



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

**TEMA:**

**La importancia de un espacio de escucha y palabra para el  
proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal  
crónica.**

**AUTORES:**

**Moyano Zambrano María Gabriela  
Ramírez Zambrano Alex Andrés**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
PSICÓLOGO CLÍNICA**

**TUTORA:**

**Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs**

**Guayaquil, Ecuador**

**Lunes 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 **Moyano Zambrano María Gabriela y Ramírez Zambrano Alex Andrés**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciatura en Psicología Clínica**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.**

**Guayaquil, a los 12 del mes de septiembre del año 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Moyano Zambrano María Gabriela y Ramírez Zambrano Alex  
Andrés**

### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación **La importancia de un espacio de escucha y palabra para el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal crónica** previo a la obtención del título de **Licenciatura 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, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 12 del mes de septiembre del año 2022**

### **LOS AUTORES**

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

**Moyano Zambrano, María Gabriela**

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

**Ramírez Zambrano, Alex Andrés**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

## AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Moyano Zambrano María Gabriela y Ramírez Zambrano Alex  
Andrés**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La importancia de un espacio de escucha y palabra para el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal crónica**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 del mes de septiembre del año 2022

### LOS AUTORES

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

**Moyano Zambrano, María Gabriela**

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

**Ramírez Zambrano, Alex Andrés**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

### **INFORME DE URKUND**



#### Document Information

Analyzed document	La importancia de un espacio de escucha y palabra para el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal.doc (D143729964)
Submitted	2022-09-07 20:38:00
Submitted by	
Submitter email	gabriela_moyano_1202@outlook.com
Similarity	0%
Analysis address	tatiana.torres.ucsg@analysis.orkund.com

**TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: La importancia de un espacio de escucha y palabra para el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal crónica**

**LAS AUTORAS: Moyano Zambrano, María Gabriela y Ramírez Zambrano, Alex Andrés.**

**INFORME ELABORADO POR:**

**COORDINADOR UTE A 2022**

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

**Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi más profundo agradecimiento hacia la Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs, ya que sin el apoyo brindado a lo largo de la carrera no hubiera sido posible llegar al lugar donde me encuentro el día de hoy. Gracias a todos los profesores que fueron parte de mi crecimiento como profesional junto con sus enseñanzas de experiencias vividas. Gracias a mis compañeros de curso quienes me acompañaron en el camino de mi formación.

**Moyano Zambrano, María Gabriela**

Psico. Cl. Tatiana torres (tutora de tesis) y Psi. Cl. Mariana Estacio (rectora de la facultad de filosofía). Sin ustedes y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado tan fácil. Sus consejos fueron siempre útiles cuando no salían de mi pensamiento las ideas para escribir lo que hoy he logrado. Usted formó parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que lo caracterizan. Muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más las necesite; por estar allí cuando mis horas de trabajo se hacían confusas. Gracias por sus orientaciones, gracias por ser quienes son y por creer en mí.

**Ramírez Zambrano, Alex Andrés.**

## DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi madre, mi pilar fundamental en todas las etapas de mi vida, sin ella nada de esto hubiera sido posible; y a mi padre quien me ha apoyado a lo largo de mi vida estudiantil. Su esfuerzo y cariño se ve reflejado en la persona que soy al día de hoy.

**Moyano Zambrano, María Gabriela**

A mis padres. Ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro, amados padres, como una meta más conquistada. Orgullosa de haberlos elegido como mis padres y que estén a mi lado en este momento tan importante.

A mi compañera de tesis Gabriela Moyano por ser mi compañera de viaje durante toda la carrera, hoy culminan esta maravillosa aventura y no puedo dejar de recordar cuantas tardes y horas de trabajo nos juntamos a lo largo de nuestra formación. Hoy nos toca cerrar un capítulo maravilloso en esta historia de vida y no puedo dejar de agradecerles por su apoyo y constancia, al estar en las horas más difíciles, por compartir horas de estudio. Gracias por estar siempre allí y poder brindar tu apoyo y paciencia”

