

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

TEMA:

**El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo
psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil**

AUTORES:

**Chaguay Moncayo, Joel Alexander
Ortega Durán, Francesca Salomé**

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

TUTOR:

Psic. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs

Guayaquil, Ecuador

7 de septiembre del 2021



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 **Chaguay Moncayo, Joel Alexander y Ortega Duran, Franccesca Ortega**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTOR

f. 

Psic. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Galarza Colamarco, Alexandra Patricia, Mgs

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Chaguay Moncayo, Joel Alexander**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2021

EL AUTOR

f. _____
Chaguay Moncayo, Joel Alexander



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Ortega Durán, Francesca Salomé

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2021

EL AUTOR

f. _____

Ortega Durán, Francesca Salomé



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Chaguay Moncayo, Joel Alexander**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2021

EL AUTOR:

f. _____
Chaguay Moncayo, Joel Alexander



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Ortega Durán, Francesca Salomé**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2021

EL AUTOR:

f. _____

Ortega Durán, Francesca Salomé

Reporte de Urkund



Document Information

| | |
|--------------------------|---|
| Analyzed document | El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil.doc (D111894329) |
| Submitted | 9/1/2021 12:12:00 AM |
| Submitted by | |
| Submitter email | francesca.ortega@gmail.com |
| Similarity | 0% |
| Analysis address | rodolfo.rojas.ucsg@analysis.urkund.com |

TEMA: El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil.

ESTUDIANTES:

Chaguay Moncayo, Joel Alexander

Ortega Durán, Francesca Salomé

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:

Psic. Cl. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.

RODOLFO
FRANCISCO
ROJAS
BETANCOURT

Firmado digitalmente
por RODOLFO
FRANCISCO ROJAS
BETANCOURT
Fecha: 2021.09.01
20:30:39 -05'00'

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar, a mis padres, Paul y Sara, por el esfuerzo que hicieron para permitirme continuar con mis estudios, por brindarme un acompañamiento amoroso ante los desafíos que se presentaron y por impulsarme siempre a alcanzar mis objetivos. A mis dos hermanas, por caminar junto a mí y convertir el estrés en alegría con su presencia. A mis mascotas, por estar siempre prestos a desvelarse junto a mí durante el proceso de titulación. A mis amigos, por haber sido un grupo de estudio ideal a lo largo de la carrera, por los recuerdos generados y por brindarme su apoyo en toda ocasión. Agradezco especialmente a mi pareja, por ser un compañero de tesis excepcional y por respaldarme durante las dificultades que se presentaron en el proceso. Y, por último, agradezco a nuestro tutor, Rodolfo, por su ayuda y disposición para acompañarnos durante el desarrollo de la tesis acorde a nuestros tiempos y requerimientos.

Ortega Durán, Francesca Salomé

Agradezco a mi madre que me apoyo durante toda la carrera económicamente, permitiéndome estudiar y por todo el esfuerzo y dedicación que tuvo conmigo. A mis amigos que han sido un pilar fundamental en todo este loco recorrido universitario. Le agradezco a mi tutor, Rodolfo Rojas, por su enseñanza y su guía en este trabajo de titulación. Y, principalmente, a mi pareja y compañera de tesis, por acompañarme, apoyarme y comprenderme en mi vida universitaria.

Chaguay Moncayo, Joel Alexander

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a todas las personas que me acompañaron durante mi proceso de formación de principio a fin. A mis padres y hermanas, que me han dado su apoyo incondicional y me han impulsado a alcanzar mis objetivos. A mi grupo de amigos, que han sido compañeros de carrera increíbles con los que he compartido experiencias de vida memorables. A mis docentes, aquellos que supieron marcar una diferencia y motivarme a cuestionarme y estudiar más allá del salón de clases. Por último, a mi compañero de tesis, que trabajo arduamente junto a mi en el desarrollo del trabajo y me brindó su ayuda en los momentos que más lo requerí.

Ortega Durán, Francesca Salomé

Dedico el presente trabajo de titulación a mis amigos que me apoyaron en toda mi carrera y me impulsaron a ser mejor profesional. A mi madre que siempre me animó a estudiar lo que me gustaba. Y, a mi pareja que estuvo en las buenas y en las malas en todo momento.

Chaguay Moncayo, Joel Alexander



**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.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL. MARTINEZ ZEA, FRANCISCO XAVIER, MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. ESTACIO CAMPOVERDE, MARIANA DE LOURDES, MGS.
OPONENTE

ÍNDICE

| | |
|--|--------------|
| RESUMEN | XIVII |
| ABSTRACT | XV |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPÍTULO 1: EL PSICOANÁLISIS APLICADO | 6 |
| 1.1 ¿Qué es el psicoanálisis? | 6 |
| 1.2 Recorrido histórico del concepto “psicoanálisis aplicado” | 8 |
| 1.2.1 Desde Freud | 8 |
| 1.2.2 Desde Lacan | 10 |
| 1.3 Diferencia entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado | 12 |
| 1.4 Psicoanálisis aplicado en instituciones de salud | 14 |
| CAPÍTULO 2: EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL | 18 |
| 2.1 Misión y visión | 18 |
| 2.2 Organigrama | 19 |
| 2.3 Área de salud mental | 20 |
| 2.4 Protocolos y rutas de atención | 20 |
| CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA | 23 |
| 3.1 Enfoque | 23 |
| 3.2 Objetivo general | 24 |
| 3.3 Objetivos específicos | 24 |
| 3.4 Muestra | 25 |
| 3.5 Instrumentos de recolección de datos | 26 |

| | | |
|--|---|-----------|
| 3.5.1 | Estudio de caso | 26 |
| 3.5.2 | Entrevista..... | 27 |
| 3.6 | Formas de proceso de la información..... | 29 |
| 3.6.1 | Análisis detallado de los datos | 29 |
| CAPÍTULO 4: LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA CLÍNICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL Y DESDE EL PSICOANÁLISIS APLICADO | | 31 |
| 4.1 | Tipología de casos atendidos en el área de salud mental del Hospital Universitario de Guayaquil | 31 |
| 4.2 | Duelo | 32 |
| 4.2.1 | Abordaje e intervención con lineamientos operativos para la intervención del duelo | 36 |
| 4.2.2 | Abordaje e intervenciones desde el psicoanálisis aplicado | 39 |
| 4.2.3 | Viñeta 1 | 42 |
| 4.3 | Consumo de sustancias..... | 45 |
| 4.3.1 | Abordaje e intervención con protocolo integral de consumo..... | 48 |
| 4.3.2 | Abordaje e intervenciones desde el psicoanálisis aplicado..... | 49 |
| 4.3.3 | Viñeta 2..... | 51 |
| 4.4 | Alternativa de trabajo psicológico desde el psicoanálisis aplicado en el Hospital Universitario de Guayaquil..... | 54 |
| CONCLUSIONES | | 58 |
| REFERENCIAS | | 60 |
| ANEXOS..... | | 65 |
| | Anexo 1: Entrevista a Psicóloga Clínica Katherine Murillo del área de Salud Mental del Hospital Universitario:..... | 65 |

| | |
|---|----|
| Anexo 2: Entrevista a Psicólogo Clínico Fernando Zumba del área de Salud Mental del Hospital Universitario:..... | 68 |
| Anexo 3: Cuadro de procedimientos para el profesional de salud en el manejo del duelo basado en el plan de manejo básico del mhGAP..... | 71 |
| Anexo 4: Intervención de psicología..... | 74 |
| Anexo 5: Autorización del Hospital Universitario de Guayaquil para realizar el trabajo de titulación | 81 |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación busca analizar las posibilidades alternativas que el psicólogo con orientación psicoanalítica puede encontrar para su ejercicio clínico dentro del ámbito hospitalario, a partir del psicoanálisis aplicado. Tomando en cuenta que, la práctica clínica que se realiza dentro de la salud pública del Estado está guiada por el imperativo de la Salud mental. Por lo tanto, las prácticas institucionales quedan enmarcadas de manera rígida en protocolos, lineamientos y rutas de atención que delimitan y encuadran el ejercicio profesional del psicólogo. Sin embargo, conociendo que cada paciente acude a consulta con un malestar y una demanda particular, y que requieren una atención más allá de lo protocolario; desde el psicoanálisis aplicado se propone posibilitar una clínica basada en el uno a uno. Entonces, a partir de un estudio de caso con viñetas clínicas relacionadas a las temáticas de adicción y duelo, se pretende exponer los abordajes clínicos que un psicólogo orientado por el psicoanálisis puede lograr en un hospital, cuando la dirección de la cura en su atención está guiada por el síntoma del paciente y no por la demanda institucional.

Palabras Claves: *Psicoanálisis, Psicoanálisis Aplicado, Trabajo Psicológico, Práctica clínica, Prácticas institucionales, Salud mental, Protocolos, Lineamientos, Rutas de Atención, Adicción, Duelo.*

ABSTRACT

The following research paper seeks to analyze the alternative possibilities that psychologists with psychoanalytic orientation can find for their clinical practice within the hospital field, through the applied psychoanalysis. Considering that the clinical practice developed inside the State public health is guided by the imperative of mental health. Therefore, the institutional practices are harshly framed with protocols, guidelines, and care routes that delimit and enclose the professional practice of the psychologist. However, being aware that every patient attends to an appointment with a discomfort and a particular demand and requires an attention beyond the protocols; from the applied psychoanalysis it is proposed to enable a clinic based on one-on-one. Thus, on the basis of a clinical vignette case study related to addiction and grief thematic, it is pretended to expose the clinical approaches that a psychologist oriented by psychoanalysis can achieve in a hospital, when the direction of the cure is guided by the patient's symptom and not by the institutional demand.

Key words: Psychoanalysis, applied psychoanalysis, psychological work, clinical practice, institutional practices, mental health, protocols, guidelines, care routes, addiction, grief.

INTRODUCCIÓN

Las instituciones de salud a nivel nacional se rigen bajo lineamientos, guías o protocolos de atención establecidos por el Ministerio de Salud Pública y basados en los estatutos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los protocolos de atención son manuales que “dirigen” al personal de salud, incluyendo al psicólogo como parte del departamento de salud mental, acerca de cómo realizar su ejercicio profesional. Es decir, le indican cómo y cuándo intervenir según la problemática específica que presente cada caso. Por lo tanto, tienen como finalidad encontrar, descartar y prevenir posibles problemáticas que se puedan encontrar en un paciente.

El plan de acción que sigue cada profesional inmerso en el ámbito hospitalario depende de una serie de rutas de atención, diferentes y adaptadas para cada cuadro clínico y problemática social, que forman parte de los protocolos y lineamientos. En el caso específico del psicólogo clínico, el abordaje que realiza con cada paciente debe ser precedido por una serie de preguntas estructuradas y depender de las respuestas, por lo general “sí” o “no”, que dé el paciente en cuestión. Acorde a estas respuestas se enlistan señales o factores que lo categorizan en una problemática u otra, y una vez categorizado se tiene una serie de pasos a seguir, preestablecidos, que enmarca toda la atención clínica de inicio a fin. Sin embargo, la información obtenida es generalizada, y el accionar del psicólogo queda condicionado por la ruta de atención específica hasta que finalice el proceso terapéutico o de rehabilitación del paciente.

Todo psicólogo clínico que acude a hacer sus prácticas dentro del ámbito hospitalario se encuentra con este panorama institucional y una demanda que lo insta a adaptarse a las modalidades de atención preestablecidas. Pues los protocolos y lineamientos tienen como objetivo alcanzar una atención integral del paciente, lo que implica una atención interdisciplinaria, donde cada parte debe accionar de acuerdo con lo que le corresponde para que la ruta de atención del paciente continúe. Por esta razón, en el caso del

psicólogo clínico con orientación psicoanalítica puede existir un choque teórico práctico entre la demanda institucional que se le hace dentro del hospital y el marco práctico de su orientación clínica. En contraposición a la rigurosidad de las rutas de atención protocolarias, el psicoanálisis hace una apuesta por el sujeto y sus particularidades sintomáticas, por lo tanto, de primera mano pareciera que son antagónicos y no unificables en cuanto a abordaje clínico.

La orientación psicoanalítica sostiene que detrás de cada paciente existe un sujeto con un sufrimiento particular que es importante acoger. Mientras que, desde el discurso de la ciencia se busca acallar el síntoma y generalizar el malestar, para que el ideal del bienestar común no caiga. Al ser el discurso de la ciencia el que predomina en las instituciones de salud pública como los Hospitales del Ministerio, existen medios homogeneizadores, como los protocolos y lineamientos, para mantener institucionalizado al sujeto.

Los modelos protocolarios están basados en la rapidez y la eficiencia, y resultan funcionales para la institución porque posibilitan una atención sistemática y regulada que dictamina no solo una temporalidad y una manera de hacer para cada problemática social o grupo clínico, sino que, predicen bajo estadísticas los resultados óptimos que deben ser obtenidos con los beneficiarios de la atención. Pero, por el lado del sujeto dejan un déficit. La rigurosidad de los protocolos no permite que surja a flote lo que se enmascara detrás de los síntomas del paciente; por lo tanto, las intervenciones, en la mayoría de los casos, apuntan a solucionar los signos visibles de un malestar latente que no se llega a abordar realmente.

En pocas palabras, los protocolos, bajo el imperativo de “alcanzar la salud mental”, relegan lo que verdaderamente es causa de sufrimiento para cada sujeto. Excluyen lo particular, sin tomar en cuenta que dejando de lado lo particular no se logra abordar el verdadero malestar. Por lo tanto, el trabajo investigativo propuesto a continuación se sustenta en la siguiente línea de investigación del ICSEHA correspondiente a la Carrera de Psicología: Problemas del sujeto y su relación en distintos entornos. En específico,

ahonda en el abordaje clínico, que puede hacer el psicólogo con orientación psicoanalítica a partir del psicoanálisis aplicado, de tal manera que se pueda abrir un espacio alternativo a la mira protocolaria y generalizada del malestar del sujeto en su relación con las instituciones de salud pública.

Por otro lado, al hablar de un tema de interés psicológico, pero inserto en el ámbito público/hospitalario, tiene relación al Eje 1 del Plan Nacional Toda una Vida, que plantea derechos para todos durante toda la vida. Así mismo, dentro del Eje 1 nos sujetamos al Objetivo 1 que implica garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. Desde este eje y objetivo, se propone a cada ser humano como un sujeto de derechos, por lo cual, se busca regular medios para que las condiciones de dignidad y calidad estén incluidas en los servicios de atención integral estatales ofrecidos a los usuarios. Incluyendo los servicios de salud pública. Además, se apunta a que el enfoque de abordaje de los servicios de salud sean las necesidades de sus usuarios.

Entonces, bajo la óptica de garantizar los derechos de cada ciudadano y atender sus necesidades, es importante que el abordaje psicológico que el profesional de la salud mental, encargado de la atención integral del paciente, haga desde su orientación clínica acoja el verdadero malestar que está implicado en cada paciente al momento de solicitar atención psicológica. No se puede garantizar una atención integral si se generaliza el sufrimiento y no se toman en cuenta los factores multicausales que se conjugan alrededor de los síntomas y signos que manifiesta un paciente. De esta manera, no se puede decir que se atienden las necesidades de los usuarios cuando la atención se basa en una generalización de los síntomas. Por lo tanto, basándonos en los siguientes elementos del Plan Toda una Vida: Política 1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajos criterios de accesibilidad, calidad y pertenencia territorial y cultural; Meta "Aumentar la cobertura, calidad y acceso a servicios de salud: incrementar el porcentaje de percepción positiva de los hogares con relación a servicios públicos de salud de calidad". Proponemos el siguiente trabajo de investigación, cuyo eje central

es el trabajo psicológico desde el psicoanálisis aplicado como una propuesta hacia el espacio hospitalario, para aperturar una modalidad terapéutica que vaya más allá de protocolos de atención. De esta manera se puede garantizar verdaderamente un derecho a la salud y una percepción positiva de la atención por parte de los ciudadanos con sus respectivos núcleos familiares.

CAPÍTULO 1: EL PSICOANÁLISIS APLICADO

1.1 ¿Qué es el psicoanálisis?

Para responder a la pregunta ¿Qué es el psicoanálisis? Se necesita primero hacer un recorrido introductorio por los inicios de este. Se conoce que los intereses y funciones del psicoanálisis están más allá de lo institucional, sin embargo, eso no implica de ninguna manera que no pueda aperturarse un espacio a través de cada institución, con las particulares y el discurso del Amo que la designa. Por esta razón, para llegar a entender la función o el aporte que podría brindar el psicoanálisis al insertarse en una institución, en primer lugar, se determinará de dónde viene y cuál es su objeto de estudio.

En un principio Freud define al psicoanálisis como un proceso de investigación de lo que comprenden las cuestiones anímicas del sujeto. Posteriormente, lo coloca como un método que permite el tratamiento de los pacientes afectados por las perturbaciones de la neurosis, pues, a través del psicoanálisis se podía indagar en aquellos contenidos inconscientes que se manifestaban a partir de síntomas y perturbaciones. De esta manera, Freud reconoce que, la indagación de los procesos inconscientes no podría darse de otra manera sino vía el método psicoanalítico. Entonces, al hablar del objeto de estudio, Freud sostiene que el psicoanálisis tendría al inconsciente como objeto a estudiar, y que esto es posible debido a las formaciones inconscientes o también llamadas formaciones de compromiso como los sueños, los actos fallidos, los equívocos, etc.; que el paciente puede manifestar a través de la palabra al momento de la consulta.

En cierta medida, Lacan también comenta al respecto que “Desde hace tiempo hacemos un esfuerzo por fundar una práctica del discurso que se sostiene” (Lacan, 1978, p. 3). Por lo tanto, años después en la historia, Lacan reconoce de igual manera que el psicoanálisis como método toma el discurso del paciente y toda la construcción significativa que este trae. Y es en base a esta construcción, propia del paciente y no del analista, que se

sostiene la práctica o experiencia analítica. Por otro lado, respecto al inconsciente como objeto de estudio, Lacan reconoce la necesidad de reencaminar las vías que estaba tomando el psicoanálisis posterior a la muerte de Freud, y es así como evoca que el psicoanálisis se centra y siempre se ha centrado en el inconsciente. Una cuestión totalmente trabajada a partir de Freud y reenfocada a través de Lacan, quien pone el acento en que el psicoanálisis en si trabaja con el inconsciente a partir del discurso.

