373531>

Clinic, M. (3 de Enero de 2018). *Traqueotomía* . Obtenido de <http://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/tracheostomy/about/pac-20384673>

Compas, B., & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica.* . México : McGraw - Hill.

Del Rocío, J., Dueñas, E., Aguirre, M., Piza, N., y Vaca, N. (Julio de 2018). *Investigación Científica de la Educación* . Obtenido de Resiliencia; una estrategia de afrontamiento en pacientes con enfermedades: <http://files.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/200003931-2abd32ac75/EE%2018.7.54%20Resiliencia.%20Una%20estrategia%20de%20afrontamiento%20en%20pacientes%20con.....pdf>

Díaz, C. (2014). *Imaginario, Simbólico, Real. Aporte de Lacan al psicoanálisis* . Bogotá : Editorial Universidad Nacional de Colombia .

Ecuador, S. I. (2016). *Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo*. Obtenido de <http://www.conocimientosocial.gob.ec/pages/EstadisticaSocial/herramientas.jsf#>

Enfermedades, C. p. (26 de Septiembre de 2019). *VIH* . Obtenido de ¿Cómo podría afectar el VIH mi salud mental? : <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basic/livingwithhiv/mental-health.html>

Española, R. A. (2019). *Definición de Rol*. Obtenido de <https://dle.rae.es/?w=rol>

- Estupiñán, E. (2015). Enfermedades catastróficas. *El Universo* , 1-3.
- Garaigordobil, M. (28 de Octubre de 2009). *INFOCOP ONLINE* . Obtenido de Papel del psicólogo en los centros educativos. : http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2556
- García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., & Oblitas, G. (2008). PANORAMA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD. . *REDALYC ORG* , 1 - 25.
- Garro, C. (2015). *De la urgencia a la emergencia de un sujeto. Una lectura psicoanalítica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Gillet, F. (22 de Octubre de 2018). *BBC NEWS* . Obtenido de ¿Cómo se habla de la muerte con alguien que se está muriendo? : <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45924364>
- Guerri, M. (2016). *PSICOACTIVA* . Obtenido de Teoría de la Personalidad de Freud: consciente, inconsciente, Yo, Superyó y Ello: <https://www.psicoactiva.com/blog/teoria-la-personalidad-freud-consciente-inconsciente-superyo-ello/>
- Gutierrez, M. (2014, Noviembre 16). *Comentario del texto: la imagen del cuerpo es psicoanálisis*. Retrieved from NEL Medellín: <http://nel-medellin.org/blogcomentario-del-texto-la-imagen-del-cuerpo-en-psicoanalisis/>
- Guzzetti, C. (2015, Octubre). *El psicoanalítico*. Retrieved from La parte maldita y la ménis de Aquiles. : <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num25/clinica-guzzetti-parte-maldita-menis-de-aquiles.php>
- Hartmann, A. (1993). *En busca del niño en la estructura* . Buenos Aires : Ediciones Manantial S.R.L. .
- INFOSIDA. (29 de Mayo de 2019). *Afecciones relacionadas con el VIH/SIDA* . Obtenido de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/26/90/el-vih-y-la-tuberculosis--tb->
- Jorge, G. (2009). *Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas* . Buenos Aires: Letra Viva .

- Lacan, J. (1966). *Escritos de Lacan: El estadio del espejo como formador*. Buenos Aires : Gramma.
- Ledesma, Á. (2016, Febrero 11). *DIALNET*. Retrieved from ¿Nombrarse o ser nombrado? El nombre como depositación. : file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-NombrarseOSerNombrado-5619011.pdf
- Luis, N. U. (2 de Julio de 2019). *¿Qué son las urgencias subjetivas?* . Obtenido de <http://www.noticias.unsl.edu.ar/02/07/2019/que-son-las-urgencias-subjetivas/>
- Lutereau, L. (Julio de 2015). *Imago agenda* . Obtenido de ¿Qué es la rectificación subjetiva? : <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2015>
- Martín, L. (29 de Septiembre de 2003). *Scielo* . Obtenido de Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad.: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012
- Martínez, C. (6 de Febrero de 2015). *Curso de Actualización Pediatría* . Obtenido de Salud Mental. Qué y cuándo derivar y contener : <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p107-115.pdf>
- Martínez, N. (2011). El narcisismo... Freud y Lacan. *GEPU*, 79- 89.
- Miari, A., & Fazio, V. (2016). *ACTA ACADÉMICA* . Obtenido de Algunas consideraciones sobre la construcción de casos clínicos en psicoanálisis:historiales, viñetas, sueños y ateneos. : <https://www.aacademica.org/000-044/787.pdf>
- Moral, R. (15 de Febrero de 2017). La Conspiración del Silencio: importancia, causas y estrategias de abordaje. España.
- Morga, L. (2012). *Bibliotecas Digitales: Red Tercer Milenio* . Obtenido de Teoría y técnica de la entrevista. : http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf
- ONUSIDA. (Febrero de 2001). *EL SIDA: cuidados paliativos* . Obtenido de http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc453-pallicare-tu_es.pdf

- Parra, I., Pinto, C., y Quispe, S. (Junio de 2016). *Scielo* . Obtenido de Ley de cobertura universal de enfermedades de alto costo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200029
- Peláez, G. (2016). *Fundamentos de psicología clínica*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Piergiorgio, S. (06 de Diciembre de 2013). *La Vanguardia* . Obtenido de Las edades del sexo : <https://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20131122/54393706095/las-edades-del-sexo.html>
- Pino, S. d. (2012, Mayo 24). *Cuando fallan los semblantes*. Retrieved from Virtualia : <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/V9qgtAjIzfgQrUbIZIm43LwGn0RfYUTF4yKS6Vs6.pdf>
- Pino, S. d. (24 de Mayo de 2012). *Cuando fallan los semblantes*. Obtenido de Virtualia : <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/V9qgtAjIzfgQrUbIZIm43LwGn0RfYUTF4yKS6Vs6.pdf>
- Piña, J. (Julio - Diciembre de 2010). *Redalyc* . Obtenido de EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: DE LAS FUNCIONES A LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES.: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29215980001.pdf>
- Psicología, S. M. (2007). *Código ético del psicólogo*. México : Trillas .
- Pública, M. d. (2012). Obtenido de Acuerdo Ministerial Título II de la Estructura Organizacional de Gestión Por Procesos: <http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/documentos/Transparencia/ESTATUTO%201ER%20NIVEL%20MSP.pdf>
- Pública, M. d. (2012). Obtenido de Acuerdo Ministerial Título II de la Estructura Organizacional de Gestión Por Procesos: <http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/documentos/Transparencia/ESTATUTO%201ER%20NIVEL%20MSP.pdf>

- Pública, M. d. (8 de Noviembre de 2016). *Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa, Hospitalaria y Domiciliaria*. . Obtenido de https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/04/Registro-oficial-Acuerdo_no._00000109_modelo_nacional_de_gestion_y_atencio%CC%81n_educativa_hospitalar-1.pdf
- Ramírez, M. E. (2012). *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje* . Bogotá: Gramma .
- Remor, E., Arranz, P., & Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclee De Brouwer.
- Rodríguez, M., & González, M. (2006). *Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras* . Obtenido de Preparación psicológica ante procedimientos invasivos : <http://www.hospitalmeijeiras.sld.cu/hha/sites/all/information/mpm/documentos/PSICOLOGIA/PA/PREPARACION%20PSICOLOGICA%20ANTE%20PROCEDERES%20INVASIVOS.pdf>
- Rodríguez, Z., Acosta, D., Fong, J., & Pagés, O. (26 de Abril de 2009). *SCIELO* . Obtenido de Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales : <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v49n1/cir11110.pdf>
- Rojas, X., & Lora, M. (Agosto de 2008). *SCIELO* . Obtenido de El niño como sujeto desde el psicoanálisis : http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612008000200006
- Rubistein, A. (28 de Julio de 2014). *VIRTUALIA* . Obtenido de Para una política del psicoanálisis en la época actual: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/SvGjb3Las0C3xrHi5zRs2QyUqF5lb3eiDu6edqAN.pdf>
- Ruiz, E. (Diciembre de 2009). *Scielo* . Obtenido de El psicoanálisis y el saber acerca de la subjetividad : <http://www.scielo.org.mx/pdf/espinal/v16n46/v16n46a2.pdf>