**Ramírez Zambrano, Alex Andrés.**



**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.**  
DIRECTORA DE CARRERA

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

**Psic. Martinez Zea, Francisco Xavier, Mgs**  
COORDINADOR DEL ÁREA

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

**Psic. Durán Vera, Ana Del Carmen, Mgs.**  
OPONENTE



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>6</b>
<b><i>Espacio de Escucha y Palabra</i></b>	<b>6</b>
La Escucha	6
El método psicoanalítico: observaciones sobre algunas de sus implicaciones	8
Atención Flotante:	10
La regla fundamental, la atención flotante:	12
La palabra	13
<b>CAPÍTULO 2</b>	<b>17</b>
<b><i>El proceso de duelo</i></b>	<b>17</b>
Tipos de pérdidas	18
Fases del proceso de duelo	22
Dimensiones del proceso de duelo	23
Tipos de proceso de duelo	25
Duelo en psicoanálisis	27
<b>CAPÍTULO 3</b>	<b>31</b>
<b><i>Caracterización de la insuficiencia renal</i></b>	<b>31</b>
Estadísticas de casos de Insuficiencia Renal Crónica	34
Impacto de un diagnóstico de enfermedad catastrófica	35
Urgencia subjetiva	38
Sufrimiento psíquico	39
Fuentes del sufrimiento psíquico	42
Angustia en los pacientes	43

El espacio de escucha y palabra en el tratamiento psicológico en paciente con insuficiencia renal _____	44
<b>CAPÍTULO 4</b> _____	47
<b>Metodología</b> _____	47
Enfoque _____	47
Paradigma _____	47
Método _____	47
Técnica de recolección de información _____	47
Instrumento _____	47
Población _____	48
<b>CAPÍTULO 5</b> _____	49
<b>Presentación y Análisis de resultados</b> _____	49
Presentación de Resultados _____	49
Análisis de Resultados _____	58
Correlación del análisis de resultados _____	65
<b>CONCLUSIONES</b> _____	69
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> _____	70

## RESUMEN

Este trabajo tuvo como tema esencial establecer la importancia de la existencia de un espacio de escucha y palabra para el proceso de duelo en pacientes con la enfermedad de insuficiencia renal crónica. Se eligió este tema ya que se ha identificado la falta de atención en este ámbito al momento de comenzar un proceso psicoterapéutico en pacientes con dicha enfermedad. Los objetivos planteados para este proyecto fueron caracterizar el espacio de escucha y palabra por medio de fuentes bibliográficas, identificar qué es el proceso de duelo con sus respectivas características y establecer la importancia del espacio de escucha y palabra en pacientes con insuficiencia renal crónica. Esto se logró mediante una ardua investigación y lectura de diferentes autores, acompañado de la experiencia recibida en antiguas prácticas preprofesionales y la información recogida mediante entrevistas a especialistas y pacientes de una fundación en la ciudad de Guayaquil. Como resultado de todo lo anterior mencionado se pudo concluir que existen muchas etapas por las cuales atraviesa un paciente con insuficiencia renal crónica, consideramos que una de las más importantes son las pérdidas que pueden llegar a tener, tanto físicas como sociales, y que es de suma importancia recibir el apoyo necesario para poder llevar a cabo con buenos resultados un proceso de duelo.

***Palabras Claves: Insuficiencia Renal Crónica; Enfermedades Catastróficas; Pérdidas; Duelo; Espacio De Escucha Y Palabra; Método Psicoanalítico***

## **ABSTRACT**

The essential theme of this work was to establish the importance of the existence of a space for listening and speaking for the grieving process in patients with chronic renal failure. This theme was chosen since the lack of attention in this area has been identified when starting a psychotherapeutic process in patients with said disease. The objectives set for this project were to characterize the listening and speaking space through bibliographic sources, to identify what the grieving process is with its respective characteristics, and to establish the importance of the listening and speaking space in patients with chronic renal failure. This was achieved through an arduous investigation and reading of different authors, accompanied by the experience received in old pre-professional practices and the information collected through interviews with specialists and patients of a foundation in the city of Guayaquil. As a result of all of the above, it was possible to conclude that there are many stages through which a patient with chronic renal failure goes through, we consider that one of the most important are the losses that they can have, both physical and social, and that it is of It is extremely important to receive the necessary support to be able to carry out a grieving process with good results.

**Keywords:** *Chronic Renal Insufficiency; Catastrophic Illnesses; Losses; Duel; Listening And Speech Space; Psychoanalytic Method*

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue construido con la finalidad de poder exponer y reconocer la importancia de un espacio de escucha y palabra en el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal, ya que en la mayoría de caso este punto de vista es muy poco tratado lo cual ha llegado a desencadenar ciertos trastornos y/o complicaciones emocionales lo que puede llevar a agravar la enfermedad.