Por lo tanto, retomando la pregunta de qué es el psicoanálisis, se puede decir, de la misma manera que lo mencionó Freud y que Lacan lo retomó, que “el psicoanálisis es la cura por la palabra, pues no tiene sino un médium: la palabra del paciente” (Galván et al, 2012, p. 204). Sin embargo, es importante resaltar el uso de la palabra que el psicoanálisis tiene, no es el mismo uso que le da la psicoterapia. “Psicoanálisis y psicoterapia, ambas sólo actúan por medio de palabras. Sin embargo, se oponen. ¿En qué? [...] La psicoterapia especula sobre el sentido, es lo que hace su diferencia respecto del psicoanálisis” (Attíe, 2002, p.3). Si bien Freud en un inicio lo propuso como un método para acceder al inconsciente valiéndose de la palabra, no se reduce a un método de investigación. El psicoanálisis se desarrolla en el campo de la práctica clínica, valiéndose de los significantes que surgen en el encuentro particular entre sujeto y analista.

El psicoanálisis es entonces, un dispositivo que consta de una experiencia, la experiencia analítica, que haciendo uso de la palabra traída como un dicho a consulta, a través de lo que se conoce como intervenciones, genera un efecto sobre el sujeto. E, inevitablemente, a lo largo de esta experiencia, precisamente porque se opera sobre los significantes, recortándolos de los dichos del sujeto, lo que aflora es el inconsciente.

1.2 Recorrido histórico del concepto “psicoanálisis aplicado”

Para poder hacer un recorrido histórico del concepto de psicoanálisis aplicado es necesario transitar, en primer lugar, por las obras y escritos que, a pesar de no hacer mención del concepto como tal, hacen alusión a las posibilidades de aplicación del psicoanálisis más allá del consultorio y el diván; y, en segundo lugar, a las obras que reescriben la definición de este concepto y lo configuran como lo conocemos actualmente. De esta manera, se tiene como punto de partida un retorno a Freud, quien en su segunda tópica y casi al final de sus obras habla de los horizontes que puede tomar el psicoanálisis. Y luego, se hace una parada por Lacan, quien retoma y corrige las concepciones erróneas ligadas al psicoanálisis aplicado posterior a la muerte de Freud, para devolverlo al lineamiento del tratamiento, enlazándolo con el síntoma y la práctica clínica.

1.2.1 Desde Freud

Los indicios del psicoanálisis aplicado guardan relación con la interpelación que arribó en Freud respecto a la manera en que el psicoanálisis se vio limitado en su desarrollo terapéutico. Razón por la cual, declaró a través de su escrito de 1910, *Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, que los límites no tenían que ver con la técnica, pues reconoce a esta como la mejor de la época para tratar con los fenómenos neuróticos, sino, con el alcance a la población que se lograba tener. Consideró que “El éxito que la terapia es capaz de alcanzar en el individuo tiene que producirse también en la masa” (Freud, 1910, p. 140). Así mismo, advirtió que para lograr abrirse lugar en nuevos espacios es necesario el apoyo de la autoridad, cuyo aval generaría accesibilidad al psicoanálisis y para el psicoanálisis. Por lo tanto, lo que posteriormente llamó aplicación del psicoanálisis inicia con la visión de ampliar el acceso al psicoanálisis para que de esa manera se multiplicaran las posibilidades terapéuticas.

En Freud nace la categoría de “aplicaciones del psicoanálisis” utilizándolo en su texto de 1913 El interés por el Psicoanálisis para indicar un movimiento del psicoanálisis hacia las ciencias de lo social con la intencionalidad de pasar a formar parte del campo científico del tiempo de Freud y como herramienta para otras disciplinas:

Decide acercar las conceptualizaciones psicoanalíticas a las que él denomina «ciencias no psicológicas» (la filología, la filosofía, la biología, la historia, la sociología, la pedagogía, etc.), con la esperanza que dichos campos encuentren en el psicoanálisis herramientas teóricas que les permitan no sólo arrojar nueva luz sobre problemas aún irresueltos, sino también plantear nuevos problemas hasta ahora invisibilizados. (Estevez y Messina, 2015, p. 449)

Con esto, Freud, intentaba que el psicoanálisis se transforme en una disciplina que tenga su propia autonomía y, que además de tener una relevancia terapéutica, pueda dirigir aportes e influir en el desarrollo y enriquecimiento de otras disciplinas. También, buscaba su transformación en un método investigativo con una significación que repercuta más allá de la utilidad terapéutica. En pocas palabras, extiende el uso del método psicoanalítico a otras áreas del saber y llama a esto “aplicaciones”. Lo que podemos considerar como el antecedente primero del término psicoanálisis aplicado.

En cambio, en su texto “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, escrito en 1919, Freud hace una puntualización sobre lo que llamó “aplicación del psicoanálisis, es decir, ya es más preciso hacia dónde quiere dirigir la cura psicoanalítica. En ese texto, Freud, habla sobre la atención a las masas y menciona que el psicoanálisis en ese momento sólo abarcaba una pequeña parte de la población que era la más opulenta de la sociedad. Por tal motivo, expande su visión a la atención a las masas, ya no a ese círculo privilegiado que podía acceder a un análisis y que podían desviar al psicoanálisis, puesto que ellos podían elegir al médico que quisieran y estos se alejaban de lo que era una terapia psicoanalítica y haciendo uso de este a su manera. Por todo

esto, tiene la intención de llevar el psicoanálisis al pueblo, a las personas pobres que para la época no se los tenía en cuenta y que no están exentos del padecimiento neurótico. Entonces, deben crear centros donde se pueda tener un espacio de terapia de forma gratuita para estas personas con personal médico que esté capacitado con bases psicoanalíticas que puedan brindar dicha atención. Es decir, Freud en este texto extiende la aplicación del psicoanálisis a lo que hoy podemos llamar salud pública.

Entonces, se puede decir que lo que Freud concibió como psicoanálisis aplicado fue una intención de aperturar el psicoanálisis a nuevos campos y disciplinas. Freud mismo lo llamó “transdisciplinario”, en un intento de que el saber del psicoanálisis pudiera brindar un aporte más allá del campo del tratamiento de las neurosis y las perturbaciones anímicas. Incluso, como se pudo describir en el último texto referenciado, visionó ampliarlo a un espacio de atención gratuito. Y esto, con la finalidad de ganar un enriquecimiento bilateral entre el psicoanálisis y los nuevos campos del saber con los que pudiera interaccionar.

1.2.2 Desde Lacan

Si Freud construyó una noción del psicoanálisis de manera que pudiera aportar a diferentes disciplinas, Lacan siguió sus pasos de manera inversa y se valió de otras disciplinas para construir aportaciones al psicoanálisis transdisciplinarias. Incluyó matemáticas, se valió de la lógica, de lingüística, de la topología, etc. Y, se abrió paso a lo que Freud denominó psicoanálisis aplicado, pero en lugar de buscar darle un uso por fuera del campo terapéutico, lo encausó al síntoma y le dio una oportunidad como método psicoanalítico a ser aplicado en la clínica.

En un inicio, como dice Rubinstein (2003): Lacan buscaba evitar la banalización del saber psicoanalítico, evitar la “desviación bufona” que los post-freudianos daban al psicoanálisis bajo el nombre de psicoanálisis aplicado (p. 2). Por esta razón, realiza una distinción respecto al psicoanálisis aplicado, y es que solo puede decir que existe una “aplicación”

del psicoanálisis cuando se habla de la clínica, porque el método analítico únicamente es aplicable sobre un sujeto hablante. Por lo tanto, la aplicación del psicoanálisis, por fuera de los esfuerzos que pudieron verse en Freud, no queda a disposición de otras disciplinas para valerse de este como una herramienta, sino más bien queda enlazado a la terapia.

Cuando Freud quiere dar al psicoanálisis mayor alcance que el terapéutico, extiende el empleo del método psicoanalítico a otros campos del saber llamándolo aplicado, cuando Lacan quiere evitar la banalización a la que se había llegado con el término, lo desliza, y llama psicoanálisis aplicado al que se aplica como tratamiento, y método de investigación a sus otros alcances. (Rubinstein, 2003, p.2)

Tal como lo dice Rubinstein, Lacan (1964) en el Acta de Fundación de la Escuela, esclarece que lo competente al psicoanálisis aplicado es aquello que busca: “contribuir a la experiencia psicoanalítica [...] en la praxis freudiana; y ello en el examen clínico, en las definiciones nosográficas, en la posición misma de los proyectos terapéuticos” (p. 4). Posteriormente lo que hará en su texto *Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión* (1993) es esclarecer que el psicoanálisis aplicado no es equivalente a otras psicoterapias, pues estas se basan en el sentido, y el psicoanálisis no especula sobre el sentido de los síntomas. De esta manera, Lacan realiza no solo una diferenciación entre el psicoanálisis puro y el psicoanálisis aplicado, sino que advierte respecto al rebaje o confusión del psicoanálisis aplicado a la terapéutica, con otras psicoterapias que utilizan como medio la palabra en su cura.

Finalmente, Lacan, posterior en el tiempo de su enseñanza, abandona el uso del término psicoanálisis aplicado y utiliza el término psicoanálisis en extensión. El psicoanálisis en extensión “se traduce en la diferencia que supone pensar, por un lado, la propia práctica a la luz de otros saberes y, por otro lado, la aplicación instrumental del saber del psicoanálisis a otros campos” (Messina y Estevez, 2015, p. 450). Lo que abre lugar a pensar la posibilidad de la aplicación del dispositivo analítico dentro de otras instituciones como el psicoanálisis en extensión.

1.3 Diferencia entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado

En 1964, durante el Acto de fundación de la Escuela, Lacan realiza una diferenciación entre el psicoanálisis puro y el psicoanálisis aplicado. Contrapone el uno con el otro para redirigir y estipular de qué se va a encargar cada uno dentro de la experiencia psicoanalítica. De esta manera enlaza el puro a la base teórica y a las cuestiones de formación del analista, mientras que al aplicado lo enlaza a la parte práctica del psicoanálisis, a la experiencia analítica en sí dentro de la clínica.

La sección del psicoanálisis puro se ocupará de “la praxis y doctrina del psicoanálisis propiamente dicho,” que es el psicoanálisis didáctico [...] así como de los efectos mismos de su enseñanza. Su eje es la formación del analista. E incluye en ella a no médicos “al no ser en sí mismo el psicoanálisis puro una técnica terapéutica”. La sección de psicoanálisis aplicado en cambio, de “terapéutica y de clínica médica”, incluye en su composición grupos médicos, y espera que esté en condiciones de “*contribuir a la experiencia psicoanalítica...*” poniendo a prueba sus indicaciones, sus conceptos y sus estructuras “... *en el examen clínico, en las definiciones nosográficas, en la posición misma de los proyectos terapéuticos*”. (Rubinstein, 2003, pp. 2-3)

Lo que se puede entender entonces es que el psicoanálisis puro, es el psicoanálisis en intensidad, lo que está ligado al proceso de escuela y de formación de un analista. Mientras que el psicoanálisis aplicado, es el psicoanálisis en extensión, aquel que es siempre aplicado al síntoma y que se lleva a cabo en el proceso terapéutico de la clínica.

En pocas palabras, el psicoanálisis puro es aquel que produce al final de la experiencia un analista. Se encarga de que un sujeto que estuvo en un primer momento en posición de analizante devenga analista, y para esto, el dispositivo del pase como parte de lo instituido en la escuela, podrá verificar el fin de análisis y el recorrido que ha hecho el sujeto que al final ha sido formado como analista. Por esta razón, el psicoanálisis puro se direcciona al

proceso formación, y permite plantear una pregunta acerca de lo que es y hace el analista. Mientras que el psicoanálisis aplicado, produce efectos terapéuticos en el tratamiento de un sujeto con un malestar. Se encarga entonces todo lo concerniente al síntoma del sujeto, cuestionar, plantear y edificar a través del síntoma, cuando este acude a consulta con una perturbación. Por esta razón el psicoanálisis aplicado está direccionado a la clínica, brinda la posibilidad de plantear la pregunta que va referente a la práctica dada de los analistas, manteniendo siempre el cuestionamiento de cómo y cuándo aplicar psicoanálisis. Lo que podría responderse en cierta medida bajo la premisa de aplicar en cualquier espacio que sea posible instalar el dispositivo analítico, lo que incluye las instituciones.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que, independientemente de la distinción que se pueda hacer entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado, no existe psicoanálisis sin experiencia, y no existe división en la experiencia psicoanalítica. Pues, en primer lugar, todo análisis se inicia encausado por un malestar, por un síntoma, mas no por la intención de cura o de formación; además, si la intención fuera la de una formación, habrá que cuestionar esta demanda, pues no hay nada que pueda alertar a un analista de que el sujeto que consulta devendrá un analista, por lo que no hay certeza de que se trate al final de un psicoanálisis puro. Y, en segundo lugar, cuando se oferta el análisis no se hace una disyunción como la que se recorrió en anteriores párrafos, simplemente se da un encuentro entre un analizante y un analizado, y este encuentro está intervenido por el deseo. Entonces, ¿cómo se sabe cuándo se trata de uno o de otro?

En el límite extremo, la distinción entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado no reside en otro lugar que en la posición del analizante respecto de su síntoma y de su fantasma, así como en la posición del analista, es decir, y esto engloba toda su formación, en lo que ha operado para él como deseo del analista. En suma, no hay criterios previos para definir el psicoanálisis puro o el psicoanálisis aplicado a la terapéutica: es al fin de cada cura que el analista podrá

decir cuál es el tipo de psicoanálisis que ha sido puesto en juego.
(Attié, 2002, p. 2)

1.4 Psicoanálisis aplicado en instituciones de salud

El psicoanálisis aplicado en la institución es una clínica que se orienta por el diagnóstico estructural y que se compone de un momento temporal y un espacial. En el caso del espacial, consta de un lugar que permite el encuentro entre un psicoanalista y un sujeto, por ejemplo, un hospital. En relación con el momento espacial Seldes (2008) menciona: “La primera decisión, que cae del lado del analista, es la de producir un encuentro que puede tener variados nombres, consulta, primera entrevista, admisión, y no es indiferente que se lo designe de una manera u otra” (p. 1). Por lo tanto, el momento espacial es proporcional al encuentro y a los elementos que lo posibilitan. En cambio, el temporal, está relacionado a los diversos motivos que sugieren un tiempo definido, es decir, aquello que enmarca y que permita la existencia de un límite de tiempo, por lo general, señalado mediante un corte por el profesional cuando las circunstancias particulares del paciente lo ameritan, aunque también puede estar intervenido por lo institucional.

Por otro lado, cuando se habla de la aplicación del psicoanálisis en una institución de salud, no se puede dejar de lado al imperativo de la Salud Mental, que tanto dentro como fuera de las instituciones de salud pública, tiene una preponderancia del discurso científico, sustentado en el saber psiquiátrico. Bajo el marco del discurso científico se apunta a una universalización de los sujetos, buscando que se pierdan o difuminan las líneas diferenciales y se configuren en una masificación. Siguiendo esta línea, el saber psiquiátrico intenta apuntar a un bienestar “para todos”, a partir del cual forzosamente busca hacer existir un bien Supremo para todos los pacientes.

Por esta razón, la Salud Mental con su demanda institucional, se vuelve antagónica con el malestar particular de cada sujeto; pues, al negar la

singularidad de cada sujeto, al mismo tiempo está silenciando el síntoma. Orjuela y Pérez (2020) declaran: “El síntoma en el discurso médico es abordado como un problema que requiere ser retirado, silenciado u ocultado (...) En el discurso médico, el síntoma debe ser (...) nosológicamente abordado y terapéuticamente eliminado de acuerdo con patrones de tratamientos estandarizados” (p. 206). Entonces, en la Salud Mental el síntoma y el malestar se invisibilizan, los sujetos son relegados a objetos-pacientes y el tratamiento es estandarizado y protocolizado, para que todo se mantenga acorde al Ideal de absoluto bienestar.

Si este es el panorama institucional de la salud, entonces ¿de qué manera tiene cabida el psicoanálisis aplicado en las instituciones de salud?, tomando en cuenta que, como ya se mencionó, el psicoanálisis aplicado se encarga de todo lo concerniente al síntoma del sujeto; a cuestionar, plantear y edificar a través del síntoma. La respuesta a esta pregunta está en que, el psicoanálisis aplicado en su dimensión de abordaje clínico permite que el síntoma del paciente sea tratado desde el uno a uno a pesar de las exigencias institucionales. “Así, mientras la institución propone un ideal que universaliza a los sujetos, la ética analítica propone una relación del uno por uno, una relación con lo singular de cada sujeto” (Moreno y Ordóñez, 2018, p. 204). En otras palabras, el psicoanálisis aplicado mantiene siempre su principio ético de que más allá de un espacio físico, lo que se busca brindar desde esta orientación es un espacio de escucha que permita rectificar la posición en el malestar que tiene el paciente.

Así mismo, es importante mencionar que cuando se habla de psicoanálisis aplicado estamos directamente haciendo alusión al dispositivo analítico como tal. Este, en su vertiente de dispositivo no se localiza en un espacio determinado o geografía específica para ejercer su función, sino que más bien se abre una posición a través de cada institución. Entonces, cuando se apuesta por la puesta a prueba del dispositivo analítico también se pone a prueba el acto del discurso analítico.

Dentro de una institución, y aún más en una institución de salud, es de suma importancia apostar por el acto analítico a pesar de que es muy probable que las condiciones ideales de un consultorio no están ni cerca de darse. Sea en la camilla de un hospital, en la privacidad de una consulta externa con limitaciones de tiempo o en una escalera, lo importante es que el acto analítico pueda hacer una inserción de una pausa que sostenga un espacio de escucha y de acogida al malestar de ese paciente que, al ser tratado como uno más del montón por la institución de salud, queda generalizado y homogenizado.

El punto de partida psicoanalítico al malestar contemporáneo remite entonces a una ética, a una posición, al sostenimiento de una escucha que se oponga a las soluciones mecanicistas o conductistas, o que contribuyen al aplacamiento subjetivo, trasladando al sujeto la responsabilidad de elegir su destino. (Campodonico, 2017, p. 169)

El psicoanálisis aplicado en instituciones de salud entonces permite abrir un tiempo para entender que la desaparición del síntoma y el empleo único de soluciones protocolarias, al contrario de producir un bienestar para el sujeto, lo arrojan de su categoría de sujeto. El psicoanálisis aplicado permite que el sujeto sea considerado en su condición de único y variable, pues está atravesado por el lenguaje y puede tomar diversos sentidos y posiciones respecto de un malestar. De esta manera, no hay nada que se oponga más a la universalización que el sujeto. El sujeto resiste a ser tratado como objeto, resiste a ser eternizado, resiste a ser institucionalizado. Y, aunque exista una repetición en el sujeto, esta repetición corresponde a lo más íntimo de su goce, que es de igual forma particular.

