



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

TEMA:

Depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple en el área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil: importancia de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico

LAS AUTORAS:

Bohórquez Cobeña, Paula Gabriela;
Catagua Jaramillo, Gabriela Alexandra

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN PSICOLOGIA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Álvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

12 de septiembre del 2022



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 **Bohórquez Cobeña, Paula Gabriela y Catagua Jaramillo, Gabriela Alexandra** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica.**

TUTORA

F. _____

Psic. Cl. Álvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

F. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes, Mgs.

Guayaquil, 12 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Bohórquez Cobeña, Paula Gabriela y Catagua Jaramillo,**
Gabriela Alexandra

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple en el área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil: importancia de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico**, previo a la obtención del título de **Licenciada 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 nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 12 de septiembre del año 2022

AUTORAS

F.

Bohórquez Cobeña, Paula Gabriela

F.

Catagua Jaramillo, Gabriela Alexandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Yo, Bohorquez Cobeña, Paula Gabriela

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple en el área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil: importancia de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 12 de septiembre del año 2022

LA AUTORA

F. _____

Bohorquez Cobeña, Paula Gabriela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Yo, Catagua Jaramillo, Gabriela Alexandra

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple en el área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil: importancia de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 12 de septiembre del año 2022

LA AUTORA

F. _____

Catagua Jaramillo, Gabriela Alexandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	Depresión e Ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple en el área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil. Importancia de la Intervención y seguimiento del psicólogo clínico (1).docx (D143311739)
Presentado	2022-08-27 10:53 (-05:00)
Presentado por	gabrielacj12@gmail.com
Recibido	carlota.alvarez.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	Bohórquez Cobeña, Paula Gabriela; Catagua Jaramillo, Gabriela Alexandra Mostrar el mensaje completo
	00% de estas 47 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA:

Depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple en el área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil: importancia de la intervención y seguimiento del psicólogo clínico

LAS AUTORAS:

Bohórquez Cobeña Paula Gabriela

Catagua Jaramillo Gabriela Alexandra

Carrera de Psicología clínica

Informe elaborado por:

Psic. Cl. Álvarez Chaca, Carlota Carolina, mgs.

COORDINADOR DE UTE A 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por durante estos 23 años dejarme ser, confiar en mí y apoyarme incondicionalmente.

A mi novio y mejor amigo por apoyarme durante estos 5 años que están por culminar, por creer en mí y por estar siempre.

A Gabs, mi amix, mi partner de tesis, mi regulador de ansiedad; estos 5 años no hubieran sido tan divertidos sin ti.

A Carlota por ser una crack.

Paula Gabriela Bohórquez Cobeña

Agradezco principalmente a Dios por sus planes tan perfectos.

A mi papi, por siempre hablarme de la importancia de los estudios y ser mi patrocinador para llevar a cabo todo esto.

A mi mami, por su inmenso apoyo y porque cada día me ayuda a ser mejor en todos los aspectos.

A Isa, por siempre ser luz en mí camino y por siempre sacar la mejor versión de mi.

A Pau, por ser la mejor partner en todos estos años de estudio y vida, que hermoso que la vida nos haya juntado

To Micah, for always being my number one fan, always cheering me up and helping me see life in a “glass half full” perspective.

A nuestra tutora Carlota, porque sin ella no hubiéramos podido realizar un trabajo tan crack como el que hicimos.

Gabriela Alexandra Catagua Jaramillo



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

DEDICATORIA

A mis padres y a mi.
Paula Gabriela Bohórquez Cobeña

Para mi familia completa. En especial, para mi mami Foba y papi Igo, por ser los mejores de toda la historia de los abuelitos.

Gabriela Alexandra Catagua Jaramillo



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. ESTACIO CAMPOVERDE, MARIANA DE LOURDES, MGS.

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. MARTINEZ ZEA, FRANCISCO XAVIER, MGS.

COORDINACIÓN DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CANDO ZAPATA, JUAN ANDRES, MGS.

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	6
MARCO TEÓRICO	8
ANTECEDENTES	8
MARCO CONCEPTUAL	11
CAPÍTULO 1: LO REAL DEL DIAGNÓSTICO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	13
CONCEPTUALIZACIÓN CLÍNICA: ESCLEROSIS MÚLTIPLE	13
TIPOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE	15
EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA COMO LO REAL PARA EL SUJETO	15
LO REAL DEL CUERPO EN LA DISCAPACIDAD ASOCIADA A LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	17
CASO R	18
EL OTRO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	19
CAPÍTULO II: MANIFESTACIONES SUBJETIVAS FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE LA EM: URGENCIA SUBJETIVA, DEPRESIÓN E IDEAS SUICIDAS.	21
URGENCIA SUBJETIVA	21
Caso NN	23
DEPRESIÓN	26
<i>Depresión Desde una Mirada Biológica</i>	27
<i>Depresión Según la Mirada Psiquiátrica</i>	28
<i>Depresión Según El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM V)</i>	29
<i>Depresión Desde una Perspectiva Psicoanalítica</i>	31
<i>Depresión en Enfermedades Catastróficas</i>	33
<i>Depresión en la Esclerosis Múltiple</i>	33
IDEACIÓN SUICIDA	36
<i>Ideas Suicidas y Esclerosis Múltiple</i>	36
<i>Acting Out, Pasaje al Acto y Acto Suicida, una Mirada desde El Psicoanálisis</i>	38
<i>Ideas Suicidas y Suicidio desde el Punto de Vista Psiquiátrico</i>	39
CAPÍTULO III: IMPORTANCIA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	42
EL QUEHACER DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	42
Caso Pedro	44
Funciones del Psicólogo Clínico	46
ROL DEL PSICÓLOGO EN LAS INSTITUCIONES	46
<i>El Psicólogo Clínico en Instituciones de Salud</i>	47
IMPORTANCIA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO	48
TRABAJO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	49
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	50
ENFOQUE CUALITATIVO	50
PARADIGMA INTERPRETATIVO	50
MÉTODO DESCRIPTIVO	50
TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	51
<i>Investigación Documental</i>	51
<i>Entrevistas</i>	51
<i>Entrevistas Semiestructurada Individual a Expertos</i>	51
<i>Entrevista Biográfica</i>	52

INSTRUMENTOS	52
<i>Entrevista Semi-Estructurada Dirigida a Expertos</i>	52
<i>Entrevista Biográfica a Paciente</i>	56
<i>Preguntas Según Variables</i>	56
POBLACIÓN	57
VARIABLES	58
ANÁLISIS DE RESULTADOS	61
CONCLUSIÓN	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 . Cuadro de variables.....	60
------------------------------------	----

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se abordarán las manifestaciones subjetivas de los pacientes con esclerosis múltiple. En el que, se hará un recorrido bibliográfico en distintos aspectos, entre ellos está el punto de vista psicoanalítico, médico y psiquiátrico, acerca de las manifestaciones que se presentan en los pacientes diagnosticados con dicha enfermedad. A su vez, se realizan precisiones de lo que se concibe como lo real de la enfermedad. La importancia de la investigación nace de las prácticas pre-profesionales donde se pudo identificar como los pacientes responden desde lo real con depresión, ideas suicidas, acting out y pasajes al acto a su mal pronóstico médico. A partir de esto, se plantea como objetivo analizar la forma en la que la depresión e ideas suicidas en los pacientes con esclerosis múltiple se logran tramitar a través de la intervención, asistencia y acompañamiento del psicólogo clínico. La investigación es de enfoque cualitativo con método descriptivo, puesto que, se realizó entrevistas a profesionales Psicólogos Clínicos y entrevista biográfica a un paciente con EM. Se obtuvo como resultado que las manifestaciones más observadas en estos pacientes son la depresión e ideas suicidas y cómo las intervenciones del Psicólogo Clínico permitieron a los pacientes con esclerosis múltiple reelaborarse a partir de su presente diagnóstico.

Palabras Claves: esclerosis múltiple; lo real; diagnóstico; acting out; pasaje al acto; urgencia subjetiva; rol del psicólogo.

ABSTRACT

This research paper will address the subjective manifestations of patients with multiple sclerosis. In which, a bibliographic tour will be made in different aspects, among them is the psychoanalytic, medical and psychiatric point of view, about the manifestations that occur in patients diagnosed with this disease. At the same time, clarifications are made of what is conceived as the real of the disease. The importance of research is arise from pre-professional practices where it was possible to identify how patients respond from the real with depression, suicidal ideation, acting out and passages to the act to the poor medical prognosis. Significantly, the importance of the clinical psychologist and his intervention, assistance and accompaniment is raised. The research is of qualitative approach with descriptive method since interviews were carried out with professionals with clinical psychologists and patients with multiple sclerosis. It was obtained as a result that the most observed manifestations in these patients are depression and suicidal ideation and how the interventions of the Clinical Psychologist allowed patients with multiple sclerosis to reelaborate their person from their present diagnosis.

Key Words: multiple sclerosis; the real; diagnosis; acting out; passages to the act; subjective urgency; role of the psychologist.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se aborda la depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple con abordaje clínico en una institución hospitalaria, en las que se ha tomado en cuenta el análisis médico y psiquiátrico. Además, se plantea la importancia de la intervención y seguimiento del psicólogo clínico en el trabajo con estos pacientes. La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmune que afecta al sistema nervioso central más frecuente en sujetos de entre 20-50 años, es una de las principales causas de discapacidad. Nuestra investigación tiene como antecedentes dos investigaciones que se centran justamente en el impacto de la EM a nivel psicológico y como el psicólogo clínico a través de su asistencia logra que el paciente tenga una mejor calidad de vida. Debido a la gravedad de esta enfermedad planteamos como objetivo analizar como aparecen las manifestaciones psicológicas y como se tramitan a partir del trabajo del psicólogo clínico. La investigación se ha realizado desde una perspectiva psicoanalítica. A partir de esto también se explicará cómo los pacientes son tocados desde lo real y la importancia de la intervención del psicólogo clínico.

La línea de investigación que guarda correspondencia es la de Salud y Bienestar Humano: La investigación se relaciona con esta línea de investigación, en vista de que se abordan temas sobre la salud, comprendida en su más amplio sentido, tanto en lo referido al enfoque preventivo como al enfoque asistencial. Además, el plan nacional corresponde a un eje social, específicamente al eje de salud gratuita y de calidad. Se realizó la investigación con el enfoque cualitativo con un método descriptivo, las técnicas de recolección de información fueron las entrevistas a expertos, que en este caso fueron psicólogos clínicos, entrevista biográfica a un paciente con EM y el análisis de contenido de lo que se presentó como viñetas clínicas en el desarrollo teórico. La población con la que se realizó el trabajo fueron pacientes con EM del área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil y psicólogos clínicos, siendo otras fuentes la investigación documental. A partir de esto se plantea ¿de qué manera la depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple se logran tramitar a través de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico?

En el primer capítulo se hará un recorrido desde la conceptualización de esclerosis múltiple hasta como este diagnóstico se convierte en un real para quien lo padece. En el segundo capítulo se puntualiza cuáles son las manifestaciones que surgen como respuestas a este enfrentamiento con lo real del diagnóstico. A partir de estas variables nace el tercer capítulo, en el cual se resalta el trabajo del psicólogo clínico en pacientes con enfermedades catastróficas para la tramitación de lo que aqueja al que lo padece.

La limitante que nos encontramos en nuestra investigación es que los pacientes no se quedan vinculados a un servicio externo de psicología, sino que este espacio sólo existe mientras ellos estén internados o sólo si los doctores o el paciente solicita una Interconsulta con el área de psicología. El problema de lo ambulatorio sería que el paciente sólo regresa al hospital por una crisis orgánica de la enfermedad como tal y esta deviene en crisis psíquica porque se enfrentan nuevamente con el real del diagnóstico, manifestándose con acting out, pasaje al acto o urgencia subjetiva

JUSTIFICACIÓN

A través de los años, el rol del psicólogo clínico ha ido tomando gran importancia dentro de todos los contextos de nuestra sociedad, es así como, logra ser parte de los equipos interdisciplinarios que se desarrollan en el contexto hospitalario. El presente trabajo de investigación emprende su recorrido desde nuestras prácticas pre profesionales en un hospital público de Guayaquil en el periodo 2021-2022. Nuestro interés surge por la falencia en la atención psicológica, específicamente en el área de neuroendocrinología, en la cual los pacientes se enfrentan a la realidad de una enfermedad catastrófica e irrecuperable como lo es la esclerosis múltiple. Un punto importante en nuestra investigación es conocer las consecuencias de esta enfermedad en la subjetividad de los mismos.

Los pacientes con Esclerosis múltiple tienen demandas tanto físicas como emocionales, debido a que durante su enfermedad pueden experimentar incertidumbre, ansiedad, cambios y pérdida. Los síntomas principales que se manifiestan en estos pacientes es la depresión acompañado de ideas suicidas por lo que, la intervención en estos casos es primordial debido a que estos sujetos se encuentran en urgencia subjetiva. La intervención profesional es necesaria y debe ser permanente con estos pacientes para cesar esta urgencia en la que se encuentran los pacientes. El papel del psicólogo clínico es fundamental para los pacientes con EM, dado que, el mismo, se encarga no solo de evaluar, sino también de intervenir según la demanda y necesidad de cada paciente. Se puede evidenciar dentro de la práctica hospitalaria las distintas consecuencias que se presentan en resultado de esta enfermedad, acompañado de los mecanismos de defensa para hacerle frente a lo real de la vivencia con la misma.

Un aspecto importante de esta investigación es que gracias al acceso a un Hospital ubicado en Guayaquil podemos realizar la respectiva investigación de campo y dar a conocer como los pacientes con enfermedades catastróficas van integrando su diagnóstico y logran que este ocupe el lugar de lo real en el sujeto lo que van desencadenando varios síntomas en estos pacientes. Lo real tiene un valor traumático sin posibilidad de una realización simbólica, sin una imagen posible que llegue a reproducirlo. (Maji, Vera, 2016, p. 45) Es por eso que nuestra investigación toma una importancia vital en la sociedad dado que, nos va permitir conocer más de cerca cómo

es la vivencia del que padece, los aspectos subjetivos de cada paciente más allá de los aspectos psicológicos generales que se pueden manifestar y como la intervención del psicólogo puede lograr que un paciente logre cesar la urgencia subjetiva.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien se conoce que en el contexto hospitalario hay un sinnúmero de profesionales trabajando en equipo interdisciplinario, aún existen varias falencias en el sistema de salud, lo cual permite que la atención psicológica no llegue a todos los tipos de áreas que abarca este contexto. En Ecuador el índice de Esclerosis Múltiple va de 3-5 casos por 100.000 habitantes, esto es un índice bajo en comparación a otros países. Por este motivo, los equipos interdisciplinarios de los hospitales se centran en trabajar en áreas con más pacientes, dejando el área de Neuroendocrinología sin atención psicológica. Esta falencia de atención psicológica afecta a los pacientes con esclerosis múltiple, en ese contexto, como pacientes con una enfermedad catastrófica pueden desencadenar en urgencia subjetiva.

Como futuras psicólogas y practicantes de un hospital público de Guayaquil específicamente en el área de neuroendocrinología se ha podido detectar esta problemática que se desenvuelve dentro de este contexto. A pesar la existencia de psicólogos distribuidos entre las distintas áreas, específicamente estos pacientes no reciben ningún tipo de acompañamiento psicológico, lo cual es preocupante, ya que son pacientes que se enfrentan a un cambio a nivel fisiológico y también a nivel psicológico, acompañado de la posibilidad de muerte.

Es así como nuestro interés se centra en conocer:

¿DE QUÉ MANERA LA DEPRESIÓN E IDEAS SUICIDAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SE LOGRAN TRAMITAR A TRAVÉS DE LA ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO?

¿Cómo el diagnóstico de la esclerosis múltiple se presenta como un real en el paciente? ¿De qué manera la depresión e ideas suicidas se presentan como manifestaciones subjetivas en pacientes con esclerosis múltiple? ¿Cuál es la importancia de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico en los pacientes con esclerosis múltiple que presentan depresión e ideas suicidas?

Objetivo General

Analizar como la depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple logra tramitarse a través de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico mediante la entrevista a expertos y exposición de viñetas clínicas.

Objetivos Específicos

- Identificar como el diagnóstico de la esclerosis múltiple se presenta como lo real para el paciente por medio de una entrevista biográfica.
- Describir la depresión e ideas suicidas como manifestaciones subjetivas de los pacientes con esclerosis múltiple mediante la revisión bibliográfica desde la perspectiva psicoanalítica a través de viñetas clínicas.
- Analizar la importancia de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico en los pacientes con esclerosis múltiple que presentan depresión e ideas suicidas a través de entrevistas a expertos y a un paciente.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Mateu (2018). **ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y NEUROPSICOLÓGICOS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.** Esta investigación comenzó en el 2018 con el objetivo de conocer los aspectos psicológicos en los pacientes con esclerosis múltiple y la relevancia sanitaria que ésta aporta la Psicología a la sociedad, son de una importancia capital para contribuir a la recuperación/mantenimiento de la salud y la calidad de vida de quienes cada día lidian con la EM. La investigación parte de un diseño cuantitativo mediante un cuestionario. Como conclusión, este trabajo resalta que no solo la discapacidad sobrevenida contribuye a la salud (en sentido amplio) de quienes padecen EM, sino que las variables fisiológicas se imbrican con las psicológicas.

Tiene como aporte a nuestra investigación como la interacción entre la discapacidad y el estrés con los síntomas psicológicos y el deterioro de la calidad de vida cómo se asocian las dimensiones psicosociales como el afrontamiento y el apoyo social lo que reafirma el papel del Psicólogo para contribuir con sus conocimientos al tratamiento multidisciplinar del paciente con EM.

Godoy (2018). **ASPECTOS EMOCIONALES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLES.** Esta investigación comienza en el 2018 con el objetivo de conocer los aspectos psicológicos de los pacientes con Esclerosis Múltiple, otro eje importante que maneja esta investigación es el impacto emocional de la EM sobre los pacientes y sobre sus familias. Como muchas enfermedades crónicas, la EM se acompaña de múltiples alteraciones cognitivo-emocionales y comportamentales. La metodología parte de un diseño cualitativo y cuantitativo, favorece la complejidad de estos datos; triangulando métodos (cuestionario, grupo de discusión y entrevista en profundidad) junto a la observación participante. Como conclusión, este trabajo nos muestra que existen alteraciones emocionales en este tipo de pacientes, especialmente en ansiedad y depresión.