- Salud, O. M. (1 de Junio de 2018). *La Comisión hace un llamamiento a la adopción de medidas urgentes contra las enfermedades crónicas*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/01-06-2018-commission-calls-for-urgent-action-against-chronic-diseases>
- Salud, O. M. (10 de Diciembre de 2019). *La OMS recibe nuevas recomendaciones para frenar el flagelo mortal de las enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/10-12-2019-who-gets-new-advice-on-curbing-deadly-noncommunicable-diseases>
- Salud, O. M. (11 de Junio de 2019). *Salud mental en las emergencias*. . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- Salud, O. M. (2009). *El VIH y los jóvenes*. . Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/es/
- Salud, O. M. (25 de Enero de 2019). *El estigma y la discriminación obstaculizan el acceso al diagnóstico precoz y al tratamiento de la lepra en las Américas*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14930:stigma-and-discrimination-prevent-early-diagnosis-and-treatment-of-leprosy-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
- Salud, O. M. (29 de Agosto de 2019). *La OMS revisa las recomendaciones sobre el uso de anticonceptivos hormonales para mujeres con alto riesgo de infección por VIH*. . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-08-2019-who-revises-recommendations-on-hormonal-contraceptive-use-for-women-at-high-hiv-risk>
- Salud, O. M. (30 de Marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Sotelo, I. (2015). *Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas* . Buenos Aires : Grama Ediciones.
- Teillery, D. (2015). *Documento de cuadernos en crisis* . Obtenido de La práctica del psicólogo en un servicio de urgencias médicas, aproximaciones basadas en la experiencia. :

http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2015/numero14vol1_2015_practica_psicologo_servicio_urgencias.pdf

Tendlarz, S. (2013). *¿Qué es el autismo?* . Buenos Aires : Colección DIVA .

Tendlarz, S. (2017). *Las mujeres y sus goces* . Buenos Aires : Colección DIVA .

Vinaccia, S., & Orozco, L. (20 de Junio de 2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. . Medellín , Colombia

ANEXOS

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

La siguiente entrevista será para el uso educativo y académico del proyecto de investigación “Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”. Esta se realizará a los profesionales de salud y demás participantes afines al trabajo.

Nombre: Gabriel Flores

Profesión: Médico residente

- 1. ¿Qué exámenes se realizan para dar con la conclusión diagnóstica de que el paciente tiene una enfermedad catastrófica? ¿Cuáles son las más frecuentes que se dan en el área de emergencias?**

Se realizan un sin número de exámenes para poder determinarlo, la enfermedad catastrófica aparece después ya que como área lo primero que se hace es diagnosticar a los pacientes con enfermedades emergentes al momento. Hacemos tomografías donde se evidencian tumor, exámenes por radiofrecuencia, inmunológicos que permitan ver qué tipo de tumores son, este al ser un hospital de tercer nivel cuenta con todos los recursos para poderlo hacer. Pero en la emergencia se observa más en imágenes, la patología tumoral que puede tener nuestro paciente como enfermedad catastrófica neoplásica, que es la más frecuente que vemos. Tenemos otro tipo de enfermedades raras como insuficiencia renal crónica que se diagnostica mediante exámenes de laboratorio del cual el hospital cuenta con los reactivos. Una vez que se determina el diagnóstico inicial del paciente, el trámite pertinente se va realizando por consulta externa u otros medios los cuales se comunican por trabajo social para seguir con lo que es el tratamiento.

Los pacientes que más llegan aquí son los oncológicos, con diagnóstico de hepatocarcinoma, linfoma también es muy frecuente, cáncer de estómago, el enfermo renal crónico como tal que ya tiene tratamiento dialítico; pacientes con falla cardíaca ya en estadio 4, etc.

2. ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario con un paciente que tiene una enfermedad catastrófica?

Realmente el paciente que llega a la emergencia ya viene con un diagnóstico, generalmente oncológico. Por lo general siempre tiene la asesoría de trabajo social y de psicología que son las que generalmente le orientan sobre lo que se va a hacer. Luego el médico tiene la responsabilidad de realizar las interconsultas para las diferentes especialidades: psicología, psiquiatría, el mismo cuidado paliativo si el paciente lo necesita, oncología o nefrología, dependiendo de la enfermedad.

3. ¿De qué forma asimila el paciente su diagnóstico y tratamiento? ¿Hay tendencia a presentar las mismas disposiciones emocionales todos los pacientes, o existe una distinción en cada uno de los diagnósticos?

Al proponerles el diagnóstico y tratamiento, su reacción siempre es negativa. No se quieren tratar, quieren irse a casa, tienen la idea de que estarán mejor allí. Otros incluso rechazan la diálisis por ejemplo y luego la aceptan. Son muy pocos los que aceptan los tratamientos en un primer momento.

Dentro de las enfermedades catastróficas, hay mucho estigma en cuanto a la enfermedad oncológica, porque el paciente que es diagnosticado con cáncer piensa que ya se va a morir. Es verdad que en otros pacientes como los de insuficiencia renal, cirrosis hepática o discapacidades congénitas, lo suelen tomar de mejor forma porque están adaptados a la enfermedad o en su defecto saben que tiene más tiempo de vida. Por ejemplo el paciente con cáncer de páncreas suele tener de tres a seis meses de vida y el paciente lo sabe y se deprime con mayor facilidad. En la mayoría lo que más se destaca es la depresión. A mi parecer también depende de las esferas psicosociales de cada uno sobre cómo responder al diagnóstico, no todos lo realizan de la misma forma.

4. ¿Cree que hay estigmatización hacia ciertos diagnósticos médicos? De ser así, ¿cuál enfermedad cree usted es la que genera mayor estigma y quiénes generalmente cargan con dicha estigmatización?

En mi experiencia, como mencioné anteriormente veo el estigma en los pacientes oncológicos, es el que más tiende a deprimirse. Ellos asocian la palabra cáncer con muerte, entonces son los que más suelen tener estigmatización sobre la muerte a pesar de no saber cuándo van a morir. Por ejemplo cáncer de osteosarcoma, pueden sobrevivir con una amputación y vivir veinte años más, lo mismo con pacientes de cáncer de mama que es el que mejor respuesta tiene ante el tratamiento. Sin embargo, ellas también tienen depresión y sienten que se van a morir.

Otra enfermedad es el VIH, no sólo por el personal médico sino el sanitario por el tema del contagio. Aunque el médico que esté bien informado y formado no tendrá estigma sobre una enfermedad u otro porque conoce el pronóstico, la sobrevida, que se debe de hacer y sobrellevar. Esta enfermedad es más propio del cuidarse por el tema de la bioseguridad, es un protocolo de actuación que se tiene como reglamento, es más por protección.

5. ¿Cree importante la intervención por parte del psicólogo clínico en el hospital y, especialmente en estos casos de pacientes con enfermedades catastróficas?

Por supuesto que sí. De hecho como les digo a todos los pacientes que veo, nosotros somos médicos generales y sabemos algo de las enfermedades y aún así no estamos preparados al cien por ciento para manejarlas, el especialista, el hepatólogo por ejemplo no está preparado para manejar el hígado solo.

Si hablamos de un paciente que está deprimido por el diagnóstico reciente de su enfermedad que le va a causar en algún momento la muerte, ninguno de nosotros, ni el médico ni el familiar ni quien lo asiste se encuentra preparado para asumir eso que dirá el paciente tomando en cuenta su subjetividad. Es necesario que el psicólogo aborde el paciente, también trabajo social, la administración, todos los que intervienen con el paciente.

6. ¿Cuáles podrían ser los riesgos para el paciente que no asuma y se implique ante su diagnóstico?

Está demostrado que la depresión o el estado vegetal va a ocasionar diferentes situaciones: no dormir bien, estrés, inmunodepresión lo cual provoca las defensas bajas y así acarrear más enfermedades. Si de por sí la enfermedad catastrófica cobra gran parte con esto, habrá más decaimiento, diferente a aquel que empieza a cuidarse y mantener una mejor alimentación, su vitalidad es diferente y por tanto la enfermedad es asumida de mejor forma.

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

La siguiente entrevista será para el uso educativo y académico del proyecto de investigación “Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”. Esta se realizará a los profesionales de salud y demás participantes afines al trabajo.

Nombre: Nancy Sánchez

Profesión: Médico internista

- 1. ¿Qué exámenes se realizan para dar con la conclusión diagnóstica de que el paciente tiene una enfermedad catastrófica? ¿Cuáles son las más frecuentes que se dan en el área de emergencias?**

Radiografías de tórax, imagen, en la UCI estabilizamos para que luego suban al área pertinente de cuidado, a diferencia de la observación de adultos que también se encuentra en el área de emergencias, aquí son pacientes de tránsito. Las enfermedades frecuentes aquí en la UCI generalmente es cáncer de pulmón, cáncer de ovarios, insuficiencia renal crónica de los cuales hay bastantes que se hacen hemodiálisis, leucemias, linfomas, etc. Pero ya vienen con su diagnóstico a menos que suscite algo más y se deban hacer otros exámenes, aquí se realiza más la parte clínica. El paciente mejora y sube para continuar con sus estudios de enfermedad de base.