Para finalizar, se menciona que es de esta manera que el psicoanálisis aplicado puede llegar a tener efectos terapéuticos dentro de una institución de salud, pues, a partir del espacio que apertura para el sujeto y durante la instalación de la relación terapéutica, surge una satisfacción porque se lo acoge en su estatuto de sujeto como tal. Este modo de acoger al sujeto permite a su vez acoger el síntoma desde su vertiente de diversidad y de

relación con un goce particular. Además, apunta a organizar los significantes sueltos que trae respecto a su malestar, con su posición de goce. Lo que podemos llamar como “puesta a escena del discurso del analista”.

Entonces, si se quiere hablar de una eficacia, dado que el objetivo del uso de protocolos, guías y lineamientos es alcanzar una eficacia terapéutica; se puede decir que la eficacia del psicoanálisis reside en alojar en su práctica a un sujeto, no a un objeto-paciente, y ofrece un espacio de escucha donde no es categorizado ni forzado a institucionalizarse. Desde el discurso de la ciencia, desde el saber científico, que es un discurso del Amo, si bien se intenta provocar un bienestar para el paciente, se termina encasillándolo en un Ideal y poniéndolo a la merced de un Otro que le demanda un estado de total bienestar. Tal como lo expresa Báez (2011): “En la defensa de la subjetividad, se termina promoviendo la colectivización, la identidad con el supremo, con el gran Otro, sea con el imperante o con aquel gran Otro que desea un imperio” (p. 239). Por esto, es importante que el espacio que ocupe el psicoanálisis aplicado dentro de una institución tenga un tinte subversivo. Con el cual, se vale de lo normativo para abrir una brecha y producir efectos. Es decir, no rechazando de manera definitiva lo que la demanda institucional exige, sino encontrando una manera de balancearse entre la particularidad del sujeto y la demanda institucional.

CAPÍTULO 2: EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

En el año 2013 el Hospital Universitario de Guayaquil (HUG), comienza a ser parte de la Red de hospitales en Salud Pública, dando así servicios gratuitos desde diferentes especialidades a sus usuarios, debido a que cambió su gestión de un segundo nivel de atención, a un cuarto nivel de complejidad. En 2017, cambia su especialidad y pasa a ser un hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico ubicado en el Km 23 Vía Perimetral en el Noreste de Guayaquil, por lo que su cartera de usuarios se reestructura y se enfoca en pacientes femeninas en estado de gestación (Hospital Universitario de Guayaquil, 2013).

2.1 Misión y visión

Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (HUG, 2013).

Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (HUG, 2013).

2.2 Organigrama

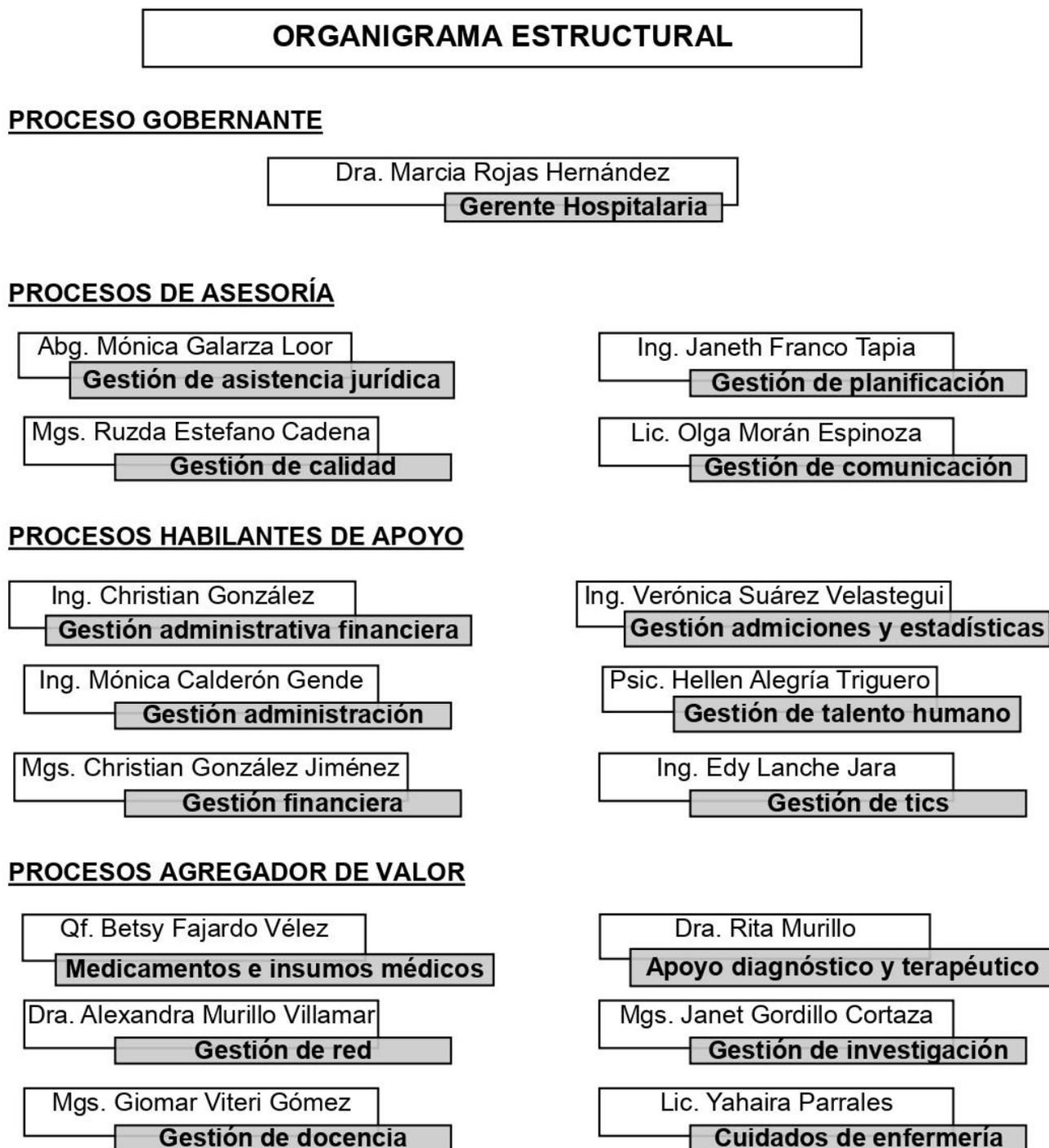


Figura 1: Organigrama estructural.

Fuente: Hospital Universitario de Guayaquil (2021).

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública.

2.3 Área de salud mental

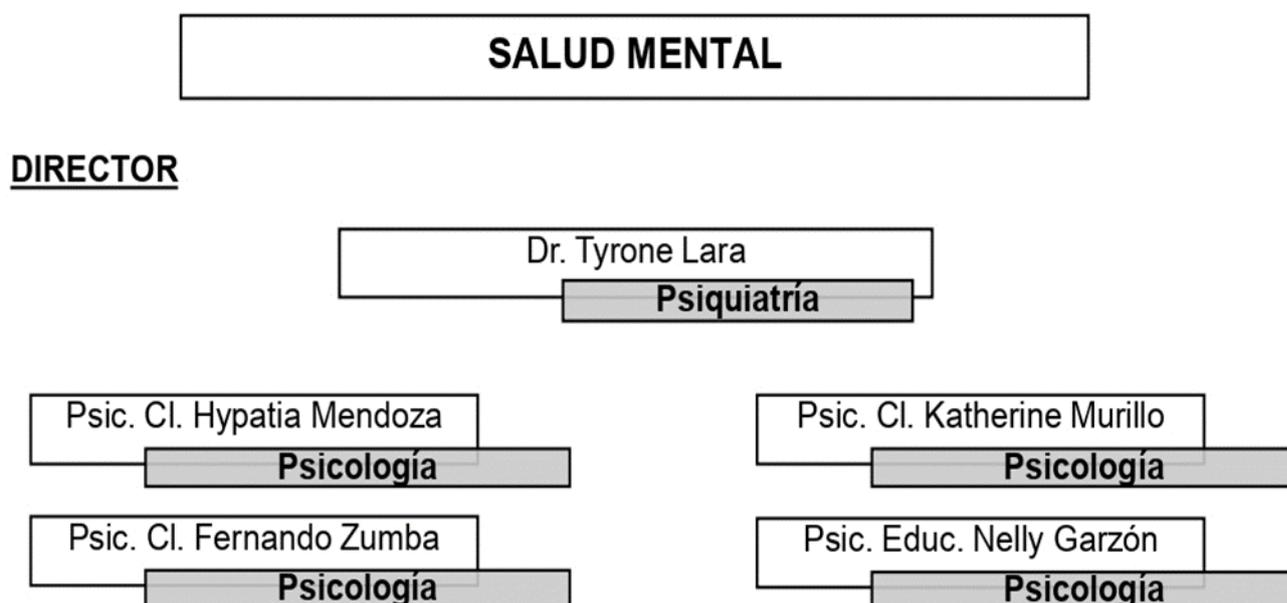


Figura 2: Organigrama Salud Mental.

Fuente: Hospital Universitario de Guayaquil (2021).

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública.

2.4 Protocolos y rutas de atención

El Ministerio de Salud Pública (2021) en su página web pone a disposición las normativa, protocolos y lineamientos en Salud Mental vigentes, que regulan los procesos de atención en salud mental dentro del ámbito de salud pública:

- Modelo y Plan estratégico de Salud Mental (Acuerdo Ministerial 00004927).
- Protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia (Acuerdo Ministerial 00005282).
- Lineamientos operativos para la atención integral a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y trastornos mentales graves en modalidad ambulatoria intensiva.

- Lineamientos operativos para psicólogos y psiquiatras en los tres niveles de atención.
- Lineamientos y directrices para los responsables de salud mental y de promoción de la salud por niveles de atención.
- Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas (Acuerdo Ministerial 00000030).
- Acuerdo Ministerial Nro. 00000080 Normativa sanitaria para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan sus servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas ESTAD.
- Reglamento para brindar atención integral en salud a víctimas de desaparición, sus familiares y personas en condición de no referir su identidad. (acuerdo ministerial 00005307).
- Lineamientos para la implementación de la Supervisión de Enlace.
- Lineamientos operativos para el manejo del Duelo en los establecimientos de Salud Pública.
- Lineamientos operativos para el manejo de anorexia y bulimia establecimientos del Ministerio de Salud.
- Lineamientos Operativos para la Atención en las Unidades de salud Mental Hospitalaria.
- Lineamientos operativos para el manejo intentos autolíticos – suicidio (atención en casos de lesiones autoinfligidas o ideas suicidas) establecimientos del Ministerio de Salud.
- Lineamientos operativos a fin de favorecer el acceso a medicamentos y dispositivos médicos para la atención integral a personas con trastornos mentales y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública.
- Manual de Gestión: Salud Mental en Desastres (primera edición).
- Guía de Salud Mental Comunitaria (primera edición).
- Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud Pública.
- Modelo de atención integral residencial para los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo

Problemático de Alcohol y otras Drogas – Adolescentes (CETAD), del Ministerio de Salud Pública.

El protocolo, normativa y ruta de atención, por parte del HUG, que se utilizara en el respectivo trabajo de investigación es el relacionado a adicciones; siendo así el siguiente: 1. Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Y, que se utilizará por parte de la Organización Panamericana de la Salud, es el relacionado a duelo; siendo así el siguiente: 2. La Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

En el presente trabajo de investigación se utiliza, por conveniencia a los objetivos de este, el enfoque cualitativo. Este enfoque de manera general se emplea para realizar un acercamiento interpretativo a los fenómenos u objetos que se buscan estudiar, es decir, busca dar un sentido en base a lo que una parte de la población muestra. Sigue una lógica inversa a la investigación de enfoque cuantitativo, donde lo general se comprueba con lo particular; en la investigación cualitativa se tiene como punto de partida lo particular de una muestra que posibilite posteriormente un esclarecimiento respecto a lo estudiado a través de un proceso inductivo. Hernández-Sampieri (2014) comenta respecto al enfoque cualitativo que:

En la búsqueda cualitativa, en lugar de iniciar con una teoría y luego “voltar” al mundo empírico para confirmar si ésta es apoyada por los datos y resultados, el investigador comienza examinando los hechos en sí y en el proceso desarrolla una teoría coherente para representar lo que observa [...] Dicho de otra forma, las investigaciones cualitativas se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general. (p. 8)

El enfoque seleccionado permite a la investigación plantear en primer lugar una hipótesis que pueda irse desarrollando y construyendo hasta alcanzar una óptica macro. O inclusive puede no llegar a comprobarse la hipótesis, pero desde sus propiedades investigativas, este enfoque permite plantear conclusiones que conlleven una comprensión del fenómeno estudiado, a medida que los instrumentos de recolección de datos proporcionen información relacionada a este.

Aplicado al trabajo de investigativo, la hipótesis que se plantea es que: a partir del psicoanálisis aplicado se puede obtener una alternativa de atención para el psicólogo clínico que ejerce dentro del ámbito hospitalario. Entonces, se busca obtener una comprensión y un resultado de las posibilidades de trabajo psicológico que el psicoanálisis aplicado puede ofrecer en el ámbito hospitalario. Así, el estudio estará direccionado a describir de qué manera el psicoanálisis aplicado a instituciones hospitalarias permite abrir, para el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica, un espacio alternativo en sus abordajes clínicos a partir de la intervención direccionada al síntoma de cada paciente. Para esto, el análisis se basa en un estudio de casos que incluye dos viñetas clínicas que resulten paradigmáticas para el fin buscado, una correspondiente a la temática de consumo y otra a la temática de duelo, de las prácticas preprofesionales B-2020 y A-2021 suscitadas en el Hospital Universitario de Guayaquil.

3.2 Objetivo general

Analizar el psicoanálisis aplicado como alternativa de trabajo psicológico dentro del Hospital Universitario de Guayaquil, mediante el estudio de casos, para guiar la práctica de los psicólogos clínicos con orientación psicoanalítica.

3.3 Objetivos específicos

1. Analizar el psicoanálisis aplicado para determinar sus límites y alcances en la atención psicológica de pacientes.
2. Caracterizar al Hospital Universitario de Guayaquil, con énfasis en leyes, reglamentos y prácticas institucionales respecto a la atención psicológica de pacientes.
3. Cotejar las características del psicoanálisis aplicado y del Hospital Universitario de Guayaquil, para analizar las posibilidades de trabajo psicológico.

3.4 Muestra

Al ser una investigación cualitativa, de la población se selecciona una muestra de acuerdo con los propósitos de la investigación. Esta es seleccionada de forma tentativa y va definiéndose cuando se estudian a detalle las características que atraviesan a la investigación. Tomando en cuenta esto, la forma en que se selecciona la muestra de la población es a través de un muestreo por conveniencia. Este muestreo es una técnica no probabilística y no aleatoria utilizada para crear muestras de acuerdo con la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra en un intervalo de tiempo dado o cualquier otra especificación práctica de un elemento particular.

De esta manera, dado que la investigación busca estudiar de qué manera el psicoanálisis aplicado permite una alternativa de trabajo clínico dentro del ámbito hospitalario para el psicólogo con orientación psicoanalítica; entonces, seleccionaremos los casos de mayor relevancia clínica durante el periodo de prácticas preprofesionales B-2020 y A-2021 en el Hospital Universitario de Guayaquil. Para demostrar la hipótesis mencionada respecto al trabajo psicológico posible más allá de los protocolos y rutas de atención preestablecidas. Es importante mencionar que en este tipo de muestreo no es imperante que la muestra represente realmente a toda la población. Entonces, dado que la población consta de las pacientes del Hospital Universitario de Guayaquil, se escoge una muestra que cumpla con las siguientes características:

- Pacientes que hayan sido atendidas por el área de psicología a partir de la orientación psicoanalítica.
- Pacientes que hayan tenido más de 2 sesiones con el practicante de orientación psicoanalítica.
- Pacientes en cuyas sesiones se puedan observar los abordajes a partir del psicoanálisis aplicado

- Pacientes con relevancia clínica para realizar un estudio y presentación de caso.

3.5 Instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Estudio de caso

Los estudios de caso poseen una maleabilidad como característica al momento de su aplicación dentro del marco investigativo, pueden corresponder tanto al método mismo de la investigación como a una herramienta experimental en el diseño de la investigación. Sin embargo, en todos los casos, estos estudios permiten una aproximación a la comprensión del fenómeno o problema que se esté investigando, puesto que permiten esclarecer las propiedades de este a través de un análisis holístico. Son entonces, “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría” (Hernández-Sampieri, 2014, p. 164).

Hernández-Sampieri (2014) menciona también que la unidad o caso en cuestión que sea el objeto a partir del cual parta el estudio de caso, puede ser desde un individuo o conjunto de individuos hasta una problemática social, un fenómeno natural o un hecho histórico (p. 164). Todo depende del enfoque que la investigación posea. En el caso de la presente investigación, sabiendo que su enfoque es cualitativo, tenemos como unidades del estudio de caso a dos viñetas clínicas. Ambas constan de la suficiente relevancia clínica para el fin buscado y se relacionan con las dos problemáticas sociales profundizadas durante el capítulo 4 de la presente investigación: consumo de sustancias y duelo. A partir de estas se busca relacionar lo descrito dentro del marco teórico respecto a la posibilidad clínica del psicoanálisis aplicado, con dos casos prácticos que ejemplifican el ejercicio del trabajo psicológico que puede realizar un psicólogo con orientación psicoanalítica dentro de un espacio hospitalario y de salud pública. De esta manera, por un lado, se ilustran puntos teóricos, pero más importante aún

permite demostrar de qué manera el psicoanálisis aplicado es una alternativa para el ejercicio clínico, desarrollando así la propuesta que cruza toda la investigación.