Este trabajo consta con información e investigaciones de diferentes autores tanto de los primeros que hablaron de ellos como autores de la actualidad, así mismo se habla sobre diferentes aspectos de la salud mental que han sido muy poco tratados o incluso aspectos que no han sido considerados, cómo lo es tener un espacio de escucha y palabra en dónde el paciente que ha sufrido una pérdida o esté pasando por un duelo pueda expresarse con total libertad, así como también lo es el trabajo durante el duelo en pacientes con Insuficiencia Renal, ya que según las investigaciones que constan en los anexos. Hemos podido determinar que un espacio de escucha y palabra es de suma importancia para el paciente por lo que se debería privilegiar aquel espacio.

Este trabajo de titulación responde al Dominio 5 de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil: Educación, comunicación, arte y subjetividad, haciendo énfasis en la dimensión de subjetividad, en tanto la temática planteada gira en torno a la identidad sexual: la expresión máxima de la propia individualidad ya sea como hombre, mujer, u otro.

En cuanto al Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, responde Eje Social, en su objetivo 5: potenciar las capacidades de la ciudadanía y promover una educación innovadora, inclusiva y de calidad para todos los niveles, y a la política 5.2: combatir toda forma de discriminación y promover una vida libre de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñez, adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.

De ahí surgen preguntas que han motivado nuestro deseo por investigar:

**Pregunta General:**

¿Qué importante es el espacio de escucha y palabra en el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal?

**Preguntas específicas:**

- ¿Qué es el espacio de escucha y palabra?
- ¿Cómo es el proceso de duelo?
- ¿Qué importancia tiene un espacio de escucha y palabra en pacientes con insuficiencia renal?

A partir de estas preguntas planteadas se establecieron los siguientes objetivos:

**Objetivo general:**

Analizar la importancia de espacio de escucha y palabra en el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal

**Objetivos específicos:**

- Caracterizar el espacio de escucha y palabra por medio de fuentes bibliográficas
- Identificar el proceso de duelo por medio de referencias bibliográficas y entrevistas semiestructuradas a pacientes profesionales en una Fundación que atiende pacientes con insuficiencia renal en la ciudad de Guayaquil.
- Establecer la importancia del espacio de escucha y palabra en pacientes con insuficiencia renal por medio de entrevista semiestructuradas a pacientes de una Fundación que atiende pacientes con insuficiencia renal en la ciudad de Guayaquil.

Esta investigación es de suma importancia ya que trata sobre la importancia de la influencia de la salud mental, es decir, darles su respectivo espacio de escucha y palabra a los pacientes que se encuentran con insuficiencia renal

ya que esta enfermedad es crónica y degenerativa provoca un gran estrés en el cuerpo a causa de las sesiones de diálisis constantes y esto puede producirle al paciente un cuadro de ansiedad, estrés, depresión entre otras cosas por lo que la finalidad de este trabajo de investigación es dar a conocer esto y así las instituciones tomen sus respectivas medidas ya que existen casos en dónde una falta de atención hacia la salud mental ha llegado a agravar la enfermedad y en casos extrema, ha llevado al paciente a la muerte.

El enfoque que se utilizó durante este trabajo fue el cualitativo ya que utilizamos entrevistas a profesionales y pacientes de forma presencial, los cuales están agregados en los anexos, cómo método de recolección de información, lo que nos brindó una mejor perspectiva e incluso mucho más clara de nuestro trabajo de investigación ya que las respuestas dados por los pacientes nos permitió. La población a la cual se le aplicaron las entrevistas fue a los pacientes de una fundación en la ciudad de Guayaquil.

Una de las limitaciones encontradas es que no todas las instituciones están abiertas a compartir información de los tratamientos que se aplica a los pacientes en diálisis por lo que obtener datos como por qué no existe aquel espacio de escucha y palabra no existe o casos en dónde lo hay, pero no se le da la debida importancia por lo que no está puesta como prioridad.

Dentro de cada capítulo encontramos desglosado y especificado todos los temas que tratamos a capítulos lo largo del trabajo de investigación. En el capítulo "espacio de escucha y palabra", en este primer capítulo encontraremos definiciones sobre distintos autores sobre lo que es la escucha activa y los tipos de escucha, también encontraremos lo que es la atención flotante y su regla fundamental y, por último, culminando el capítulo 1 definiciones de lo que significa palabra para el psicoanálisis. En el capítulo 2 "el proceso del dueño", aquí encontramos lo que es el duelo para el psicoanálisis, los tipos, las fases y las dimensiones del dueño. Por último, tenemos al capítulo 3 "caracterización de la insuficiencia renal" aquí encontramos, investigaciones sobre la enfermedad IRC, también tenemos lo

que es el impacto de un diagnóstico de enfermedad catastrófica, luego de eso lo que es la urgencia subjetiva y el sufrimiento psíquico y por último la angustia en los pacientes con IRC.