Tiene como aporte a nuestra investigación la evaluación de síntomas depresivos, la irritabilidad, trastornos de la autoimagen, bajo rendimiento laboral, fatiga, preocupación por la propia salud, desinterés por el sexo e ideas suicidas. Dichas

características, además de indicadores de depresión, también son síntomas de Aspectos emocionales de la esclerosis múltiple.

Martín (2019, p.6). **PERSONAS AFECTADAS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE: UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE CALIDAD DE VIDA, NECESIDADES Y ATENCIÓN SOCIAL.** La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica neurodegenerativa que ha sido tratada desde siempre desde el sistema sanitario, sin tener muy en cuenta cómo repercute en la calidad de vida de las personas desde el punto de vista social. Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar la situación de las personas con esclerosis múltiple en Valladolid para conocer cuáles son sus necesidades existentes y su percepción sobre la calidad de vida y la atención social recibida. La investigación se ha llevado a cabo en la ciudad de Valladolid y el método empleado ha sido un estudio de carácter cualitativo a una muestra de 12 personas afectadas de esclerosis múltiple. Los datos se han recopilado mediante dos entrevistas individuales y cuatro grupos de discusión, con un guión de preguntas abiertas y semiestructuradas. Los resultados han permitido señalar la importancia del apoyo social y psicológico en la vida de las personas con esclerosis múltiple para poder afrontar los cambios y las consecuencias que tiene la enfermedad en su calidad de vida. Los familiares son la principal fuente de apoyo y junto con ellos, desde el ámbito social se debe prestar una mayor atención a todos los aspectos de la enfermedad.

Como conclusión, este trabajo dio como resultado que el apoyo social y psicológico es uno de los aspectos más importantes para las personas con EM, y no se le presta la suficiente atención. Se ha comprobado que el estado psicológico influye en gran medida en el estado físico por lo que es fundamental aumentar la intervención de los profesionales en este aspecto de la enfermedad.

Este trabajo aporta a nuestra investigación debido a que afirma que las personas con EM necesitan de una asistencia psicológica para sobrellevar su enfermedad. El aporte que resultara de nuestra investigación, es resaltar la importancia de la asistencia y seguimiento de estos profesionales en su padecimiento con EM.

Villalva (2018). **Nivel de depresión en pacientes con Esclerosis Múltiple del Hospital Carlos Andrade Marín.** El objetivo principal fue identificar el nivel de depresión que presentan los pacientes con esta enfermedad. La investigación se

fundamenta en la Teoría Cognitiva de Beck la cual afirma que la depresión se presenta debido a un mal procesamiento de la información en el individuo. En cuanto a la metodología, el estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, diseño no experimental con una muestra no probabilística compuesta por 100 pacientes, los mismos que asisten con regularidad a consulta externa con una frecuencia trimestral al hospital en mención, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck, cuyos resultados arrojaron que el nivel de depresión en pacientes con Esclerosis Múltiple alcanza un porcentaje del 40% entre niveles leves, moderados y severos, el nivel con mayor porcentaje es el leve con un (18%). Como resultado de esta investigación se obtuvo el conocimiento de que aparte de la EM la persona puede presentar también otras enfermedades crónicas, entre ellas principalmente enfermedades mentales, haciendo hincapié a la depresión según el estudio realizado en Canadá por Kegel (2016). Considera que la presencia de varias de estas enfermedades crónicas influye gravemente en la calidad de vida del paciente.

MARCO CONCEPTUAL

Esclerosis Múltiple: Es una enfermedad del cerebro y la médula espinal (sistema nervioso central) que puede provocar discapacidad. Con la esclerosis múltiple, el sistema inmunitario ataca la vaina protectora (mielina) que recubre las fibras nerviosas y causa problemas de comunicación entre el cerebro y el resto del cuerpo. Con el tiempo, la enfermedad puede causar el deterioro o daño permanente de los nervios. (Mayo Clinic, 2022, p.1)

Enfermedad catastrófica: Se trata de enfermedad crónica degenerativa o infectocontagiosas que se convierten en crónica y pueden causar discapacidad o muerte.

Asistencia Psicológica: El objetivo de la asistencia psicológica es ofrecer apoyo profesional mediante una acción preventiva y orientativa a las personas que necesitan ayuda para tomar decisiones o resolver problemas que alteran su ritmo de vida normal debido al diagnóstico de la enfermedad.

Acting Out: El acting out está vinculado con el concepto de repetición, regresa como repetición lo reprimido, donde el sujeto coloca en acciones aquello que por la represión de los significantes no puede recordar. Es decir, el acting out está del lado de un sentido reprimido; cuando se habla de sentido, se refiere a que el sujeto aún se encuentra en el registro simbólico, intentando tener un recurso del Otro, es decir, hay un significante enlazado al acting out.

Pasaje al Acto: El pasaje al acto está asociado a la pulsión de muerte, separado del eros. Hay en él una repetición, pero repetición pulsional mortífera. Es decir, conlleva a un suicidio, a una destitución subjetiva radical, el sujeto ya no intenta acudir al Otro, sin ninguna esperanza, se identifica con el objeto de desecho.

Urgencia subjetiva: Ruptura aguda de la cadena significativa. Sin la articulación significativa, el sujeto no puede representarse, quedando suspendido en el tiempo de la urgencia, originando así un exceso de goce. La urgencia subjetiva implica entonces la presencia de un S1 suelto, en la medida en que se produce una caída del saber (S2) con el que el sujeto contaba para hacer frente a lo real.

Depresión: Es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades.

Ideas suicidas: Es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringido, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Capítulo I: Lo Real del Diagnóstico en la Esclerosis Múltiple

Conceptualización Clínica: Esclerosis Múltiple

La esclerosis múltiple es la enfermedad autoinmune que afecta al sistema nervioso central más frecuente en sujetos de entre 20-50 años, es una de las principales causas de discapacidad. Estos pacientes padecen cuadros agudos neurológicos con remisiones posteriores y en algunos casos suelen ser progresivos hasta llegar a la muerte. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y se apoya en la evidencia de lesiones en resonancia magnética diseminadas en tiempo y espacio, los múltiples tratamientos en la actualidad no curan la enfermedad pero logran suprimir en gran número la cantidad de brotes. (Domínguez, 2012)

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica desmielinizante que afecta al sistema nervioso central, especialmente las regiones peri ventriculares, los nervios ópticos y la médula espinal. El curso natural de la enfermedad se caracteriza por brotes de recurrencias y remitencias a lo largo de la vida, siendo característica la aparición de una fase de discapacidad progresiva en los pacientes que presentan enfermedades de largo tiempo de evolución.

La esclerosis múltiple es una enfermedad que afecta a una gran parte de la población mundial con diferencias étnicas que ha venido aumentando su incidencia, sus efectos son devastadores en quien la padece y los costos de su tratamiento suelen ser elevados y no aseguran la curación sino la disminución del riesgo de nuevos brotes. Se necesita más investigación para determinar con mayor precisión la etiología, factores desencadenantes y agravantes para poder desarrollar mejores tratamientos preventivos, paliativos y tal vez en un futuro curativos. (Domínguez, 2012)

Su nombre proviene del resultado de lesiones que causa esta enfermedad dado que, esta provoca varias lesiones y cicatrices. El organismo intenta ocuparse de reparar el daño que se produce en la vaina de mielina, pero no logra hacerlo por completo lo que da como resultado múltiples lesiones. La enfermedad se va presentando de manera distinta en cada persona según la ubicación de las fibras nerviosas afectadas. Por lo general empieza afectando la movilidad de quien la padece, estos pacientes suelen sufrir entumecimiento o debilidad en una o más extremidades que se produce en un lado del cuerpo a la vez, o en las piernas y el

tronco. También aparecen sensaciones de choques eléctricos que se producen con ciertos movimientos del cuello y temblores acompañados de falta de coordinación o caminata inestable. (Domínguez, 2012. p.26)

Otro síntoma común son los problemas de visión como la pérdida de visión parcial o completa, por lo general en un ojo a la vez, a menudo con dolor al mover el ojo, la visión doble prolongada y la visión borrosa. Esta enfermedad también puede afectar el habla de quien la padece haciendo que la persona comience a hablar arrastrando las palabras, sufre de fatiga, hormigueo o dolor en distintas partes del cuerpo, mareos y problemas con la función sexual, los intestinos y la vejiga, ocasionando en algunos casos el uso de bolsas de colostomía, estreñimiento e incontinencia.

Hasta la actualidad se desconoce la causa de la esclerosis múltiple. Se sabe que es una enfermedad auto inmunitaria. Consiste en que el sistema inmunitario del cuerpo ataca a sus propios tejidos. Debido a este mal funcionamiento del sistema inmunitario se destruye la sustancia grasa que recubre y protege las fibras nerviosas del cerebro y la médula espinal (mielina). No hay una respuesta exacta acerca de porqué se presenta en algunas personas y en otras no, se sospecha que es una combinación de factores ambientales y genéticos.

Según el MSIF (Multiple Sclerosis International Federation) en el 2020 se contabilizó 2.8 millones de personas diagnosticadas con esclerosis múltiple (EM) en todo el mundo. Actualmente 1 de cada 3.000 personas vive con la enfermedad. Si se habla de la prevalencia, esta es de 36 personas por cada 100.000 habitantes. Y si bien estas proporciones son relativamente bajas en contraste con otras condiciones médicas, los datos actualizados indican que cada 5 minutos se diagnostica un nuevo caso. La tendencia ascendente para la EM se destaca especialmente en el continente americano, área en la que los diagnósticos se han duplicado según los especialistas. Según la Revista Ecuatoriana de Neurología (2019) El Ecuador sigue siendo un país de baja prevalencia, los estudios han demostrado que la misma fluctúa entre 3 a 5 casos por 100.000 habitantes. El comportamiento epidemiológico es muy similar a la de cohortes europeas por ejemplo el sexo femenino es el principalmente afectado.

Tipos de Esclerosis Múltiple

La FEM (Fundación Esclerosis Múltiple) en el 2022 menciona que existen 4 tipos de Esclerosis Múltiple:

- **Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente:** La esclerosis múltiple remitente-recurrente es el tipo de esclerosis múltiple mayoritario. Los síntomas después de un brote disminuyen o desaparecen espontáneamente en un período que puede durar de días a meses. Los síntomas variarán de un episodio a otro según la zona del sistema nervioso central afectada. Este tipo de esclerosis múltiple es más frecuente en mujeres y se suele dar en estadios tempranos de la enfermedad, aunque muchas personas permanecen en esta fase el resto de sus vidas. (FEM, 2022)
- **Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva:** La esclerosis múltiple primaria progresiva se caracteriza porque la aparición de los síntomas se produce de forma progresiva. Especialmente los relacionados con la habilidad de caminar y la fuerza motora. La esclerosis múltiple primaria progresiva tiene la misma incidencia en hombres que en mujeres. (FEM, 2022)
- **Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva:** Un 25% de las personas que tienen esclerosis múltiple remitente-recurrente evolucionan con un empeoramiento neurológico progresivo que deriva, con los años, con la esclerosis múltiple secundaria progresiva. (FEM, 2022)
- **Esclerosis Múltiple Progresiva Recurrente:** La esclerosis múltiple progresiva recurrente es el tipo menos común. Solo un 3% de las personas con esclerosis múltiple tienen el tipo progresiva recurrente. Este tipo de esclerosis múltiple se caracteriza por una progresión constante de la enfermedad, sin remisiones. (FEM, 2022)

El Diagnóstico de una Enfermedad Catastrófica Como lo Real Para el Sujeto

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

Las enfermedades de alto costo, también llamadas "enfermedades catastróficas", constituyen un conjunto limitado de patologías de baja prevalencia que tiene un alto impacto económico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades catastróficas son aquellas

enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo mayor al 40% del ingreso del hogar. Estas enfermedades requieren procedimientos complejos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. (párr.1)

Las Enfermedades catastróficas son aquellas enfermedades que se desarrollan con muchas dificultades por lo general abarcan procesos largos, además de cambiar por completo la vida del paciente de manera inesperada. Estas enfermedades invaden al sujeto como un cuerpo extraño lo que genera que quien la padece se quede perplejo, encontrándose con este real invasivo.

Lo real es siempre idéntico a sí mismo, vuelve siempre al mismo lugar hasta el punto de confundirse con él, de llevar ese lugar pegado a la suela sin poder dejarlo nunca. De ahí su valor traumático, fuera del tiempo, tal como Freud lo descubrió bajo el velo del fantasma, como algo irreversible en la experiencia subjetiva y sin posibilidad de una realización simbólica, sin una imagen posible que llegue a reproducirlo también de manera fija. No hay fotografía ni escáner posible de lo real. Lo real es lo imposible en la medida que no puede llegar a simbolizar ni a imaginarizar, que *no* cesa de *no* escribirse en los otros dos registros. (Bassols, 2012, p.1)

Habiendo entendido el concepto de lo real desde una perspectiva psicoanalítica, se da paso a este cuestionamiento: ¿Por qué el diagnóstico se ubica como un real en la vida de estos pacientes?

Es importante dar cuenta cómo los pacientes con enfermedades catastróficas subjetivan su diagnóstico. Es decir, el sujeto va dejando de ser lo que era para convertirse en su enfermedad. Se puede ir pensando, de qué manera este real se coloca en el diagnóstico como lo imposible de decir, debido a que este diagnóstico llega sin aviso previo al sujeto. A partir de esto se plantea que más allá del cuerpo tomado por la enfermedad, el diagnóstico va ubicándose como un real sin espacio a una simbolización en el sujeto. A lo largo del desarrollo de la enfermedad catastrófica el sujeto va a dejar de tener un nombre y pasa a tener un diagnóstico. Esto hay que entenderlo también desde el punto subjetivo en el cual se ve afectado lo imaginario en el sujeto.

La imagen del cuerpo está en constante construcción y deconstrucción, es el soporte de la identidad del Yo y es singular en cada sujeto. No hay que confundir el esquema corporal con la imagen corporal. Según Boulch (2005) el Esquema corporal es la conciencia o representación mental del cuerpo y sus partes, mecanismos, y posibilidades de movimiento, como medio de comunicación con uno mismo y con el medio. Un buen desarrollo del esquema corporal presupone una buena evolución de la motricidad, de la percepción espacial y temporal, y de la afectividad. Está construida desde una perspectiva biológica y funcional del cuerpo, por otro lado la imagen es una construcción de cada sujeto, pensando así que ambas pueden ser afectadas individualmente sin relacionarse con la otra, esto se refleja en casos de mutismo, anorexia y otras enfermedades.

Lacan (2005) explica que la enfermedad somática toca el real del cuerpo, lo que también define al síntoma. La manifestación somática no tiene un sentido; es el enfermo quien, a través de la palabra, la transforma en fuente de saber. En casos de pacientes con enfermedades como diabetes, hipertensión es más probable que exista una significación del diagnóstico ya que a pesar de ser enfermedades catastróficas, son llevaderas a lo largo de la vida de quien la padece a través de cuidados. Por otro lado, la EM es una enfermedad degenerativa, que llega como un impacto de sentencia de muerte de quien lo padece. Causando que el sujeto se desestabilice en todos los aspectos de su vida. Genera angustia de tener un cuerpo defectuoso, un cuerpo discapacitado.

Lo Real del Cuerpo en la Discapacidad Asociada a la Esclerosis Múltiple

Según el Centro de control y la prevención de enfermedades en EEUU (2020) Una discapacidad es una afección del cuerpo o la mente, que hace más difícil que la persona haga ciertas actividades. Existe una limitación en las actividades. En casos de esclerosis múltiple como se ha explicado el sujeto se enfrenta a la pérdida de múltiples de sus capacidades. En este punto, se ve afectado tanto el esquema corporal como la imagen corporal. Para el paciente su esquema se ve distorsionado al escuchar que pasó de tener un cuerpo sano a tener un cuerpo que no logra cumplir sus funciones, luego a experimentar un cuerpo defectuoso a nivel fisiológico que no responde y no acompaña al deseo. Es así que la vivencia del descontrol corporal, es decir, síntomas físicos (temblores, hormigueos, ceguera) se manifiestan en el cuerpo como ese punto de

quiebre, por donde se filtra lo real del organismo. Por lo tanto, cae la imagen corporal, que es la que sostiene al sujeto, la parte enferma es considerada como una marca de nominación de aquella enfermedad.

Se entiende que, la EM es la enfermedad crónica más frecuente incapacitante del sistema nervioso central (NEJM, 2000). Entonces, para el sujeto ese diagnóstico se convierte en lo que no tiene sentido, es este real que toca al cuerpo y que resulta innombrable, sin ninguna articulación para el sujeto y por lo tanto, queda por fuera del registro simbólico, fuera del campo del lenguaje. Este diagnóstico atañe las funciones básicas del cuerpo del sujeto. La intervención del psicólogo clínico en este momento del proceso del diagnóstico en el cual se comunica al sujeto de su condición es de suma importancia puesto que da apertura a la significación.

CASO R

R es un paciente de 25 años, ingresa al área de neuroendocrinología por una crisis (temblores e inmovilidad) en sus manos y piernas propias de su diagnóstico de Esclerosis Múltiple. Este caso fue trabajado en las prácticas pre profesional del periodo 2021-2022. Este paciente tiene aproximadamente 3 años con esta enfermedad. Su familia es de escasos recursos, para ayudar económicamente en casa, R trabaja en un local de cerámica, está asegurado por eso accede a los servicios médicos públicos. En el discurso del paciente se puede evidenciar cómo esta enfermedad atañe a su cuerpo poniéndolo de frente con lo real y trastocando la cotidianidad de quien lo padece. R menciona: *“Iba en el bus rumbo al trabajo y cuando intenté bajarme el señor no paró bien y me bajé al vuelo. Me caí y terminé de nuevo ingresado aquí”*; *“A partir de que me sucedió esto mi familia quiere que pida la jubilación en mi trabajo por discapacidad pero no lo haré”*. A partir de estos dichos se puede evidenciar cómo esta enfermedad ha ido limitando al paciente causando una falta de autonomía.

El paciente pasa por una etapa de negación debido a que se enfrenta a lo real de este cambio significativo en su vida. Otro aspecto importante a resaltar es que R presenta *cutting* en sus muñecas y pecho. *“Alguien me contó que si me corto en horizontal no me muero pero si me corto en vertical sí, por eso yo lo hago en horizontal”*. Esta acción que toca al cuerpo, es una respuesta de lo real haciéndole frente hacia lo real de su diagnóstico, perdiendo su capacidad para una respuesta

simbólica. Esta práctica permite ver cómo el paciente busca tener el control de su propio cuerpo y de lo que este siente, infringiendo ese dolor que él mismo controla, a un cuerpo que ya no puede controlar, un cuerpo discapacitado. Cabe recalcar que estos temblores que sufre le causan mucho dolor por lo que el cutting también le posibilita tramitar situaciones de angustia y de estrés que son difíciles de simbolizar con la palabra. Esta autolesión es vista por él como una manera de resolver el monto de angustia que vive a partir de la enfermedad.