3.5.2 Entrevista

El segundo instrumento de recolección de datos que utiliza la presente investigación es la entrevista cualitativa. Entendiéndose por la misma, a la comunicación establecida entre dos partes que permite la profundización del estudio del fenómeno o problema investigativo para llegar a una comprensión de este, en una suerte de construcción conjunta de significados. Respecto a la entrevista cualitativa Hernández-Sampieri (2014) menciona que: aporta una libertad y flexibilidad al intercambio de información entre la persona que cumple el rol de entrevistador y aquellos que cumplen el rol de entrevistados, sea esta de tipo estructurada, semiestructurada o no estructurada; además, permite que ambos agentes construyan de manera conjunta los significados y datos del problema estudiado, pues el mismo carece o tiene poca disposición a la observabilidad (p. 403).

De esta manera, a través de la entrevista cualitativa se busca recaudar para esta investigación información de la atención psicológica que los profesionales en salud mental, pertenecientes al Hospital Universitario de Guayaquil, brindan en los casos de adicción y duelo. Lo que conlleva al conocimiento del trabajo psicológico que se suscita dentro del marco de salud pública al que pertenece el Hospital. A través del intercambio de información con los psicólogos clínicos correspondientes, se puede recolectar una serie de datos cualitativos que permiten construir, desde sus experiencias y concepciones, una noción de la atención brindada desde el marco institucional, para posteriormente hacer un análisis diferencial entre la clínica dentro la institución y las posibilidades clínicas con el psicoanálisis aplicado.

Preguntas para la entrevista cualitativa a profesionales en psicología clínica del área de Salud Mental del Hospital Universitario:

1. ¿Cuál es la casuística frecuente que atiende como psicólogo clínico en este hospital?
2. ¿Bajo qué lineamientos guía su atención psicológica y abordajes clínicos?
3. Como profesional que forma parte del Hospital Universitario de Guayaquil ¿Se le exige guiar su atención psicológica bajo un lineamiento específico?
4. En los casos de duelo que atiende, ¿En qué centra su atención psicológica?
5. En los casos de duelo, ¿Basa su atención psicológica en alguna guía, lineamiento o protocolo?
6. En los casos de duelo ¿El hospital le pide registrar datos específicos?
7. En los casos de duelo ¿El hospital le pide resultados específicos?
8. ¿Considera que tiene la libertad de atender los casos de duelo desde su orientación clínica?
9. ¿Considera que el Lineamiento operativo para el manejo del Duelo integra todos los abordajes posibles a realizar en un caso de duelo?
10. Si su respuesta es NO a la pregunta anterior, por favor describa qué abordajes o pasos sigue durante su atención psicológica en un caso de duelo.
11. En los casos de consumo de sustancias que atiende, ¿En qué centra su atención?
12. En los casos de consumo de sustancias, ¿Basa su atención en alguna guía, lineamiento o protocolo?
13. En los casos de consumo de sustancias, ¿El hospital le pide registrar datos específicos?
14. En los casos de consumo de sustancias, ¿El hospital le pide resultados específicos?
15. ¿Considera que tiene la libertad de atender los casos de consumo de sustancias desde su orientación clínica?
16. ¿Considera que el Protocolo de atención integral del consumo nocivo de sustancias integra todos los abordajes posibles a realizar en un caso de consumo de sustancias?

17. Si su respuesta es NO a la pregunta anterior, por favor describa qué abordajes o pasos sigue durante su atención psicológica en un caso de consumo de sustancias.

3.6 Formas de proceso de la información

3.6.1 Análisis detallado de los datos

Esta forma de proceso de información permite el estudio y reflexión de datos obtenidos de diferentes instrumentos de recolección, y cabe recalcar que al momento de procesar la información de cada instrumento el método para hacerlo puede variar, puesto que la finalidad de los datos no necesariamente es la misma. En otras palabras, el análisis detallado de datos permite un análisis individual de los datos recolectados por diferentes medios y fuentes, y cada análisis se hace con un objetivo específico que responde al planteamiento del problema de investigación y busca responder a la hipótesis planteada. Cada análisis se realiza para poder no solamente comprender a partir de estos datos el fenómeno estudiado, sino poder generar nuevos datos que tengan como objetivo común generar un entendimiento de las propiedades del objeto de estudio.

Obtuvimos los datos mediante diversas fuentes y hemos realizado reflexiones y análisis elementales. Tenemos un primer sentido de entendimiento y seguimos generando datos (cuya recolección es flexible, pero enfocada) [...] Cada método marca unos lineamientos para el proceso de análisis, ya que los resultados que se buscan son distintos [...] Sin embargo, hay un análisis común en todo estudio cualitativo: generar categorías o temas. (Hernández-Sampieri, 2014, p. 422)

En la investigación se hará en primer lugar un análisis individual de la entrevista para escalear el (los) tipo(s) de trabajo psicológico que, como institución de salud pública, el Hospital Universitario de Guayaquil por un lado demanda y por otro permite dentro de su departamento de salud

mental. En segundo lugar, tanto desde la entrevista como desde el estudio de casos, el análisis se enfocará en responder a los abordajes e intervenciones clínicas que son posibles en ambas partes comparadas. Desde la entrevista se obtendrán los datos para determinar la atención que se aplica dentro del hospital y cómo esta está delimitada o no por los protocolos y lineamientos ministeriales. Y desde las viñetas clínicas, unidades del estudio de casos, se obtendrán los datos para ejemplificar la atención alternativa que el psicoanálisis aplicado posibilita dentro del mismo marco institucional. Por último, el análisis buscará como objetivo común generar un entendimiento respecto al espacio que puede ocupar la clínica del psicólogo con orientación psicoanalítica dentro del Hospital Universitario.

CAPÍTULO 4: LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA CLÍNICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL Y DESDE EL PSICOANÁLISIS APLICADO

4.1 Tipología de casos atendidos en el área de salud mental del Hospital Universitario de Guayaquil

Como fue descrito en el capítulo 2: Hospital Universitario de Guayaquil, este hospital es de especialidad gineco-obstétrica, y su atención como parte de la red de servicios de salud pública ministeriales, se dirige a pacientes gestantes o en etapa de puerperio, posterior a la gestación. En el caso específico del departamento de Salud Mental, la gama de pacientes es la misma, pero, como lo expresa la psicóloga clínica Katherine Murillo en su entrevista, son derivadas a consulta “embarazadas con diferentes comorbilidades”. De igual forma el psicólogo clínico Fernando Zumba amplia que entre las pacientes con comorbilidades que se atienden en el área de consulta externa y de hospitalización se encuentran aquellas con: “consumo problemático de sustancias, depresión y violencia basada en género”, entre otras.

A partir de estas respuestas, se puede dar cuenta que en el área de Salud Mental se realizan abordajes a diversas tipologías casos. Muchos de ellos reconocidos como problemáticas sociales por el Ministerio de Salud Pública y por la OMS directamente, como el consumo o abuso de sustancias, el embarazo adolescente o la violencia de género. Otros, desde el saber psiquiátrico son descritos como patologías; por ejemplo: la depresión, los trastornos psicóticos o los trastornos de ansiedad. Otros, son descritos como reacciones normales o esperadas frente a eventos que causan una perturbación en la cotidianidad del paciente, como el duelo.

Además de dar cuenta de la diversidad de casos atendidos, se puede mencionar que, como parte del Ministerio de Salud Pública, la atención que el Hospital Universitario de Guayaquil brinda es una atención llamada

“integral”. Misma que se encuentra encuadrada y regida por protocolos, guías y lineamientos aprobados y generados por el Ministerio. En el caso de la Salud Mental, se puede observar la lista de aquellos que regulan de manera vigente la atención en el capítulo 2. Entonces, frente a la tipología de casos del hospital, como lo dice la psicóloga clínica Katherine Murillo, el profesional en psicología está llamado por la demanda institucional a “Cumplir con los lineamientos de las guías de prácticas clínicas de las diferentes casuísticas.”

Sin embargo, a pesar de la especificación de la demanda mencionada, cuando se trata de la clínica como tal, el psicólogo puede encontrar una alternativa a pesar de los protocolos. Pues, no existe una exigencia de una orientación clínica específica al momento del abordaje de casos. Por lo que se podría decir, como lo expresa el psicólogo clínico Fernando Zumba “los lineamientos nos dan guías, integran de manera genérica el deber hacer, pero en casos de que sea necesario realizar un abordaje específico, lo podemos realizar”.

Entonces, el psicólogo clínico puede valerse también de su orientación para direccionar la clínica con cada caso de la diversidad de tipologías de casos ya descritas. Por esa razón, y conforme al objetivo de la presente investigación, a continuación, se caracteriza los abordajes realizables dentro del marco institucional del Hospital Universitario y a partir del psicoanálisis aplicado. Esto, con la finalidad de analizar el trabajo psicológico posible para el psicólogo con orientación psicoanalítica dentro de este establecimiento de salud pública.

4.2 Duelo

El duelo es un proceso de perturbación afectiva o de afectación psicológica que comprende la reacción de un sujeto frente a la pérdida de algo o alguien. Desde diferentes saberes, se define de una manera u otra al duelo, pero se coincide con que las variables que se conjugan dentro de un proceso de duelo son: un sujeto doliente y un objeto perdido.

Comprendiéndose por objeto a familiares, mascotas, trabajos, estatutos de vida, edad, cosas etc. Todo aquello que tenga un valor significativo para la persona.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define al duelo como: “el sufrimiento emocional que sienten las personas después de una pérdida” (2016, p. 21). Hace referencia a que, en la mayoría de los casos, el proceso de duelo cursa de manera normal por la historia de una persona que atraviesa una pérdida, en ciertos casos puede presentar síntomas de relevancia clínica que indiquen el paso de un proceso normal a un proceso patológico. “Se considera que una persona presenta síntomas importantes de duelo si estos últimos le están dificultando el desempeño cotidiano (más allá de lo esperado para el contexto cultural) o si está buscando ayuda para aliviarlos” (OPS, 2016, p. 21).

El Ministerio de Salud Pública bajo la misma dirección que la OMS considera que el duelo es esperable cuando se enfrenta una pérdida. Estipula que este debe seguir su proceso con sus manifestaciones psicoafectivas propias y normales hasta que el ser humano alcance el proceso de adaptación. A esta definición de duelo, el MSP (2015) lo denomina duelo normal:

Se define el duelo humano como la reacción natural – matizada por el entorno sociocultural- normal y esperable, de adaptación a la pérdida o separación de un ser querido, que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su pérdida o separación. Es una experiencia de sufrimiento total, entendiendo por tal el proceso físico, psicoemocional, sociofamiliar y espiritual por el que pasa el doliente en todos esos momentos; e incluye el conjunto de expresiones conductuales, emocionales, sociofamiliares y culturales del mismo.
(p.6)

A partir de estas definiciones se puede notar que el duelo está enmarcado en un criterio de normalidad siempre y cuando llegue a un principio de adaptación. Lo que lleva a pensar que existen criterios para denominar

aquellas manifestaciones que están por fuera del duelo “normal”. Sin embargo, antes de mencionarlas, cabe recalcar que, como proceso, el duelo está considerado a forma de fases acorde al discurso psiquiátrico. Y el cumplimiento de estas fases sería lo que determina la normalidad o no dentro del mismo. De acuerdo con el MSP (2020) las fases del duelo son cinco y corresponde a: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (o su negativa rechazo) (p. 17).

En la primera fase, la negación, hay una dificultad para afrontar la situación reciente y por lo tanto un escepticismo respecto de esta. En la segunda fase, la ira, se da un despliegue emocional frente a la pérdida. Lo que puede denominarse la reacción emocional visible, y esta toma múltiples caras dependiendo de la persona. La tercera fase, negociación, consiste en un periodo de culpabilización en el que la persona se cuestiona todo las acciones o decisiones que pudo haber tomado para evitar la pérdida. La cuarta fase, la depresión, se compone de lo que suele conocerse como representativo en duelo “la tristeza”. Sin embargo, esta es considerada congruente a la situación y no se la considera patológica. Por último, la quinta fase, la aceptación o rechazo, define si la persona cursó por su proceso de duelo de manera normal, o si el duelo se prolongará de manera patológica. Puesto que, en esta fase la persona debe ser capaz de aceptar lo sucedido y adaptarse a lo nuevo tras la pérdida; o, por el contrario, rechaza la adopción y se desarrolla un trastorno por duelo.

Es aquí donde, se introducen las definiciones que acorde al Ministerio de Salud Pública corresponden a un duelo patológico. En primer lugar, se encuentra el denominado duelo crónico, donde la prolongación de las fases del duelo es de larga data y representa una perturbación e imposibilidad para la vida de la persona. El MSP (2015) lo define de la siguiente manera: “El doliente se detiene en la fase de anhelo y búsqueda [...] el conflicto de separación, el cual le impide completar las etapas del duelo satisfactoriamente. Es incapaz de rehacer su vida fuera de los recuerdos [...] que lo atormentan” (p. 7). En segundo lugar, se encuentra el duelo exacerbado, en el cuál la sintomatología afectiva del paciente se manifiesta

de maneras desmesuradas y conlleva a patologías como depresión, ansiedad, conductas autolesivas, etc. Y, en tercer lugar, está el duelo congelado, que el MSP (2015) define como: “la prolongación de la fase inicial del embotamiento afectivo, con dificultad para la expresión de otras emociones” (p. 7). Lo que quiere decir que el paciente permanece en negación respecto a la pérdida.

En cambio, desde el psicoanálisis Freud define también al duelo como una reacción “normal” experimentada frente a una pérdida. “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917, p. 241). Y sostiene que se caracteriza por una serie de sintomatologías en las que fenomenológicamente se puede observar la inhibición del sujeto, sin embargo, una vez culminado el proceso del duelo el yo del sujeto es “liberado”.

Si bien se podría encontrar en algún punto una coincidencia entre las aseveraciones de la salud mental respecto al duelo, y esta primera aproximación que hace Freud al mismo; la diferencia en la concepción que tiene el psicoanálisis del duelo recae en reconocer que de lo que se trata no es de alcanzar lo más pronto posible una adaptación a una nueva vida o una realidad posterior a la pérdida, educando con este fin a los afectos. Puesto que, la educación de los afectos recae en una imposibilidad. Además, como Freud reconoce en su texto duelo y melancolía, el sujeto no está gustoso de abandonar el vínculo afectivo que lo enlaza al objeto perdido:

El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma. Esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto. (Freud, 1917, p. 242)

Por esta razón, y tomando en cuenta las diferentes concepciones clínicas, se hace un recorrido respecto a los diferentes abordajes que desde el plano de la salud mental y desde el psicoanálisis aplicado, son posibles en los casos de duelo.

4.2.1 Abordaje e intervención con lineamientos operativos para la intervención del duelo

En el Hospital Universitario de Guayaquil, como se mencionó al inicio del capítulo, el abordaje psicológico que se hace en cada tipología de casos es bajo un lineamiento o guía práctica. El duelo no es una excepción, y el Ministerio de Salud Pública plantea Lineamientos Operativos para el manejo del duelo en los establecimientos de Salud. Al igual que en otras problemáticas, este lineamiento direcciona el qué hacer del psicólogo y demás profesionales de la salud mental, con el objetivo de brindar una atención integral a los pacientes que están atravesando por un proceso de duelo, previniendo que este devenga patológico. El psicólogo clínico Fernando Zumba así lo advierte al contestar de la siguiente manera cuando se cuestiona en qué centra su atención en las casuísticas de duelo: “En la elaboración del duelo, se busca prevenir un duelo patológico”

Entonces, si bien el duelo es visto como un proceso normal y esperado cuando se suscita una pérdida para el paciente, sea esta de una persona, de algo material, o de cualquier elemento que simbólicamente representa una significancia en su vida. El acompañamiento psicológico mientras el paciente está atravesando por un momento de pérdida adquiere real importancia en el ámbito de la salud pública. Como la psicóloga Katherine Murillo puede secundar a su colega, es esencial centrarse en la “Valoración inicial, anamnesis, acompañamiento, manifestaciones, intervenciones, terapia para elaboración del duelo, Interconsulta con psiquiatría dependiendo del caso y prevención de duelo patológico”. Así mismo lo reconoce el MSP (2015):

La atención terapéutica (en un proceso de duelo) es de suma importancia con el fin de prevenir un duelo complicado y promover el proceso adaptativo y resiliente de las personas “afectadas”. Esta es una tarea que involucra a los equipos que trabajan y/o acompañan en cuidados con un proceso terapéutico, con el objetivo de ofrecer alivio y bienestar al usuario y su familia. (p. 5)

Por otro lado, dentro de otro lineamiento, el MSP estipula como recomendación en el manejo de estos casos que, de primera mano con el paciente en duelo se lleve a cabo una contención emocional. Y, cuando la pérdida es reciente y el paciente se encuentra en un momento de crisis se le otorguen primeros auxilios psicológicos. De acuerdo con el MSP (2020), en Lineamientos Operativos Para La Intervención De Salud Mental En La Emergencia Sanitaria, el objetivo de los primeros auxilios psicológicos es:

Auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, noticia, o evento traumático, este soporte incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de afrontamiento del problema. (p. 9)

Lo que permite comprender que el manejo protocolario de los casos de duelo busca intervenir para llevar a cabo no solo un apoyo y contención emocional, sino que se busca promover la adopción del paciente conforme a un ideal de bienestar. Es decir que, el proceso sano o “normal” de transitar por el duelo es poder ir aceptando y afrontando la situación. A la vez que se lleva una suerte de educación emocional para evitar los límites patológicos de un duelo crónico o prolongado o de un duelo congelado.

Respecto a los pasos en la conducción terapéutica del duelo que debe realizar el profesional en Salud Mental, de acuerdo con las diferentes fases que se concibe para el proceso del duelo; en el Lineamiento Operativo ya mencionado, el MSP (2020) estipula lo siguiente:

- Negación: se define como la sensación de incredulidad frente recepción de la mala noticia.
Repuesta: informar con sustento científicos, permitir a la persona vivenciar el dolor y la negación, esta fase puede durar varias semanas, inclusive hasta su mejoría.
- Ira: es un proceso genuinamente emocional, se manifiesta de múltiples formas, surge de forma espontánea para afrontar la frustración de lo sucedido.
Repuesta: usar técnicas de afrontación asertiva y canalización de emociones.
- Negociación: proceso que lleva a la autoresponsabilización entre lo que hubiera hecho y no hizo por prevenir.
Repuesta: Explicarle al paciente qué es una culpa real y qué una culpa imaginaria.
- Depresión: tristeza no patológica, por no poder cambiar lo que está sucediendo.
Repuesta: ejecutar acompañamiento y escucha activa.
- Aceptación o rechazo: es el proceso final en el que se acepta el proceso o por el contrario se rechaza y regresión a fases anteriores.
Repuesta: ejecutar acompañamiento y escucha. (p. 17)

Al mismo tiempo, continuando en la línea de manejo básico que el psicólogo o profesional de salud mental debe tener en los casos de duelo, otro recurso que se utiliza como referencia dentro del HUG es el mhGAP. Lo menciona la psicóloga Katherine Murillo entre los lineamientos en los que se basa la atención hospitalaria. La Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, herramienta protocolaria creada y regulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y traducida por la Organización Panamericana de Salud (OPS) estipula de igual manera que el duelo es la reacción ante la

pérdida, pero pone el acento en la precaución de que las señales normales que se manifiestan como parte del proceso de sufrimiento emocional, no remitan y se conviertan en un trastorno prolongado. Por esta razón, emite una serie de pasos e indicaciones técnicas que guían al profesional en la atención de duelo, mismos que pueden observarse en Anexo 3.