- 2. ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario con un paciente que tiene una enfermedad catastrófica?**

Por interconsultas al momento que el paciente está estable ya que por la patología que bajo a la UCI ya sea desde la instancia de emergencia, hospitalización y post – operatorio se realizan los estudios porque cuando viene un paciente de parada de la

emergencia son pacientes nuevos, diferentes a las otras dos instancias donde hay un historial clínico.

Por ejemplo si hay un paciente con cáncer de mama por servicio de oncología pero entro por insuficiencia renal se le realiza la diálisis, la colocación del catéter y luego al mejorar esta parte clínica sube de nuevo, porque se mejoró desde la UCI esta otra parte.

3. ¿De qué forma asimila el paciente su diagnóstico y tratamiento? ¿Hay tendencia a presentar las mismas disposiciones emocionales todos los pacientes, o existe una distinción en cada uno de os diagnósticos?

En el caso de la UCI no damos el diagnóstico al paciente porque generalmente nuestros pacientes están entubados y con máquina, con quienes tenemos mucho diálogo es con los familiares porque también les damos el informe diario.

Nosotros como cuidados intensivos siempre decimos la verdad, no tratamos, la decimos. La forma de decirlo si es un poco compleja porque a algunos si falta un poco de tino, son directos. Al mencionar sobre la patología se enuncia que puede haber múltiples complicaciones, por ejemplo los oncólogos toman varios días de estudio para luego con cirugía decidir sobre la quimioterapia, radioterapia y decir si ese cáncer puede recibir tratamiento o ya es uno terminal.

Los familiares se ponen a llorar porque a nadie le gusta recibir una noticia así, vuelven a preguntar si a la final no ha sido una equivocación, asimismo cuando tienen que llevarse al paciente a cirugía se preocupan, otros se quedan impávidos porque sólo lo sospechaban y ya es diferente cuando se les confirma. Cuando son pacientes que ya no se puede hacer nada, les decimos que al estar estables es mejor llevárselos a casa porque se les puede prolongar la vida con la entubación pero de allí no hay más. Se les pide decidir si mejor pasar entre familia o con nosotros que si bien lo estaremos cuidando, no es lo mismo que estar con la familia. Todo ese amor que la familia le da al paciente, les permite irse tranquilos. Afortunadamente la mayoría acepta.

4. ¿Cree que hay estigmatización hacia ciertos diagnósticos médicos? De ser así, ¿cuál enfermedad cree usted es la que genera mayor estigma y quiénes generalmente cargan con dicha estigmatización?

Sin ser VIH, tenemos muchos pacientes con tuberculosis activa y no porque tienen eso no se los va a atender, aquí en la UCI es un paciente más. Ya sabemos su antecedente y lo que hacemos es ser más cuidadosos con los procedimientos por ejemplo poner un catéter central, entubación, esa es la parte médica con la que tenemos más cuidado porque sabemos el riesgo. Tenemos la precaución sobre las batas, las mascarillas y demás elementos que se usan.

5. ¿Cree importante la intervención por parte del psicólogo clínico en el hospital y, especialmente en estos casos de pacientes con enfermedades catastróficas?

Sí, la psicóloga Mercedes nos ayuda muchísimo. Es nuestro pilar. A veces tenemos familiares que por más que se les explica, se niegan y dicen que no han tenido información o no se les explicó bien, más aún cuando se turnan, se desinforman o la comunicación no llega correctamente. Cuando se ponen de acuerdo entre familiares, todos afuera hacen una revolución.

Por ejemplo ahora hay un paciente que no pudo asimilar bien un trasplante y está aquí, él en su vida privada ha tenido problemas conyugales de los cuales él se desentiende y no se deja ayudar por la esposa, ella asiste todos los días y para ella es difícil escuchar todo lo que le dice y manejarlo también con los hijos. Este caso en particular ya se lo derivamos y le dijimos que por favor dialogue con el señor porque el sí está orientado y el apoyo psicológico le va a ayudar a asimilar sobre el procedimiento fallido y también tener mejor apertura con la esposa. La psicóloga siempre nos ayuda a hablar con todos estos familiares y está pendiente de la información que se les da a ellos.

6. ¿Cuáles podrían ser los riesgos para el paciente que no asuma y se implique ante su diagnóstico?

Como mencionaba anteriormente, nuestra unidad es una unidad de paso pero es cierto que el no asumir el diagnóstico si puede complicar la salud del paciente, en tanto si tiene las defensas bajas su cuadro y pronóstico puede empeorar.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

La siguiente entrevista será para el uso educativo y académico del proyecto de investigación “Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”. Esta se realizará a los profesionales de salud y demás participantes afines al trabajo.

Nombre: Marcia Lara

Profesión: Médico internista

- 1. ¿Qué exámenes se realizan para dar con la conclusión diagnóstica que el paciente tiene una enfermedad catastrófica? ¿Cuáles son las categorías de enfermedades catastróficas más frecuentes que se presentan en el área de emergencia del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?**

Se realizan marcadores tumorales, examen de imagen, de tórax, de abdomen, pelvis. Depende del tipo, si es de cerebro, un tac cerebro. Se debe examinar la enfermedad que se hable. Entre las enfermedades más frecuentes se pueden hallar insuficiencia renal crónica, insuficiencia renal estadio 5, cáncer de próstata en tratamiento de quimioterapia, linfoma no hodkin, ECV secuelares, infartos en el cerebro que produce discapacidad física y mental.

- 2. ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario con un paciente que tiene una enfermedad catastrófica?**

Por ejemplo si se habla de un cáncer hepático a más del personal de enfermería, los auxiliares, internos, residentes, personal de imagen, intervencionismo, gastroenterología. Se realiza interconsulta para valoración del paciente para realizar en primer lugar un diagnóstico sugestivo, en el cual el laboratorio de imágenes ayudará al examen definitivo por medio de la biopsia y en el intervencionismo que es quien toma la muestra de biopsia para realizarle el estudio, el cual demora varios días. Una

vez con el resultado, dependiendo si sale una neoplasia, se hace la interconsulta a oncología para que se dé un tratamiento de quimioterapia si amerita el caso. Si está fuera de recursos sería dirigirlo a cuidados paliativos.

3. ¿De qué forma asimila el paciente su diagnóstico y tratamiento? ¿Hay tendencia a presentar las mismas disposiciones emocionales todos los pacientes con enfermedades catastróficas, o existe una distinción en cada uno de ellos?

Se hace interconsulta a psicología porque en ocasiones se niega la patología, los pacientes e niegan a aceptar la enfermedad por ejemplo el VIH, por medio de psicología se busca que hable con el paciente o los familiares. También se aferran a un milagro que ocurra y en muchas ocasiones por eso no aceptan el tratamiento esperando que este se resuelva solo, sea por ignorancia, porque se lo dicen o por creencias religiosas. No responden por igual porque cada uno tiene su personalidad, hay unos que son fuertes y pueden afrontar su enfermedad, se toma en cuenta el panorama familiar, social (religión, cultura, educación, etc.) y la personalidad propia del paciente que incluye en la toma de las decisiones y la comprensión de los procedimientos a realizarse dependiendo de cómo se va desarrollando la enfermedad.

4. ¿Cree que hay estigmatización hacia ciertos diagnósticos médicos? De ser así, ¿cuál enfermedad cree usted es la que genera mayor estigma y quiénes generalmente tienen esta estigmatización?

VIH cuando presentan enfermedades infecciones respiratorias como tuberculosis, gérmenes resistentes de los cuales uno se puede contagiar. Es un riesgo porque los que realizan los exámenes de imagen por ejemplo, se encuentran expuestos directamente con el paciente al momento de tomar una tomografía si no se toma la asepsia respectiva antes y después de una prueba de imagen de los diferentes pacientes sobre todo los de riesgo de contaminación. Los KPC, pacientes sépticos con bacterias multidrogoresistente.

5. ¿Cree importante la intervención por parte del psicólogo clínico en el hospital y, especialmente en estos casos de pacientes con enfermedades catastróficas?

Es importante en varios casos como por ejemplo VIH que recién recibe la información para que pueda asimilar la enfermedad, aceptarla. Hay otros casos que son abandonados y necesitan apoyo psicológico e indagar el por qué del abandono.

6. ¿Cuáles podrían ser los riesgos para el paciente que no asuma y se implique ante su diagnóstico?