Esta enfermedad surge como algo traumático en los pacientes con EM debido a su acontecimiento inesperado, surge de alguna manera una herida narcisista en los involucrados por lo que, pierden una total autonomía, los ideales de un cuerpo sano caen. Con la llegada de lo real de dicho diagnóstico, el sujeto ve a este nuevo cuerpo discapacitado como un cuerpo destrozado, fragmentado por lo real, surge este sentimiento de desconocimiento de su cuerpo, se vuelve un cuerpo extraño para él, un sujeto sin historia. Ya que, la imago que recubre el cuerpo y que sería el primer tratamiento de lo real del organismo, ya no alcanza para vestir o velar ese real. En consecuencia, este cuerpo que solía ser autónomo ya no lo es más.

En este caso, el Otro va a tomar un rol importante, el médico se convertirá en un portavoz de todo lo desconocido que conlleva la enfermedad, la familia tomará el lugar de red de apoyo en este proceso y el psicólogo se convertirá en el agente que ayudará a tramitar la aceptación del diagnóstico y tratamiento médico, brindará espacios de apoyo psicológico a la familia y paciente, además será un orientador clave en la toma de decisiones.

El Otro en la Esclerosis Múltiple

Lacan (1957) remite que “El Otro está inmerso en la relación transferencial. El Otro es otra escena, el lugar de un despliegue de la palabra, es el lugar del origen del significante y este determina lo imaginario” Se puede entender que el sujeto siempre necesitará del Otro para poder tramitarse simbólicamente. Se considera como el Otro primordial a la familia, sin embargo, esta también se encuentra tramitando y reorganizando cómo cumplir con ser el apoyo requerido para lograr ceder, modificar, adaptar y transformar su vida a las necesidades de una persona con esclerosis múltiple, sin perder el horizonte. Además de considerar que es posible que

en este punto el sujeto que padece la enfermedad se convierte en un sujeto solo de derechos y la familia queda a merced de este como sujeto de deber. Es necesaria la intervención psicológica que apunte a que este Otro familiar no quede capturado en la “pena” o en el “deber ser” y de paso a que surja este significante que pueda ayudar al sujeto padeciente a re-constituirse.

En el contexto hospitalario el paciente con esclerosis múltiple se encuentra sin recursos, el Otro, es el que puede tramitar al sujeto padeciente logrando que el sujeto despliegue la palabra y pueda tramitar el diagnóstico dándole un nuevo significado. Por otro lado, el psicólogo es el que podrá dar la apertura, el acompañamiento al sujeto y a la familia para que ambos puedan tramitar. En estos casos el paciente y la familia en muchas ocasiones al toparse con lo real puede desencadenar en una urgencia subjetiva. En estos casos el sujeto se queda sin recursos de significantes lo que ocasiona un desbordamiento.

Hay que considerar cómo esta enfermedad no solo afecta al que lo padece sino que también transforma a toda una familia en una familia trastocada por esta enfermedad. El médico tiene un rol importante porque él es portador del diagnóstico, este profesional está presente desde el diagnóstico hasta el posible tratamiento. De aquí viene la importancia de que este tenga habilidades como la empatía, paciencia y comunicación asertiva para poder transmitir lo que sucede en el desarrollo de la enfermedad de tal manera que el sujeto pueda mantenerse estable.

En el trabajo en conjunto con el médico, el rol del psicólogo clínico, permitirá tramitar el diagnóstico del familiar enfermo al sujeto que lo padece y a la familia de tal manera que la familia se ubique como la red de apoyo principal del sujeto para el acogimiento, acompañamiento y restitución de la vida del sujeto, y no hay caer en la posibilidad de dejarlos en el lugar de sujetos de deberes convirtiéndose así, en una carga para la familia y anulando la subjetividad del familiar enfermo. El psicólogo también debe intervenir con ellos para evitar posibles desbordamientos.

La esclerosis múltiple deja como resultado un cuerpo disfuncional, el sujeto pierde el sentido y esto le genera angustia. El sujeto iniciará una búsqueda para lograr comprender el porqué de lo sucedido, cuál fue el origen de todo, cómo terminará todo lo que está viviendo. Ante esta forma invasiva de este real en la vida de los pacientes

con EM aparecen síntomas más allá de la discapacidad física. En algunos casos los pacientes pueden perder el sentido de su vida ocasionando que lleguen a sentirse desbordados por esta angustia, lo que puede causar que el sujeto entre en una urgencia subjetiva. Así mismo, estos pacientes pueden desarrollar cuadros depresivos, en la mayoría de casos acompañados de ideas suicidas.

Capítulo II: Manifestaciones Subjetivas Frente al Diagnóstico de la EM: Urgencia Subjetiva, Depresión e Ideas Suicidas.

Urgencia Subjetiva

”Las urgencias como subjetivas, destacando el plural en la medida en que habrá tantas urgencias como sujetos. Asimismo, la urgencia subjetiva es una ruptura aguda de la cadena significativa. Sin la articulación significativa, el sujeto no puede representarse, quedando suspendido en el tiempo de la urgencia, originando así un exceso de goce” (Seldes, 2004, p.553)

La urgencia subjetiva implica entonces la presencia de un S1 suelto, que en este caso sería el diagnóstico de EM, que deja al sujeto sin un soporte, en la medida en que se produce una caída del saber (S2) con el que el sujeto contaba para hacer frente a lo real. Es importante reelaborar este S2. Es decir, estos significantes que ayuden a abrochar o dar sentido al sujeto. Cabe destacar que al adjetivar la ruptura de la cadena significativa como aguda, dicha definición implica la posibilidad de nuevos encadenamientos tanto en neurosis como en psicosis.

Encontramos los efectos de esta ruptura no sólo en la aparición del fenómeno elemental como paradigma, sino también en crisis de angustia y sus modos de resolución por la vía del acting out y el pasaje al acto. En las distintas presentaciones de la urgencia el sujeto puede quedar sin palabras en el mutismo o la perplejidad, ser empujado hacia actos desesperados, o quedar preso de angustias masivas. Puntos extremos de una variedad clínica que también incluye manifestaciones sutiles. No debemos dejar de lado que la urgencia produce efectos en quienes la reciben. Aquel que consulta llega en posición de objeto, y convoca a quien escucha a la división subjetiva. Para responder a la urgencia desde una posición analítica conviene estar advertidos de los puntos de urgencia propios para poder hacer lugar al real del sujeto. (Seldes, 2004)

Es de suma importancia que el psicólogo reconozca su posición frente al paciente y que sepa identificar qué situaciones lo movilizan como sujeto. Esto permitirá o no al psicólogo atender cualquier urgencia que se le presente. Entonces, se entiende a la urgencia subjetiva como aquello que no logra tramitarse. Por lo tanto, es eso que no cesa ni puede esperar, estos sujetos necesitan una respuesta eficiente y acertada que logren calmar la problemática a la cual se están enfrentando, necesitan de ese S2 que le permita reelaborar, encontrar un soporte en su desbordamiento. La urgencia subjetiva no responde a los tiempos hospitalarios, el que el paciente recupere su equilibrio depende de un tiempo lógico y no ambulatorio.

Sotelo (2015) en su apartado de un Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas, hace referencia a lo siguiente:

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

Lo real de la enfermedad no para, es esto acuciante que invade al sujeto. En el ámbito hospitalario los sujetos siempre son objetos de la medicina por lo tanto, lo instantáneo, lo fugaz, lo efímero no alcanza para hacerle frente a lo real del diagnóstico médico, colocándolo en un constante estado de angustia. Justo ahí cuando el sujeto ya no puede más, la angustia entra como respuesta a este malestar subjetivo. La angustia va a irrumpir al sujeto de manera que este no consigue expresar lo que ocurre con él. Si bien la urgencia es un concepto médico que nos permite identificar una situación que requiera atención inmediata, esta también nos permite evaluar la gravedad de los casos para poder así dar solución a situaciones que implican riesgo de vida. La urgencia médica está regida por la expectativa del alivio sintomático, según el modo en que se concibe la urgencia determinará el modo de abordarla.

(Garcés, 2020) citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la urgencia médica como:

“la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Esta definición lleva implícita la heterogeneidad de la urgencia (causa diversa y gravedad variable) y engloba aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso (imprevisto o inesperado), y aspectos subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención), que generan en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución. (p.1)

Según la OMS, urgencia también es definida como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores.

Desde el enfoque psicoanalítico, como ya se ha mencionado, la urgencia subjetiva implica un desbordamiento del sujeto debido a la ruptura de la cadena de sus significantes. Esta ruptura deja al sujeto sin nada que lo sostenga, lo que tiene como consecuencia que no pueda hacerle frente a este real, originando en la misma crisis de angustia, pasajes al acto y acting out como respuesta ante esto que no logra nombrar.

Caso NN

A continuación, se presenta un caso de las prácticas pre profesionales de un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva. NN es un paciente de 29 años de edad, el cual ingresa al área de Neuroendocrinología por pérdida de visión progresiva, debido a que hace 3 años le diagnosticaron esclerosis múltiple. Estudia trabajo social, trabaja en una compañía de alimentos y vivía solo hasta que comenzó a presentar la pérdida de visión. Su padre falleció hace unos años y actualmente sus familiares más cercanos son su madre y su hermana. Hasta el momento en que perdió la visión el paciente se consideraba autónomo en todos los aspectos de su vida por lo que, actualmente le angustia la incertidumbre de cómo será su vida después de este cambio significativo.

Se ingresa a la habitación presentándose, inmediatamente el paciente menciona: “justamente quería una psicóloga” se lleva la mano al pecho y dice “siento algo aquí, un nudo, un sentimiento feo”. Se le preguntó a qué se refiere cuando dice un “sentimiento feo” y responde: “el cambio al salir de aquí me va a chocar porque no podré ver nada” “por eso quería hablar con una psicóloga, alguien que me entienda el dolor que siento”. Se procede a preguntar sobre el momento en el que recibió el diagnóstico comenta “el mundo se me fue abajo, yo sabía a lo que me tenía que enfrentar y no quería vivir”. Además, menciona que perdió el control y al llegar a casa, salió corriendo sin dirección, por lo que su hermana tuvo que ir detrás de él. Hay que resaltar que el paciente ya presentaba una disminución visual significativa.

Al momento de traer a sesión este recuerdo, NN se muestra ansioso y con voz quebradiza. La progresión de su pérdida de visión crea en el paciente esta angustia por este encuentro con lo real que le resulta intolerable. Vemos reflejada dicha angustia en el discurso del paciente al introducir la palabra “suicidio”. “si pierdo la visión totalmente voy a considerar suicidarme”. Seldes (2004) conceptualiza a la urgencia subjetiva como ruptura aguda de la cadena significativa. Sin la articulación significativa, el sujeto no puede representarse, quedando suspendido en el tiempo de la urgencia, originándose así un exceso de goce”. En este caso el paciente se ve enfrentado a un exceso, que no puede tramitar mediante sus propios recursos, está bajo condiciones apremiantes, para la cual requiere de un auxilio ajeno, lo que le causa dolor y expresión de emociones. Aquí el trabajo del psicólogo es de gran importancia ya que en el sujeto es necesaria una intervención ajena a él, la cual a su vez debe ser específica e inmediata, con la cual se obtendrá como resultado la pacificación de la urgencia que causó el displacer. Podría pensarse que algo de la urgencia cede a partir de que se produce una subjetivación en el momento de implementar estas herramientas que le sirvan al paciente para poder cesar lo insoportable de la incertidumbre de su vida sin su visión. En una de las últimas intervenciones el paciente menciona “Aunque no vea muy bien, igual puedo salir a la calle, puedo bajonarme pero bueno”. En este punto de las intervenciones con el paciente se puede dar cuenta de que la angustia se pudo cesar y además, cómo logra integrar su diagnóstico en el registro simbólico logrando así ponerlo en palabras.

A partir de este relato se le pregunta si actualmente tiene alguna motivación a lo que el paciente comenta que hace unos meses él trabajó en una entidad pública que ejerce rectoría para la inclusión social y atención durante el ciclo de vida, NN estaba encargado de los adultos mayores y menciona que había un señor no vidente, *“el señor tenía muy buena actitud y con 90% de discapacidad visual y se pudo adaptar, se acostumbró y no se detuvo y tuvo una buena vida”*, recalca que quiere ser como él, que eso le demuestra que él también va a poder. Mediante la caída de este saber, no se busca la restitución de un sentido de anterioridad a la emergencia en crisis ni acciones reparatorias de la realidad enfrentada del sujeto, a falta de este S1 en la cadena significativa, buscamos responder mediante la elaboración de un nuevo S2 que articule la cadena. (Seldes, 2004, p.36). Con esta intervención se pretende cesar esta urgencia que el paciente está atravesando para introducir un nuevo orden, ya que se encuentra en una pérdida de su autonomía, se aspira buscar esta reelaboración de su imagen a partir de su nueva condición.

En la cuarta sesión, se lo percibe más tranquilo debido a que le dieron el alta. Se procede a preguntarle cómo se siente, a lo que responde: *“muy bien, ya estoy más consciente de mi realidad, va a ser duro pero ya me voy a casa por fin”*. Aclara que se va a casa de su mamá porque ya no puede vivir solo, y que la doctora le había recomendado eso. Se le pregunta si ha implementado alguna herramienta de ayuda para que pueda sobrellevar la situación, a lo que responde: *“sí, me ayudo con mi celular y mi reloj”*. *“Si no hubiera tecnología me hubiera dado un tiro”*. *Pone un ejemplo “el otro día estaba buscando unas cosas en mi computadora y no alcanzaba a leer las letras entonces cogí mi iPad, le tomé una foto a la pantalla y le hice zoom, me las busqué para poder leer”*. Se le preguntó cómo se siente al poder realizar estas actividades cotidianas por su propio mérito a lo que responde: *“me siento mejor porque siento que si puedo volver a tener esa independencia que tenía antes”* con el fin de introducir un reconocimiento de lo que puede lograr, es importante recalcar de qué recursos se puede servir para hacer llevadero el cambio y realizar intervenciones para que estos recursos sean producciones propias.

Rubistein (2014) corrobora este malestar contemporáneo, en su publicación para una política del psicoanálisis en la época actual en la red Virtualia, en la que sostiene que:

Hoy predomina la angustia hasta el extremo del llamado "ataque de pánico"; y la depresión con su correlato de inhibición del deseo. Como respuesta el pasaje al acto y el acting out, esta respuesta frente a Otro que "deja caer", que objetualiza; la compulsión al consumo en todas sus formas, efecto de la prevalencia del objeto a en lo social y de la ilusión de obstruir dicha falta con objetos de goce, nuevas formas de rechazo de la castración que aumentan el riesgo de una satisfacción mortífera, del apagamiento del deseo, del rechazo del saber. (p.1)

Se puede apreciar en este capítulo cómo los sujetos con esclerosis múltiples son afectados no solo físicamente sino también psicológicamente, estos sujetos son tomados por la enfermedad. El paciente deja de ser sujeto para pasar a ser un diagnóstico. Es decir, es visto por el Otro como un objeto de aquella enfermedad. Lo que causa que su diagnóstico ocupe el lugar de lo innombrable dentro del sujeto afectando la percepción de su imagen/cuerpo y en la mayoría de casos estas afectaciones conducen a un desencadenamiento de síntomas depresivos e ideas suicidas en dichos pacientes.

Depresión

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) en la guía de práctica clínica (GPC) define a la depresión como:

Un trastorno mental episódico y/o recurrente que se presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos como: tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, los mismos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico (p.15)

Otra de las concepciones de la depresión es definida como una alteración del estado de ánimo, que incluye signos y síntomas emocionales, cognitivos y somáticos que influyen en la vida personal, social y laboral de quien la padece, se caracteriza por “un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y

signos que persisten por lo menos 2 semanas” (Ministerio de Salud de Chile, 2013, p. 12).

Depresión Desde una Mirada Biológica.

Desde el discurso médico se puede decir que se clasifica a la depresión en dos tipos:

- **La depresión exógena:** Se origina por una causa externa. Por lo general esta se encuentra bien definida y se relaciona por la pérdida de un familiar, pérdida monetaria, posición social, enfermedad catastrófica, situación estresante entre otras razones propias del contexto en el que se desenvuelve el sujeto.
- **La depresión endógena:** no tiene causa externa aparente por lo cual se llega a suponer que se debe a una alteración biológica. Entre las posibles causas endógenas se pueden presentar la alteración de algunos de los neurotransmisores. Los niveles anormales de serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), noradrenalina y dopamina actúan en las neuronas del sistema nervioso central y podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión.

¿Cuáles son las funciones de estos neurotransmisores?

- **Serotonina**

La serotonina cumple una importante función en la conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, secreciones endocrinas, apetito, funciones cardíacas y además, el ciclo de sueño-vigilia. (Guadarrama et al., n.d.)

- **Noradrenalina**

Este neurotransmisor se produce en el Locus coeruleus el cual es el núcleo del encéfalo, ubicado en el tallo cerebral. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar al organismo lo necesario para sobrevivir. (Guadarrama et al., n.d.)

- **Dopamina**

La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina. (Guadarrama et al., n.d.)

La serotonina y la noradrenalina tienen una gran influencia en patrones de conducta y función mental. Por otro lado, la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias sin duda son fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro. Los niveles bajos de dopamina causan pérdida de memoria, baja libido sexual, mala comprensión. Además, puede causar cansancio, fatiga mental, nublados, mal humor y con poco interés por la vida. Así como, los niveles bajos de serotonina pueden causar alta sensibilidad al dolor, irritabilidad o insomnio. Dichos neurotransmisores resultan afectados cuando hay problemas en los receptores adrenérgicos los cuales reciben la señal de la noradrenalina liberada en la terminación. Cuando estos se ven afectados se presentan alteraciones en las glándulas suprarrenales.

Desde el punto de vista en las prácticas pre profesionales en el contexto hospitalario, se puede evidenciar que no todos los pacientes se encuentran afectados con lo que se denomina depresión endógena, desde el discurso médico, pero si se encuentran afecciones por el enfrentamiento al diagnóstico con EM, y aunque existen diversos casos en que la propia enfermedad puede generar un cuadro depresivo debido a afectaciones a nivel neurológico, no se puede anular la subjetividad del paciente.

Depresión Según la Mirada Psiquiátrica

Depresión Desde la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El CIE-10 (1994, p.317) clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos ubicados desde el código F30 hasta el F39. La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado.
- F33 Trastorno depresivo recurrente.