En consecuencia, el abordaje del duelo realizado dentro del Hospital Universitario de Guayaquil, a partir de los protocolos y lineamientos correspondientes, es un abordaje terapéutico enfocado en orientar, educar y subsanar el sentir frente a la pérdida. Esto, se pudo evidenciar a lo largo de las prácticas preprofesionales B-2020 y A-2021, principalmente en los casos de óbito fetal o muerte fetal, es decir, de la pérdida de un bebé por diversas causalidades médicas que es sufrida por una madre. Donde el abordaje psicológico que se estipula desde la demanda institucional está muy ligado a la prevención y a la eficacia, para poder realizar la derivación del caso a primer nivel en una situación de estabilidad emocional. Muy pocos casos de duelo son atendidos dentro del tercer nivel al que pertenece el HUG, puesto que la “tipología” de estos casos y el manejo terapéutico que requieren los mismos no ameritan una atención prolongada en este tipo de establecimiento. Sin embargo, se puede decir, que el enfoque es principalmente direccionar al paciente a adaptarse en el menor tiempo posible al “después” de la pérdida.

4.2.2 Abordaje e intervenciones desde el psicoanálisis aplicado

Quien atañe en un primer momento desde la tópica psicoanalítica al tema el duelo es Freud. En su texto duelo y melancolía, como se mencionó anteriormente reconoce que el proceso del duelo está acompañado por síntomas que tienen congruencia con el pesar del sujeto por el objeto perdido:

El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior —en todo lo que no recuerde al muerto—, la pérdida

de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor —en remplazo, se diría, del llorado—, el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. Fácilmente se comprende que esta, inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses. (Freud, 1917, p. 242)

Y expresa que, aunque esta sintomatología podría ser considerada patológica, es “normal” cuando de una cuestión de pérdida se trata. Aclarando siempre que el objeto perdido y el proceso de duelo no son directamente proporcionales a la muerte de un otro, sino a aquello que al sujeto le represente una pérdida o ausencia.

Sin embargo, en este primer momento, Freud menciona que el proceso del duelo, si bien pesados y con un carácter inhibitorio para el yo porque, como se expresa en la cita, arraiga una pérdida de interés por todo lo concerniente al mundo por fuera de la pérdida, es temporal y natural mientras el sujeto cursa el proceso de duelo. Más si la pena se extiende y se caracteriza por continuos autorreproches, entonces se estaría en el plano de lo que menciona como melancolía. Y una aportación interesante que Freud hace respecto a la extensión del pesar, es que ocurre “cuando él sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él” (Freud, 1917, p. 243).

La importancia de esta acotación incide en la pérdida que el sujeto da cuenta en sí mismo, lo que lleva inevitablemente a pensar en la castración. Se puede decir que un sujeto está expuesto constantemente a pérdida, pues no se trata de la muerte misma, aunque sí, sino también de relaciones terminadas, de etapas en la vida no recuperables por los años, del crecimiento de los hijos, de un trabajo, de la salud, de una mudanza. El sujeto es susceptible a las pérdidas en la realidad, y estas afectan en tanto le remiten a su propia falta, a su propia castración. Pero, como dice Freud, el sujeto no está al tanto de lo que se perdió en él, y entonces es susceptible de volcar todos los afectos sobre el objeto que aparentemente se ha perdido.

Ahora, si de lo que se trata es de la falta del sujeto mismo, ¿qué dirección puede tomar la cura desde el psicoanálisis entonces? En 1917 Freud afirmaba que para superar el duelo era posible reemplazar el objeto perdido por una nueva ligazón afectiva. Pero en 1929, reconoce que no existe sustituto para el objeto perdido, que este permanecerá perdido y que, si se halla otro, será en su condición de diferente y no de reemplazo. A partir de esta concepción del objeto, Lacan retoma a Freud y en su seminario 6 referente al deseo expresa que el duelo tiene una función en relación con el objeto.

Lacan toma la función del duelo como operación lógica subjetivante articulada necesariamente a la relación con el objeto. El duelo no consiste en sustituir el objeto perdido, sino en cambiar su relación con él. Ese cambio implica la constitución del objeto como objeto de deseo. Cuando se está en duelo, se trabaja por el duelo del objeto a y por el duelo de la persona. (Pelegrí y Monserrat, 2011, p. 139)

Lacan (1963) en su semanario de La Angustia hace alusión al duelo también expresando que: “Solo estamos de duelo por alguien de quien podemos decir: yo era su falta (p. 55). Lo que da cuenta que la pérdida enfrenta a lo traumático porque algo de uno se pierde también con el que se va. Por lo que, lo que debe interesar en el proceso del duelo es la particularidad de lo perdido por el sujeto de él mismo en la pérdida. Entonces, de lo que se trata el tránsito por el proceso de duelo, independientemente de lo que haya encausado este, es del trabajo en experimentar la falta. No se trata de educar el sentir para evitar que este se vuelva patológico, tampoco se trata de incentivar al sujeto a anexarse a otros objetos que reemplacen la pérdida, porque se reitera que lo que está en juego más allá de lo perdido, es lo que se perdió en el propio sujeto y que atañe a su falta constitutiva. Sino que de lo que se trata, como mencionan Pelegrí y Monserrat (2011): es de ocuparse de aquello que se pierde del sujeto en esa pérdida y acogerlo para propiciar que pueda sentir todo lo implique el proceso, con todo; no se trata de acallar el dolor y las emociones correspondientes, sino de nombrarlo y reconocer que está en juego algo más allá de la búsqueda de un alivio (pp. 139-140).

Un ejemplo de lo descrito se puede observar en la viñeta 1 descrita en el siguiente subtema 4.2.3. M es una paciente cansada de que se trate de educar su sentir respecto a su pérdida. En todos los encuentros que ha tenido con profesionales en psicología, lo que se ha intentado es evitar que su sentir se vuelva patológico y por lo tanto se ha tratado de positivizar lo que queda más allá de la pérdida para que encuentre un alivio. Pero, como ya se ha visto a lo largo de los párrafos anteriores, no se trata solo del objeto perdido y el objetivo en el tránsito del no es el de alcanzar un alivio únicamente. Y el sujeto en algo puede dar cuenta de esto, pues como M advierte el insistir por esa vía *“no sirven para nada, solo para cansarte”*. Por eso, cuando M tiene un encuentro donde se le permite nombrar su dolor, hablar de su sentir sin direccionarlo de alguna manera, y se reconoce en un primer momento que es válido no saber qué sentir frente a una pérdida, entonces decide retomar un proceso terapéutico.

Al final, en la dirección de la cura en un proceso de duelo de lo que se trata es de que el sujeto pueda llegar a “hacer duelo por lo que no hay [...]” El duelo no es soportar y aceptar haber perdido el objeto (“muerte seca”) sino más bien atravesar por la experiencia de que no hay tal objeto que complete el vacío” (Teitelbaum y Fukelman, 2016, p. 767). En pocas palabras, es asumir que el pesar remite, si bien a lo que se perdió, realmente a la propia falta, pero en el proceso de permitir al sujeto a travesar por la experiencia de que realmente no hay objeto que complete, entonces, y solo como consecuencia es posible una salida a nuevos objetos en el mundo, o lo que desde la salud mental se querría llamar “adopción a la nueva realidad”.

4.2.3 Viñeta 1

Cansada de sentir(me) como el Otro dice

El primer contacto con M se suscita en el área de hospitalización, por un llamado de esta para solicitar ayuda con su suero. Se llama a una enfermera para que la atienda y se espera a que el procedimiento finalice para

preguntarle cómo se encuentra, pues en su expresión facial se denotaba una tristeza. M responde con cierta aspereza que no está de ánimo para que le pregunten qué le pasa, así que se entabla una conversación sobre el trato y experiencia en el hospital hasta el momento, principalmente sobre la comida. Durante varios minutos de conversación, M comienza a aligerar la aspereza con la que dirigía sus contestaciones en primera instancia, hasta que recibe una llamada que la hace fruncir el ceño y quedarse callada. ¿No fue una llamada agradable? Se le pregunta, y M responde que no se trata de eso, sino que no la entienden. Se toma eso y se comenta si le gustaría que alguien la entendiese. Ante su respuesta afirmativa, se le pregunta ¿Me permitiría tratar de entender? Ella asiente y comienza a comentar que la razón de su estadía en el hospital es porque perdió a su bebé, que ella realmente no supo de su embarazo sino hasta hace unos cuantos días por unos dolores y que ya era demasiado tarde. Se le pregunta cómo se siente, y ella solo se encoge de hombros, guarda silencio por un momento y comenta *“Nunca sé cómo sentirme, pero me molesta que me digan que debo ser positiva y pensar que todo pasa por una razón”*. ¿Las personas que no la entienden le dicen eso? Ella responde que sí, y nuevamente con un tono áspero continúa diciendo que ellos no saben cómo se siente. “Bueno, usted tampoco sabe cómo sentirse” se le dice con cierto humor, “Parece que entre sentir y saber hay una brecha” se continúa. Ella ríe y se queda en silencio.

Posteriormente se le pregunta si le puso un nombre a su bebé, y ella responde que la nombró “Luna”. Se elogia el nombre y se pregunta la razón de este y menciona que su bebé *“es la Luna que acompaña a mi estrella”*, así que se pregunta a qué estrella se refiere. Ante la interrogante sus ojos se vuelven acuosos, guarda silencio un momento y comienza a hablar de su hermano que murió hace 4 años. *“Mi hermano, él es mi estrella, está en el cielo desde hace 4 años, pero es como si hubiera pasado ayer. Ahora mismo lo veo tirado en el piso muerto”*. Se le pregunta si ha visto a su hermano en otras ocasiones, y menciona que cada vez que habla de él la imagen de su muerte viene a su mente y los recuerdos la invaden, se fijan en sus pensamientos y no la dejan en paz. M derrama algunas lágrimas mientras

continúa hablando de la muerte repentina de su hermano, y llega a dos puntos importantes.

En primer lugar, menciona: *“A mi hermano me lo mataron, y yo lo vi y no pude hacer nada, yo lo vi ahí tirado cubierto de sangre y lo vi mientras lo cubrían con esa funda y no podía creerlo...todo pasaba tan rápido... no sabía qué debía sentir, no entendía cómo sentirme, no entendía nada”*. ¡Claro!, se le dice, ¿quién sabe cómo debe sentirse en una situación así? Solo se siente y no hay tiempo de entender. M se queda en silencio y mira con una expresión interrogante por un momento y luego asiente para preguntar *“¿No me va a decir cómo debería sentirme o que debería sentir algo?”*. No, se le responde *“Eso le toca solo a usted”*. Frente a esta intervención M suelta una ligera risa y menciona su experiencia con psicólogos y psiquiatras dentro de 3 hospitales, y lo mucho que estos le desagradaban porque siempre le decían que debía ser positiva y comenzar a superar y sentirse bien, *“Por eso dejé de ir, no sirven para nada, solo para cansarte”*.

La intervención respecto al sentir de M abre paso al segundo punto importante. La paciente había tenido “malas experiencias”, como ella las mencionó, con profesionales de la salud, y comenta *“Si usted fuera psicóloga si viniera a verla, porque usted sí me cae bien”*. Con humor se le comenta a M que entonces se le podía agendar una siguiente cita porque estaba hablando con una psicóloga. Ella ríe y pide disculpas por haber menospreciado a los psicólogos antes, y acepta volver a venir, no sin antes lanzar una condición: *“Pero no me va a decir después cómo me debo sentir ¿verdad?”*. Se le da una negativa junto a una nueva fecha de consulta y se corta la sesión.

Allí donde la salud mental intenta estandarizar el deseo para que el sujeto marche al paso de los ideales comunes, el psicoanálisis sostiene una reivindicación del derecho al “no como todo el mundo”. Allí donde la Salud Mental lleva la huella de la caridad, el psicoanálisis

“descarida” - según la expresión de Lacan- y alivia al sujeto de la voluntad del “Otro que quiere el bien”. (Caroz, 2017, pp. 139-140)

Sin bien M era una paciente que cursaba un duelo de varios años y el mismo causaba un malestar latente en su vida, había sido manejada terapéuticamente con el objetivo principal de que supere este duelo. Con el fin de cumplir el objetivo de superación, se intentaba “educar” su sentir y forzar una interpretación de la pérdida de maneras “positivas” y “productivas”. Mas, como sujeto, M se resistía a ser institucionalizada y reducida a un procedimiento, y por ende dejó las consultas. No es sino hasta un encuentro donde su malestar se ve alojado, donde encuentra una intención de “entender” y no de imponer ideales terapéuticos a su sentir, que M decide retomar un proceso psicológico por varias sesiones más.

4.3 Consumo de sustancias

Las sustancias psicoactivas son un problema en la salud pública a raíz que el ser humano ha hecho un uso indebido de esta, creando así la dependencia y la problemática social conocida como “abuso de sustancias”. Las SPA han existido en la humanidad desde milenios y el sujeto ha relacionado y ha hecho uso de estas en diferentes ocasiones, sin embargo, de manera medicinal o espiritual. Contrario a la historia de las adicciones, que no tiene tanto tiempo, la historia de las drogas es demasiado extensa. A continuación, a manera de síntesis, se menciona algunos ejemplos de los usos de las drogas a lo largo de la historia.

Se inicia con la religión, en concreto con la budista y como esta ha hecho uso de las SPA. La religión budista ha tenido un contacto histórico con lo que es cáñamo. El cáñamo es lo que actualmente se conoce como marihuana. Este cáñamo era utilizado en su religión como principal fuente de meditación, había días en los que no bebían ni comían absolutamente nada, pero el consumo del cáñamo era necesario para practicar la meditación. Otra religión en la que se puede ver el uso de drogas es la judeocristiana con el alcohol. Esta religión hacía uso del alcohol como un analgésico. “En todas

las tribus de América, fundamentalmente Centroamérica, todavía el consumo está fuertemente arraigado en los aborígenes con una inserción religiosa” (Naparstek y colaboradores, 2005, p. 12).

Continuando, en la cultura grecorromana las drogas eran utilizadas como un remedio; sin embargo, había una discusión de si éstas a la final eran un beneficio. Es en este momento de la historia, y a partir de esta cultura que se puede apreciar uno de los primeros indicios en los que se pone en tela de duda el uso de las drogas, puesto que eran consideradas como un arma de doble filo. Por un lado, tenía un beneficio y por otro, tenían propiedades que las convertían en un tóxico. En esa época ya había cuestionamientos sobre el uso de las drogas, y se planteaba el hecho de si el problema iba por parte de la droga o de quien la consumía.

Sin embargo, es más adelante en la historia, es en EE. UU. y con el arribo de la ideología del liberalismo de la época, que las drogas comienzan a ganar un lugar principal en algunas culturas indígenas. Y es a partir de ese momento que va teniendo auge la utilización de ciertas drogas para alcanzar el inconsciente de manera más fácil.

Con este antecedente norteamericano, se puede mencionar que un momento clave en la historia de la adicción es cuando se instala el uso de la morfina en EE. UU. Este medicamento que se usó en la guerra civil de 1860 de manera sistemática, para calmar el dolor de las heridas de los soldados y, cuando estas guerras llegaron a su fin, empieza a surgir la adicción a la morfina. Otro momento clave que cabe mencionar, es la implementación por primera vez en el campo de la medicina del denominado síndrome de abstinencia. Esta condición médica se comienza a registrar en los hospitales como drogodependencia. Con estas primeras apariciones de las adicciones, la droga comienza a regularse y comienza a clasificarse según el daño que pueden ocasionar en el organismo, el nivel de dependencia que puede crear, la cantidad consumible, etc.

En la actualidad, las drogas son sustancias químicas que tienen varios usos y se clasifican y definen acorde al uso que se les da. Por ejemplo, si se utilizan con fines médicos o se utilizan con fines recreacionales. En este último fin, ya entraría en juego lo que son las sustancias psicoactivas y las adicciones como tal.

El uso de la droga que le otorga la medicina es con el fin de tratar enfermedades de cualquier tipo, ya sea en estado crónico o no. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) refiere al uso medicinal de la siguiente manera: “En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de un organismo” (p. 33). Es decir, que las drogas ocasionan alteraciones orgánicas en quien las consume, pero en este caso, con la finalidad de producir un beneficio para la salud. Por otro lado, están las sustancias psicoactivas (SPA) que generan alteraciones en los procesos psicológicos y en el funcionamiento orgánico. La OMS (2021) la define como: “Sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

Para finalizar, las sustancias psicoactivas se clasifican en seis grupos según la dependencia que puede ocasionar en la persona: 1. Morfina y opiáceos: dependencia física y psicológica; 2. Anfetaminas: dependencia psicológica; 3. Alcohol, barbitúricos, benzodiazepina y sedantes: dependencia física; 4. Alucinógenos: dependencia física y psicológica; 5. Cocaína: tiene un grado muy fuerte de dependencia psicológica; 6. Marihuana: dependencia psicológica. Las consecuencias psicológicas que pueden ocasionar estas sustancias psicoactivas en las personas son: ansiedad, alucinaciones, paranoia, deterioro en la memoria y atención, pánico, alteraciones en el estado de ánimo.

4.3.1 Abordaje e intervención con protocolo integral de consumo

El hospital Universitario de Guayaquil guía su atención médica y psicológica en ciertos lineamientos, protocolos y normativas otorgadas por el MSP. En estos protocolos se aprecia una manera específica de cómo manejar las diversas problemáticas que se presentan en el hospital. En los casos de consumo existe un protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas (2016), y los médicos y los psicólogos lo deben seguir para atender estos casos. Lo que quiere decir que este protocolo indica cómo debe ser la atención del psicólogo en estos casos. Esto se puede confirmar a través de las entrevistas realizadas a los psicólogos clínicos del HUG, donde mencionan la importancia de cumplir con los lineamientos que otorga el protocolo de atención integral. Sin embargo, hacen mención también de la posibilidad de atender estos casos desde su orientación clínica.