Que la evolución natural de la enfermedad va a llegar más rápido a su fin y si es algo infeccioso puede llevar más contagio. Si es contagioso puede infectar a sus seres queridos y la comunidad que lo rodea, no solamente genera malestar a él sino a todos los de su ambiente, dependiendo la patología que tenga. Su decisión no solo pone en riesgo su propia vida sino también predispone a los otros.

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

La siguiente entrevista será para el uso educativo y académico del proyecto de investigación “Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”. Esta se realizará a los profesionales de salud y demás participantes afines al trabajo.

Nombre: Mercedes Jaramillo

Profesión: Psicóloga clínica

- 1. ¿Qué criterio tiene usted sobre los pacientes con diagnóstico de enfermedades catastróficas?**

Son pacientes que pueden llegar a estar fuera de recursos terapéuticos y en su momento una etapa final de vida.

- 2. ¿Cómo trabaja con un paciente que tiene una enfermedad catastrófica, cuáles son las técnicas terapéuticas que generalmente utiliza?**

En primer lugar, me asesoro sobre que diagnóstico tiene el paciente ya que en muchas ocasiones el trato es particular, algunos pueden hablar y expresar sus emociones y otros no. Posteriormente dialogo con los familiares para poderlos integrar y que se desenvuelvan mejor con el paciente.

- 3. ¿Qué opina sobre el desconocimiento de la enfermedad? Es decir, cuando el paciente no tiene ningún tipo de información sobre la enfermedad o contrariamente, la información que tiene es ambigua.**

Cuando un paciente se les diagnostica por lo general se asustan y piensan que es sinónimo de muerte, primero hay que saber en qué grado está sea este uno, dos o tres.

Cuando se desconoce se debe hablar tanto con el paciente como los familiares. El diagnóstico cualquiera lo puede dar, hasta el internet. Las personas se asesoran a veces de mala manera, a veces creen en lo que leen y hay que re asesorarlos paso a paso, están muy confundidos con lo que creen que saben, lo que han leído y lo que le dicen los profesionales.

4. ¿De qué forma asimilan los familiares y el paciente el diagnóstico y tratamiento? ¿Cree importante la colaboración y el acompañamiento por parte de los familiares?

Al principio difícil, que no hay solución o ya no se puede hacer más. Les vamos enseñando en el camino sobre qué hacer y medidas a tomar, especialmente en la muerte; siempre lo hablo. Que es un proceso por el que todos pasamos, como una forma de asumir que todos tenemos que transitar por allí. Es un trabajo arduo que requiere de tiempo.

Implicarlos en el diagnóstico y tratamiento puede tomar seis o más sesiones, dependiendo el caso a caso. Tampoco es que al recibir la intervención se irán contentos porque hablar de enfermedad es complejo pero sí hacerle entender que la participación de los familiares sí ayuda mucho al paciente, la parte espiritual también, a estar mejor consigo mismos.

La familia tiene que estar involucrada con lo que ocurre, cuando el paciente no tiene ese apoyo se deprime y sus defensas bajan. Yo siempre trabajo con la familia en que deben mantenerse unidos y apoyándose porque en eso también repercute el estado anímico del paciente, es sumamente importante su acompañamiento.

5. ¿Cómo cree usted que el personal médico podría ayudar para el abordaje con este tipo de pacientes?

Con mucha paciencia, el personal médico y el psicólogo en ocasiones también. Se dialoga mucho con ellos, se les puede repetir sobre qué hacer pero se ensimisman en ver la mejoría al paciente aunque a veces ya no se pueda realizar nada.

Los médicos son un poco directos con los pacientes y los familiares y luego, al darles el diagnóstico les informan venir con nosotros, llegan destrozados. Para poder dar de mejor manera un diagnóstico es necesaria la empatía, encontrar una forma no tan

cruda. También hay veces donde no encuentran palabras de cómo decirlo y termina llegando esa información asimismo, cruda y eso consecuentemente afecta.

6. ¿Por qué cree que sería importante realizar la difusión sobre lo que implica tener una enfermedad catastrófica y la participación del psicólogo clínico ante esta problemática actual?

Hoy en día, salud mental en conjunto con oncología y cuidados paliativos creemos que desde que se sabe el diagnóstico se debe intervenir, poder hablar sobre las fases que se irán cumpliendo, poder asumir la realidad. Incluso desde antes, a manera de una promoción de salud. Nuestro proyecto es poder empezar a hacer de esto una capacitación, para las personas que padecen estas enfermedades y los involucrados. En ocasiones llegan al área paliativa y no saben lo que es. Se debe trabajar mucho también sobre la calidad de vida, la cual debe brindarla su familia. Cuando lastimosamente no hay familia, trabajo social se encarga de buscar un apoyo, rebuscar que haya alguien que apoye emocionalmente que aunque lo de la institución no lo termina de llenar.

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

La siguiente entrevista será para el uso educativo y académico del proyecto de investigación “Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”. Esta se realizará a los profesionales de salud y demás participantes afines al trabajo.

Nombre: Robert Amat

Profesión: Psicólogo clínico

1. ¿Qué criterio tiene usted sobre los pacientes con diagnóstico de enfermedades catastróficas?

Las enfermedades catastróficas marcan al sujeto de manera significativa, al momento de ser diagnosticadas causan angustia que no todos los pacientes pueden tramitar. Estas enfermedades van deteriorando la salud del sujeto produciendo en muchos casos la incapacidad, no solamente las enfermedades catastróficas apuntan a la dificultad orgánica, crean dificultades al sujeto a nivel emocional. En ocasiones el sujeto se aislará o interrumpirá sus actividades diarias creando un malestar en él, en otras ocasiones creará conflictos con los demás y con los familiares más cercanos.

2. ¿Cómo trabaja con un paciente que tiene una enfermedad catastrófica, cuáles son las técnicas terapéuticas que generalmente utiliza?

Es importante que el sujeto sepa qué padece, luego de esto el sujeto deberá poner en palabras eso que está “enfermo” en su cuerpo para así mismo crear vías para vivir con su síntoma orgánico.

- 3. ¿Qué opina sobre el desconocimiento de la enfermedad? Es decir, cuando el paciente no tiene ningún tipo de información sobre la enfermedad o contrariamente, la información que tiene es ambigua.**

La desinformación es muy peligrosa ya que si no se tiene una información clara sobre su enfermedad puede ser que el sujeto no lleve un tratamiento claro o puede que tenga poca adherencia al tratamiento empeorando así su calidad de vida y agravando su enfermedad.

- 4. ¿De qué forma asimilan los familiares y el paciente el diagnóstico y tratamiento? ¿Cree importante la colaboración y el acompañamiento por parte de los familiares?**

Cada paciente tiene una respuesta singular ante la noticia o confirmación de un diagnóstico de enfermedad catastrófica. Es importante la colaboración de familiares, hay patologías que necesitan de una persona que le ayude a administrar medicamentos o movilizar al paciente, más allá de esto en el campo psíquico es importante que exista un otro como camino para una vía simbólica y así el sujeto pueda socializar y poner en palabras su angustia.

- 5. ¿Cómo cree usted que el personal médico podría ayudar para el abordaje con este tipo de pacientes?**

El personal médico puede ayudar dando una información clara de la enfermedad catastrófica que padece el paciente. Además de esto considerar también que es un sujeto y no solamente un cuerpo.

- 6. ¿Por qué cree que sería importante realizar la difusión sobre lo que implica tener una enfermedad catastrófica y la participación del psicólogo clínico ante esta problemática actual?**

La difusión de esta temática es de carácter importante debido a que existe poco conocimiento de estas a nivel cultural, como se dijo anteriormente la desinformación es peligrosa y un saber acerca de este tipo de enfermedades ayudaría a que los pacientes, familiares y conocidos ayuden a personas que las tienen. También esta difusión ayuda a que los mitos o falsos conceptos acerca de ciertas enfermedades desaparezcan. La participación del psicólogo clínico es muy importante porque un diagnóstico de enfermedad catastrófica no es fácil aceptar o vivir, muchas veces la

angustia pasa a ser más peligrosa que la enfermedad haciendo que en ocasiones el paciente llegue a atentar contra su vida.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

La siguiente entrevista será para el uso educativo y académico del proyecto de investigación “Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”. Esta se realizará a los profesionales de salud y demás participantes afines al trabajo.

FAMILIARES

Nombre: Anónimo 1

Profesión: Gerente de ventas en atunera

1. ¿Sabe usted que son las enfermedades catastróficas?