“El paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido.” (García, 2000, pp. 96-97).

Depresión Según El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM V)

Los trastornos depresivos son trastornos que consisten en la desregularización del estado del ánimo, se clasifican en:

- **Trastorno depresivo mayor:** Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días con una disminución importante del interés por las actividades diarias. Esta afección está acompañada de insomnio, hipersomnía, fatiga, falta de concentración e ideas suicidas recurrentes. Debe cumplir un periodo de tiempo de dos semanas.
- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días con una disminución importante del interés por las actividades diarias. Esta afección está acompañada de insomnio, hipersomnía, fatiga, falta de concentración e ideas suicidas recurrentes. Debe cumplir un periodo de tiempo de dos años.

- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:** Alteración significativa y persistente del estado del ánimo que se caracteriza por un cuadro clínico del estado depresivo, causa deterioro en el área social, laboral y otras áreas importantes. Estos síntomas se desarrollan a causa de intoxicación, abstinencia o exposición a un medicamento.
- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** Persistente estado de ánimo deprimido en el cual predomina un cuadro clínico. Es consecuencia de una patología o una afección médica.
- **Otro trastorno depresivo especificado:** Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.
- **Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
- **Episodio depresivo de corta duración (4-13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
- **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo.

El DSM 5 y el CIE 10 son manuales que permiten identificar cómo la depresión se va presentando de acuerdo a sus síntomas, intervalos y frecuencias. Sin embargo, no nos permite ver su origen el cual es multifactorial. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013).

Lo primordial para el discurso psiquiátrico es medir en un intento de capturar todos los aspectos psicológicos en tiempos cronológicos para poder clasificar y en algunos casos medicar al paciente. Por el lado del psicoanálisis la oferta es darle prioridad a la subjetividad del paciente, es decir, cómo enfrenta el sujeto el diagnóstico de la enfermedad y qué invenciones puede hacer a partir de ello. Es posible, como se ha indicado anteriormente, que se trabaje con pacientes con necesidad de medicación, sin embargo, la importancia del psicólogo clínico en las instituciones hospitalarias apunta a un trabajo integral en el que sumado al tratamiento farmacológico, se apunte a rescatar la subjetividad del paciente.

Depresión Desde una Perspectiva Psicoanalítica

En el psicoanálisis se explica que la depresión será los afectos que retornan de lo real y se convierten en humor, de esta manera se convierte en lo que ocupa todas las representaciones del sujeto. Según Freud (1985) una respuesta depresiva no es un síntoma como una formación del inconsciente, es más bien un efecto del duelo del yo. En este punto se entiende que la melancolía consiste en una especie de duelo causado por una pérdida de la libido la cual se la expresa como "hemorragia libidinal."

En el sujeto lo que se destaca es la pérdida, para el sujeto su mundo se convierte en algo pobre y vacío; es el yo mismo el que se vacía y empobrece. La depresión ya no es únicamente un duelo que se liga a una pérdida de libido sino a la pérdida de un objeto de amor. Por consiguiente, la depresión es una modalidad de abandono frente al deseo y se presenta esta falta de querer hacerse cargo del conflicto que implica, se trata de un cierto temor moral que se expresa en la falta de capacidad del sujeto para enfrentarse a la situación a la cual se enfrenta.

Lacan (1988) dirá que el sujeto quedará preso entre lo simbólico (el significativo, el pensamiento) y lo que efectivamente no puede ser nombrado, aquello

que los psicoanalistas lacanianos llaman el objeto a, el goce. Así, el sujeto se encuentra dividido en dos polos: entre todos los nombres, todo el lenguaje que le es legado y lo que no consigue ser pensado o ser dicho. El sujeto se deprime cuando predomina lo que no se puede pensar ni ser representado, en este caso, es como un retiro de la libido, se pierde esta energía que formaba una conducta, el sujeto ya no siente deseo de lo que antes solía hacer.

“El término "depresión" se refiere asimismo a esa mezcla hecha de tristeza intensa, de culpa invasora, de angustia mayor que la habitual y de riesgo de pasaje al acto suicida. Como padecimiento psíquico, la depresión apunta a un abandono del sujeto, de lo que antes lo sostenía en la vida en relación a lo que él acostumbraba hacer, ser o soportar frente a los otros” (Marucco, 1986).

Freud propuso que todo ser viviente busca regresar a lo inanimado, donde prevalece la destrucción, la devastación y la disipación de lo vivo. Se sitúa entonces a la pulsión de vida como una fuerza de cohesión e integración, que provee al ser vivo del empuje necesario para contrarrestar lo destructivo. En el caso de la depresión prima la pulsión de muerte, esta energía pulsional se dispara ocasionando que el sujeto tenga una disminución significativa de la libido.

Se considera pulsión de muerte al impulso persistente e inconsciente en el cual el sujeto logra sentir placer en la destrucción. Esta energía apunta a la desintegración de los vínculos. Se podría decir, en este sentido, que la pulsión de muerte es una fuerza cuyo objetivo es la disipación de las uniones y la tendencia de todo lo vivo hacia un estado de reposo absoluto. Se puede entender que esta pulsión es un empuje psíquico fundamental e intrínseco en todos nosotros, articulado desde el nacimiento (primera separación de nuestra madre); cuyo fin es retrotraer al psiquismo a un estado de no tensión y reposo total y con ello trascender la inestabilidad y aumento de excitaciones propias de la vida del organismo. (Parra, 2020) Es la oposición a la pulsión de vida, representa la tendencia básica, presente en todo ser vivo, a regresar al estado inorgánico desde donde emergió. Freud la postula como un principio fundamental de lucha y destrucción, cuya acción se expresa esencialmente atacando los vínculos en todos los ámbitos. (Corsi, 2002).

Depresión en Enfermedades Catastróficas

Según la Organización Mundial de la Salud, demuestran que la depresión en pacientes con enfermedades crónicas se asocia significativamente con un peor estado de salud, en comparación con pacientes sin depresión que tienen una o más enfermedades crónicas. Además, se puede ir pensando, cómo las personas con depresión y otras enfermedades son propensos a presentar síntomas más graves de ambas enfermedades. Estos pacientes, pueden presentar más dificultades para adaptarse a sus enfermedades que le acontecen en la actualidad.

“La depresión ocurre en ausencia de enfermedad crónicas físicas, generalmente está acompañada de variados síntomas somáticos; cuando se acompaña de una enfermedad crónica física, la dificultad para distinguir los síntomas somáticos de aquellos que ocurren producto del problema de salud física, es especialmente desafiante” (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010, citado en Ministerio de Salud de Chile, 2013, p. 24).

Se puede evidenciar cómo a pesar de que la depresión se puede presentar de manera individual, si se presenta acompañada de una enfermedad crónica puede potenciarse y viceversa logrando así que el sujeto quede en un estado depresivo. No solo el paciente entra en este cuadro clínico depresivo, sino que también existen riesgos de un aumento de los síntomas somáticos propios de la enfermedad que padece.

Depresión en la Esclerosis Múltiple

La depresión en la EM es un estado de ánimo causado por diferentes factores que pueden ser propios de la enfermedad, entre estos la alteración del sistema inmune o su tiempo de evolución, además los efectos de la enfermedad como la discapacidad física, deterioro cognitivo y fatiga. Los cambios de humor pueden ser consecuencia directa de los cambios neurológicos que se producen con la enfermedad, en ciertos casos ya que hay que recordar que esta enfermedad puede afectar los nervios o partes del cerebro que controlan las emociones, por este motivo la persona puede experimentar sentimientos como:

- Tristeza
- Miedo
- Ansiedad
- Agitación
- Problemas para dormir
- Agresividad

La depresión en pacientes con EM se asocia generalmente a una inflamación y alteraciones del hipocampo. Los investigadores formulan la hipótesis de que la inflamación del hipocampo es responsable de la depresión asociada a la Esclerosis Múltiple. Los resultados de este estudio sugieren que la inflamación del hipocampo podría ser la causa que contribuye a la alta frecuencia de la depresión, o síntomas depresivos, en la Esclerosis Múltiple. Los autores predicen que un tratamiento eficaz y selectivo de la inflamación del cerebro (neuroinflamación) más el trabajo en conjunto del psicólogo clínico podría ayudar a restaurar la función cerebral y proteger contra la depresión en la Esclerosis Múltiple. (Cajo, 2018)

“La depresión en la EM se ha asociado a factores endógenos (alteraciones del sistema inmune, desmielinización), a variables propias de la enfermedad (tiempo de evolución, tratamientos, inmunomoduladores, así como con algunos de sus efectos más comunes (discapacidad física, deterioro cognitivo, fatiga). Sin embargo, estas relaciones no siempre se han visto apoyadas” (Olivares, Hernández, Nieto, Betancort, Pérez, Barroso, 2008, p. 5).

Es posible y, dependiendo de la zona afectada, que la depresión se produzca por una alteración neurológica pero hay que tener en cuenta que en la mayoría de casos se presenta como una afección psíquica a causa de que esta enfermedad implica múltiples pérdidas. A continuación se relata una viñeta clínica de un paciente atendido en las prácticas pre profesional que se lo ha nombrado como “A”:

Caso A

A es un adolescente de 17 años, que estuvo internado en el área de Neuroendocrinología por el diagnóstico de Esclerosis Múltiple que recibió a sus 15 años, al momento de atenderlo menciona que en ocasiones le ha comentado a su madre

que prefiere morirse si su enfermedad empeora. No habla con nadie de su enfermedad y prefiere pasar todo el día jugando videojuegos.

Se conoce que A reside con su madre, es hijo único pero tiene dos hermanastros por parte del padre, con los que se relaciona muy poco. Creció con su abuela materna debido a que su mamá se dedicaba a tiempo completo a su trabajo. Sus padres están divorciados desde que él era muy pequeño y con respecto al padre, no tienen una relación cercana ya que, no está muy presente en su vida desde su niñez. Ya no tiene amigos, pues prefiere estar todo el día en su casa jugando videojuegos y ya no asiste al colegio.

En las entrevistas con la madre, señala que en los episodios de llanto que le dan al paciente él le menciona: *“Por tu culpa estoy enfermo, mi vida está jodida”* *“como quisiera regresar al último año que estuve sano, ahora solo quiero morirme”*. Así mismo, A se muestra silencioso al hablar de su padecimiento. No habla de su enfermedad con nadie, comenta que no le gusta porque le trae muchos recuerdos de cuando se encontraba sano. *“Se me vienen recuerdos y me dan ganas de llorar, no quiero vivir así, hay veces en las que no aguanto y necesito llorar”* *“No quiero hablar de mi situación”*. Hay días en los que A no sale de su cuarto y no quiere ver ni a su madre. *“estoy sentimentalmente mal, hay días en los que solo quiero llorar”*.

El paciente padece de esclerosis múltiple, tiene periodos de una total pérdida de movilidad de sus brazos y piernas, por lo que cuando se presentan estas recaídas lo deben ingresar al hospital para realizarle terapias físicas y llevar un control. La enfermedad del paciente empezó a los 15 años cuando su madre lo envió a un colegio internado en la ciudad de Babahoyo. En una ocasión, le mencionó a su madre que si su enfermedad empeora él preferiría morirse, así mismo, A menciona que: *“esta enfermedad no tiene cura, solo tratamiento para mantenerme vivo”* *“ya no me quedan fuerzas, por dentro estoy muy mal”*. Añade que su estado de ánimo decrece cuando comienza a recordar su vida antes de la enfermedad, ya que él era muy activo en el deporte y que eso es en lo único que puede pensar. Hacía natación y su pasatiempo favorito era el fútbol. *“Se me vienen los recuerdos de cuando nadaba y me pongo a llorar”*. *“No lloro enfrente de las personas porque no quiero que me tengan pena y prefiero aguantarme”*.

A presenta sentimientos de minusvalía debido a que compara su vida antes de la enfermedad. Como podemos ver la depresión se trata de eso, es no poder superar y aceptar algo, en este caso perder la parte sana. A menciona: “*Prefiero no salir con mis amigos porque me van a tener lástima, yo ya no me puedo valer por mí mismo*”. El paciente presenta crisis de llanto incontrolables y dificultad para controlar sus impulsos, golpea las paredes y en algunos casos se encierra en su dormitorio y no le abre a su madre durante horas. En este caso se puede observar las diferentes respuestas de A de acting out y propias de la depresión. En este caso el paciente tiene un yo deprimido porque todavía su pérdida no ha sido elaborada, hace mención al que no quiere que le tengan pena ni lastima. A se siente desbordado por la pérdida de su estado sano. En sesiones, al momento de abordar el tema de su enfermedad, el paciente comienza a desviar el tema drásticamente y comenta sobre su época del colegio o sus relaciones amorosas en ese entonces. Se logra que el paciente salga de ese estado de angustia gracias a la intervención del psicólogo clínico el cual instaura ese espacio de escucha activa para llorar y hablar de esto que está perdiendo. Sin duda esto le ayuda a tramitar ese duelo y de esa manera también se tramita su estado de depresión.

La depresión se presenta como un vestido, es una forma de manifestar la angustia de lo no resuelto, de lo que el sujeto que la padece no tiene control en este caso una enfermedad que representa múltiples pérdidas para A. Estos síntomas pueden ocasionar cambios en el comportamiento, por ejemplo, estos pacientes tienden a mostrar un alejamiento de los demás, la irritabilidad, ideas suicidas que están ligadas directamente con una pulsión de muerte constantemente empujada por lo real del sujeto que padece esta enfermedad en varios casos estos sujetos quedan acorralados ante este empuje.

Ideación Suicida

Ideas Suicidas y Esclerosis Múltiple

El paciente con esclerosis múltiple tienen un mal cumplimiento del tratamiento de la enfermedad y una calidad de vida muy deteriorada es por eso que el riesgo de ideación, tentativa y suicidio consumado en personas diagnosticadas de esclerosis múltiple es 1,72 veces superior al de la población general. Además, el riesgo de suicidio en el momento del diagnóstico es superior (2,1) al riesgo que existe al inicio de los síntomas (1,69). (Alejos, 2020, p.3).

Retomando la enfermedad hay que recordar que la esclerosis múltiple es una enfermedad crónica desmielinizante que afecta al sistema nervioso central, especialmente las regiones periventriculares, los nervios ópticos y la médula espinal. Esta enfermedad se caracteriza por brotes de recurrencias y remitencias a lo largo de la vida, siendo característica la aparición de una fase de discapacidad progresiva en los pacientes que presentan enfermedades de largo tiempo de evolución.

Además de los síntomas neurológicos deficitarios típicos (alteraciones de la sensibilidad, pérdida visual parcial o completa, alteraciones motoras, alteraciones en la marcha, etc.), los síntomas psiquiátricos, como depresión, ansiedad y psicosis, son comunes. El suicidio en el caso de la esclerosis múltiple, al igual que ocurre en las enfermedades neurodegenerativas, se ve precipitado de forma mayoritaria en etapas cercanas al diagnóstico, particularmente en el primer año tras el mismo, aunque sigue existiendo un mayor riesgo que en la población general durante los primeros cinco años. (Alejos, 2020, p.4)

Según la Escuela de Andalucía en Salud Pública (2019) en su investigación señaló como factores de riesgo el ser varón, el aislamiento social, el diagnóstico asociado de depresión mayor, el consumo de alcohol, el diagnóstico en pacientes jóvenes, el apoyo familiar, y el subtipo progresivo de la enfermedad. El riesgo suicida en pacientes con diferentes patologías neurológicas señala el diagnóstico de la depresión en pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple, y lo identificó como el factor de riesgo de suicidio más importante en estos pacientes.

Desde las prácticas pre profesionales en el contexto hospitalario se puede evidenciar como los pacientes de sexo masculino presentan una mayor incidencia en tener ideas suicidas e intentos suicidas. Esto se debe a las distintas limitaciones propias de la enfermedad, ya que estos pacientes pierden parcial o total autonomía ya sea física, económica e incluso social. Particularmente alrededor del sexo masculino existen los estigmas dados por la sociedad. Un claro ejemplo de esto es que existen en los discursos sociales “los hombres no lloran”, “eres el hombre de la casa”. Estas construcciones sociales no permiten que los hombres puedan expresarse de igual manera que las mujeres y tienden a mantenerse en la posición de dominio, de fortaleza y de proveedor por lo que son más propensos a niveles más altos de angustia y gracias a esto se da paso a la depresión, ideas suicidas y acto suicida.

Acting Out, Pasaje al Acto y Acto Suicida, una Mirada desde El Psicoanálisis

Se trata de un término que tiene sus antecedentes en el terreno de la psiquiatría. Se puede entender que el pasaje al acto son las manifestaciones súbitas en las cuales existen descargas de tensión y angustia, estas están relacionadas con conductas o acciones violentas. Por otro lado, se puede interpretar al acting out como el último recurso que utiliza el sujeto antes del pasaje al acto, para de algún modo hablarle a este Otro que no escucha ni oye lo que le aqueja al sujeto.

El acting out está vinculado con el concepto de repetición, regresa como repetición lo reprimido, donde el sujeto coloca en acciones aquello que por la represión de los significantes no puede recordar. Es decir, el acting out está del lado de un sentido reprimido; cuando se habla de sentido, se refiere a que el sujeto aún se encuentra en el registro simbólico, intentando tener un recurso del Otro, es decir, hay un significante enlazado al acting out. En cambio, el pasaje al acto está asociado a la pulsión de muerte, separado del eros. Hay en él una repetición, pero repetición pulsional mortífera. Es decir, conlleva a un suicidio, a una destitución subjetiva radical, el sujeto ya no intenta acudir al Otro, sin ninguna esperanza, se identifica con el objeto de desecho.

“El suicidio es el único acto que tiene éxito sin fracaso. Si nadie sabe nada de él, es porque procede del prejuicio de no saber nada. Existe una relación entre acto y repetición. Se entiende que, el fracaso es una repetición por lo cual siempre fracasa el acto, al tener un propósito de poner en palabras un real, dicho fracaso reasegura ese querer decir. El suicidio revoca toda posibilidad de intentar articular algo de nuevo, queda por fuera del fracaso porque el real no se puede poner en palabras.” (Lacan, 1970, p.126).

A partir de esto Lacan, (2007) asegura que el sujeto mientras más quiere salir de la cadena significativa, más se mete en ella y en ella se integra, más se convierte él mismo en un signo de dicha cadena. Si la anula, se hace, él, más signo que nunca. En el acto suicida el sujeto que está muerto se convierte para los otros en un signo eterno, y los suicidas más que el resto (Lacan, 2007, pp. 253-254). Lacan habla de un “signo eterno” en tanto que es vía lo simbólico que el sujeto se eterniza, que aunque su vida termine, su nombre queda insertado en la cadena significativa.