## **CAPÍTULO I**

### **Espacio de Escucha y Palabra**

El espacio busca alojar, brindar al sujeto una escucha empática y de aceptación, abriendo a la posibilidad de que se exprese, en aquellas situaciones significativas, con una carga emocional subjetiva, que pueda ser abordada por el equipo de acompañantes a través de estrategias específicas de contención.

Como su nombre indica, la escucha activa consiste en escuchar con atención. No se trata únicamente de oír a otra persona con la que estás hablando, sino de ser capaz de mostrar interés por lo que te está explicando y demostrarle que la has entendido. Este tipo de interacción ayudará a mejorar tus contactos sociales y a que puedas relacionarte con más vitalidad.

Uno de los principales objetivos es generar y sostener un clima cálido, empático y confidencial; a partir del cual se facilite el encuentro con la subjetividad en construcción del sujeto. Consiste en un cara a cara entre un acompañante emocional y un niño/a que solicita ser escuchado o contenido.

#### **La Escucha**

La escucha activa es una técnica dentro del psicoanálisis, sin embargo, el tema es bastante debatible por diferente factor, entre ellos el que más resuena es el factor ambiental, ya que según argumenta en los casos presentados en 2 ambientes diferentes, el primero haciendo referencia a un ambiente reservado (dentro de un consultorio) y el siguiente caso es en referencia a un ambiente más común en donde otras personas la podían escuchar.

Una vez expuesto las diferencias entre los teniendo como objetivo común la escucha de la angustia. Freud (1986) menciona en su escrito Fragmentos

sobre la escucha, “que tanto la escucha como el discurso son influenciadas por el ambiente en el que se desarrolla”. (p. 137)

“La escucha activa favorece la asimilación de contenidos porque obliga al estudiante a estar atento no solo al mensaje, sino también a los gestos y a las emociones de la persona que nos lo está transmitiendo. Y cuando conectamos un contenido con las emociones, el proceso de aprendizaje mejora ya que se fija en la memoria” (Rivero, 2015, p. 4.).

La escucha psicoanalítica refiere, por un lado, a guardar silencio para poder oír lo que cuenta el paciente, esto es posible solamente callando nuestros prejuicios y deseos para poder escuchar lo que el paciente dice verbal y no verbalmente. En los silencios que hace, en los síntomas que trae, en la manera en que nos saluda o se despide, podemos encontrar múltiples significados si aprendemos a leerlos. (Méndez, 2018, p.3)

Maldonado (2015), plantea en su artículo “el habla y la escucha del proceso psicoanalítico” que existen 2 grupos de personas en el trabajo psicoanalítico. El primer grupo estaría integrado por los que desarrollan su trabajo clínico cotidiano desde sus teorías psicoanalíticas o formas de entender el sufrimiento de las personas; conociéndose y conociendo a los pacientes en un inter juego que permite aliviar el sufrimiento. Por otra parte, están los que desarrollan su trabajo clínico cotidiano, pero su actitud investigadora analítica unida a su historia, sus características personales, sus análisis autoanálisis, su vida y los pacientes con quienes les toca trabajar les permite desarrollar un nuevo tipo de escucha y de entender la experiencia clínica y el sufrimiento.

Chedorow (2012), explica en su artículo llamado *Escucha analítica y los 5 sentidos* que como analistas exploramos y usamos distintas modalidades sensoriales en la sesión. Ella comenta que durante las sesiones pone atención a la música calidad del paciente, el ritmo de la voz, el timbre sí va más rápido o más lento dependiendo de lo que está sintiendo pensando o

diciendo, así como el cuerpo, su tamaño, forma, postura, movimiento, olor que también nos dice mucho del paciente.

Meissner (2000) explica que no es lo mismo escuchar que oír; oír implica solamente a los oídos, lo sensorial, mientras que escuchar se hace con la mente. El analista oye el discurso del paciente, pero escucha intentando buscar significados. Las palabras son ambiguas, tal vez nunca se llegue a entender todo lo que significa, pero podemos acercarnos dentro de un contexto que incluye distintas dimensiones de la relación analítica, como la transferencia y la contratransferencia.