Sí, son personas afectadas física y emocionalmente por el ataque de la enfermedad donde su entorno también se ve afectado por los costos de la medicina, el cuidado que incluye alta demanda de tiempo, el amor y paciente que hay que tenerle al paciente para prestarle atención y estar para él para que no este triste, tantos factores que un hijo debe cumplir cuando no puede pagar una enfermera o ayuda extra; y debe pedir a los demás familiares que también es algo complejo.

2. ¿Ha recibido el acompañamiento por parte del psicólogo clínico? ¿Qué puede decir sobre dicha experiencia?

No, pero me anclo bastante a la parte espiritual, a la religión. De hecho también me han sugerido ir con un psicólogo pero como me he encontrado bien, asumiendo y pudiendo apoyar de manera activa no he tenido aún alguna entrevista aunque creo que es muy importante dicha intervención.

3. ¿Cree que sería importante realizar la difusión sobre lo que implica tener una enfermedad catastrófica y la participación por parte del psicólogo ante esta problemática actual?

Sí, me parece bien que se difunda ya que eso ayudaría bastante a la organización con las familiares, es decir al apoyo que deben darse los unos a los otros para que el paciente se encuentre tranquilo y pueda asumir de la mejor manera posible su enfermedad.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

La siguiente entrevista será para el uso educativo y académico del proyecto de investigación “Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”. Esta se realizará a los profesionales de salud y demás participantes afines al trabajo.

FAMILIARES

Nombre: Anónimo 2

Profesión: Ingeniero

1. ¿Sabe usted que son las enfermedades catastróficas?

Sí, mi mamá por ejemplo tiene artritis reumatoide. Es una enfermedad que cambia el estilo de vida de la persona que lo padece y también de los que están viviendo alrededor de dicha persona.

2. ¿Ha recibido el acompañamiento por parte del psicólogo clínico? ¿Qué puede decir sobre dicha experiencia?

No, pero mi madre sí; y ha sido de gran ayuda ese tipo de acompañamiento.

3. ¿Cree que sería importante realizar la difusión sobre lo que implica tener una enfermedad catastrófica y la participación por parte del psicólogo ante esta problemática actual?

Sí, la sociedad desconoce de lo que implica el tiempo y apoyo que necesita la persona que tiene la enfermedad y la ayuda psicológica es importante porque se centra en hacerle ver al paciente como llevar de mejor manera su calidad de vida.

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

La siguiente entrevista será para el uso educativo y académico del proyecto de investigación “Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”. Esta se realizará a los profesionales de salud y demás participantes afines al trabajo.

PACIENTES

Nombre: Anónimo 1

Profesión: Directora de institución educativa

- 1. ¿Qué cree que ha cambiado en su vida tras recibir el diagnóstico médico?
¿Cómo se ha sentido?**

Al recibir el diagnóstico cambio mi estilo de vida porque sabía que tenía que cuidarme más para poder vivir más tiempo, al principio fue muy difícil asumirlo pero después de recibir terapia psicológica lo aprendí a asimilar y comprender.

- 2. ¿Ha recibido acompañamiento por parte del psicólogo clínico? ¿Qué puede decir sobre dicha experiencia?**

Sí, de esa experiencia puedo destacar que me ayudó a aceptar la enfermedad y como vivir con la misma, como si fuera la mejor amiga de uno porque estará al lado de ti y mientras más la entiendas y conozcas; será mejor sobrellevarla.

- 3. ¿Cree que sería importante realizar la difusión sobre lo que implica tener una enfermedad catastrófica y la participación del psicólogo clínico?**

Sí ya que sería de gran ayuda para sobrellevar el tratamiento ya que es un proceso largo, muy difícil y doloroso de llevar.

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

La siguiente entrevista será para el uso educativo y académico del proyecto de investigación “Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”. Esta se realizará a los profesionales de salud y demás participantes afines al trabajo.

PACIENTES

Nombre: Anónimo 2

Profesión: Abogada

- 1. ¿Qué cree que ha cambiado en su vida tras recibir el diagnóstico médico?
¿Cómo se ha sentido?**

Fue muy duro al inicio, cuando recibí el diagnóstico me quería morir ya que todo inicio con un simple dolor de cabeza, del cual fui ingresada varios días y me parecía anecdótico lo que sucedía, no lo podía entender ni asimilar. Mi vida cambió bastante ya que tuve que dejar de trabajar como lo hacía antes y cuidarme más en mi alimentación, mis actividades, etc.

- 2. ¿Ha recibido acompañamiento por parte del psicólogo clínico? ¿Qué puede decir sobre dicha experiencia?**

Sí, me ayudó mucho en asimilar la enfermedad que cargo y de hecho me motivo a hacer lo que sería mi segunda carrera universitaria, que es la de ser abogada. Me hizo ver que la vida no acaba tras un diagnóstico sino que se puede hacer mucho más con aquello, que hacerse los tratamientos y demás ayuda y que no hay imposibles.

- 3. ¿Cree que sería importante realizar la difusión sobre lo que implica tener una enfermedad catastrófica y la participación del psicólogo clínico?**

Sí, ya que en su momento el psicólogo me ayudó en sobremanera. Aparte que este problema de las enfermedades tan actual, deja a bastante pacientes en un estado de zozobra, en donde su regocijo es con su familia, ellos son quienes más aportan pero con la ayuda y transmisión que el psicólogo les logre dar, ya que al igual que al paciente, para los familiares también es difícil aceptar que un ser querido tiene una enfermedad que cambie de manera tan drástica el estilo de vida.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma. La presente investigación será dirigida por la estudiante Ruth Madeleine Jordan Lamán, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar los efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias, mediante una investigación de campo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, para formular una propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista individual. Esto tomará aproximadamente entre diez a quince minutos. Lo que usted exponga en la entrevista será grabado por medio de notas de voz, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito.

Asimismo si desea se le aclare alguna pregunta, esta será respondida por la investigadora.

Gracias de antemano por su contribución.

Consentimiento Informado para participantes de Proyecto de Investigación

Yo _____ con C.I# _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación dirigida por la estudiante Ruth Madeleine Jordan Lamán, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar los efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias, mediante una investigación de campo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, para formular una propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica.

Me ha sido indicado también que tendré que responder preguntas de una entrevista, la cual tomará aproximadamente entre diez y quince minutos. Reconozco que la información que yo provea para esta investigación será utilizada para un análisis general entre los que participaron en la entrevista y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y también tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ruth Madeleine Jordan Lamán al celular 0996600563.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Ruth Madeleine Jordan Lamán al celular 0996600563

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: 28 de enero de 2020

Como se expuso al inicio del trabajo, el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo ayudó sustancialmente a esta investigación con la base de datos, de la cual se compartirá una pequeña muestra de quinientos pacientes ya que los atendidos pasaban los setenta mil y por tanto la lista era extensa. Asimismo por resguardar el perfil de cada paciente, sus datos se mantendrán en el anonimato.



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. TEODORO MALDONADO CARBO"
MEMORANDO IESS-HTMC-CGI-2020-0059-M
Solicitud de informacion de codigos CIE 10 - RUTH MADELEINE JORDAN LAMAN

FECHA	TIPO	EDAD	SEXO	LUGAR ATENCION	DX			
20180101	CA	62	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63	I10	E87	
20180101	JU	74	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63	I10		
20180101	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180101	SG	66	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180101	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180101	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63	E11		
20180101	CA	75	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I25	I50	N18	
20180101	CA	35	F	CARDIOLOGIA (HO)	I42	I50		
20180101	SG	54	M	CARDIOLOGIA (HO)	I50			
20180101	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	SG	38	F	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	CA	66	M	GASTROENTEROLOGIA (HO)	C16			
20180101	MO	80	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I50	I48		
20180101	CA	62	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63	I10		
20180101	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180101	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	J960			B20
20180101	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	JU	74	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63	I10		
20180101	SG	38	F	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	SG	19	M	INFECTOLOGIA (HO)	A170			B20
20180101	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	CA	62	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63			
20180101	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO)	C16			
20180101	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			

20180101	JU	71	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16			
20180101	SG	66	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180101	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180101	CA	62	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63			
20180101	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180101	CA	35	F	CARDIOLOGIA (HO)	I42	I50		
20180101	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180101	SG	54	M	CARDIOLOGIA (HO)	I50			
20180102	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	SG	66	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	SG	48	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	60	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	JU	69	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	36	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	JU	87	F	SERVICIO DE AMBULANCIAS	F41			
20180102	CY	47	F	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180102	SG	37	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	54	M	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I42		
20180102	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180102	SG	47	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	SG	68	F	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180102	SG	56	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	JU	76	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	CV	60	F	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	CA	76	F	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180102	JU	71	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16			
20180102	JU	91	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41	G47		
20180102	SG	33	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	JU	70	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	56	F	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180102	CA	66	M	GASTROENTEROLOGIA (HO)	C16			
20180102	SG	40	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180102	CA	75	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I25	I50	N18	
20180102	SG	58	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41	F31		
20180102	SG	37	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	JU	74	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63	I10		
20180102	SG	39	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B206	A16	B392	B20
20180102	SG	43	F	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180102	SG	55	M	MEDICINA FISICA REHABILITACION	I63			
20180102	SG	56	F	ONCOLOGIA (CE)				C16