Por otro lado Freud interpreta el acto suicida como “caer”, como asesinato ya que vía la identificación del yo del sujeto con el objeto al cual se le destina el deseo de muerte, el suicida en su acto cumpliría dicho deseo. Este acto no expresa otra cosa que esa completud, ese logro final, ese único “acto” que por tanto provoca angustia, eso único que es el cierre o la finalidad de aquel instinto de muerte que no queda en la apariencia, como el resto de los actos subjetivos destinados al fracaso, debido a la falta, debidos a la amenaza de castración.

En el suicidio es algo cumplido, esa desaparición de la barrera ante el goce y, por tanto, no hay apariencia, sino evidencia, autenticidad. Un acto donde las palabras ya no tienen lugar. De ahí que, a pesar de la angustia que precede al acto suicida, cuando éste se consuma, se desobedece la ley; es posible verlo también como un acto que escapa de la ley. Se encuentra por tanto al suicidio, más como una transgresión de la ley, un deseo llevado hasta sus últimas consecuencias, sin ningún obstáculo, o sea, satisfaciéndose. Si para Lacan el deseo es de muerte, es ahí, en el suicidio, donde está su realización.

En el acting out la angustia si hace signo, el sujeto se identifica con un significante, siempre hay un marco que va dirigido al Otro, en el pasaje al acto, no. El sujeto pasa al acto sin reconocer la angustia. En acting out es un acto hacia el Otro, es un llamado. Además, es un acto no habitual con un fin no fatal. En el pasaje al acto ya no existe esta llamada al Otro, al sujeto ya no le interesa llegar al Otro puesto que se identificó con el objeto de desecho lo que lo lleva al acto suicida ya consumado como tal, en el cual el YO muere. Cabe destacar que estas manifestaciones se originan a partir de un monto de angustia que supera al sujeto, que lo va desbordando, es decir, que lo deja sin posibilidad de un abrochamiento simbólico. Se puede visibilizar cómo el sujeto tiene este encuentro con lo real contingente. En esta investigación, esto se puede ir identificando a partir de esta enfermedad catastrófica como lo es la esclerosis múltiple.

Ideas Suicidas y Suicidio desde el Punto de Vista Psiquiátrico

Las ideas suicidas son pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. La amenaza suicida se considera la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo. Los factores de riesgo suicida son los factores predisponentes que pueden

desencadenar un acto suicida. El intento suicida es cualquier acto de auto perjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua. (Constanza & Alberto, 2018)

Por otro lado, el suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él se manifiestan los pensamientos suicidas que apunta al acto suicida en sí. En el sujeto suicida se detectan:

- a) Los actos fatales o suicidio consumado
- b) Los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio
- c) Los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica

El suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave para quien por su desesperanza, las expectativas del futuro no superan un presente doloroso. Es importante destacar la necesidad de sensibilizar a padres, maestros y médicos familiares sobre la vital importancia de detectar tempranamente los factores de riesgo del suicidio, por ejemplo ansiedad, depresión o abuso de drogas, situación de salud grave, entre otros para poder establecer un diagnóstico y un tratamiento correcto y oportuno. (Gutiérrez A., 2006)

Desde la perspectiva psiquiátrica del DSM V, hace referencia a las ideas suicidas:

- **Trastorno depresivo mayor:** Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días con una disminución importante del interés por las actividades diarias. Esta afección está acompañada de insomnio, hipersomnia, fatiga, falta de concentración e ideas suicidas recurrentes. Debe cumplir un periodo de tiempo de dos semanas.

La siguiente viñeta se trata de una paciente atendida en el transcurso de las prácticas pre profesionales realizadas en el ámbito hospitalario a quien se ha nominado como “L”:

Caso L

L es una paciente de 45 años del área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil, con un diagnóstico de esclerosis múltiple. Actualmente su enfermedad se encuentra en un 2do grado de tipo progresivo. Le diagnosticaron esta enfermedad hace 12 años por lo que, la misma ha estado evolucionando con un empeoramiento neurológico progresivo al pasar los años. Ingresó al hospital debido a que sentía una fuerte debilidad en manos y piernas impidiéndole movilizarse. La paciente utiliza un andador, sin ese instrumento no puede realizar sus actividades cotidianas y en este caso ya no podía movilizarse ni con el andador, por este motivo la internaron. Es la menor de dos hermanas, reside en Milagro y vive con sus dos hijos mayores de edad, es viuda y es quien se encarga de mantener su hogar. En algunas ocasiones ha mencionado que ya no tiene deseos de seguir viviendo porque está cansada de su enfermedad. Además, a partir de este deseo de morir devienen ideas de cómo acabar con su vida.

En este caso, L tiene un encuentro con lo real de su diagnóstico, que le resulta angustiante, esta incertidumbre y poca aceptación con respecto al cambio de su pérdida de capacidad y la reelaboración de su nueva imagen corporal que cae con este encuentro. Sabemos que la imagen corporal es la que sostiene al sujeto, y la parte enferma es considerada como una marca de nominación de aquella enfermedad. El diagnóstico de esclerosis múltiple se presenta como este real que irrumpe en la paciente y da como resultado que L no pueda poner en palabras lo que siente, esto a causa de que L no tiene los recursos simbólicos suficientes para afrontar su enfermedad. Lo que desencadena estas ideas suicidas. *"Le juro doctora que veo un camión y me da ganas de tirarme hacia el carro y morir, pero a la vez pienso cómo quedarían mis hijos si me llego matar"*. Es importante resaltar que lo único que la sostiene es el hecho de ser la cabeza del hogar, a pesar de sus pensamientos tiene ese soporte, es decir hay aún en ella una pulsión de vida. La paciente muestra dificultades para la aceptación de esta pérdida de independencia y este reajuste que debe hacer eventualmente en su vida. *"no quiero pensar en todo el asunto de mi enfermedad, yo sé cómo es esto de mi enfermedad, no voy a mejorar por eso ya no quiero pensar"*. *"yo estoy consciente de que no debería tener tanto estrés pero eso me ayuda a no pensar"*.

En este capítulo se puede concluir como la depresión, acting out y pasajes al acto van tomando al sujeto. Debido a estas manifestaciones psicológicas en el sujeto existe un alto riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple en comparación a la población general. Es recomendable una evaluación del riesgo suicida en estos pacientes de forma sistemática, así como vigilar los diferentes factores de riesgo. Se hace hincapié en la necesidad de vigilar el riesgo suicida de estos pacientes tanto desde atención primaria como desde las diferentes especialidades médicas. Es por esto que el rol del psicólogo clínico en conjunto con un equipo interdisciplinario es muy importante para la prevención. (Gutiérrez, 2006. p.67)

Capítulo III: Importancia del Psicólogo Clínico

El Quehacer del Psicólogo Clínico

El Psicólogo Clínico es el profesional que se dedica a estudiar, diagnosticar y tratar problemas o trastornos psicológicos o cualquier conducta. Sus objetos de estudio son la psiquis, las conductas y las formas de relacionarse de los individuos, trabajando en su prevención, diagnóstico y rehabilitación.

Los psicólogos clínicos recaban de sus pacientes información sobre: conducta, capacidad, actividad intelectual, entre otros; para: hacer un diagnóstico y describir las características de la personalidad, aplicar el tipo de tratamiento psicológico adecuado, suministrar datos e informes de los problemas psicológicos de un cliente o usuario, seleccionar posible candidatos para un proyecto de investigación psicológica, que sirvan de comparación para evaluar los resultados que se obtuvieron con un tratamiento, y para mil otras cosas. (Bernstein & Nietzel, 1982)

En la actualidad el rol del psicólogo clínico se ha ampliado, pues se desarrolla no sólo el trabajo en hospitales generales, psiquiátricos y neurológicos, sino también en centros de salud mental y social, orientación profesional, orientación infantil, servicios especializados para niños y adultos con limitaciones físicas, sensoriales, mentales y del lenguaje. Este profesional está inmerso en todo servicio asistencial y de salud pública o privada ya que tiene una importante función que cumplir.

Freud afirma: “Nuestra terapia es del siguiente modo: muda inconsciente en consciente y solo produce efectos cuando es capaz de ejecutar esta mudanza.” Cabe recalcar que el psicoanálisis no apunta a una cura en la que se dé un bienestar

completo, porque la completud es un mito pero sí apunta al alivio sintomático que permitirá mejorar la posición en la que se encuentra el sujeto. Entonces, se trabaja desde lo subjetivo que el paciente trae como malestar.

Cabe resaltar que para que se dé una correcta intervención según la orientación psicoanalítica se debe dar un espacio transferencial. La transferencia es un concepto diseñado por Sigmund Freud el cual permite la asociación libre y el análisis propiamente dicho, señalando que no se provoca, sino que tiene lugar, y que es lo que permite la interpretación. Para esto primero se establece que para que exista una transferencia primero debe haber el deseo del analista.

“La transferencia implica al Otro, y es justamente en esa relación que aparece la transferencia; más que como repetición y cliché, es un espacio entre el sujeto y el Otro, y hace énfasis en señalar la posición subjetiva y apuntar a su deseo, más allá que caer en su demanda. (Lacan, 1987, p.276) La transferencia es entonces la garantía del tratamiento y de la interpretación; esos momentos en los que se captura al sujeto en el análisis, es la captura del inconsciente en el discurso del sujeto. Por ello apunta la interpretación al deseo y no a la demanda del sujeto, no a lo dicho sino a lo que se esconde en ese decir (García et al, 2007)

En palabras de Lacan (1970) "el deseo del analista no es el deseo de ser analista", ello quiere decir que no está en la posibilidad de ejercer la posición de persona, o del profesional que actúa, sino en la presencia, y en el análisis profundo de todo lo que su presencia puede producir dentro y fuera del consultorio; incluso atravesando la vida del sujeto, es un acto de ser. Karothy considera (1999) "El deseo del analista es la excepción, es un deseo que indica un cambio de posición respecto del saber y que implica la función del despertar" (p.4). Entonces el deseo del analista suscita y apunta a la causa de deseo de quien consulta, lo moviliza, le permite tener conciencia e ir descubriendo aspectos subjetivos. En este cambio de posición el analista logra que caiga el sujeto supuesto saber. “Siempre y dondequiera, el sentido de los síntomas es desconocido para el enfermo, y el análisis muestra por lo regular que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes, que empero, bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes” (Freud, 1978, p.255).

Como psicólogos clínicos con orientación psicoanalítica se puede afirmar que la presencia del psicoanálisis y su incidencia no sólo se da en la práctica del consultorio sino también en el contexto hospitalario donde es necesario dar cuenta de sus efectos y del alivio que es posible producir por vía de la palabra, teniendo en cuenta la variabilidad de las demandas que se reciben y las condiciones de su práctica. Es así que se puede evidenciar que la práctica psicoanalítica tiene efectos en el sufrimiento propio de cada sujeto.

A continuación, se presenta un caso de las prácticas pre profesionales 2021-2022 en el contexto hospitalario, apuntando a un trabajo psicoanalítico:

Caso Pedro

P es un paciente de 57 años derivado del área de cirugía vascular. Es conductor profesional desde los 19 años. El paciente tiene 15 hermanos de los cuales él es el décimo quinto. Sus padres fallecieron hace varios años. Menciona que nació en Chone pero a los 14 años se mudó al Empalme con su tío porque tuvo que trabajar desde muy pequeño para sacar adelante a su familia. A los 20 años decidió mudarse a Guayaquil para estudiar y trabajar. Al llegar a Guayaquil conoció a su ex esposa la cual tuvo su primer embarazo a los 15 años por lo que él tuvo que abandonar la universidad y dedicarse a tiempo completo al trabajo. Al enterarse del embarazo de su ex esposa menciona que le dijo: *“Tu no vas a trabajar ni estudiar más porque yo soy el hombre y debo cumplir con mi responsabilidad”*. Tiene 2 hijos, actualmente está divorciado. Menciona que su hija tiene 34 años y es Ingeniera en comercio exterior y su hijo de 29 años es Ingeniero comercial. Comenta que a ambos les pagó toda la universidad y el postgrado. Vive actualmente con su hijo y su hija vive con su ex esposa. Se divorció hace 2 años, estuvo casado aproximadamente 30 años.

En su discurso se repite constantemente la palabra “Responsabilidad” ya que menciona que quiere ir a su casa para poder encargarse de todos sus negocios. Esta palabra viene presentándose con un importante significado desde la infancia hasta la actualidad en la cual a pesar de tener un sinnúmero de complicaciones médicas el paciente sigue dándole relevancia a su responsabilidad con el otro más que con el mismo. Lacan (1999) menciona que el obsesivo soluciona su barrera frente al deseo colocando el lugar del deseo prohibido, imposible. Coloca en ese lugar al Otro. Esta estrategia no permite en absoluto apaciguar el deseo, extinguir, sino todo lo

contrario: mantenerlo. Esto se refleja en el síntoma principal de P el cual logra mantener su deseo como imposible. Se interpreta que su deseo prohibido es dejar de tener el control, cederlo.

A lo largo de su vida él ha sido la persona que provee, sustenta y de alguna manera controla a las personas a su alrededor de manera económica recalando que siempre ha sido “responsable”. Este síntoma se repite desde su niñez hasta la actualidad. El paciente menciona: *“Quiero que mi hija vuele, empezaré a construirle un departamento arriba de mi casa para que viva con su esposo e hijos”*. *“Ya quiero que se case y me dé nietos, ya tiene 34 años”*. Aquí se clarifica de nuevo la repetición de su síntoma. En ninguna ocasión menciona querer que su hija sea económicamente independiente, para él “volar” podría significar que su hija emprenda una familia propia para que le “de” nietos y poder seguir en la repetición de su síntoma, para el mantener también a sus nietos. P menciona: *“Necesito que me den de alta para poder cumplir con mis responsabilidades”*

Lacan (2012) dice que el psicoanalista debe: “inscribirse como indeterminación, ahí como certeza, y formar el nudo de lo interpretable” (p. 23). Es entonces, mediante las intervenciones que se dan bajo transferencia que el analista podrá devolver un saber que haga eco en el sujeto y así este pueda escuchar su discurso invertido y llegar a una rectificación.

A modo de conclusión, en el caso P, se puede ver como el trabajo del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica logra una rectificación subjetiva en el sujeto. A lo largo del discurso del paciente se puede dar cuenta de la posición que sostiene frente al Otro que es la de sólo proveer, de estar a cargo. Es característico de la estructura neurótica con rasgos obsesivos intentar evitar su propio deseo, cabe recalcar que el sujeto sufre de angustia. Ya que, para P el que desea siempre es el Otro, el semejante. Esto se va trabajando a lo largo de las sesiones en donde el paciente logra cambiar la estrategia propia de su estructura. Al paso de las sesiones, se logró llegar a una rectificación. Escuchando al paciente acerca de cómo él siempre había asumido la responsabilidad de todos, se procede a realizarle la siguiente pregunta: *“¿Alguna vez alguien se hizo responsable de usted?”* a lo que el paciente se queda por unos segundos pensando y responde: *“No, siempre me gustó trabajar por mi familia”* se le replica: *“¿No cree que es tiempo de que alguien se haga responsable de usted?”*. El paciente

se queda pensativo y menciona: “*La verdad es que ya estoy cansado de trabajar, ser conductor es un trabajo matador. Podría hablar con mis hijos para vender todos los buses y ya poder jubilarme de la cooperativa*”. Finalmente, P pudo ceder ese control con esta pregunta que se le introdujo para movilizar su posición de proveedor.

Funciones del Psicólogo Clínico

- Diagnóstico clínico
- Orientación
- Acompañamiento
- Tratamiento de problemas psicológicos (terapias y psicoterapias)
- Tratamiento de problemas psicosomáticos
- Tratamiento de problemas sexuales.
- Terapia de Pareja
- Reeducación de problemas de aprendizaje
- Evaluación, tratamiento o rehabilitación.
- Psicomotricidad
- Terapia ocupacional
- Psicología comunitaria
- Investigación
- Psicología Experimental

Rol del psicólogo en las instituciones

Se entiende a las instituciones, como la representación de ciertos ideales en los cuales, algunos sujetos pueden coincidir y regirse a ellos. La institución es una construcción social, con una formación y creación cultural, además de una creación del hombre en comunidad. Aluden a normas que expresan valores protegidos dentro de unarealidad social. Refiere a organizaciones concretas, establecimientos, con funciones especializadas, con espacios, conjuntos de personas, tareas y reglas. El rol del psicólogo en las instituciones se conforma desde el lugar que el mismo esté apto de ocupar, desde interrogarse sobre cómo intervenir y a partir de dónde intervenir en el contexto institucional. Según García y López sostienen que: “El rol quedaría configurado a partir de la tarea asignada al psicólogo desde el ámbito desde el que se

lo convoca, en función de su conocimiento experto, su competencia y su idoneidad”. (2011, p.145)

En el caso de pacientes con casos agudos, se considera que, aun cuando expresamente no se refiere a un dispositivo analítico, el deseo del analista contiene un valor clínico primordial en relación al rol de psicólogo en tanto planifica un tipo de posición y escucha singular que denota a ubicar allí un sujeto. Para el psicólogo establecido en la institución, deberá entonces habilitar un espacio para la palabra del paciente, procurando que por el camino del lenguaje algo del goce corporal que invade al sujeto, ceda para que se posibilite un tiempo de espera, una pausa frente a lo que le aqueja que se le presenta en la vida del paciente. Además, el rol del psicólogo en este contexto es de suma importancia, lejos de aquellos con quienes podrían mantener vínculos afectivos, como familia o amigos, estos pacientes deberán contar con alguien que haga lugar a su llamado. Y es ese espacio de escucha el que los resitúa como sujetos.

El Psicólogo Clínico en Instituciones de Salud

El rol del psicólogo en el área de la salud, es brindar atención psicológica a los pacientes con un diagnóstico médico o con secuelas de alguna enfermedad, con base en la premisa de que los factores psíquicos tienen incidencia en el origen y la evolución de la enfermedad, y en la forma como el sujeto enfrenta la experiencia de padecer alguna enfermedad. Además, investigan e intervienen sobre los aspectos psíquicos que inciden en el proceso de salud-enfermedad. Los factores psíquicos y sociales inciden en el mantenimiento de la salud y propone una mirada, que desde el estudio psicológico, apoye los procesos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

El psicólogo clínico precisa contar, de forma integrada, con una visión clínica, una visión social y una visión institucional aplicadas tanto al paciente, como a la familia y equipos institucionales. Dicha visión tridimensional irrenunciable es la que permitirá la realización de tareas globales de prevención, diagnóstico e intervención psicológica. En la atención secundaria, se plantea que los psicólogos de la salud deben estar integrados a las distintas unidades hospitalarias y hacer parte de los equipos multidisciplinarios que tratan a los pacientes que son atendidos en ellas. Así como, la

recepción de las interconsultas médico-psicológicas y la asistencia directa de los pacientes enfermos y las familias.