Según M. Esteban (2017) “El psicoanalista escucha sin juzgar, no emite valoración alguna, ni da la razón ni la niega. Cualquiera sea el estado actual deficiente o alterado, el terapeuta intenta oír detrás de ese sujeto que habla, intentando llegar al sufrimiento que es causa de esa señal manifiesta en su síntoma, engendrado en un deseo que la angustia autentifica y oculta a la vez atrapada en el cuerpo (somatizaciones), en la inteligencia” (La escucha del psicoanalista. (p.8).

### **El método psicoanalítico: observaciones sobre algunas de sus implicaciones**

A pesar de la antigüedad que posee la práctica clínica se puede dar cuenta de que ésta se encuentra conformada por distintas prácticas y a su vez estas se caracterizan por tener su singularidad para cada caso. La práctica clínica va de la mano del psicoanálisis y adquiere ciertas cualidades de esta, como la heterogeneidad y su especificidad. Es importante reconocer que “La práctica psicoanalítica se estructura en torno a un concepto nodal, a saber, el de lo inconsciente en tanto que éste es el objeto teórico del psicoanálisis y por tanto delimita su espacio de intervención” (Herrera, 1999, p. 1).

En esta práctica se debe tener en cuenta el discurso completo del paciente, hasta de lo que dijo “sin querer”, ya que todo esto forma parte del discurso

por donde se filtra el deseo. Esto da como resultado dos principios que conforman el método psicoanalítico: la asociación libre y la atención flotante.

La asociación libre podría definirse como un modo de decir, que se diferencia de la actividad mental reflexiva o de un esfuerzo de atención y voluntad (FREUD, "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". En Obras Completas: XII, 1912).

La asociación libre es primordial en el discurso del paciente porque es "consistente en decir todo lo que venga a la mente sin selección previa, juicio o censura" (Herrera, 1999, p. 2). En este ámbito no debe quedar nada por fuera, todo lo que se asome en la mente debe ser parte del discurso, los comentarios que parezcan más carentes de información válida también son importantes al momento de iniciar un proceso psicoterapéutico, al paciente hay que dejarlo hablar para así conocer su historia. De esta manera es como se destapa, después, los pensamientos que albergan en el inconsciente para que el paciente pueda aceptar las formaciones de este mismo.

En cuanto a la asociación libre se reconoce la existencia de tres niveles (Marucco, 1984, p.855):

- Un primer nivel, cuando el paciente viene por vez primera, se le indica y explica la asociación libre y a partir de entonces comunica relatos relativamente deshilvanados junto a fragmentos coherentes, pero todavía no entiende lo que significa asociar libremente.
- Un segundo nivel: después de pasado un lapso generalmente largo, en el que el paciente, comprendiendo la significación de la asociación libre, llega así a comprender las resistencias conocidas y conceptualizadas por el psicoanálisis y a resolver determinados conflictos.
- El tercer nivel se da, en cambio, en ese punto donde nos enfrentamos a resistencias todavía no bien descritas "Podrían ser resistencias conocidas, tales como el sentimiento inconsciente, de culpa, o necesidad de castigo, la compulsión a la repetición ... , la envidia y

también aquellas que Freud vinculó con organizaciones rígidas, incapacitadas para todo desarrollo y cambio. O tal vez disociaciones pulsionales de vida y muerte muy irreversibles, u otras resistencias desconocidas.

### **Atención Flotante:**

Por consiguiente, de la asociación libre deviene la atención flotante que no es más que "una escucha en el pleno sentido del término, que logra por sí sola que su discurso se modifique y asuma un nuevo sentido a sus propios oídos" (Herrera, 1999, p. 3), así el psicoanalista no juzga teóricamente el discurso presente, sino que comienza a desenredar todo lo que está por delante de la angustia oculta, separando así lo delimitado de la palabra para dar paso a la mera comunicación. A partir de esto ya nace el vínculo entre el analista y el analista que regirá la manera en llevar el proceso.

La primera alusión al concepto de "atención" se encuentra en Proyecto sobre psicología de 1895. Freud define allí a la atención psíquica como el mecanismo "...que mueve al yo a seguir las percepciones e influir sobre ellas." (Lorient, 2018, p. 424)

Según S. Freud «La atención flotante consiste en meramente no querer fijarse (adherirse) en nada en particular y prestar atención a todo cuanto uno escucha la misma atención libremente flotante. En «Psicoanálisis» (1926) el concepto fue traducido para la versión española de la Editorial Amorrortu por L. Etcheverry como atención parejamente flotante y coincide con Laplanche y Pontalis para el Diccionario de psicoanálisis. (William, 2002, p. 5)

En palabras de Freud, para el analista la técnica es muy simple. Desautoriza todo recurso auxiliar, aun el tomar apuntes, según luego veremos, y consiste meramente en no querer fijarse en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma atención parejamente flotante.