20180102	SG	25	F	NEUROLOGIA (CE)	F41	G82		
20180102	SG	66	M	NEFROLOGIA (HO)				N183
20180102	SG	31	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	JU	58	F	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	60	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	JU	72	M	NEFROLOGIA (CE)	E114			N183
20180102	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180102	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180102	SG	57	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	45	F	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180102	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	D64		B20
20180102	SG	63	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I48	I50	J18	
20180102	CV	82	F	NEFROLOGIA (CE)	E11			N183
20180102	SG	66	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180102	MO	80	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I50	I48		
20180102	SG	63	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS	J18	I50	I48	
20180102	SG	40	F	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	38	F	INFECTOLOGIA (HO)	A153	B202	B206	B20
20180102	SG	38	M	INFECTOLOGIA (CE)	B39			B20
20180102	SG	58	M	NEFROLOGIA (CE)	E11			N183
20180102	SG	41	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	37	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	CA	62	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			I69
20180102	CA	63	M	NEFROLOGIA (CE)				N183
20180102	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B206	A16	B392	B20
20180102	SG	56	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	CA	65	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180102	SG	72	M	CARDIOLOGIA (CE)	I50			
20180102	JU	93	F	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180102	SG	46	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	59	M	NEFROLOGIA (CE)				N200
20180102	SG	71	M	NEUROLOGIA (CE)	G20	F41		
20180102	SG	39	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	SG	56	M	EMERGENCIAS (EM)	B20	K74		
20180102	CY	51	F	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180102	JU	71	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16			
20180102	MO	80	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I50	I48		
20180102	CA	62	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63			
20180102	SG	77	M	GASTROENTEROLOGIA (HO)	K74	I50		
20180102	SG	45	M	ENDOCRINOLOGIA (HO)	B20	E11		

20180102	SG	66	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	SG	65	M	NEFROLOGIA (CE)	E112			N183
20180102	CY	62	M	PSIQUIATRIA (CE)	F34	F41		
20180102	MO	62	F	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180102	JU	75	M	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I25		
20180102	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180102	JU	64	M	CIRUGIA GENERAL (CE)				C16
20180102	JU	74	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B				I63
20180102	SG	31	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180102	SG	33	M	INFECTOLOGIA (CE)	B20	B181	B343	
20180102	JU	68	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180102	SG	25	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180102	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	CV	51	M	CARDIOLOGIA (CE)	I48	I10	I50	
20180102	SG	37	F	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180102	SG	61	F	CARDIOLOGIA (CE)	I50	C84	E03	
20180102	SG	66	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	CV	62	F	PSICOLOGIA (CE)	F41	Z632		
20180102	SG	56	M	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180102	SG	48	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180102	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180102	SG	39	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180102	SG	56	M	EMERGENCIAS (URGENCIAS)	B20			
20180102	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO) DIA				C16
20180102	CA	35	F	CARDIOLOGIA (HO)				I50
20180102	JU	65	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (CE)	C16			
20180102	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	SG	52	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180102	SG	53	F	PSIQUIATRIA (CE)	E66	F41		
20180102	CA	62	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63	R001		
20180102	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	D64	A153	B20
20180102	SG	38	F	INFECTOLOGIA (HO)	A153	B202	B206	B20
20180102	SG	50	F	PSICOLOGIA (HO)	F41	C50		
20180102	SG	35	M	EMERGENCIAS (EM)	J15	B20		
20180102	SG	56	M	HEMODIALISIS (DIA)				N180
20180102	SG	40	F	HEMODIALISIS (DIA)				N180
20180102	SG	51	M	PSICOLOGIA (HO)	F41	C16		
20180102	SG	35	M	EMERGENCIAS (EM)	J15	B20		
20180102	SG	66	M	PSICOLOGIA (HO)	F41	C34		
20180102	SG	30	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180102	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180102	CA	65	F	ANESTESIOLOGIA (HO)	N183			

20180102	SG	35	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS	J15	B20		
20180102	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)	B20			
20180102	SG	47	M	EMERGENCIAS (EM)	C16	K922		
20180102	MO	81	F	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180102	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180102	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)	A09	R18		B20
20180102	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180102	SG	38	F	INFECTOLOGIA (HO)	A153	B202	B206	B20
20180102	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	MO	80	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I50	I48	I69	
20180102	SG	61	M	EMERGENCIAS (URGENCIAS)	B20	C21	Z515	
20180102	SG	41	M	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180102	SG	38	F	INFECTOLOGIA (HO)	B206	B202	A153	B20
20180102	CV	49	F	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16			
20180102	SG	30	M	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180102	SG	33	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180102	CA	76	F	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180102	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	D64		B20
20180102	SG	61	M	EMERGENCIAS (URGENCIAS)	J96	B20	C21	
20180102	SG	61	M	SERVICIO DE AMBULANCIAS	J96	C21	B20	
20180102	SG	44	M	HEMODIALISIS (DIA)				N180
20180102	SG	63	M	HEMODIALISIS (DIA)				N180
20180102	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	I63	J15		
20180102	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B206	A16	B39	B20
20180102	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180102	SG	63	M	HEMODIALISIS (DIA)				N180
20180102	JU	72	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I50	I48		
20180102	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180102	SG	47	M	EMERGENCIAS (URGENCIAS)	C16	K922		
20180102	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B206	A16	B92	B20
20180102	JU	71	M	ANESTESIOLOGIA (HO)	C16			
20180102	SG	38	F	INFECTOLOGIA (HO)				B20
20180102	MO	81	F	CARDIOLOGIA (HO)	I25	I50	N18	
20180102	SG	35	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS	J15	B20		
20180102	JU	71	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16			
20180103	SG	47	M	EMERGENCIAS (URGENCIAS)	C16	K922		
20180103	MO	81	F	NEFROLOGIA (HO)	I25	I50		N18
20180103	MO	81	F	TERAPIA INTENSIVA A-B(HO)				I25
20180103	SG	38	M	CIRUGIA GENERAL (HO)	B20	R22		

20180103	JU	74	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63			
20180103	JU	64	M	CARDIOLOGIA (HO)	C249			
20180103	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	D64	A153	B20
20180103	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180103	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	I63	J15		
20180103	SG	65	F	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180103	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63			
20180103	SG	46	F	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180103	SG	64	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I20	I50		
20180103	SG	29	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180103	JU	71	M	CARDIOLOGIA (HO)	C16			
20180103	SG	55	M	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180103	SG	51	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180103	JU	77	M	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180103	SG	51	M	INFECTOLOGIA (CE)	E11			B20
20180103	JU	75	M	CARDIOLOGIA (HO)	I25	I50		
20180103	JU	78	F	EMERGENCIAS (URGENCIAS)	J96	I50	I10	
20180103	JU	99	F	NUTRICION Y DIETETICA (CE)				I10
20180103	SG	36	F	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180103	SG	56	M	EMERGENCIAS (URGENCIAS)	B20			
20180103	CA	51	F	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180103	SG	37	F	ALTO RIESGO OBSTETRICO (CE)				B20
20180103	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180103	JU	67	F	INFECTOLOGIA (HO)	A16	A09		B20
20180103	SG	60	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180103	JU	78	F	EMERGENCIAS (URGENCIAS)	J96	I50	I10	
20180103	JU	75	F	PSICOLOGIA (CE)	F41	Z63		
20180103	MO	81	F	NEUMOLOGIA (CE)				C16
20180103	CA	76	F	ONCOLOGIA (HO)	C16			
20180103	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B20	A16		
20180103	JU	71	M	QUIROFANO CENTRAL	C16			
20180103	JU	91	M	CARDIOLOGIA (CE)				I50
20180103	SG	35	F	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180103	JU	67	F	INFECTOLOGIA (HO)	A16	A09	B20	
20180103	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180103	CY	66	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180103	JU	59	M	NEFROLOGIA (CE)	E102			N183
20180103	SG	29	F	URGENCIAS OBSTETRICAS (EM)	O031	B20		
20180103	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)	B20			
20180103	SG	55	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180103	SG	55	M	INFECTOLOGIA (CE)	B20	A09		
20180103	JU	78	F	CARDIOLOGIA (HO)	I42	I50	E11	