En la sección del protocolo de atención integral dirigido a los profesionales en salud mental, se especifica paso a paso la intervención que se debe realizar dentro del establecimiento de salud pública. En este segmento se habla de cómo debe ser el proceso de intervención, cuánto debe durar la sesión y cuántas deben ser. Si deben ser individual y/o familiar, actividades de integración social, los objetivos que debe tener cada sesión. Todas estas sesiones se deben realizar por fases, desde la 1 hasta la 4 (véase anexo 4), tal como se especifica en el protocolo.

Entonces, se puede decir que esta herramienta ministerial hace todo un recorrido sistemático, al que el psicólogo clínico se tiene que subscribir en lo que refiere a su atención de un paciente con consumo problemático de sustancias. Adicionalmente, el HUG pide realizar unas labores específicas con la información de los pacientes que se adjuntan a esta problemática. Estas labores las explican los psicólogos clínicos del HUG en las entrevistas. El psicólogo clínico Zumba al respecto indica lo siguiente: “Se solicita reportar a la Coordinación Zonal el tipo de sustancia y a qué unidad de salud

se contrarefiere y realizar matrices de reportes”. Esto quiere decir que en los casos de consumo se necesitan datos específicos, para llenar una matriz.

Por otro lado, en lo relacionado a la atención psicológica y la libertad que tienen los psicólogos clínicos para ejercer desde su orientación, la psicóloga clínica Murillo expresa: “Sí, se aplican conocimientos del profesional de salud en cuanto al manejo terapéutico, guiados también en los lineamientos del MSP”. Finalmente, ambos psicólogos clínicos coincidieron en que el protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas (2016), integra todos los abordajes posibles en estos casos de consumo, pero que complementan esa atención con su experiencia, sus conocimientos y su clínica.

Para finalizar, gracias a la experiencia que se tuvo en el HUG, se menciona que en la casuística de consumo que recibe consulta externa, se puede realizar un trabajo clínico más allá de lo que propone el protocolo. Esto queda evidenciado con el trabajo clínico que se realizó en el periodo de prácticas preprofesionales B-2020 y A-2021 en el HUG y el trabajo en conjunto con los psicólogos clínicos de la misma institución. Los psicólogos clínicos del HUG tienen la libertad de poder trabajar su clínica desde su orientación y, al mismo tiempo, deben responder a lo estipulado protocolariamente. Al final del día, el protocolo es solo una herramienta y no una regla invariable que se debe de seguir sin cuestionamientos y al pie de la letra.

4.3.2 Abordaje e intervenciones desde el psicoanálisis aplicado

Los abordajes e intervenciones que se puede realizar desde el psicoanálisis aplicado no son sistemáticos, no se rigen bajo pasos específicos, sino bajo pautas generales, que aun así no se aplican para todo caso. En este punto va a jugar mucho, la invención que pueda realizar en la clínica el psicólogo que se oriente por el psicoanálisis. En el caso de las adicciones, se propone dos momentos para abordarla. El primero es cuando el uso de la sustancia no se ha convertido en una adicción, es un consumo regulado, pero se hace

uso de una droga. Esto se verá ejemplificado con fragmentos de la viñeta clínica (véase 4.3.3). El segundo, es cuando se ha convertido en una adicción, cuando hay una ruptura con el inconsciente y ya no es un síntoma.

Respecto al primer punto del consumo, para explicarlo se lo relaciona al caso L. L es derivada desde otra especialidad como una paciente consumidora. Dentro del motivo de interconsulta se podía leer “gestante de 30 semanas de embarazo con historial de consumo crónico de marihuana” y se especifica que el consumo se mantuvo activo por 2 años, lo cual es motivo de relevancia clínica dentro del hospital. A pesar del motivo de consulta, lo que interesa desde el abordaje orientado por el psicoanálisis es cómo el sujeto se enlaza con la droga, y qué función cumple la sustancia en quien la consume. En relación con la función de la droga, Silva (2015) indica que: el tóxico, en un primer momento en que el consumo se encuentra de alguna manera regulado dentro de lo simbólico, tiene una función que hace alusión a lo más singular del sujeto y propicia una satisfacción pulsional acorde a la posición de goce del sujeto (pp. 166-167). Es decir, la particularidad de cada sujeto entra en juego en el momento en que la droga cumple su función. En el caso de L, “Llevaba cargando con algunas culpas los últimos dos años”, mismo tiempo que inició su consumo de marihuana. La droga no está determinada por el grado tóxico que ejerza en el cuerpo del sujeto, sino por el uso que el sujeto le da, es el uso lo que genera el conocida “dependencia”. En el caso de L, se evidencia que el uso que le daba a la droga era para taponear la culpa que sentía. L dejó el consumo de marihuana a raíz de su embarazo porque eso la haría mala madre y ser mala la haría sentir más culpable, por lo que el uso que hacía del objeto dejó de funcionar en la dialéctica sintomática.

Por otro lado, cuando se habla de toxicomanía, la función que tiene el tóxico varía entre un antes y un después del desencadenamiento de la adicción. En el caso de L, no hubo un desencadenamiento, lo que permitió que dejara el consumo. Sin embargo, en otros casos que sí hay un desencadenamiento, hay una ruptura con el falo y con el Otro produciendo un viraje maniaco. Silva (2015) plantea que: cuando la función del tóxico se modifica y se

vuelve una ruptura porque las condiciones de goce del sujeto se modifican también, entonces el consumo regulado pasa a ser una adicción o una manía por el tóxico, se da una ruptura respecto al goce fálico, y se introduce el desencadenamiento toxicómano; entendiendo el desencadenamiento como el fallo que reintroduce un goce sin límites y que marca un momento de ruptura con el Otro (pp. 166-167).

En la toxicomanía lo que se va a dar es una relación directa con el objeto de goce, es decir, con el tóxico o droga que aparentemente “completa” al sujeto. El toxicómano goza de su objeto, se vuelve Uno con el objeto y prescinde de todo lo demás. Es por eso, que podemos ver fenomenológicamente que un toxicómano se desentiende de los lazos familiares y sociales, y ocupa lugares y posiciones abyectas en la sociedad. Sin embargo, esta ruptura con el goce fálico implica también la muerte del deseo, por lo cual, al adicto nada importa más que el imperativo de goce de consumir. No hay nada más allá del objeto, no hay movilización hacia otros objetos causa de deseo porque ha quedado alienado al objeto tóxico. En otras palabras, “Se trata de la extinción del deseo, por la ilusión del sujeto de haber encontrado su objeto, lo que detiene su condición de deseante” (Murillo, 2012, p. 48). Entonces, para el abordaje en estos casos, lo que se intenta es ubicar el momento en el que ocurrió el desencadenamiento, ubicando esas coordenadas, se podría analizar la función que cumplía el tóxico en el adicto y hecho esto, se indaga la pregunta que causó el viraje a la manía.

4.3.3 Viñeta 2

Consumiendo la culpa

L es derivada desde otra especialidad como una paciente *consumidora*. Dentro del motivo de interconsulta se podía leer “gestante de 30 semanas de embarazo con historial de consumo crónico de marihuana” y se especificaba que el consumo se mantuvo activo por 2 años, lo cual es motivo de relevancia clínica dentro del hospital.

Cuando L ingresa a la consulta, lo hace notoriamente irritada, así que se la invita a tomar asiento y se le pregunta cómo se encuentra. Con la misma irritación responde "*Mal, no me gusta esperar*" y guarda silencio. Se comenta que su cita estaba programada para la 10am y que eran las 10am, así que se pregunta qué es lo que no le gusta esperar, pero no responde. Se intenta abordar temas diferentes, pero la paciente continua notoriamente irritable y sus respuestas son monosilábicas o nulas, así que se decide preguntar por su molestia y L finalmente responde "*no me gusta que me juzguen*". ¿Quién te juzga?, es la siguiente pregunta que se hace, y esta abre paso primero a una sonrisa sarcástica y luego a una serie de elaboraciones, "*Aquí me juzgan*", "*Mi familia me juzgan también*", "*Me siento juzgada todo el tiempo*".

Se decide cuestionar de qué manera se siente juzgada, y la paciente comienza a hablar del consumo que en la interconsulta se anunciaba como "crónico" y "prolongado". Sin embargo, ella aclara que le molestaba ser tratada como una *consumidora*, porque realmente había "fumado marihuana" esporádicamente a lo largo de los 2 últimos años, principalmente en los últimos meses, pero que había cortado el consumo de manera "definitiva" apenas se había enterado del embarazo. "*No soy una consumidora, y no le haría daño a mi bebé, no me niego a que me hagan los exámenes, pero no soy consumidora, puedo ser todo, pero no mala*". Claro, se responde ¿por qué serías mala? Frente a esta pregunta la paciente expresa que se ha sentido juzgada como "mala madre" y que seguramente eso es porque la ginecóloga sabe de sus abortos voluntarios previos. Luego agrega en un tono enojado: "*Aunque dije que ya no fumo parece que eso es lo único que importa, por eso me enviaron acá, de haber sabido que me tratarían así no lo habría mencionado*". Comienza a derramar algunas lágrimas y guarda silencio. Se espera un momento y se pregunta si la ginecóloga es la única que la ha juzgado como mala madre. La sonrisa sarcástica vuelve y comenta que ella misma, su familia y la religión a la que pertenece la han hecho sentir como una mala madre desde que se enteró de que estaba embarazada. Se le pregunta por qué, y continúa elaborando que no se siente merecedora de ser madre ahora, cuando había abortado 2 veces antes: "*Eso no me deja*

dormir en paz, me la paso pensando todo el día que no puedo ser una buena madre si le hice eso a mis hijos anteriores”.

Se aborda la temática de los abortos y las implicaciones subjetivas que estos sucesos tenían para la paciente, y se llega a un asunto central, la culpa con la que L seguía cargando por, según sus palabras, *“haber matado a sus anteriores hijos sin remordimiento, y ahora sí querer a este que estaba por nacer”*. ¿La culpa surge a raíz de la noticia del embarazo? Se le cuestiona. L responde que no, llevaba cargando con una *“algunas culpas”* los últimos 2 años. Justamente los 2 últimos años que has estado fumando marihuana, se le comenta. Ella ríe esta vez, con un dote de sarcasmo, pero también de humor y manifiesta que el consumo comenzó como una manera de aliviar la culpa que sentía por lo que había hecho, porque en su religión era un pecado muy grande, pero principalmente sentía culpa porque había decepcionado a su madre que tanto la cuidó y sacrificó mucho por ella. Consumías tu culpa entonces, se le dice. La paciente se ríe y dice que puede ser. Luego expresa que el consumo se hizo más seguido a raíz de la muerte de la madre, *“No soporto saber que mi mamá se fue decepcionada, la lastimé al final, eso me hace mala hija”*.

¿Qué ocurría cuando fumabas? se le pregunta. L responde, que dejaba de pensar, podía estar tranquila y no sentía que estaba haciendo las cosas mal. ¿Nadie te juzgaba? Se le pregunta, *“no”* responde. Tú no te juzgabas, no te decías mala hija, ni mala madre, ni culpable, se le dice. L guarda silencio, derrama unas lágrimas y asiente.

Se le pregunta por qué dejó el consumo y L responde que seguir consumiendo la haría mala madre, porque le haría daño a su bebé. Claro, *“puedes ser todo, pero no mala”*, se le devuelve lo que dijo al inicio de la sesión. Ella me mira extrañada un momento, pero asiente. Se corta la sesión y se la vuelve a ver 4 sesiones más.

L era una paciente que, tal como profesaba la interconsulta, mantuvo un consumo *“ocasional”* de marihuana a largo de dos años. Sin embargo, en la

interconsulta L quedaba reducida a un diagnóstico “crónico” y a datos de relevancia clínica para llenar estadísticas y una historia clínica. El malestar de L, la culpa arraigada que se enmascaraba como consumo, se encontraba más allá de la información recaudada, de la sustancia y del tiempo de uso de esta. Por lo tanto, la importancia del abordaje psicológico con cualquier paciente, incluido un paciente encasillado en la problemática de consumo de sustancias, radica en apuntar a la singularidad de este y en direccionar la cura por el síntoma del paciente, y no por el cumplimiento de los lineamientos preestablecidos. Moreno y Ordóñez (2018) mencionan: “Mientras la institución propone un ideal que universaliza a los sujetos, la ética analítica propone una relación del uno por uno, una relación con lo singular de cada sujeto” (p. 204).

4.4 Alternativa de trabajo psicológico desde el psicoanálisis aplicado en el Hospital Universitario de Guayaquil

Como se puede evidenciar en los subtemas de abordajes e intervenciones a partir de protocolos o guías, y de igual manera, en las entrevistas realizadas a los psicólogos profesionales en salud mental del Hospital Universitario disponibles en anexos, la atención que se demanda en este establecimiento de salud pública es una atención integral que está normativizada por manuales que regulan el qué hacer del psicólogo. Por lo que, se podría decir que la demanda institucional es realizar un trabajo psicológico acorde a lo estipulado por los lineamientos ministeriales. Sin embargo, algo que también es importante recalcar, como lo dijo la psicóloga clínica Katherine Murillo es que de igual manera “Se aplican conocimientos del profesional de salud en cuanto al manejo terapéutico guiados también en los lineamientos del MSP”. Entonces, si bien el psicólogo clínico se ve obligado a responder a la demanda institucional, tiene una libertad en cuanto a la clínica se trata. Desde su formación, puede direccionar el proceso terapéutico conforme lo considere necesario, o más bien, conforme el caso lo requiera.

Con base en esta premisa, y conociendo que desde la orientación clínica del psicólogo es posible direccionar la cura, como lo dijo el psicólogo clínico Fernando Zumba “los lineamientos, protocolos y guías nos dan pautas para la atención, pero desde nuestra experticia podemos complementar la atención”, entonces, se puede decir que es posible plantear una atención alternativa al trabajo meramente protocolario dentro de esta institución. O, en pocas palabras, es viable introducir un trabajo psicológico alternativo. Y en el caso específico del presente trabajo de investigación, como se ha demostrado en este y capítulos anteriores, es posible insertar un trabajo orientado por el psicoanálisis.

Para analizar de qué manera el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica puede tener un espacio entre la rigurosidad de lo instituido dentro de este establecimiento de salud pública, es importante primero advertir que no existe una sola forma o una forma predeterminada de abrirse un espacio en lo institucional o de insertar el dispositivo analítico dentro de una institución. Así como es importante resaltar que, al hablar de esta inserción, lo que se pretende no es desmoronar la organización y los lineamientos que la rigen. Dicho de otra manera, no se intenta imponer el psicoanálisis a la institución, “el sujeto [...] que pretende imponer su discurso se olvida que el gran Otro se empotra y se resiste, que no cede al primer envión” (Báez, 2011, pp. 238-239). Puesto que, en lugar de que el psicólogo logre abrirse un espacio, lo que se ocasionaría sería un malestar institucional. Báez (2011) reflexiona respecto a lo dicho de la siguiente manera:

¿Qué se habrá ganado cuando ya nadie hable la lengua psiquiátrica o cualquier otra y todos hablen la lengua psicoanalítica? Nada, el sujeto que descubre el psicoanálisis se habrá ocultado de nuevo y en su lugar se encontrará una masa uniforme. (p. 239)

Entonces, como Báez ya lo advierte, no se trata de imponer el discurso psicoanalítico, dejando de lado completamente los lineamientos, guías y protocolos designados por el Ministerio de Salud. No se trata tampoco de

que el psicólogo con orientación psicoanalítica opte por una posición anarquista respecto a la demanda institucional y que se termine desobligando de todo lo instituido. Porque en el primer caso, desde la imposición imperativa, lo que se haría es simplemente cambiar de Amo, se izaría como un gran Otro que intenta exterminar la diferencia, haciendo exactamente lo mismo que lo llevó a cuestionar el Ideal de Salud Mental y los intentos homogeneizadores del mismo. O, en el segundo caso, desde la desobligación anárquica, lo que se estaría es deliberadamente negando u olvidando que el gran Otro existe, como invención es cierto, pero al fin y al cabo sus demandas tienen un efecto sobre el sujeto. Por lo tanto, de alguna manera, se desampara también al sujeto por esta vía.

Pero, si ninguna de las dos vías expuestas posibilita un trabajo psicológico para el psicólogo con orientación psicoanalítica, ¿Cuál es la vía? Hay que tomar en cuenta que más allá de lo institucional, se encuentra un sujeto con un malestar que demanda una atención, un alivio o una cura. Si bien no se puede enumerar protocolariamente los pasos a seguir que un psicólogo con orientación psicoanalítica debe poner en práctica dentro del área de salud mental del Hospital Universitario, porque se caería nuevamente en una especie de imperativo y en el imaginario de que haciendo todo exactamente igual se puede tener resultados inequívocos. Lo que sí se puede decir es aquello en lo que se centra el psicoanálisis aplicado y el psicoanálisis en sí, “el sujeto que demanda”. La atención y la dirección de la cura se centra en el sujeto, no en la institución.

Se es sujeto o se es institución, pero las dos cosas no pueden ser a la vez [...] el sujeto no es la institución, el sujeto es producto accidentado de una institución. La unidad que espera la institución, la hegemonía ansiada, no va de la mano con el sujeto que concibe el psicoanálisis: no porque no lo quiera; hay que exhortar, solo que no se puede. (Báez, 2011, p. 239)

Lo que se puede entender es que, lo que le toca al psicólogo con orientación psicoanalítica es evitar que lo particular del sujeto quede olvidado o

rezagado entre lo protocolario. Báez lo dice, no hay hegemonía posible, porque el sujeto va a resistirse a ser institucionalizado, ya que o se es lo uno o lo otro. Entonces, de lo que se trata es darle un lugar al sujeto, a su malestar, a su demanda; darle un lugar al uno, a lo propio de cada caso. Pues, precisamente allí donde el ideal de la Salud Mental querría el bien para todos igual, el psicólogo con orientación psicoanalítica puede brindar un espacio de escucha a aquello que es lo más singular del sujeto y que viene disfrazado entre síntomas.

Pero se reitera, esto no es lo mismo que rechazar rotundamente los lineamientos ministeriales. ¿Por qué? Entre las guías, protocolos, y lineamientos se encuentra también lo que la institución espera del profesional en la cuestión administrativa, organizacional e interdisciplinaria. Está descrita de alguna manera la respuesta que espera que se dé a su demanda, y como ya se mencionó, no se trata de desentenderse de la demanda.