Laplanche, Jean & Jean-Bertrand Pontalis definen a la atención flotante como "uno de los tres elementos o preceptos que forman parte de la disposición psíquica o actitud anímica del psicoanalista, siendo la neutralidad y la regla de abstinencia los otros dos. El conjunto de estos tres elementos permite crear una atmósfera de comunicación "de inconsciente a inconsciente" que hace posible la asociación libre"(Diccionario de Psicoanálisis, p121, Paidós, B.Aires 9ª. Edición 2007).

Según Grippo (2012) "La atención flotante implica, de parte del profesional, la supresión momentánea de sus prejuicios conscientes y de sus defensas inconscientes. Debe haber una suspensión, tan completa como sea posible, de todo lo que habitualmente focaliza la atención: prejuicios, inclinaciones personales, incluso los mejor fundados supuestos teóricos. A partir de Freud, esta regla le permitiría al analista descubrir las conexiones inconscientes en el discurso del paciente, conservando en su memoria gran cantidad de elementos aparentemente insignificantes, cuyas correlaciones se pondrán de manifiesto más tarde" (p. 45).

La escucha clínica es uno de los elementos que distingue a la práctica clínica orientada desde el psicoanálisis, de toda otra disciplina que se ocupa de lo psíquico, pero a pesar de que es uno de los elementos que distingue y diferencia al psicoanálisis de otras técnicas de psicoterapia de la Atención Flotante (AF) se suele hablar como si el concepto mismo fuera una obviedad consabida y fuera aprehensible de manera directa o como si la sola palabra que lo conforma alcanzase para entender el fundamento de la misma tal como si estuviéramos los psicoanalistas y la mera contemplación inmediata y directa de las ideas nos bastará para comprenderla.

Tanto en el proceso de reflexionar como en el de observarse a sí mismo, Freud subraya la existencia de "atención reconcentrada"; aunque quien reflexiona, crítica y desestima parte de las ocurrencias que aparecen, "...de modo que no sigue las vías de pensamiento que ellas abrirán, y aun con

relación a otros pensamientos sabe arreglárselas para que ni siquiera devienen conscientes, y entonces los sofoca antes de percibirlos.” (Freud, 1900, p.123).

En cambio, quien se observa a sí mismo sofoca la crítica, permitiendo así la emergencia de representaciones involuntarias. Freud señala que el estado de autoobservación, donde es abolido el juicio, no es difícil de alcanzar; remarca que la cantidad de energía psíquica que se quita de la actividad crítica puede aumentar la intensidad de observación de sí, oscilando “...considerablemente según el tema en que se ha de fijar la atención.” (Freud, 1900 p. 125).

Es decir, la crítica siempre está presente y dependiendo de la temática a tratar, cobra mayor intensidad, dificultando la autoobservación. Sobre esta cuestión plantea lo siguiente: “Debe conducirse con sus ocurrencias de manera totalmente neutral; es que esa crítica es la culpable de que él no haya podido descubrir ya la resolución buscada del sueño, de la idea obsesiva, etc.” (Freud, 1900, p.123). Finalmente, la crítica consiste en cualquier juicio de valor que produzca la detención del pensamiento asociativo. La atención fijada a la observación se detiene, impidiendo la emergencia de ocurrencias (Einfälle) y sus respectivos nexos con otras representaciones; no permitiendo hacer consciente lo inconsciente. En este mismo texto Freud trae como ejemplo la condición de creación poética, donde las ideas se precipitan sin crítica

### **La regla fundamental, la atención flotante:**

Escucha del psicoanalista y uno de los elementos que distingue al psicoanálisis de toda otra disciplina que se ocupa de lo psíquico, pero: a pesar de que es uno de los elementos que distingue y diferencia al psicoanálisis de otras técnicas de psicoterapia de la Atención Flotante se suele hablar como si el concepto mismo fuera una obviedad consabida y fuera aprehensible de manera directa o como si la sola palabra que lo conforma alcanzase para entender el fundamento de la misma tal como si

estuviéramos los psicoanalistas en el topos uranos y la mera contemplación inmediata y directa de las ideas nos bastara para comprenderlas Salvo en (Hinshelwood, Consejos al médico, p. 5, 1912)

Freud nos hace una descripción detallada de manera directa “lo hace de manera dispersa a lo largo de diferentes artículos en forma indirecta, aunque muestra claramente su particular escucha a través de toda su obra sobre todo en los materiales clínicos” (1950-1895).