Por otro lado, el trabajo investigativo, educativo y reflexivo que involucra a los estudiantes y profesionales de las distintas áreas de la salud. Además, es importante la participación en los equipos multidisciplinarios que estudian las situaciones de los pacientes enfermos y la acción institucional que involucra, entre otros, los temas de la satisfacción o insatisfacción de los pacientes los trabajadores de la salud con los servicios que son ofrecidos por la institución. Así mismo, desde su rol, tienen la potestad para sugerir que aquello que surge en momento de urgencia subjetiva en casos con diagnósticos de enfermedades catastróficas o un encuentro con lo real de su diagnóstico pueda ser trabajado en conjunto con el tratamiento que el paciente sostiene con su equipo tratante en la parte médica.

Entonces, la función del psicólogo clínico en el ámbito de la salud se refiere al diagnóstico, planeación, prevención, intervención e investigación junto con el abordaje de temas prioritarios en cada momento del ciclo vital frente a los cuales el profesional de la psicología debe desarrollar estudios y diseñar intervenciones orientadas fundamentalmente al trabajo.

Importancia del trabajo interdisciplinario

El trabajo interdisciplinario tiene como objetivo derribar las barreras existentes entre las diversas disciplinas para que las mismas se integren e interactúen entre sí, de manera regulada bajo unas determinadas directrices, metodologías y procedimientos, con el fin de alcanzar un determinado objetivo. Es de suma importancia lograr esta interacción puesto que, a pesar de ser un equipo de colaboración interdisciplinaria de especialistas en diferentes materias cada uno puede aportar desde su conocimiento y lograr que de manera conjunta, se llegue a la mejoría de los pacientes.

“Un equipo interdisciplinario ofrece una ventaja sin precedentes: la posibilidad de mejorar la comprensión de una situación o problema desde la visión de diferentes disciplinas y, en consecuencia, la presentación de variopintas soluciones. Así, se multiplican las posibilidades de arribar con éxito a la meta planteada”. (Anónimo, 2021) El trabajo interdisciplinario en el contexto hospitalario es fundamental porque permite a los profesionales la coordinación y unión de conocimientos para apuntar a

la mejor vía de recuperación del paciente en cuestión desde distintas ciencias. En este trabajo no solo se logra el cuidado integral del paciente a nivel biológico sino también se vela por el estado emocional de cada paciente y su círculo más cercano.

Trabajo del Psicólogo Clínico en Pacientes con Esclerosis Múltiple

La intervención psicológica más frecuentemente utilizada es la terapia breve, basada en el modelo de intervención en crisis, tratando de servir de apoyo a la persona en el afrontamiento del proceso de enfermar y las posibles alteraciones emocionales y de comportamiento, propias de la enfermedad. (Beraza, 2006) De la misma manera que la crisis emocional generada por la EM provoca en la persona una respuesta adaptativa determinada, desde un encuadre familiar (que es el que inicialmente se propone para el primer acercamiento a la persona enferma), una enfermedad crónica e invalidante como es ésta, puede provocar que la familia reaccione de distintas manera:

- Sentimiento de trastorno de la interacción entre el enfermo y los restantes miembros de la familia
- Sensación de desorientación
- Sentimiento de amenaza por la pérdida del equilibrio familiar, ante las presiones internas y lo que se vive como agresión desde la propia enfermedad, y las implicaciones sociales y laborales que lleva consigo.

La definición que la propia familia hace de los cambios que la enfermedad trae aparejados, influye de manera directa en la vulnerabilidad de la misma ante esta situación de crisis planteada. El análisis del procesamiento que la familia hace del hecho "enfermedad", a través de la detección del sentido atribuido a ella, nos permitirá esbozar un pronóstico acerca de qué conductas adaptativas va a poner en práctica la familia en las sucesivas etapas. (Beraza, 2006)

Desde la perspectiva psicoanalítica el psicólogo clínico apunta en casos de Esclerosis múltiple a que el paciente logre de alguna manera convivir con su diagnóstico. El psicólogo clínico se convierte en un dispositivo que permite que el paciente le dé lugar a su queja y además de eso le brinda herramientas para poder enganchar al sujeto con un deseo que lo logre sostener.

Capítulo IV: Metodología

Enfoque Cualitativo

La investigación cualitativa asume una realidad subjetiva, dinámica y compuesta por multiplicidad de contextos. El enfoque cualitativo de investigación privilegia el análisis profundo y reflexivo de los significados subjetivos e intersubjetivos que forman parte de las realidades estudiadas. (Mata, 2019). La investigación cualitativa permite profundizar en las causas de los fenómenos sociales, lo que resulta indispensable para su comprensión. Esta investigación es de carácter cualitativa, ya que se pretende enfocar el trabajo en obtener los significados y el sentido de los pacientes con esclerosis múltiple y cómo logran elaborar acerca de su condición de vida a partir del diagnóstico por medio de la intervención del psicólogo clínico, para llegar a esta finalidad se ha trabajado por medio de viñetas clínicas de la práctica pre profesional realizada en el presente año, revisión bibliográfica, investigación documental, entrevista a expertos y a un paciente con esclerosis múltiple.

Paradigma Interpretativo

Para Miguel Martínez (1997) “la investigación interpretativa se inscribe en el contexto de una orientación postpositivista donde el conocimiento es el fruto o resultado de una interacción, de una dialéctica o diálogo entre el investigador y el objeto o sujeto investigado” (p, 158). La investigación corresponde a un paradigma interpretativo debido a que en la recogida de datos se pone de relieve la interacción entre las investigadoras y el sujeto de conocimiento mediante las viñetas clínicas analizadas y la interacción con los sujetos entrevistados (profesionales y pacientes).

Método Descriptivo

Según Tamayo y Tamayo (2006, p.3), el tipo de investigación descriptiva, comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos; el enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo, cosa funciona en el presente. En esta investigación se resalta la observación cualitativa, este método sólo mide características de los elementos a investigar. El investigador observa a los encuestados a distancia. Dado que se encuentran en un ambiente cómodo, las características observadas son naturales y efectivas. (Guevara, 2020, p. 167)

Técnicas de Investigación

Investigación Documental

La investigación documental consiste en recoger información previamente existente sobre un tema o una problemática. Se puede obtener esta información de diversas fuentes como, por ejemplo, revistas, artículos científicos, libros y otros trabajos académicos. Esta metodología nos permite obtener una visión sobre el estado del tema o problema elegido en la actualidad. Según Alfonso (1995), la investigación documental es un procedimiento científico, un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema. Al igual que otros tipos de investigación, éste es conducente a la construcción de conocimientos.

Se utilizó como recurso a los autores clásicos de la orientación psicoanalítica como; Freud, Lacan y Miller para la investigación de las variables acerca de lo real, depresión e ideas suicidas. Por otro lado, en cuanto a la intervención del psicólogo clínico en el contexto hospitalario los autores más relevantes para la investigación fueron Bernstein & Nietzel.

Entrevistas

Entrevistas Semiestructurada Individual a Expertos.

Esta técnica está orientada a obtener información de forma oral y personalizada sobre acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de los/las informantes con relación a la situación que se está estudiando. La entrevista en profundidad sigue el modelo de plática entre iguales, “encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes”, reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (Taylor y Bogdan, 1990: 101).

En esta investigación es de suma importancia esta técnica ya que se utilizó la entrevista semi-estructurada individual aplicada a dos psicólogos clínicos con orientación psicoanalítica que pertenecen a un hospital público de Guayaquil. Según Carballo (2001) La entrevista semiestructurada a pesar de poseer un guion permite la recolección de información a través de respuestas más amplias.

Entrevista Biográfica.

Por otro lado, se realizó una entrevista biográfica a uno de los pacientes con EM de la misma institución. La entrevista biográfica tiene como objetivo obtener la experiencia de las vivencias del sujeto frente a su nueva condición de vida y como la intervención del psicólogo clínico ha aportado en este proceso. (Muñiz, 2018)

Instrumentos

Según Arias (2006), “Los instrumentos son cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar la información. Entre los cuales se pueden mencionar: los cuestionarios, entrevistas y otros” en esta investigación se utilizara la entrevista semidirigida con el objetivo de obtener datos acerca del trabajo del psicólogo clínico con pacientes con esclerosis múltiple. Además, también se le realizará una entrevista abierta a un paciente diagnosticado con esclerosis múltiple.

Entrevistas a expertos:

Psicólogo clínico

Entrevista a: Lizbeth Solís

Código de la entrevista: 001

Día de la entrevista: 4-08-2022

Duración: 35 min

Lugar: Hospital Público

Psicólogo clínico

Entrevista a: Robert Amat

Código de la entrevista: 002

Día de la entrevista: 4-08-2022

Duración: 35 min

Lugar: Hospital Público

Batería de preguntas:

1. ¿Cuáles son sus funciones dentro del hospital?
2. ¿Cuáles son las cualidades, técnicas, modo de intervención y métodos que debe tener un psicólogo clínico con orientación psicoanalítica para trabajar en el contexto hospitalario?
3. ¿Qué aporte le ha brindado el abordaje psicoanalítico para su trabajo con los pacientes en el contexto hospitalario?
4. ¿Cómo describiría el trabajo del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica en una institución de salud?
5. En su práctica hospitalaria con pacientes con EM ¿cómo describiría el impacto de lo real del diagnóstico de la enfermedad?
6. ¿Cómo afecta psicológicamente a los pacientes el tener que adaptarse a su diagnóstico?
7. ¿Considera que la intervención psicológica en pacientes con EM es de suma importancia y por qué?
8. ¿Cuáles cree que son las principales manifestaciones psicológicas que desarrollan los pacientes con EM? ¿Podría indicar las manifestaciones más graves?
9. ¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con ideas suicidas e intentos de suicidio con diagnóstico de EM?
10. ¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con depresión con diagnóstico de EM?
11. ¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con urgencia subjetiva con diagnóstico de EM?
12. Considerando que la teoría psicoanalítica tiene un abordaje extenso ¿Cómo se actúa en casos en pacientes que requieren una asistencia con efectos rápidos con manifestaciones de acting out, urgencia subjetiva o ideas suicidas?

Entrevista Biográfica a Paciente

Entrevista a: NN

Código de la entrevista: 001

Día de la entrevista: 17-08-2022

Duración: 25 min

Lugar: Vía zoom

1. ¿Qué edad tiene?
2. ¿A qué se dedica?
3. ¿Qué estudia?
4. ¿Cómo se sintió al momento de recibir su diagnóstico?
5. ¿Cómo fue el primer año con su enfermedad?
6. ¿Demandó atención psicológica? ¿por qué?
7. Describa cómo el psicólogo fue parte de su proceso de aceptación a su diagnóstico.
8. ¿Considera que la intervención psicológica es importante en casos de Esclerosis Múltiple?

Preguntas Según Variables

Variable 1: Lo real del diagnóstico

- En su práctica hospitalaria con pacientes con EM ¿cómo describiría el impacto de lo real del diagnóstico de la enfermedad?
- ¿Cómo afecta psicológicamente a los pacientes el tener que adaptarse a su diagnóstico?

Variable 2: Depresión e ideas suicidas

- ¿Cuáles cree que son las principales manifestaciones psicológicas que desarrollan los pacientes con EM? ¿Podría indicar las manifestaciones más graves?
- ¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con ideas suicidas e intentos de suicidio con diagnóstico de EM?
- ¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con depresión con diagnóstico de EM?

- ¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con urgencia subjetiva con diagnóstico de EM?

Variable 3: Rol del psicólogo Clínico

- ¿Cuáles son sus funciones dentro del hospital?
- ¿Cuáles son las cualidades, técnicas, modo de intervención y métodos que debe tener un psicólogo clínico con orientación psicoanalítica para trabajar en el contexto hospitalario?
- ¿Qué aporte le ha brindado el abordaje psicoanalítico para su trabajo con los pacientes en el contexto hospitalario?
- ¿Cómo describiría el trabajo del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica en una institución de salud?
- ¿Considera que la intervención psicológica en pacientes con EM es de suma importancia y por qué?
- Considerando que la teoría psicoanalítica tiene un abordaje extenso ¿Cómo se actúa en casos en pacientes que requieren una asistencia con efectos rápidos con manifestaciones de acting out, urgencia subjetiva o ideas suicidas?

Población

Según el autor Arias (2006, p. 81) define población como “un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio”. La población considerada para las entrevistas son: profesionales en psicología clínica que tienen trayectoria y experiencia en el trabajo con pacientes con enfermedades catastróficas en el ámbito hospitalario y un paciente diagnosticado con Esclerosis Múltiple, específicamente.

Capítulo V: Presentación y Análisis de Datos

Variables

Las siguientes variables trabajadas son las que han sido abordadas en la entrevista.

Se realizó una entrevista semi estructurada individual a dos psicólogos clínicos de un hospital público de Guayaquil. La entrevista consistió de doce preguntas y aproximadamente duró 50 minutos por cada profesional y se facilitó la entrevista de manera presencial.

Variables	<i>Sub Variables</i>	Definición
Variable 1: Lo real del diagnóstico	<i>Urgencia Subjetiva</i>	Seldes, (2004) define a las urgencias como subjetivas, destacando el plural en la medida en que habrá tantas urgencias como sujetos. Asimismo, conceptualiza a la urgencia subjetiva como ruptura aguda de la cadena significativa. Sin la articulación significativa, el sujeto no puede representarse, quedando suspendido en el tiempo de la urgencia, originando así un exceso de goce.

	<p><i>Acting Out</i></p>	<p>El acting out está vinculado con el concepto de repetición, regresa como repetición lo reprimido, donde el sujeto coloca en acciones aquello que por la represión de los significantes no puede recordar. Es decir, el acting out está del lado de un sentido reprimido; cuando se habla de sentido, se refiere a que el sujeto aún se encuentra en el registro simbólico, intentando tener un recurso del Otro, es decir, hay un significante enlazado al acting out. (Flores, 2014, p.2)</p>
	<p><i>Pasaje al acto</i></p>	<p>El pasaje al acto está asociado a la pulsión de muerte, separado del eros. Hay en él una repetición, pero repetición pulsional mortífera. Es decir, conlleva a un suicidio, a una destitución subjetiva radical, el sujeto ya no intenta acudir al Otro, sin ninguna esperanza, se identifica con el objeto de desecho. (Flores, 2014, p.2)</p>
<p>Variable 2: Depresión</p>	<p><i>Depresión</i></p>	<p>Según Freud (1985) una respuesta depresiva no es un síntoma como una formación del inconsciente, es más bien un efecto del duelo del yo. En este punto se entiende que la melancolía consiste en una especie de duelo causado por una pérdida de la libido la cual se la expresa como "hemorragia libidinal."</p>

	<i>Ideas suicidas</i>	“El suicidio es el único acto que tiene éxito sin fracaso. Si nadie sabe nada de él, es porque procede del prejuicio de no saber nada.” (Lacan, 1970). El suicidio revoca toda posibilidad de intentar articular algo de nuevo, queda por fuera del fracaso porque el real no se puede poner en palabras.
Variable 3: Rol del psicólogo clínico	<i>Importancia del Psicólogo clínico en pacientes con Esclerosis Múltiple</i>	La intervención psicológica apunta a servir de apoyo a la persona en el afrontamiento del proceso de enfermar y las posibles alteraciones emocionales y de comportamiento, propias de la enfermedad. (Beraza, 2006)

Tabla 1 . Cuadro de variables.

Fuente: Elaboración de las autoras, 2022

Análisis de Resultados

Para las entrevistas realizadas se trabajó con profesionales del área de psicología clínica, psicoanálisis y del ámbito hospitalario. Se entrevistó a la Psi. Lizbeth Solís y al Psi. Robert Amat. Ambos profesionales son destacados en el ámbito hospitalario y psicoanalítico. Por otro lado, también se entrevistó a un paciente con esclerosis múltiple.

Robert Amat es un Psicólogo Clínico de 32 años, graduado de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el 2016. Magister en “Psicoanálisis y Educación”. Realizó un trabajo de investigación acerca del trastorno al síntoma, estudio diferencial entre el trastorno mental y el síntoma psicoanalítico. Trabaja en el hospital público desde hace 7 años en el cual está a cargo del área de Psiquiatría, Medicina Interna, Endocrinología, Urología y Reumatología. Además de ser Psicólogo Clínico de la Consulta Externa. Posee experiencia en la aplicación de las técnicas de psicoterapia breve, psicoterapia de orientación psicoanalítica, psicoterapia de urgencia y emergencia a pacientes dependiendo de su malestar, problemática y síntoma. También, fue expositor invitado para hablar de su experiencia sobre el rol del Psicólogo Clínico en instituciones psiquiátricas en el 2014.

Lizbeth Solís es Psicóloga Clínica graduada de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el 2016. Magister en psicoanálisis y educación en el 2019. Trabaja en el hospital público desde hace 7 años, con formación de orientación psicoanalítica. Está encargada de la atención a pacientes con patologías psiquiátricas y médicas de alta complejidad. Posee experiencia en atención psicológica a niños de 3-5 años aplicando pruebas psicométricas y proyectivas; también en la aplicación de las técnicas de psicoterapia breve, psicoterapia de orientación psicoanalítica, psicoterapia de urgencia y emergencia a pacientes dependiendo de su malestar, problemática y síntoma. Actualmente, también es directora de proyectos de titulación de la maestría en psicoanálisis y educación en la UCSG.

Para la entrevista biográfica se ha trabajado con un paciente diagnosticado con esclerosis múltiple a quien, por efectos de la confidencialidad, se referirá a él como NN. Es un paciente de 29 años, estudia en la carrera de trabajo social, trabaja en una entidad pública, en el área de trabajo social. Es soltero y tiene una hija, vivía solo hasta antes de su pérdida de visión, por el momento regresó a vivir a casa de su

madre junto con su hermana. Comenzó a presentar pérdida de visión, por lo que fue ingresado al área de Neuroendocrinología por pérdida de visión progresiva debido a que fue diagnosticado hace aproximadamente 4 años.