Entonces, se reconoce la importancia de familiarizarse con los protocolos y lineamientos, se reconoce la importancia de estar anoticiado del lenguaje que se maneja dentro de la institución, porque el psicólogo con orientación psicoanalítica también tiene que dar una respuesta a la demanda institucional, cuando de informes, evoluciones, interconsultas o derivaciones se trata. Es importante que conozca el manejo posible desde lo institucional para cada caso. Pero esto, sin olvidar al sujeto, porque cuando se habla del trabajo psicológico alternativo posible que puede encontrar el psicólogo con orientación psicoanalítica dentro del Hospital Universitario a través del psicoanálisis aplicado, de lo que se habla es de la posibilidad de tomar la posición de aquel que, como menciona Naparstek y colaboradores (2005):

Es el que ayuda [...] a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. [...] ha de ayudar a impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal, ya sea humanista o anti-humanista, se olvide la particularidad de cada uno. (p. 134)

CONCLUSIONES

El Hospital Universitario de Guayaquil, como parte de la red de salud pública del Estado ecuatoriano, pertenece a los hospitales del Ministerio de Salud Pública. Por lo tanto, los abordajes e intervenciones que realiza en la atención a sus usuarios se rigen por la normativa ministerial. Es decir, está regulado por normas, protocolos, guías prácticas y lineamientos de atención. Esto incluye a la atención brindada en el área de salud mental, y compete por consiguiente a los profesionales en psicología clínica que atienden dentro de esta institución.

Entonces, ¿De qué manera el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica puede abrirse un espacio en lo que al trabajo psicológico respecta en este hospital? Como se ha argumentado a lo largo del presente trabajo de investigación, es posible que a través del psicoanálisis aplicado el profesional orientado por el psicoanálisis se aperture, optando por una posición subversiva, un lugar entre la demanda institucional que responde a lo protocolario y la clínica orientada por el psicoanálisis. Esto, instalando el dispositivo analítico a medida de lo posible dentro de su trabajo psicológico con pacientes. Puesto que, como se ha analizado a partir de los instrumentos de recolección de datos, si bien las herramientas ministeriales mencionadas regulan desde lo instituido la respuesta de la comunidad hospitalaria, al mismo tiempo permiten en la atención clínica la complementación del profesional con su experticia y formación.

Como se supo reconocer también, la introducción de la clínica orientada por el psicoanálisis y del dispositivo analítico no es un intento de reemplazo de lo normativizado. Tampoco se trata de derrocar el saber científico y psiquiátrico para posicionar el discurso psicoanalítico. De lo que se trata es de que el psicólogo con orientación psicoanalítica sepa que dentro del Hospital Universitario de Guayaquil existe una demanda a la cual hay que responder, pero que, en la clínica con pacientes, o lo que es lo mismo, en el trabajo psicológico es posible direccionar la cura al síntoma dando un lugar al sujeto

que dentro del marco institucional hospitalario está inmerso en un intento de masificación, y donde su subjetividad está siendo velada y segregada.

A partir del psicoanálisis aplicado se puede plantear una clínica alternativa, una clínica por fuera del ideal de bienestar común, una clínica que rescate al paciente en su categoría de sujeto. Y esto, sin dejar de responder a la demanda que dirige la institución al profesional. Porque se reitera, no se trata de la renuncia a lo institucional, se trata de interrogar la demanda para poder diferenciar lo que requiere la institución y dónde se ubica el sujeto. Entonces, el psicólogo orientado por el psicoanálisis, a partir de su trabajo, apunta a liberar al sujeto de ser institucionalizado y a tratar su malestar por fuera de lo colectivo. Así se puede comprobar en los estudios de casos realizados durante este trabajo investigativo. De esta manera, se puede afirmar que el psicoanálisis aplicado también muestra efectos terapéuticos en la clínica, pues desde su escucha, permite ubicar lo singular del sujeto que se enmascara tras el síntoma, y es a partir de los señalamientos de estas singularidades que provoca efectos.

En definitiva, y respondiendo al objetivo de la investigación, es posible un trabajo psicológico alternativo dentro del Hospital Universitario de Guayaquil a partir del psicoanálisis aplicado. El psicólogo con orientación psicoanalítica puede operar en este espacio institucional sin olvidar la normativa que lo atraviesa y sin olvidar que existe una ruta a seguir en la evolución de cada caso. Pero, puede encontrar en el psicoanálisis aplicado una vía para la invención de nuevas formas de hacer con la demanda institucional. Puede valerse del dispositivo analítico para que el encuentro con un paciente no esté mediado por las reglas y normas protocolarias, aunque el trabajo posterior del psicólogo sí lo esté. Y, puede orientar la cura a que el sujeto encuentre maneras de arreglarse con sus síntomas, en lugar de educarlos o suprimirlos.

REFERENCIAS

- Attie, J. (2002). El psicoanálisis aplicado y el psicoanálisis puro. *Virtualia*, 6. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/706/psicoanalisis-puro-y-psicoanalisis-aplicado/el-psicoanalisis-aplicado-y-el-psicoanalisis-puro>
- Báez, J. (2011). El psicoanálisis y la institución (El eterno des-encuentro). *Tesis Psicológica*, 6, pp. 236-243. Recuperado de: <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/239/232>
- Campodonico, N. (2017). *La extensión del psicoanálisis: psicoanálisis aplicado en la institución de salud pública*. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-067/831.pdf>
- Caroz, G. (2017). "Congreso PIPOL: ¿La salud mental existe? En V. Cocoz (Ed.), *La práctica lacaniana en instituciones II* (pp. 139-141). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Estevez, A y Messina, D. (2015). Lazos del psicoanálisis con otros campos de saber: psicoanálisis puro/aplicado, en intensión/enextensión. *En VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Simposio llevado a cabo en XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-015/801.pdf>
- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En *Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci y otras obras* (pp. 129-142). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). El interés por el psicoanálisis. *En Obras Completas Tomo XIII*. (pp. 165-192). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. *En Obras Completas Tomo XIV*. (pp. 237-256). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919). Nuevos caminos la terapia psicoanalítica. *En Obras Completas Tomo XVII*. (pp. 151-165). Buenos Aires: Amorrortu.
- Galván, R., Pérez, A., Pita, R., Ríos, J., Surichaqui, A., Vásquez, N. (2012). Psicoanálisis y Jacques Lacan. *Revista de investigación en Psicología*. 15(1), 203-208. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjsob_748jyAhV3STABHXGrCXgQFn_oECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistasinvestigacion.unmsm.edu.pe%2Findex.php%2Fpsico%2Farticle%2Fdownload%2F3680%2F2950%2F12455&usg=AOvVaw2KC6tyrQYINE5Sd9X-U5IS
- Hernández-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación (sexta edición)*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.
- Hospital Universitario de Guayaquil. (2013). *Misión*. Recuperado de <http://www.hug.gob.ec/index.php/hospital/mision>
- Hospital Universitario de Guayaquil. (2013). *Visión*. Recuperado de <http://www.hug.gob.ec/index.php/hospital/vision>
- Hospital Universitario de Guayaquil. (2021). *Organigrama estructural*. Recuperado de <http://www.hug.gob.ec/index.php/hospital/organigrama>
- Lacan, J. (1963). *Seminario 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1978). *Lacan en Italia*. Milán, Italia. La Salamandra, 58- 77. Recuperado de: http://ecole-lacanianne.net/wp-content/uploads/2016/04/Lacan_Milan_3-fevrier_1973.pdf
- Lacan, J. (1993). *Psicoanálisis, radiofonía y televisión*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Lacan, J. (2012). Acto de fundación. *En Otros Escritos*, (pp. 247-251). Buenos Aires: Paidós.

- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Lineamientos Operativos para el manejo del duelo en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública*. Quito: Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Atención integral del consumo nocivo de alcohol, trabajos y otras drogas*. Recuperado de https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/9_Protocolo_alcohol_tabaco_y_otras_drogas.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Lineamientos Operativos para la Intervención de Salud Mental en la Emergencia Sanitaria*. Recuperado de: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-operativos-Salud-Mental-Covid-19_2020.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Normativa, protocolos y lineamientos en Salud Mental*. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/normativa-protocolos-y-lineamientos-en-salud-mental/>
- Moreno, M. y Ordóñez, A. (2018). Psicoanálisis e institución: Sobre la aplicación del psicoanálisis en dispositivos institucionales. *Affectio Societatis*, 15(28), 196-227. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/323370557_Psicoanalisis_e_institucion_Sobre_la_aplicacion_del psicoanalisis_en_dispositivos_institucionales
- Murillo, D. (2012). *Toxicomanía: síntoma contemporáneo y el discurso capitalista* (tesis de maestría). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Naparstek, F., y colaboradores. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos aires: Grama Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP)*. El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC: OPS.

Orjuela, J. y Pérez, M. (2020). Sujeto, síntoma, dispositivo y terapeuta: Una mirada hacia la responsabilidad subjetiva en el campo de la salud mental. *Affectio Societatis*, 17(32), 191-213. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/338279/20802842>

Pelegrí, M. y Romeu, M. (2011). El duelo, más allá del dolor. *Desde el Jardín de Freud*, (11), 133-148. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27228>

Rubinstein, A. (2003). Los modos de aplicación del psicoanálisis. *Virtualia*, 7. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/687/destacados/los-modos-de-aplicacion-del-psicoanalisis>

Seldes, R. (2008). La urgencia del psicoanálisis aplicado. *Virtualia*, 18. Recuperado de <http://revistavirtualia.com/articulos/432/seminario-de-psicoanalisis-aplicado/la-urgencia-del-psicoanalisis-aplicado>

Silva, B. (2015). El desencadenamiento de la adicción en sujetos neuróticos. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-015/245.pdf>

Teitelbaum, A. y Fukelman, G. (2016). El duelo: un avatar clínico imprescindible. De la pérdida a la falta. En *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*.

Simposio llevado a cabo en XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-044/862.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Entrevista a Psicóloga Clínica Katherine Murillo del área de Salud Mental del Hospital Universitario:

- 1. ¿Cuál es la casuística frecuente que atiende como psicólogo clínico en este hospital?**

Pacientes embarazadas con diferentes comorbilidades.

- 2. ¿Bajo qué lineamientos guía su atención psicológica y abordajes clínicos?**

Lineamientos, guías, protocolos del MSP.

- 3. Como profesional que forma parte del Hospital Universitario de Guayaquil ¿Se le exige guiar su atención psicológica bajo un lineamiento específico?**

Cumplir con los lineamientos de las guías de prácticas clínicas de las diferentes casuísticas.

- 4. En los casos de duelo que atiende, ¿En qué centra su atención psicológica?**

Lineamientos operativos para manejo del duelo: Valoración inicial, anamnesis, acompañamiento, manifestaciones, intervenciones, terapia para elaboración del duelo, Interconsulta con psiquiatría dependiendo del caso, prevención de duelo patológico.

- 5. En los casos de duelo, ¿Basa su atención psicológica en alguna guía, lineamiento o protocolo?**

Si. Lineamientos operativos para el manejo del duelo en los establecimientos del MSP.

- 6. En los casos de duelo ¿El hospital le pide registrar datos específicos?**

Historia clínica completa.

7. En los casos de duelo ¿El hospital le pide resultados específicos?

Abordaje integral de los pacientes según el nivel de atención.

8. ¿Considera que tiene la libertad de atender los casos de duelo desde su orientación clínica?

Sí. El hospital permite la aplicación de los conocimientos de los profesionales de salud mental en esta casuística además de tomar como referencia los lineamientos operativos.

9. ¿Considera que el Lineamiento operativo para el manejo del Duelo integra todos los abordajes posibles a realizar en un caso de duelo?

Sí, pero se complementa con la experiencia y conocimientos del profesional en salud mental.

10. Si su respuesta es NO a la pregunta anterior, por favor describa qué abordajes o pasos sigue durante su atención psicológica en un caso de duelo.

11. En los casos de consumo de sustancias que atiende, ¿En qué centra su atención?

En la evaluación, articulación con la ruta de atención para personas con consumo problemático de drogas y seguimiento.

12. En los casos de consumo de sustancias, ¿Basa su atención en alguna guía, lineamiento o protocolo?

Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales y por el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.

13. En los casos de consumo de sustancias, ¿El hospital le pide registrar datos específicos?

Matrices de atención y seguimiento de casos que envían mensualmente a la coordinación zonal.

14. En los casos de consumo de sustancias, ¿El hospital le pide resultados específicos?

Atención integral y respectiva articulación en la ruta de atención para personas con consumo problemático de drogas según la capacidad resolutive de cada Nivel de atención.

15. ¿Considera que tiene la libertad de atender los casos de consumo de sustancias desde su orientación clínica?

Si. Se aplican conocimientos del profesional de salud en cuanto al manejo terapéutico guiados también en los lineamientos del MSP.

16. ¿Considera que el Protocolo de atención integral del consumo nocivo de sustancias integra todos los abordajes posibles a realizar en un caso de consumo de sustancias?

Sí, pero se complementa con la experiencia y conocimientos del profesional en salud mental.

17. Si su respuesta es NO a la pregunta anterior, por favor describa qué abordajes o pasos sigue durante su atención psicológica en un caso de consumo de sustancias.

Anexo 2: Entrevista a Psicólogo Clínico Fernando Zumba del área de Salud Mental del Hospital Universitario:

1. ¿Cuál es la casuística frecuente que atiende como psicólogo clínico en este hospital?

Embarazadas con diferentes morbilidades, la mayoría mujeres con consumo problema de sustancias, depresión y violencia basada en género.

2. ¿Bajo qué lineamientos guía su atención psicológica y abordajes clínicos?

Lineamientos, protocolos y guías del Ministerio de Salud Pública.

3. Como profesional que forma parte del Hospital Universitario de Guayaquil ¿Se le exige guiar su atención psicológica bajo un lineamiento específico?

Lineamientos, protocolos y guías de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

4. En los casos de duelo que atiende, ¿En qué centra su atención psicológica?

En la elaboración del duelo, se busca prevenir un duelo patológico.

5. En los casos de duelo, ¿Basa su atención psicológica en alguna guía, lineamiento o protocolo?

Si. Guía del manejo del duelo del MSP.

6. En los casos de duelo ¿El hospital le pide registrar datos específicos?

Lineamientos Operativos para el manejo del duelo en los establecimientos de salud pública 2015.

7. En los casos de duelo ¿El hospital le pide resultados específicos?

Cómo resultados específicos no, pero hay que brindar una atención integral.

8. ¿Considera que tiene la libertad de atender los casos de duelo desde su orientación clínica?

Sí, no solicitan tener una escuela u orientación clínica, más bien se requiere centrar la atención en los lineamientos establecidos.

9. ¿Considera que el Lineamiento operativo para el manejo del Duelo integra todos los abordajes posibles a realizar en un caso de duelo?

Sí los lineamientos nos dan guías, integran de manera genérica el deber hacer, pero en casos de que sea necesario realizar un abordaje específico, lo podemos realizar.

10. Si su respuesta es NO a la pregunta anterior, por favor describa qué abordajes o pasos sigue durante su atención psicológica en un caso de duelo.

11. En los casos de consumo de sustancias que atiende, ¿En qué centra su atención?

En los factores psicosociales que detonan el consumo agudo o recaídas.

12. En los casos de consumo de sustancias, ¿Basa su atención en alguna guía, lineamiento o protocolo?

Lineamientos, protocolos y guías de Salud Mental del Ministro de Salud Pública.

13. En los casos de consumo de sustancias, ¿El hospital le pide registrar datos específicos?

Se solicita reportar a la Coordinación Zonal el tipo de sustancia y a que unidad de salud se contrarefiere.

14. En los casos de consumo de sustancias, ¿El hospital le pide resultados específicos?

Realizar matrices de reportes.

15. ¿Considera que tiene la libertad de atender los casos de consumo de sustancias desde su orientación clínica?

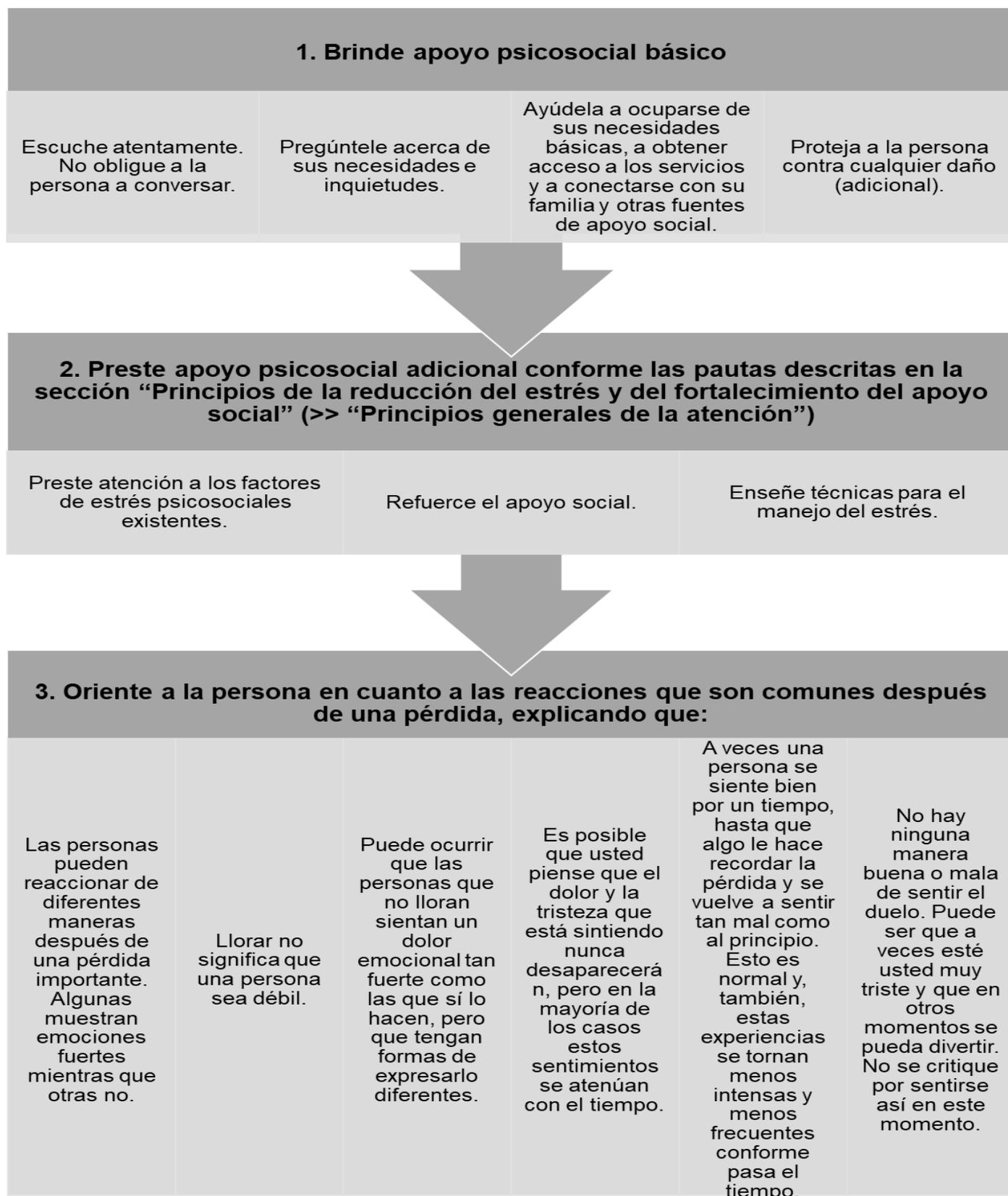
Sí, los lineamientos, protocolos y guías nos dan pautas para la atención, pero desde nuestra experticia podemos complementar la atención.