### **La palabra**

La polifonía deriva del griego “polyphonía”, que significa “variedad de voces”. En la música polifónica intervienen diferentes voces o instrumentos simultáneamente, que ejecutan distintas voces que conforman un todo armónico. La música, tal como la conocemos hoy, es polifónica. La armonía es esa cualidad de los sonidos simultáneos y diferentes que, según la teoría musical, son acordes gratos para el oído. Sin embargo, esto ha cambiado a lo largo de la historia. Hoy nos hemos acostumbrado a escuchar acordes que eran disonantes y extraños en otro momento. La melodía es la “sucesión de notas que, destacándose del acompañamiento, forman la parte cantable en una composición musical. Leitmotiv, motivo, tema”.

La palabra del paciente, toda palabra llama a una respuesta. No hay palabra sin respuesta, incluso si no encuentra más que el silencio, con tal de que tenga un oyente, y este es el meollo de su función en el análisis. La palabra vacía muestra que es mucho más frustrante que el silencio. "Lacan llamará al psicoanalista, practicante de la función simbólica, cuyas fuentes subjetivas se encuentran en una connotación vocálica de la presencia y de la ausencia." (Lacan, 1953, p. 128).

“El psicoanálisis constituye un espacio privilegiado para el estudio de la palabra; ella es protagonista en la cura. Trabajamos con la palabra, la palabra del paciente y la palabra del psicoanalista. Se habla y se escucha.” (Loschi, p.33, 2010).



Este practicante es el que vuelve a traer la experiencia psicoanalítica a la palabra y al lenguaje para lograr una eficacia en la interpretación. Se tratará de restituir a la palabra su pleno valor de evocación, pues la función del lenguaje no es informar, sino evocar. La acción analítica no tiene otro fin que el advenimiento de una palabra verdadera y la realización por el sujeto de su historia en su relación con el futuro.

No hay forma de captura, de dominio posible, en lo que se escucha. Un grabador puede registrar los sonidos, pero eso aún no es escuchar; hace falta todavía que el efecto sonoro producido se dirija allí donde el sentido y el sonido resuenan uno en otro. (Glasserman, 2017, p. 137)

El acto de escuchar se efectúa en un intervalo, el que existe entre el cuerpo y el discurso. En una zona potencial, inconsciente, a la vez afuera y adentro. No es una cualidad sensible como otras, no tiene presencia, o está llegando, o se está yendo. Dicho en otras palabras, dado que se apuntala en el eco, en lo que resuena y no solo en lo que se oye, puede aparecer en lugares múltiples.

La disponibilidad para la escucha no consiste meramente en quedarse callado. Consiste en no prejuizar. En colocarse al servicio de la experiencia del otro, otro único, singular. En abrirse a lo desconocido. La escucha es el prerrequisito para una interpretación a salvo de un saber preestablecido, congelado, una mera “aplicación” de la metapsicología. (Hornstein, 2014, p. 2)

Lo anterior nos lleva al encuadre, lo cual es una situación especial que, al interpretar el discurso inicial, refuerza la expresión de las fantasías y de las pulsiones. Luego de esto “se suma el acuerdo de los siguientes requisitos: el establecimiento y respeto de un horario, de una periodicidad y del pago de las sesiones” (Herrera, 1999, p. 4). A partir de esto se adentra en la mera intervención que tiene como base la presencia de la transferencia que

propone la estructura para la futura demanda de análisis para después también indagar en las posibles interpretaciones.

Ahora, si hablamos de lo que es transferencia, Freud menciona (1912) "para designar el dispositivo que se organiza en la situación analítica y que 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". Es decir, que a partir de la transferencia se otorgarían ciertas cualidades y ciertas características, lo que permite al analizante poder posicionar al analista en el lugar del saber, desde el cual se manifestaría aquella demanda que se espera, por lo que la transferencia la podríamos ubicar en la base de todo vínculo, sin mencionar que, este carácter paradójico se encuentra también en tanto siendo la transferencia lo que hace posible el análisis, su destino es su liquidación como acto analítico.