20180103	JU	83	M	NEFROLOGIA (CE)	I10				N183
20180103	SG	61	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS	J96	C21	B20		
20180103	SG	35	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS					B20
20180103	SG	54	M	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I42			
20180103	JU	68	M	NEUROLOGIA (CE)	I63				
20180103	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	A16	B203		B20
20180103	JU	69	M	NEFROLOGIA (CE)	E102				N183
20180103	SG	33	M	INFECTOLOGIA (CE)					B20
20180103	JU	81	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS					I50
20180103	MO	74	F	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I47			
20180103	JU	75	F	PSICOLOGIA (HO)	F41	C53			
20180103	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)	B169	R18			B20
20180103	MO	89	F	NEUROLOGIA (CE)	I63				
20180103	JU	74	M	GASTROENTEROLOGIA (HO)	I63				
20180103	SG	38	F	INFECTOLOGIA (HO)	A153	J18	B20		
20180103	JU	80	M	MEDICINA INTERNA (CE)					J43
20180103	SG	36	F	INFECTOLOGIA (CE)					B20
20180103	CV	49	F	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16				
20180103	SG	38	F	INFECTOLOGIA (HO)	A153	J18	B20		
20180103	SG	59	M	COLOPROCTOLOGIA (CE)	B20	I84			
20180103	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)					I63
20180103	CA	67	M	NEUROLOGIA (HO)					I63
20180103	JU	69	M	NEUROLOGIA (CE)	I63				
20180103	CA	78	M	ONCOLOGIA (CE)	C16				
20180103	MO	87	F	PSIQUIATRIA (CE)	F00	I63			
20180103	JU	71	F	ONCOLOGIA (CE)					C16
20180103	SG	39	F	INFECTOLOGIA (CE)					B20
20180103	JU	67	F	NUTRICION Y DIETETICA (HO)	Z713	E11	E440		B20
20180103	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	B20			
20180103	JU	78	F	EMERGENCIAS (URGENCIAS)					I50
20180103	JU	78	F	EMERGENCIAS (URGENCIAS)					I50
20180103	JU	72	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I50	I48			
20180103	SG	77	M	ONCOLOGIA (CE)					C16
20180103	JU	86	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41	G47			
20180103	CV	50	F	NEUROLOGIA (CE)	R51	F203	F41		
20180103	CA	49	F	ONCOLOGIA (CE)					C16
20180103	JU	70	F	NEFROLOGIA (CE)	E102				N183
20180103	SG	57	M	NUTRICION Y DIETETICA (CE)					B20
20180103	JU	74	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63				
20180103	SG	45	F	NEUROLOGIA (CE)	R51	F41			

20180103	JU	72	M	CARDIOLOGIA (CE)	I50	E11	
20180103	SG	52	M	NEUROLOGIA-EPILEPSIAS (CE)	I63		
20180103	JU	62	M	ONCOLOGIA (CE)			C16
20180103	JU	81	M	CARDIOLOGIA (HO)	I058	I50	
20180103	JU	91	M	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I48	
20180103	JU	72	F	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I48	
20180103	JU	71	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16		
20180103	CA	51	F	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I33	I50	
20180103	CA	63	M	HEMODIALISIS (DIA)	N180	I50	
20180103	SG	50	F	CIRUGIA ONCOLOGICA (CE)	C16		
20180103	SG	53	M	NEUMOLOGIA (CE)			J43
20180103	JU	71	M	RECUPERACION CENTRAL	Z540	C16	
20180103	MO	85	F	CARDIOLOGIA (CE)			I50
20180103	MO	74	F	EMERGENCIAS (URGENCIAS)			J960
20180103	JU	67	F	DERMATOLOGIA (HO)	B20	C46	
20180103	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63		
20180103	MO	80	F	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I48	I69
20180103	JU	47	M	PSICOLOGIA (CE)	F41		
20180103	SG	54	F	PSICOLOGIA (CE)	F41	Z630	
20180103	CY	83	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41		
20180103	SG	56	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41		
20180103	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	I63		I48
20180103	SG	52	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20
20180103	SG	45	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41	G47	
20180103	CY	54	F	ANESTESIOLOGIA (CE)	D391	F41	
20180103	SG	68	M	CARDIOLOGIA (CE)	I50		
20180103	SG	50	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (CE)			C16
20180103	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	I63		G40
20180103	CV	74	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41		
20180103	SG	49	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41		
20180103	CA	40	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20
20180103	JU	58	M	CARDIOLOGIA (CE)	I50	Z950	
20180103	JU	78	F	CARDIOLOGIA (HO)	I50		
20180103	AG	19	F	PSICOLOGIA (CE)	F41	L21	
20180103	SG	34	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41		
20180103	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63		
20180103	MO	81	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I25	I50	N18
20180103	JU	74	F	CARDIOLOGIA (CE)	I10	F41	N20
20180103	MO	74	F	TERAPIA INTENSIVA A-B(HO)	I50	I47	
20180103	SG	64	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20
20180103	SG	48	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (CE)			C16
20180103	SG	57	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20
20180103	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)			I63
20180103	SG	25	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20

20180103	MO	81	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I25	I50	N18	
20180103	SG	51	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180103	CV	49	F	ANESTESIOLOGIA (HO)	C16			
20180103	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	B20		
20180103	JU	73	M	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180103	JU	74	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B				I63
20180103	JU	67	F	INFECTOLOGIA (HO)	A16	A09	B20	
20180103	SG	63	M	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180103	CA	55	M	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180103	CY	54	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180103	SG	34	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180103	CA	76	F	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180103	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	A16	B203	B20
20180103	JU	67	F	INFECTOLOGIA (HO)	A16	A09		B20
20180103	JU	79	M	NEUMOLOGIA (HO)				I272
20180103	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)	B169			B20
20180103	SG	28	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180103	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180103	JU	81	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I50	J449		
20180103	CV	49	F	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16			
20180103	SG	35	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS	B20	J18		
20180103	SG	26	M	MEDICINA INTERNA (CE)	J02			B20
20180103	JU	68	F	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180103	MO	74	F	TERAPIA INTENSIVA A-B(HO)				I50
20180103	MO	80	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I50			
20180103	CA	32	F	PSICOLOGIA (HO)	F41	D75		
20180103	SG	51	M	PSICOLOGIA (HO)	F41	C16		
20180103	CV	49	F	QUIROFANO CENTRAL	C16			
20180103	JU	74	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63			
20180103	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	A16	B20	
20180103	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)	B169	R18	B20	
20180103	CV	49	F	RECUPERACION CENTRAL	C16			
20180103	SG	33	M	HEMODIALISIS (DIA)				N180
20180103	JU	78	F	CARDIOLOGIA (HO)	I50			
20180103	SG	61	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS	J96	C21	B20	
20180103	JU	78	F	NEUMOLOGIA (HO)				I50
20180103	CA	76	F	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180103	SG	56	M	INFECTOLOGIA (HO)	R18	B20		
20180103	JU	67	F	INFECTOLOGIA (HO)	A16	A09	B20	
20180103	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	B20		
20180103	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO)				C16

20180103	JU	71	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16	Z540	
20180104	CV	49	F	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16	Z540	
20180104	CV	49	M	EMERGENCIAS (EM)	R10	I50	
20180104	JU	78	F	CARDIOLOGIA (HO)	I50		
20180104	CV	49	M	EMERGENCIAS (URGENCIAS)	I50	R10	
20180104	SG	63	M	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I35	
20180104	JU	91	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I50	Z95	
20180104	SG	64	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I50		
20180104	CA	51	F	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I50		
20180104	SG	56	M	INFECTOLOGIA (HO)	R18	B20	
20180104	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	I63		
20180104	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)	I63		
20180104	JU	91	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)			I50
20180104	SG	54	F	INFECTOLOGIA (CE)			B20
20180104	AG	19	M	PSICOLOGIA (CE)	F41		
20180104	CY	67	F	OBSERVACIÓN(HO) A-B	N180	I50	
20180104	SG	36	M	INFECTOLOGIA (CE)			B20
20180104	JU	76	M	PSICOLOGIA (CE)	G47	F41	
20180104	SG	41	M	INFECTOLOGIA (CE)			B20
20180104	AG	16	F	PSICOLOGIA (CE)	F41		
20180104	JU	76	M	CARDIOLOGIA (CE)	C16		
20180104	JU	69	M	INFECTOLOGIA (CE)			B20
20180104	SG	51	F	INFECTOLOGIA (CE)			B20
20180104	SG	50	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41		
20180104	CA	82	M	NEFROLOGIA (CE)			N183
20180104	JU	71	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16	Z540	
20180104	SG	26	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41		
20180104	SG	35	F	ONCOLOGIA (CE)			C18
20180104	SG	45	M	INFECTOLOGIA (HO)	B20		
20180104	CA	51	F	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I50	I330 I351	
20180104	CA	63	M	ONCOLOGIA (CE)			C16
20180104	CV	49	F	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16	Z540	
20180104	JU	78	F	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I48	
20180104	SG	71	M	ONCOLOGIA (HO) DIA			C16
20180104	SG	51	M	INFECTOLOGIA (CE)			B20
20180104	SG	42	M	INFECTOLOGIA (CE)			B20
20180104	JU	79	F	EMERGENCIAS (EM)	I50		
20180104	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO)			C16
20180104	JU	91	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)			I50