Variable 1: Lo real del diagnóstico

En esta variable, se quiso identificar el impacto de lo real del diagnóstico con pacientes con esclerosis múltiple. Se resaltaron manifestaciones como: urgencia subjetiva, acting out y pasaje al acto. Según la Psi. Clínica Lizbeth Solís, ella puede dar cuenta de la presencia de estas manifestaciones en pacientes en el contexto hospitalario, desde su experiencia cuenta como los pacientes con esclerosis múltiple terminan desbordados al momento de recibir su diagnóstico por lo que su intervención en ese momento de urgencia ha apuntado a prestar significantes a este sujeto que en ese momento no los tiene, además de enfrentarse a lo real de la muerte que se presenta en la vida de cada paciente. Menciona que lo más difícil es la reconfiguración de la imagen, en virtud de que la imagen del paciente cambia acompañado de la sutileza del propio cuerpo, además de las funciones que se van perdiendo, cognición y su interacción con los otros. Es decir, conlleva también la pérdida de su autonomía.

Asimismo, el psicólogo clínico Robert Amat añade que se presentan casos en que los pacientes responden desde este real con acting out, pasajes al acto, ataques de pánico, ansiedad, ideas suicidas e incluso intentos suicidas. Los dos concuerdan que para abordar este tipo de manifestaciones, se debe prestar significantes al paciente por lo que, el sujeto no posee recursos simbólicos, y para que puedan tramitar eso extraño que invade y aqueja al cuerpo.

Por el lado del paciente NN, menciona que cuando le diagnosticaron esclerosis múltiple al principio no entendía lo que pasaba, menciona que se aisló, no quería hablar, no sabía qué sentir, y que solo salían lágrimas de sus ojos, no quería que nadie lo viera y no quería saber nada de su tratamiento.

Variable 2: Depresión e ideas suicidas.

En esta variable surgieron varios cuestionamientos alrededor de cuáles eran las manifestaciones psicológicas que aparecen en pacientes con Esclerosis Múltiple. Entre estas manifestaciones se resaltó la depresión e ideas suicidas. La Psicóloga Clínica Lizbeth Solís mencionó que en categoría diagnóstica se dan

trastornos de ansiedad, trastornos de depresión, trastornos mixtos de ansiedad y depresión, trastornos de adaptación, reacción al estrés agudo, alteración de la conservación del sueño, alteraciones de alimentación, ideas auto líticas, conductas auto líticas. Del lado del psicoanálisis se dan manifestaciones como acting out, pasaje al acto, síntomas conversivos y somatizaciones.

Por otro lado, el Psi. Clínico Robert Amat menciona que la depresión es una manifestación que siempre está en estos pacientes acompañada de incertidumbre acerca de su diagnóstico ya que los pacientes pierden su lado sano, se encuentran atravesando un duelo por su yo y están constantemente pensando en la posibilidad de muerte. Acerca de las ideas suicidas comenta que en pacientes con estas manifestaciones de ideas suicidas hay que hacer seguimientos e intervenciones por lo menos dos veces a la semana, de la mano con el acompañamiento familiar. En estas intervenciones sin duda se apunta a encontrar ese deseo de vivir en el paciente, algún enganche que logre que el paciente sienta un deseo de continuar. Como psicólogos debemos encontrar ese enganche a la vida que pueda sostener al paciente. También es importante el trabajo con la familia debido a que este Otro es el que acompañará permanentemente.

En la entrevista con NN este comentó que el área afectada de la enfermedad está relacionada con la visión por lo que ha ido perdiendo la vista progresivamente, comenta que se sintió depresivo al momento de ser diagnosticado consecuente a esto perdió la autonomía que tenía, menciona que ha sido duro tratar de acoplarse a su nueva situación y que en algún momento se le cruzó por la mente ya no vivir más.

Variable 3: Rol del psicólogo clínico

En esta variable el objetivo principal era hacer visible la importancia del trabajo del psicólogo clínico en estos pacientes con mal pronóstico. Según el Psi. Robert Amat la intervención del psicólogo clínico es muy necesaria ya que la mayoría de estos pacientes pierden el sentido de la vida por lo que llevan a los pacientes a distintas manifestaciones como acting out, pasajes al acto, etc. Específicamente estas manifestaciones son consecuencias de lo real que desborda al sujeto, la intervención del psicólogo debe apuntar a que el paciente ponga en palabras aquello que no puede tramitar.

El psicólogo, desde su experiencia clínica, sostiene que solo el espacio de intervención psicológica sería el adecuado para lograr que los pacientes elaboren las pérdidas que les trajo la enfermedad para poner en marcha la identificación de lo que sería el enganche al deseo de vivir, que pueden ser diversos dependiendo de cada caso.

Por otro lado, la Psi. Lizbeth Solís nos comenta a partir de su experiencia que la intervención psicológica es necesaria debido a que, dependiendo de los pacientes, estos podrían optar por pasar su enfermedad solos debido a que asumen una posición de objeto y no quieren ser carga de este Otro que en este caso es su familia o su pareja, debido a que es esta patología pura que le hace pensar que depende de los demás. Es importante recordar que el paciente se encuentra inmerso en un proceso médico, el cual hace que el sujeto se posicione como objeto, objeto de la enfermedad. Como psicólogos cuando se hace una oferta de atención psicológica es para recuperar al sujeto, para atender eso que la ciencia lo pone como pura enfermedad. Nuestro trabajo debe apuntar a brindar ese espacio para hablar de esa enfermedad. Además, se considera sumamente importante la intervención en el trabajo interdisciplinario, debido a que operaría bien un trabajo de varios profesionales.

En la entrevista con NN menciona que sí es importante y ha sido importante la intervención psicológica que ha tenido en un primer momento para poder de alguna forma asumir la enfermedad que padece. El sujeto comenta que gracias a las intervenciones del psicólogo pudo incluso tramitar el rechazo que sentía por su madre y hermana, en tanto que de alguna manera desplazó todo lo que sentía por su enfermedad hacia ellas. También menciona que la psicóloga le brindó orientaciones para direccionar su vida acorde a su nueva condición: “Era la única persona con la que podía hablar cómodamente de mi situación médica, tenía mucho rechazo hacia mi madre y hermana por el control que ahora tenían en mi vida y pude ir aliviando esa tensión gracias a la psicóloga. También me ayudó a ver las cosas de manera distinta con respecto a mi vida, a poder darme cuenta que si puedo vivir y volver a crear un nuevo estilo de vida aceptando mi condición que aunque a veces me tira al suelo a llorar soy fuerte y puedo continuar”.

CONCLUSIÓN

Al realizar la investigación desde un enfoque psicoanalítico y en el ámbito hospitalario permite desarrollar aspectos teóricos que desde otras corrientes o enfoques pudieron ser trabajados de otra manera en la cual la subjetividad del paciente fue omitida. Específicamente se logró identificar como lo real invade al sujeto dejándolo sin recursos simbólicos y provocando que el sujeto ingrese en urgencia subjetiva, presente depresión e ideas suicidas. Desde el enfoque psicoanalítico se puede conceptualizar y profundizar en las afectaciones subjetivas que se presentan con la esclerosis múltiple e ir las relacionando con los casos presentados en los cuales se veían reflejados estos aspectos como la urgencia subjetiva, acting out y pasaje al acto.

Se debe hacer énfasis en la importancia de las intervenciones del Psicólogo Clínico en el ámbito hospitalario, las cuales permitieron a los pacientes con esclerosis múltiple reelaborarse a partir de su presente diagnóstico, estos sujetos lograron cuestionar y comprender sus posibilidades a pesar de ser una enfermedad de mal pronóstico. Asimismo, la intervención del psicólogo clínico permite que el sujeto identifique ese “enganche” a su deseo de vivir que se creía inexistente, es decir, sostener la pulsión de vida según lo que el paciente manifieste en su discurso, logrando de esta manera que redirija su libido hacia un objeto de deseo.

Como investigadoras del presente trabajo y pasantes de la práctica pre profesional en el área de Neuroendocrinología, de una casa hospitalaria de Guayaquil, esta investigación permitió dar cuenta de dos aristas: 1. La importancia vital de que el Psicólogo Clínico pertenezca al equipo interdisciplinario en el ámbito hospitalario, de tal manera que se encuentre figurado en la ruta de atención a pacientes con enfermedades catastróficas. 2. Conocer más de cerca cómo es la vivencia de la persona que lo padece, los aspectos fisiológicos y los aspectos psicológicos que se van manifestando, además, como la intervención del psicólogo puede lograr que el paciente tramite lo que le aqueja por vía de la palabra.

RECOMENDACIONES

- Es recomendable y de suma importancia para los futuros psicólogos clínicos saber que los profesionales que trabajan en el sector hospitalario en muchas ocasiones no son llamados por una demanda del paciente, sino que son derivados por otros profesionales. Es aquí donde el psicólogo debe lograr que el sujeto cree esa demanda que permita abrir un espacio para el abordaje psicológico del paciente como sujeto y no como objeto de la enfermedad.
- Es importante resaltar lo invasiva que es esta enfermedad en el cuerpo de quien lo padece, por lo tanto, el abordaje clínico debe apuntar a que estos pacientes puedan elaborar por sus propios medios respuestas sintomáticas que les permita reelaborar su imagen y recortar lo real de esta enfermedad.
- Otra recomendación importante para los futuros psicólogos clínicos es crear dentro de lo posible un balance que le permita cumplir tanto con la demanda institucional como con la del sujeto.
- Asimismo, que la presente investigación permita visibilizar la importancia de la inclusión del psicólogo clínico en el equipo interdisciplinario, más aun con pacientes con enfermedades catastróficas puesto que, son sujetos que son tocados por lo real de un diagnóstico de mal pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Anonimo. (2021, December 22). *Trabajo interdisciplinario: 7 consejos para triunfar como equipo*. Bitrix24. Retrieved July 19, 2022, from <https://www.bitrix24.es/amp/articles/trabajo-interdisciplinario-7-consejos-para-triunfar-como-equipo.html>
- Alejos, M. (2020) ¿Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica? Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485320301298?token=0778982311A15DD9A62A7EA6C3F6EAFCDDBE25ADCDD27799A85EABC913D3F2C3B88432DEEAEC959303AAFCD1224AAF066&originRegion=us-east-1&originCreation=20220607190932>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*. Retrieved July 12, 2022, from <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
- Bassols, M. (2012). *Lo real del psicoanálisis*. Virtualia. Retrieved August 9, 2022, from <http://www.revistavirtualia.com/articulos/262/lo-real-en-la-ciencia-y-el-psicoanalisis/lo-real-del-psicoanalisis>
- Beraza, P. M. (2006, August 11). *INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE*. Infocop Online. Retrieved July 19, 2022, from https://www.infocop.es/view_article.asp?id=985
- Boulch, L. (2005). ESQUEMA CORPORAL. Retrieved August 9, 2022, from <https://www.um.es/cursos/promoedu/psicomotricidad/2005/material/esquema-corporal.pdf>
- Bustos, A. (2016). *DESEO DEL ANALISTA, LA TRANSFERENCIA Y LA INTERPRETACIÓN! UNA PERSPECTIVA ANALÍTICA*. Scielo Colombia. Retrieved August 9, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2016000100008
- Cajo, M. (2018). *Nivel de depresión en pacientes con Esclerosis Múltiple del Hospital Carlos Andrade Marín*. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA. Retrieved July 12, 2022, from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16854/1/T-UCE-0007-CPS-059.pdf>

- Carballo, F. (2001). La entrevista en la investigación cualitativa. *Pensamiento actual*, 2(3); pp. 15-21.
- CDC. (2020). *Vistazo general de la discapacidad / Las discapacidades y la salud / NCBDDD*. CDC. Retrieved August 9, 2022, from <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability.html>
- Cedeño, J., Sosa, F., & Rodriguez, L. (2017). *Acerca del psicólogo clínico*. Redalyc. Retrieved July 20, 2022, from <https://www.redalyc.org/pdf/805/80512213.pdf>
- Constanza, S., & Alberto, J. (2018). *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*. SciELO España. Retrieved July 12, 2022, from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
- Coronel, L. (2016). *Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico*. SciELO México. Retrieved July 11, 2022, from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100047
- Corsi, P. (2002). *Aproximación preliminar al concepto de pulsión de muerte en Freud*. SciELO Chile. Retrieved July 11, 2022, from https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000400008
- Dominguez, R. (2012). Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un125e.pdf>
- El suicidio para el psicoanálisis*. - Cartapsi. (2017, April 27). Carta Psi. Retrieved July 26, 2022, from <http://www.cartapsi.org/new/el-suicidio-para-el-psicoanalisis/>
- EL SUICIDIO, SUS ESTATUTOS Y ÉTICA DEL PSICOANÁLISIS*. (n.d.). Dialnet. Retrieved July 26, 2022, from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3703223.pdf>
- Enfermedades que afectan a la imagen corporal*. (n.d.). Recercat. Retrieved August 9, 2022, from https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/219942/Maria_Antonia_Placer_Santos.pdf?sequence=1

- Escuela de Andaluza en Salud Pública. (2019, July 31). *Riesgo de suicidio en personas con esclerosis múltiple*. Psicoevidencias. Retrieved July 19, 2022, from <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/banco-de-cats/746-riesgo-de-suicidio-en-personas-con-esclerosis-multiple>
- Freud, S. (1895) Proyecto de una psicología para neurólogos. En López-Ballesteros; L. (trad.) Obras Completas. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1978) Conferencia 17: El sentido de los síntomas. En J.L Etcheverry (Trad) Obras completas: Sigmund Freud, (vol. 16) Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1916)
- Garces, A. (2020). *DIFERENCIA ENTRE URGENCIAS Y EMERGENCIAS*. Congresos FNN. Retrieved July 7, 2022, from https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-03_5e385d7520021_urgenciasyemergencias.pdf
- Garcia, P. (2000). *Untitled*. WHO | World Health Organization. Retrieved July 12, 2022, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Guadarrama, L., Escobar, A., & zhang, L. (n.d.). *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. e-journal. Retrieved July 11, 2022, from <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
- Guevara, G. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7591592.pdf>
- Gutiérrez, A., Contreras, C., & Orozco, R. (2006). *Redalyc.El suicidio, conceptos actuales*. Redalyc. Retrieved July 12, 2022, from <https://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
- Jacques Lacan, Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XXIII: Le sinthome (1975-1976) (Paris: Seuil, 2005).
- Karo, G., & López. (2011). *La función del psicólogo en las instituciones: algunos dilemas éticos allí donde el asistencialismo impide la emergencia del*. Acta Académica. Retrieved July 20, 2022, from <https://www.aacademica.org/000-054/39.pdf>

- Lacan, J. (1988) "Función y campo de la palabra..." en Escritos 1. Buenos Aires. Editorial Siglo XXI.
- Lacan, J. (1970) Radiofonía y Televisión. CD-ROM. Infobase. Disponible en: <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Lacan-Jacques-Psicoanalisis-Radiofonia-Television.pdf>
- Lacan, J. (2007) El seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires, Argentina: Paidós,
- Lacan, J. (1987). Seminario II. Barcelona: Paidós.
- Marucco, N. (1986) La melancolía: el ocaso de una pasión. Revista de psicoanálisis, XLIII, 4. México.
- Ministerio de Salud de Chile. (2013, October 9). *Untitled*. Ministerio de Salud. Retrieved July 12, 2022, from <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- MUÑOZ, P. (2009) La invención lacaniana del pasaje al acto, en Manantial, Buenos Aires.
- Mateu(2018). ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y NEUROPSICOLÓGICOS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE. Disponible en: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/66605/Aspectos%20Psicol%C3%B3gicos%20y%20Neuropsicol%C3%B3gicos%20de%20la%20Esclerosis%20M%C3%Baltiple%20%28Tesis%20Doctoral%20-%20Joaqu%C3%ADn%20Mateu%20Moll%3%a1%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MSIF (2022). Panorama Global de la Esclerosis Múltiple. Disponible en: <https://consultorsalud.com/asi-esta-panorama-global-esclerosis-multiple/>
- Martín (2019). Personas afectadas de esclerosis múltiple: un estudio cualitativo sobre calidad de vida, necesidades y atención social. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39812/TFG-G4065.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Navarro, B. (2022). Vaina de Mielina: Mielina y mielinización. Disponible en: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/mielina-y-mielinizacion>

- Nieto, A., Sánchez, M., Barroso, J., Olivares, T., & Hernández, M. (2008). Alteraciones cognitivas en etapas iniciales de la esclerosis múltiple y su relación con el estado de ánimo, variables demográficas y clínicas. *Psicothema*, 583-588. (n.d.).
- Parra, K. S. (2020, August 9). *Pulsión de muerte: definiciones del concepto de Freud*. Academia de Psicoanálisis. Retrieved July 11, 2022, from <https://academiadepsicoanalisis.com/blog/pulsion-de-muerte-definiciones-del-concepto-de-freud>
- Rubenstein, A. (n.d.). *Los efectos terapéuticos en psicoanálisis: recorridos y conclusiones preliminares*. SciELO Argentina. Retrieved July 26, 2022, from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100067
- REN (2019). El Perfil Epidemiológico Y Clínico De La Esclerosis Múltiple En El Ecuador. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000200059#:~:text=El%20Ecuador%20sigue%20siendo%20un,fe menino%20es%20el%20principalmente%20afectado.
- Seldes, R. (2004). La urgencia subjetiva, un tiempo nuevo. En *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital*. Buenos Aires, Grama Ediciones.
- Taylor, SJ y R. Bogdan (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Paidós.
- Untitled*. (2017). Ministerio de Salud Pública. Retrieved July 14, 2022, from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf

ANEXOS

Entrevistas a Profesionales

Psicólogo clínico

Entrevista a: Lizbeth Solís

Código de la entrevista: 001

Día de la entrevista: 4-08-2022

Duración: 35 min

Lugar: Hospital Público

Lizbeth Solís es Psicóloga Clínica graduada de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el 2016. Magister en psicoanálisis y educación en el 2019. Trabaja en el hospital público desde hace 7 años, con formación de orientación psicoanalítica. Está encargada de la atención a pacientes con patologías psiquiátricas y médicas de alta complejidad. Posee experiencia en atención psicológica a niños de 3-5 años aplicando pruebas psicométricas y proyectivas; también en la aplicación de las técnicas de psicoterapia breve, psicoterapia de orientación psicoanalítica, psicoterapia de urgencia y emergencia a pacientes dependiendo de su malestar, problemática y síntoma. Actualmente, también es directora de proyectos de titulación de la maestría en psicoanálisis y educación en la UCSG. Para la entrevista biográfica se ha trabajado con un paciente diagnosticado con esclerosis múltiple.

Batería de preguntas:

¿Cuáles son sus funciones dentro del hospital?