16. ¿Considera que el Protocolo de atención integral del consumo nocivo de sustancias integra todos los abordajes posibles a realizar en un caso de consumo de sustancias?

Sí, pero podemos realizar un abordaje clínico que complemente la atención.

17. Si su respuesta es NO a la pregunta anterior, por favor describa qué abordajes o pasos sigue durante su atención psicológica en un caso de consumo de sustancias.

Anexo 3: Cuadro de procedimientos para el profesional de salud en el manejo del duelo basado en el plan de manejo básico del mhGAP.



4. Trate las condiciones concomitantes

5. Examine junto con la persona los procesos de ajuste o de luto* que son normales en su cultura, y apóyelos

Pregunte si se han celebrado o planeado ceremonias o ritos apropiados de luto. Si no es así, examinen juntos los impedimentos y cómo se pueden superar.

Averigüe qué ha sucedido con el cuerpo. Si no ha sido hallado, ayude a buscarlo e identificarlo.

Si no aparece, consideren juntos de qué otro modo mantener viva su memoria, por ejemplo colocando un elemento recordatorio.

6. Si es factible y apropiado culturalmente, anime a la persona a retomar sus actividades previas normales (por ejemplo, en la escuela o el trabajo, en la casa o en lo social).

7. Para obtener mayor información acerca del tratamiento específico de los trastornos del sueño, la enuresis nocturna*, la hiperventilación y los síntomas de disociación después de una pérdida reciente, consulte las secciones pertinentes del módulo sobre el estrés agudo (>> EAG).

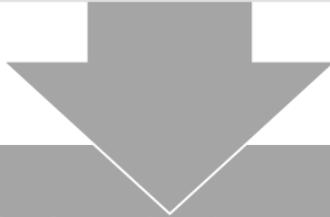
8. Si la persona es un niño pequeño:

Responda a las preguntas del niño mediante explicaciones claras y sinceras, que sean apropiadas para su nivel de desarrollo. No le mienta cuando él pregunte por la ausencia de algún ser querido (por ejemplo, ¿Dónde está mi mamá?). Si le mienta, provocará confusión, y puede menoscabar la confianza del niño en usted.

Compruebe la eventual presencia de "pensamiento mágico" y rectifíquela. Suele observarse en los niños pequeños, quienes pueden pensar, por ejemplo, que son los culpables de la pérdida, o que su ser querido murió porque se portaron mal o lo hicieron enojar.

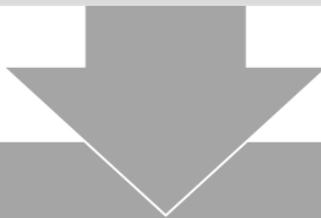
9. En el caso de niños, adolescentes y otras personas vulnerables que han perdido a sus padres o a otro cuidador, ocúpese de la protección que necesitan y asegúrese de que reciban cuidado constante y apoyo, en especial soporte social y emocional.

De ser necesario, ponga a la persona en contacto con organismos o redes de protección fiables.



10. Si se sospecha la presencia de un trastorno por duelo prolongado, consulte a un especialista para que lleve a cabo la evaluación y tratamiento adicionales.

Es posible que la persona tenga un trastorno por duelo prolongado si sus síntomas se manifiestan por un estado de preocupación grave o sentimientos de extrema añoranza del ser querido , además de un sufrimiento intenso y una enorme dificultad para el desempeño cotidiano durante al menos seis meses.



11. Pídale a la persona que regrese en 2 a 4 semanas si los síntomas no mejoran o en cualquier momento si empeoran.

Figura 3: Plan de manejo básico para tratar síntomas de duelo.

Fuente: Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. (2016, pp.22-23).

Elaborado por: edición en español realizada por la Organización Panamericana de la Salud.

Anexo 4: Intervención de psicología

Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas

Fase 1

Sesión 1

| Fase "1" | |
|---|--|
| "Individual" | |
| Duración: 40 minutos | |
| Objetivos: | |
| Brindar atención integral, evaluación y diagnóstico presuntivo al usuario/a de los servicios de salud. | |
| Actividades intramurales del psicólogo | |
| 1. Reciba al usuario en la consulta. | |
| 2. Complete el ASSIST, véase anexo 10 y AUDIT véase anexo 2 para determinar el grado de severidad del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. | |
| 3. Proceda con la anamnesis. | |
| 4. Informe en qué consiste el tratamiento y sus fases. | |
| 5. Implemente los procedimientos y herramientas terapéuticas de acuerdo al caso para mitigar síntomas provocados por el consumo o la abstinencia si procede. | |
| 6. Realice interconsulta a medicina general o familiar para valoración de la necesidad de prescripción de psicofármacos, evaluación clínica y exámenes de laboratorio según criterio médico y que podrían estar asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. | |

Figura 4: Intervención de psicología, fase 1.

Fuente: Protocolo integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, (2016).

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública

Fase 1

Sesión 2

| Fase "1" continuación | |
|--|---|
| "Individual" | |
| Duración: 40 minutos | |
| Objetivos: Establecer y firmar el acuerdo terapéutico, mismo que tendrá que ser enfocado en la abstinencia o reducción de riesgos y daños, tratamiento ambulatorio o ambulatorio intensivo de acuerdo a la demanda trabajada con el paciente. | |
| Actividades intramurales del psicólogo | |
| 1. | Establezca procedimientos e implemente estrategias que favorezcan el proceso de abstinencia o reducción de riesgos. |
| 2. | Se solicita el seguimiento en la administración de psicofármacos por el médico, en caso de ser necesario. Además al encontrar alteraciones cognitivas referir al psicólogo clínico y/o neuropsicólogo. |
| 3. | Fortalezca los recursos (herramientas) para manejar y superar el síndrome de abstinencia si es que ha decidido optar por la misma. |
| 4. | En caso de reducción de riesgos y/o daños establecidos según acuerdo terapéutico, se diseñarán los mecanismos personalizados para su ejecución. |
| 5. | Diseñar los mecanismos personalizados y/o estrategias terapéuticas para la ejecución del tratamiento. |
| 6. | Incentive el restablecimiento de actividades posiblemente afectadas por el consumo y potencie nuevas acciones (sociales, laborales, familiares, educativas, lúdico-artístico). |
| 7. | Elabore estrategias para evitar cualquier contacto que guarde relación con el consumo. |
| 8. | Utilice el material proporcionado por la familia en el proceso de recolección de información. |
| 9. | Canalice el tratamiento hacia la prevención de recaídas (aplicación de herramientas y estrategias de afrontamiento), manejando el síndrome de abstinencia o la reducción de riesgos si procede. |
| 10. | Implemente habilidades sociales como: asertividad, autoimagen, comunicación, resiliencia entre otras. |
| 11. | Motive a la reinserción e inserción de actividades sociales y/o laborales, si estaban afectadas hasta el momento y potencie las nuevas acciones que surgirán como parte del proceso terapéutico. (identificar en la comunidad y con las instituciones). |
| 12. | Oriente e implemente las acciones en función de las estrategias previamente elaboradas, referentes al contacto con personas, lugares o situaciones identificadas como factores de riesgo (zonas de consumo, personas asociadas al mismo). |
| 13. | Estructure el diario terapéutico elaborado por el paciente (eventos, dificultades, alternativas generadas y logros). |
| 14. | Motive la adherencia al tratamiento y a los procedimientos empleados. Incentive el cumplimiento del contrato terapéutico. |
| 15. | Realice seguimiento de la respuesta a los psicofármacos administrados en caso que proceda. |

Figura 5: Intervención de psicología, fase 1.

Fuente: Protocolo integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, (2016).

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública.

Fase 1

Sesión 3

| Fase "1" continuación |
|---|
| "Individual" |
| Duración: 40 minutos |
| Objetivo: Analizar la información que consta en el diario terapéutico y otras que aporten al proceso. |
| Actividades intramurales del psicólogo |
| 1. Evalúe los procedimientos empleados (adecuación de los mismos en caso de ser necesario.) |
| 2. Promueva la abstinencia inicial o disminución de consumo según lo establecido en el contrato terapéutico. |
| 3. Plantee y fortalezca el proceso de cambio. |
| 4. Inicie la deshabitación psicológica y fisiológica. |
| 5. Promueva estilos de vida saludables. |
| 6. Continúe el proceso de desarrollo de habilidades sociales. |
| 7. Analice la información suministrada en la terapia familiar como complemento al proceso terapéutico |
| 8. Analice la efectividad de los procedimientos. |
| 9. Oriente respecto a conductas a seguir ante situaciones determinadas y proclives al consumo. (Estrategias de contingencias basadas en herramientas y procedimientos implementados). |
| 10. Seguimiento del tratamiento de psicofármacos. (De ser el caso). |

Figura 6: Intervención de psicología, fase 1.

Fuente: Protocolo integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, (2016).

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública.

Fase 1

Sesión 4

| |
|---|
| Duración: 40 minutos |
| Objetivo: Analizar la información que consta en el diario terapéutico y otras que aporten al proceso. |
| Actividades intramurales del psicólogo |
| 1. Evalúe los procedimientos empleados (adecuación de los mismos en caso de ser necesario.) |
| 2. Promueva la abstinencia inicial o disminución de consumo según lo establecido en el contrato terapéutico. |
| 3. Plantee y fortalezca el proceso de cambio. |
| 4. Inicie la deshabitación psicológica y fisiológica. |
| 5. Promueva estilos de vida saludables. |
| 6. Continúe el proceso de desarrollo de habilidades sociales. |
| 7. Analice la información suministrada en la terapia familiar como complemento al proceso terapéutico |
| 8. Analice la efectividad de los procedimientos. |
| 9. Oriente respecto a conductas a seguir ante situaciones determinadas y proclives al consumo. (Estrategias de contingencias basadas en herramientas y procedimientos implementados). |
| 10. Seguimiento del tratamiento de psicofármacos. (De ser el caso). |

Figura 7: Intervención de psicología, fase 1.

Fuente: Protocolo integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, (2016).

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública.

Fase 2

Sesión 5

| Fase "2" |
|---|
| "Individual" |
| Duración: 40 minutos. |
| Objetivos: Continuar o modificar los procedimientos implementados en la primera fase. Analizar las resistencias durante el proceso terapéutico. |
| Actividades intramurales del psicólogo |
| 1. Promueva la abstinencia o reducción de riesgos y evalúe los psicofármacos en caso de estar recibiendo. |
| 2. Continúe la deshabitación psicológica y fisiológica |
| 3. Promueva la práctica de estilos de vida saludables. |
| 4. Continúe con herramientas para la prevención de recaídas. |
| 5. Fortalezca el proceso de insight por medio del análisis de las situaciones, que han generado en momentos determinados sintomatologías específicas y que se asocian a comportamientos asociados al consumo. |
| 6. Identifique las diferentes áreas afectadas por el consumo (afectiva, cognitiva, comportamental, entorno laboral, familiar). |
| 7. Evalúe en equipo multidisciplinario los objetivos alcanzados en el proceso. |

Figura 8: Intervención de psicología, fase 2.

Fuente: Protocolo integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, (2016).

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública.

Fase 3

Sesión 6

| Fase "3" |
|---|
| "Individual" |
| Duración: 40 minutos. |
| Objetivos: Realizar el seguimiento de los procedimientos que promueven la abstinencia o reducción de riesgos y/o daños. |
| Actividades intramurales del psicólogo |
| 1. Continúe la deshabitación psicológica, fisiológica y la modificación de prácticas y estilos de vida saludables. |
| 2. Continúe con la prevención de recaídas, encaminadas a fortalecer el proceso terapéutico y análisis de las situaciones que han generado en momentos determinados sintomatología específica y que se asocia a comportamientos relacionados con el consumo. |
| 3. Continúe el desarrollo de habilidades sociales. |
| 4. Seguimiento a los psicofármacos administrados si procede. |
| 5. Implemente nuevos procedimientos en caso de ser necesario. |

Figura 9: Intervención de psicología, fase 3.

Fuente: Protocolo integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, (2016).

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública.

Fase 4

Sesión 7

| Fase "4" |
|--|
| "Individual" |
| Duración. 40 minutos |
| Objetivos: Determinar si se cumplió el programa terapéutico individual y se alcanzaron los objetivos planteados. |
| Actividades intramurales del psicólogo |
| 1. Evalúe el programa terapéutico y cumplimiento de los objetivos trazados. |
| 2. Evalúe a través del AUDIT y ASSIST |
| 3. Remita a una nueva evaluación médica para valoración y exámenes de laboratorio según criterio médico. |
| 4. Si se cumple con las metas trazadas en el programa terapéutico. Se recomienda por 6 meses intervención mensual. Caso contrario se valora retomar la frecuencia semanal de tratamiento o una intervención en modalidad de mayor contención según requiera. |

Figura 10: Intervención de psicología, fase 4.

Fuente: Protocolo integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, (2016).

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública.

Anexo 5: Autorización del Hospital Universitario de Guayaquil para realizar el trabajo de titulación



Ministerio de Salud Pública
Hospital Universitario de Guayaquil
Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ8S-HUG-DOC-2021-0171-M

Guayaquil, 03 de agosto de 2021

PARA: Joel Alexander Chaguay Moncayo

Sra. Ing. Verónica Noemi Suárez Velastegui
Responsable de la Gestión de Admisiones y Estadística del Hospital Universitario de Guayaquil

ASUNTO: SOLICITUD DEL INVESTIGADOR: Joel Chaguay Moncayo

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ8S-HUG-GERENCIA-2021-0523-E

SOLICITUD DEL INVESTIGADOR: Joel Chaguay Moncayo, se autoriza a realizar investigación cuyo tema es "El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil". Por lo que se solicita a usted como responsable de la Gestión de Estadística y Admisiones, se brinde las facilidades para la recolección de información, desde 1 de julio del 2020 hasta el 30 de Junio del 2021.

De acuerdo a los siguientes CIE.10 F11, F12, F14, P95.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. **Giomar Rebeca Viteri Gomez**
RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

Referencias:
- MSP-CZ8S-HUG-GERENCIA-2021-0523-E

Anexos:
- img_20210731_152141.jpg

Copia:
Sra. Dra. María Verónica Delgado Guerrero
Directora Asistencial del Hospital Universitario de Guayaquil



Dirección: Km. 23 vía Perimetral contiguo al Terminal de Transferencia Montebello.
Código Postal:090706 /Guayaquil Ecuador Teléfono:593-4-2594-760 - www.hug.gob.ec



Juntos lo logramos



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Chaguay Moncayo, Joel Alexander**, con C.C: # **0928952563** autor del trabajo de titulación: **El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 7 de **septiembre** de **2021**

f. _____

Nombre: **Chaguay Moncayo, Joel Alexander**

C.C: **0928952563**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ortega Durán, Franccesca Salomé** con C.C: # 1719045369 autora del trabajo de titulación: **El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **7 de septiembre de 2021**

f. _____



Nombre: **Ortega Durán, Franccesca Salomé**

C.C: **1719045369**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

| | | | |
|--|---|--|----|
| TEMA Y SUBTEMA: | El psicoanálisis aplicado como alternativa para el trabajo psicológico en el Hospital Universitario de Guayaquil | | |
| AUTOR(ES) | Chaguay Moncayo, Joel Alexander y Ortega Durán, Franccesca Salomé | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) | Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| FACULTAD: | Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación | | |
| CARRERA: | Carrera de Psicología Clínica | | |
| TÍTULO OBTENIDO: | Licenciado en Psicología Clínica | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 7 de septiembre de 2021 | No. DE PÁGINAS: | 81 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Psicología, Psicoanálisis, Salud Pública | | |
| PALABRAS CLAVES/KEYWORDS: | Psicoanálisis, Psicoanálisis Aplicado, Trabajo Psicológico, Práctica clínica, Prácticas institucionales, Salud mental, Protocolos, Lineamientos, Rutas de Atención, Adicción, Duelo | | |
| RESUMEN/ABSTRACT | | | |
| <p>El presente trabajo de investigación busca analizar las posibilidades alternativas que el psicólogo con orientación psicoanalítica puede encontrar para su ejercicio clínico dentro del ámbito hospitalario, a partir del psicoanálisis aplicado. Tomando en cuenta que, la práctica clínica que se realiza dentro de la salud pública del Estado está guiada por el imperativo de la Salud mental. Por lo tanto, las prácticas institucionales quedan enmarcadas de manera rígida en protocolos, lineamientos y rutas de atención que delimitan y encuadran el ejercicio profesional del psicólogo. Sin embargo, conociendo que cada paciente acude a consulta con un malestar y una demanda particular, y que requieren una atención más allá de lo protocolario; desde el psicoanálisis aplicado se propone posibilitar una clínica basada en el uno a uno. Entonces, a partir de un estudio de caso con viñetas clínicas relacionadas a las temáticas de adicción y duelo, se pretende exponer los abordajes clínicos que un psicólogo orientado por el psicoanálisis puede lograr en un hospital, cuando la dirección de la cura en su atención está guiada por el síntoma del paciente y no por la demanda institucional.</p> | | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: +593968311126 +593980027910 | E-mail: joelchaguaym@gmail.com , francesca.ortega@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): | | | |