20180104	JU	64	F	NUTRICION Y DIETETICA (CE)				E11
20180104	SG	64	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I25	I50		
20180104	JU	75	F	PSICOLOGIA (HO)	F41	C53		
20180104	SG	43	M	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180104	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	A16		B20
20180104	SG	25	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180104	SG	50	M	TERAPIA DEL DOLOR (CE)	B20			
20180104	JU	67	F	INFECTOLOGIA (HO)	A16	A09		B20
20180104	JU	59	M	NEUROLOGIA-VASCULARES (CE)	I63			
20180104	SG	76	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180104	CA	76	F	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180104	SG	35	M	OBSERVACION (HO) ADULTOS	B20	J18		
20180104	SG	35	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180104	SG	48	F	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180104	MO	55	F	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180104	CY	84	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41	F001		
20180104	SG	56	M	INFECTOLOGIA (HO)	R18			B20
20180104	SG	80	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41	G47		
20180104	SG	52	M	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180104	SG	51	M	ONCOLOGIA (HO)				C16
20180104	SG	38	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	D64		B20
20180104	SG	70	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41	G47		
20180104	MO	74	F	TERAPIA INTENSIVA A-B(HO)	I50	I47		
20180104	CV	44	F	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180104	CV	43	F	NEFROLOGIA (CE)	E102			N183
20180104	MO	81	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I25	I50	N18	
20180104	JU	72	F	NUTRICION Y DIETETICA (HO)	Z713	E631		I50
20180104	JU	91	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I50			
20180104	SG	56	F	INFECTOLOGIA (CE)				B20
20180104	JU	74	M	OBSERVACIÓN(HO) A-B	I63			
20180104	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	A09			I63
20180104	JU	75	M	CARDIOLOGIA (HO)	I25	I50		
20180104	CV	49	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180104	SG	42	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180104	JU	74	M	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180104	JU	85	M	PSIQUIATRIA (CE)	F001	F41		
20180104	SG	38	M	ENDOCRINOLOGIA (CE)	E11	B20		
20180104	CY	67	F	CARDIOLOGIA (HO)	R001	I50		
20180104	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180104	JC	72	M	CARDIOLOGIA (CE)	I50			

20180104	MO	74	F	NUTRICION Y DIETETICA (HO)	I50	I47		
20180104	JU	67	F	INFECTOLOGIA (HO)	A071	A16	B20	
20180104	JU	79	M	CARDIOLOGIA (CE)	Z951	I50		
20180104	SG	60	M	CARDIOLOGIA (CE)	I50	Z950		
20180104	CA	66	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180104	JU	94	F	CARDIOLOGIA (CE)			I50	
20180104	JU	76	M	ONCOLOGIA (CE)			C16	
20180104	SG	54	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20	
20180104	SG	67	M	NUTRICION Y DIETETICA (CE)			N183	
20180104	SG	44	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20	
20180104	SG	36	F	PSIQUIATRIA (HO)	F41			
20180104	SG	30	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20	
20180104	CV	24	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20	
20180104	JU	66	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180104	SG	25	F	PSICOLOGIA (CE)	F41			
20180104	SG	54	M	CARDIOLOGIA (HO)	I50	I42		
20180104	MO	76	F	PSICOLOGIA (CE)	F41	Z632		
20180104	CV	45	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180104	JU	64	M	CIRUGIA ONCOLOGICA (CE)	C16			
20180104	SG	36	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20	
20180104	JU	75	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180104	SG	35	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20	
20180104	CA	76	F	CARDIOLOGIA (HO)	C16			
20180104	CA	57	M	CARDIOLOGIA (CE)	I50	I25		
20180104	SG	43	F	CALIF.MEDICA - JUBILA X INVAL.	Z00	C16		
20180104	CA	57	F	RADIOTERAPIA (CE)			C16	
20180104	SG	59	F	PSIQUIATRIA (HO)	F41			
20180104	SG	53	M	ONCOLOGIA (CE)			C16	
20180104	SG	44	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20	
20180104	CV	49	F	CIRUGIA ONCOLOGICA (HO)	C16	Z540		
20180104	JU	76	M	ONCOLOGIA (HO) DIA			C16	
20180104	CV	46	M	PSIQUIATRIA (CE)	F41			
20180104	MO	81	F	OBSERVACION (HO) ADULTOS	I25	I50	N18	
20180104	SG	26	M	MEDICINA INTERNA (CE)			B20	
20180104	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	A16	B206	B20
20180104	SG	32	M	INFECTOLOGIA (HO)	B39	B206		B20
20180104	CA	72	M	TERAPIA INTENSIVA A-B(HO)	I63	I48	G40	
20180104	SG	48	F	ONCOLOGIA (CE)				C16
20180104	SG	42	M	NEUROLOGIA (HO)	F41			G442
20180104	SG	31	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180104	SG	56	M	INFECTOLOGIA (HO)	R18	B219		B20
20180104	SG	57	F	PSIQUIATRIA (CE)	F41			

20180104	JU	77	M	RADIOTERAPIA (CE)				C16
20180104	AG	19	F	PSICOLOGIA (CE)	F41	Z632	F19	
20180104	CY	55	F	PSIQUIATRIA (CE)	F95	F41		
20180104	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)	I63	I48		
20180104	SG	55	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180104	CA	72	M	NEUROLOGIA (HO)				I63
20180104	JU	91	M	CUIDADOS INTENS.CORONARIOS(HO)	I50	N18		
20180104	SG	47	M	PSIQUIATRIA (CE)	F34	F41		
20180104	SG	66	M	PSICOLOGIA (HO)	F41	C34		
20180104	SG	51	M	PSICOLOGIA (HO)	F41	C16		
20180104	SG	37	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180104	SG	50	F	PSICOLOGIA (HO)	F41	C50		
20180104	SG	43	M	MEDICINA INTERNA (CE)				B20
20180104	CA	76	F	PSICOLOGIA (HO)	F432	C16		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Jordan Lamán Ruth Madeleine**, con C.C: # **0930349949** autor/a del trabajo de titulación: **“Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica”**, previo a la obtención del título de Licenciada en **Psicóloga 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: **Jordan Lamán, Ruth Madeleine**

C.C: **0930349949**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica.	
AUTOR(ES)	Ruth Madeleine Jordan Lamán	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Francisco Martínez Zea	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación	
CARRERA:	Psicología Clínica	
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de marzo de 2020	No. DE PÁGINAS: 221
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, Enfermedades Catastróficas, Psicología Clínica.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Desconocimiento de la enfermedad, estigmatización social, enfermedades catastróficas, malestar subjetivo, urgencias subjetivas, intervención psicológica.	

RESUMEN/ABSTRACT

El presente trabajo tiene como objetivo analizar los efectos del desconocimiento de la enfermedad, la estigmatización social del diagnóstico y el tratamiento en el malestar subjetivo de los pacientes con enfermedades catastróficas más frecuentes, que recibieron atención psicológica en el área de emergencias del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Propuesta de intervención psicológica con orientación psicoanalítica. El método aplicado fue cuantitativo por la obtención de base de datos con codificación CIE – 10 para demostrar la incidencia de las enfermedades y cualitativa porque a través de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, familiares y pacientes permitió dar peso al planteamiento que se da a lo largo del marco teórico de esta investigación.

La revisión bibliográfica, el trabajo teórico y los análisis posteriores de las entrevistas lograron evidenciar los efectos que se pueden producir en el paciente a partir del diagnóstico y proponer a partir del psicoanálisis, la intervención singular, tomando en cuenta sus vivencias y el modo de cómo han recibido el diagnóstico para posteriormente su calidad de vida a pesar de modificarse, siga siendo soportable para los sujetos.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-996600563	E-mail: jordanmadeleine07@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.	
	Teléfono: +593-4-2209210 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):		