Trabajo en consulta externa, que se refiere a atención ambulatoria, atendiendo a pacientes con citas programadas y hospitalización. Tenemos áreas asignadas, yo estoy encargada del departamento de salud mental, alto riesgo obstétrico y rehabilitación pulmonar.

¿Cuáles son las cualidades, técnicas, modo de intervención y métodos que debe tener un psicólogo clínico con orientación psicoanalítica para trabajar en el contexto hospitalario?

Debe haber flexibilidad, una posibilidad de crear espacios dentro del marco de lo que demanda la institución para poder hacer funcionar el dispositivo que es contra institucional. Por ejemplo en las instituciones públicas los pacientes deben ir con un diagnóstico porque todo eso se estandariza para hacer estadísticas anuales. Se utiliza el CIE 10, que son códigos diagnósticos y así cuando se hacen estudios poblacionales

se puede ver la mayor incidencia de los distintos diagnósticos, flujos y distancias. Ahora en la práctica, es diferente porque no todo paciente viene en busca de un diagnóstico, buscan una atención, un espacio. Existen pacientes que vienen por temas legales, discapacidad y hay que respetar lo que la institución demanda. Todo lo que tiene que ver con el corte psicoanalítico es el abordaje, es decir, lo que se hace en ese tiempo de la consulta y también los puntos medios que uno puede incluir. En pacientes jóvenes uno no se apresura a diagnosticar, y se utilizan códigos con mayor apertura más relacionados a síntomas, para evitar diagnosticar a alguien que está comenzando el trabajo terapéutico.

¿Qué aporte le ha brindado el abordaje psicoanalítico para su trabajo con los pacientes en el contexto hospitalario?

Los principales son el aporte teórico y ético. Porque lo principal en la práctica es ubicarse en un marco conceptual, no creo que haya una orientación mejor que la otra. No todo paciente es para toda orientación, es algo que hay que tener en mente. En el contexto hospitalario, que es un entorno más amplio, se encuentra una masa poblacional muy variada, en condiciones socioeconómicas, educacional, cultural, lo que hace que sea mucho más amplio y que se debe saber discernir qué herramientas pueden servir para el paciente. El psicoanálisis aporta a retroalimentarse a partir de otros saberes para aplicarlo al trabajo terapéutico. Por el tiempo de estancia no sirve un psicoanálisis puro pero se puede hacer el uso de un psicoanálisis aplicado de conceptos de la orientación pero no es una atención psicoanalítica pura. Sirve para delimitar estos márgenes.

¿Cómo describiría el trabajo del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica en una institución de salud?

Difícil. Debido a que personalmente lo que experimente al enfrentarme a las instituciones, es que, cuando solo te formas teóricamente tienes muchas expectativas, y cuando llegas al contexto hospitalario, la realidad es otra, porque hay ese Otro que califica el trabajo que haces, es como un proceso de pasar de las prácticas pre profesionales a encontrarte con las reglas institucionales, y se limita a lo que el Otro exige, lo que es posible y lo que es necesario para poder ejecutar las funciones que realmente están encomendadas a ti y para ver en qué espacios podrías realizar tu

trabajo. Es difícil, pero se vuelve funcional cuando encuentras tus límites y los de la institución para que no intentes hacer imposibles y hacer con lo que se tiene.

En su práctica hospitalaria con pacientes con EM ¿cómo describiría el impacto de lo real del diagnóstico de la enfermedad?

Para un paciente cuando es diagnosticado con enfermedades catastróficas o de mal pronóstico, lo más difícil es la reconfiguración de la imagen, la imagen que va a cambiar del paciente y la sutileza del propio cuerpo, además de las funciones que se van perdiendo, cognición y su interacción con los otros. El Otro partener sexual, el Otro de la familia y el Otro de su entorno laboral, el deber dejar de realizar funciones que solía hacer y también se debe trabajar sobre la muerte, dado que, es un diagnóstico en el cual no hay un pronóstico alto de vida, entonces uno de los puntos que se trabaja en sesión es el abordaje del paciente sobre su muerte. Es ese real de la muerte que llega a su vida y que le dice que es momento de tomar posturas. El hecho de no seguir posponiendo decisiones debido a que constantemente tiene en su mente la idea de que en cualquier momento morirán.

¿Cómo afecta psicológicamente a los pacientes el tener que adaptarse a su diagnóstico?

No creo que el paciente se adapte al diagnóstico, se trata de que el paciente en algún punto llega a convivir con la enfermedad, llega a un modo de vivir con su diagnóstico. No es adaptación porque el sujeto en el proceso no llega a reconciliarse con su enfermedad, es por esto, que debe haber espacios para que el sujeto pueda sentir e incorporar esas emociones. Por lo que cada día se replantean qué hacer con dicha enfermedad.

¿Considera que la intervención psicológica en pacientes con EM es de suma importancia y por qué?

Considero que es una decisión, pero sin duda si es importante puesto que, existen pacientes que podría optar por no pasar su enfermedad solos debido a que asumen una posición de objeto y no quieren ser carga de este Otro que es su familia, ya que es esta patología pura que le hace pensar que depende de los demás. Todo ese proceso médico, hace que el sujeto se posicione como objeto, si se hace una oferta de atención psicológica es para recuperar al sujeto, para atender eso que la ciencia lo pone como pura enfermedad y debe existir ese otro espacio para hablar de la enfermedad. Además,

se considera sumamente importante la intervención en el trabajo interdisciplinario, debido a que operaría bien un trabajo de varios profesionales.

¿Cuáles cree que son las principales manifestaciones psicológicas que desarrollan los pacientes con EM? ¿Podría indicar las manifestaciones más graves?

En categoría diagnóstica se dan trastornos de ansiedad, trastornos de depresión, trastornos mixtos de ansiedad y depresión, trastornos de adaptación, reacción al estrés agudo, alteración de la conservación del sueño, alteraciones de alimentación, ideas autolíticas, conductas autolíticas. Del lado del psicoanálisis se dan manifestaciones como acting out, pasaje al acto, síntomas conversivos y somatizaciones.

¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con ideas suicidas e intentos de suicidio con diagnóstico de EM?

Clínicamente no se puede descuidar a estos pacientes y en el trabajo psicoanalítico se debe buscar un enganche con la vida, buscar donde hace sentido la vida para que este sujeto se sostenga de esto como un recurso propio.

¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con depresión con diagnóstico de EM?

Creería que alojar al sujeto, producir en ese espacio la posibilidad de que este paciente deje el estado de objeto que menciona en la pregunta anterior y pueda posicionarse ante su diagnóstico.

¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con urgencia subjetiva con diagnóstico de EM?

Por ser un contexto hospitalario, suele pasar que antes de que nos llamen a nosotros algo ya pasó, por lo general, cuando acuden a nosotros ha pasado un tiempo desde el diagnóstico que recibió el paciente. Lo principal sería dar o prestar palabras, para que pueda decir ese algo que aqueja al cuerpo.

Considerando que la teoría psicoanalítica tiene un abordaje extenso ¿Cómo se actúa en casos en pacientes que requieren una asistencia con efectos rápidos con manifestaciones de acting out, urgencia subjetiva o ideas suicidas?

Una de las opciones sería tratar de ver al paciente más seguido, además de servirnos de otras áreas como apoyo, la psicoterapia breve podría ayudar a conseguir un efecto

terapéutico rápido. También es importante saber cuándo pedir a otras especialidades que intervengan como, psiquiatría pero nunca dejar al paciente sin atención psicológica para que no quede en una posición de aliviar el síntoma y no sentir nada con los fármacos, porque dichos sentimientos deben ser trabajados en un espacio.

Psicólogo clínico

Entrevista a: Robert Amat

Código de la entrevista: 002

Día de la entrevista: 4-08-2022

Duración: 35 min

Lugar: Hospital Público

Robert Amat es un Psicólogo Clínico de 32 años, graduado de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el 2016. Magister en “Psicoanálisis y Educación”. Realizó un trabajo de investigación acerca del trastorno al síntoma, estudio diferencial entre el trastorno mental y el síntoma psicoanalítico. Trabaja en el hospital público desde hace 7 años en el cual está a cargo del área de Psiquiatría, Medicina Interna, Endocrinología, Urología y Reumatología. Además de ser Psicólogo Clínico de la Consulta Externa. Posee experiencia en la aplicación de las técnicas de psicoterapia breve, psicoterapia de orientación psicoanalítica, psicoterapia de urgencia y emergencia a pacientes dependiendo de su malestar, problemática y síntoma. También, fue expositor invitado para hablar de su experiencia sobre el rol del Psicólogo Clínico en instituciones psiquiátricas en el 2014.

Batería de preguntas:

¿Cuáles son sus funciones dentro del hospital?

En la mañana estoy en consulta externa, en esta área se atienden pacientes ambulatorios que llegan por derivación. A partir del mediodía atiendo en hospitalización donde tengo a cargo varias áreas, estas son: urología, cirugía plástica, salud mental y endocrinología. En esta institución cada psicólogo tiene sus áreas establecidas.

¿Cuáles son las cualidades, técnicas, modo de intervención y métodos que debe tener un psicólogo clínico con orientación psicoanalítica para trabajar en el contexto hospitalario?

En primer lugar debe tener claro su abordaje teórico, saber los postulados teóricos de la orientación que haya elegido. Otro punto importante es la experiencia que debe tener el psicólogo en este contexto hospitalario ya que aquí se manejan todo tipos de pacientes y en un gran porcentaje los pacientes no establecen una demanda así que el

desafío que tenemos es a partir de nuestras intervenciones generar una demanda en ellos.

¿Qué aporte le ha brindado el abordaje psicoanalítico para su trabajo con los pacientes en el contexto hospitalario?

A pesar de que es muy difícil aplicar la orientación psicoanalítica en este contexto hospitalario, el psicoanálisis me ha permitido crear una especie de hueco para insertarlo en esta institución donde se trata de cumplir todos los protocolos y demanda de la institución. Gracias a este hueco puedo darle el lugar al sujeto en un contexto donde solo es un número.

¿Cómo describiría el trabajo del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica en una institución de salud?

Sin duda complicado por la demanda que exige la institución y los profesionales que pertenecen al equipo interdisciplinario. Mi trabajo más allá de ser directivo apunta a orientar a los pacientes en la toma de decisiones importantes. Con respecto a mis colegas profesionales de la salud les doy indicaciones de cómo abordar la información que se le da al paciente acerca del diagnóstico.

En su práctica hospitalaria con pacientes con EM ¿cómo describiría el impacto de lo real del diagnóstico de la enfermedad?

La mayoría de los pacientes responden desde este real con acting out, pasajes al acto, ataques de pánico, ansiedad, ideas suicidas e incluso intentos suicidas.

¿Cómo afecta psicológicamente a los pacientes el tener que adaptarse a su diagnóstico?

No considero que la palabra adaptarse sea la correcta, los pacientes no se adaptan a este diagnóstico, adaptarse es en un cierto sentido amigarse con ese diagnóstico y eso no es posible debido a lo catastrófica que es la enfermedad. Creo que los pacientes logran saber qué hacer con los síntomas que van desarrollándose día a día.

¿Considera que la intervención psicológica en pacientes con EM es de suma importancia y por qué?

Es muy necesario porque la mayoría de estos pacientes pierden el sentido de la vida por lo que llevan a los pacientes a distintas manifestaciones como acting out, pasajes al acto, etc.

¿Cuáles cree que son las principales manifestaciones psicológicas que desarrollan los pacientes con EM? ¿Podría indicar las manifestaciones más graves?

Sin duda la depresión es una manifestación que siempre está en estos pacientes acompañada de incertidumbre acerca de su diagnóstico.

¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con ideas suicidas e intentos de suicidio con diagnóstico de EM?

Considero que es caso a caso pero en pacientes con una manifestación de ideas suicidas sin duda lo más acertado que se debe hacer es encontrar ese deseo de vivir en el paciente. Como psicólogos debemos encontrar un enganche a la vida que pueda sostener al paciente. También es importante el trabajo con la familia en vista que este Otro es el que acompañará permanentemente al paciente.

¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con depresión con diagnóstico de EM?

Darle herramientas al paciente para que se logre rescatar algo del deseo.

¿Cuál sería una intervención asertiva en los casos de pacientes con urgencia subjetiva con diagnóstico de EM?

Una intervención sería poder prestarle significantes a ese paciente que en ese momento no los tiene.

Considerando que la teoría psicoanalítica tiene un abordaje extenso ¿Cómo se actúa en casos en pacientes que requieren una asistencia con efectos rápidos con manifestaciones de acting out, urgencia subjetiva o ideas suicidas?

Sin duda en estos casos debemos ser directivos, prestar herramientas discursivas y a partir de esto generar una interrogación en el sujeto que permita que este siga en tratamiento no solo de su enfermedad sino que también con el psicólogo. Debemos crear ese enganche con el deseo.

Entrevista Biográfica

Entrevista a: NN

Código de la entrevista: 001

Día de la entrevista: 17-08-2022

Duración: 25 min

Lugar: Vía zoom

NN es un paciente de 29 años de edad, estudia en la carrera de trabajo social, trabaja en una entidad pública, en el área de trabajo social. Es soltero y tiene una hija, vivía solo hasta antes de su pérdida de visión, por el momento regresó a vivir a casa de su madre junto con su hermana. Comenzó a presentar pérdida de visión, por lo que fue ingresado al área de Neuroendocrinología por pérdida de visión progresiva debido a que fue diagnosticado hace aproximadamente 4 años.

Batería de preguntas:

¿Qué edad tiene?

Tengo 29 años.

¿A qué se dedica?

Trabajo en una entidad pública de apoyo social desde hace 6 años justamente por mi carrera.

¿Qué estudia?

Actualmente estudió trabajo social.

¿Cómo se sintió al momento de recibir su diagnóstico?

Al principio no entendía lo que pasaba, me aislé, no quería hablar, no sabía qué sentir, solo salían lágrimas de mis ojos, no quería que nadie me viera y no quería saber nada de mi tratamiento. Con el pasar de los días me sentí abrumado, me sentía muy triste, no sabía cómo sería mi vida de ahora en adelante. Siempre fui independiente, vivía solo hasta que sufrí la primera convulsión y a partir del diagnóstico tuve que irme a vivir con mi mamá y hermana.

¿Cómo fue el primer año con su enfermedad?

Fue súper difícil, como mencioné, yo era una persona totalmente independiente y autónoma. Tenía ya 6 años viviendo solo y para mí tener que aceptar que poco a poco estaba perdiendo la visión fue un golpe muy duro porque mi estilo de vida cambió totalmente, ahora dependo de mi mamá y hermana.

¿Demandó atención psicológica? ¿Por qué?

Cuando estuve ingresado en el hospital sentía que ya no quería vivir, me sentía deprimido todo el tiempo por eso cuando usted ingresó a mi habitación justamente llegó en el momento indicado porque yo ya iba a hablar con alguien para que me envíen un psicólogo.

Describa cómo el psicólogo fue parte de su proceso de aceptación a su diagnóstico.

En ese momento era la única persona con la que podía hablar cómodamente de mi situación médica, tenía mucho rechazo hacia mi madre y hermana por el control que ahora tenían en mi vida y pude ir aliviando esa tensión gracias a la psicóloga.

También me ayudó a ver las cosas de manera distinta con respecto a mi vida, a poder darme cuenta que sí puedo vivir y volver a crear un nuevo estilo de vida aceptando mi condición que aunque a veces me tira al suelo a llorar soy fuerte y puedo continuar.

¿Considera que la intervención psicológica es importante en casos de Esclerosis Múltiple?

Sí considero que es importante y sí ha sido importante la intervención de la psicóloga porque de alguna forma me ha ayudado a asumir la enfermedad que tengo, actualmente no he podido agendar en el hospital por el tema de mi trabajo y la movilización pero eventualmente tendré que ir ya que actualmente me he vuelto a sentir muy ansioso y triste porque en mi trabajo no me va bien, me sobrecargan con horas y trabajos extras a pesar de que me estoy re adaptando a mi trabajo y me causa mucho estrés pero a ellos no les importa, espero no sufrir ninguna recaída.

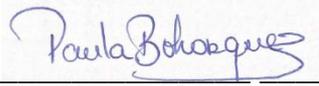
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Bohórquez Cobeña Paula Gabriela** con C.C: # **0931302046**, y **Catagua Jaramillo Gabriela Alexandra** con C.C: #**0921501201** autoras del trabajo de titulación: **Depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple en el área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil: importancia de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos 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.- Autorizamos 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, 12 de septiembre del 2022

F. 

Bohórquez Cobeña, Paula Gabriela

C.C: # 0931302046

F. 

Catagua Jaramillo, Gabriela Alexandra

C.C: #0921501201

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Depresión e ideas suicidas en pacientes con esclerosis múltiple en el área de neuroendocrinología de un hospital público de Guayaquil: importancia de la asistencia y seguimiento del psicólogo clínico.		
AUTOR(ES)	Bohorquez Cobeña Paula Gabriela Catagua Jaramillo Gabriela Alexandra		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Álvarez Chaca Carlota Carolina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciadas en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre del 2022	No. DE PÁGINAS:	80
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, Salud Mental, Psicoanálisis, Psicología Clínica.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Esclerosis múltiple; lo real; diagnóstico; acting out; pasaje al acto; urgencia subjetiva; rol del psicólogo.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>En el presente trabajo de investigación se abordarán las manifestaciones subjetivas de los pacientes con esclerosis múltiple. En el que, se hará un recorrido bibliográfico en distintos aspectos, entre ellos está el punto de vista psicoanalítico, médico y psiquiátrico, acerca de las manifestaciones que se presentan en los pacientes diagnosticados con dicha enfermedad. A su vez, se realizan precisiones de lo que se concibe como lo real de la enfermedad. La importancia de la investigación nace de las prácticas pre-profesionales donde se pudo identificar como los pacientes responden desde lo real con depresión, ideas suicidas, acting out y pasajes al acto a su mal pronóstico médico. A partir de esto, se plantea como objetivo analizar la forma en la que la depresión e ideas suicidas en los pacientes con esclerosis múltiple se logran tramitar a través de la intervención, asistencia y acompañamiento del psicólogo clínico. La investigación es de enfoque cualitativo con método descriptivo, puesto que, se realizó entrevistas a profesionales Psicólogos Clínicos y entrevista biográfica a un paciente con EM. Se obtuvo como resultado que las manifestaciones más observadas en estos pacientes son la depresión e ideas suicidas y cómo las intervenciones del Psicólogo Clínico permitieron a los pacientes con esclerosis múltiple reelaborarse a partir de su presente diagnóstico.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-0988662259, 097279592)	E-mail: paula.bohorquez@cu.ucsg.edu.ec gabriela.catagua@cu.ucsg.edu.ec	
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):			