La intervención del analista, la cual tiene como finalidad la de adquirir el *status* de interpretación al cual se pretende llegar, lo es, siempre y cuando quepa en la medida que permita y de paso a la producción de cierto saber, como lo es. El de un nuevo sentido, el de un cambio de posición subjetiva por parte del analizante entre otros. No obstante, este acto del analista tiene como origen su propio inconsciente, es decir, que sigue estando en una zona, un tacto difícil de acceder y así mismo se unirá a las formaciones del inconsciente del analizante.

David Pierre (1983) dice que "el psicoanalista está en una relación asimétrica con el paciente "guarda un saber y posee un secreto" (p. 62.). Es decir, que la asimetría se da constantemente durante en el psicoanálisis por el simple hecho de poder sostener aquel proceso que se necesita. Sin embargo, el analista debe en lo posible evitar el asumir aquel lugar el cual se lo están ofreciendo, y si no más bien, por lo contrario, como ya se lo ha mencionado previamente, solo es para sostener el proceso de cura que permite al analizante reconocer e interpretar aquello que no existe.

Para Cevallo, H. (1988) "se puede afirmar, siguiendo a Foucault, que el poder es dinámico, cambiante, reticular y que nunca conforma una substancia que se posea como un bien, pero el poder también se fija y localiza en los individuos y en las instituciones" (p.33). Por lo que podemos que asumir que el poder y el control no son tan solo 2 instancias diferentes, sino que en algún punto se correlacionan y se convierten en una cadena que van de la mano para que así se logre completar el proceso, son mencionar que el saber y el poder por defecto se sitúan del lado del analista.

Precisamente de las instancias del saber y el poder nace lo que es la directividad, ya que para este caso existe una regla fundamental a la que debe someterse el analista, este implica el escuchar de la misma manera todo lo que el analizante enuncie, lo que lleva a someterse a la regla de la abstinencia. "El inconsciente se manifiesta en las fallas del discurso consciente, en el movimiento inesperado de la palabra". (Marucco, 1924,p. 60,)

Por otro lado, tenemos lo que es la realidad psíquica, Jung (2008) "Consideraba la psique y su capacidad de crear imágenes como un agente mediador entre el mundo consciente del yo y el mundo de los objetos".(p.65) Es decir, que las imágenes psíquicas vendrían a representar a la verdadera fuente de nuestro sentido de realidad psíquica.

## CAPÍTULO 2

### El proceso de duelo

Para comenzar hablaremos sobre lo que es un proceso de duelo. La sabiduría del ser humano está basada en las distintas experiencias por las que ha tenido que pasar en la vida, una de ellas es la pérdida de algo/alguien que era de vital importancia.

¿Qué es un duelo? La presencia de un duelo en la vida de alguien representa la reacción normal, natural, esperada ante la pérdida de un objeto preciado, de una persona o algo significativo. Este presenta una reacción emocional y del comportamiento a modo de sufrimiento y aflicción cuando se da el rompimiento ante el vínculo afectivo que se mantenía con lo actualmente perdido. Todo lo anterior compromete a los componentes psicológicos, sociales y físicos, dando así la posibilidad de ser intenso y con una duración proporcional al significado y dimensión de la pérdida.

El ciclo vital de la especie humana está marcado por una infancia prolongada que condiciona el desarrollo de una conducta compleja, en la que queda de manifiesto que el ser humano es un animal sociable por necesidad, y no por elección. Siendo tan importantes para la persona las relaciones sociales, cuando esos lazos afectivos se rompen por fallecimiento del ser querido a la que está vinculado, lo que se produce es un estado afectivo de gran intensidad emocional al que llamamos duelo. (Gómez, 2004, p.1)

Con esto podemos deducir que la elaboración de las pérdidas es posiblemente un tema central en la existencia humana. A lo largo de la vida, desde el nacimiento como primera dolorosa separación, la vida de cada uno de nosotros, de nosotras, es un continuo de pérdidas y separaciones, llegando hasta el final de las posibles opciones, que vendría a ser la propia muerte o la de nuestros seres más allegados. Todas estas separaciones, sean grandes o pequeñas, dependiendo del individuo, no solo representa el

recuerdo de la provisionalidad de cualquier vínculo, sino que estas van preparando la llegada del último escalón, el gran y definitivo adiós.

Cada pérdida acarreará un duelo, y la intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye, es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida. El dolor por la pérdida, por las pérdidas, es parte de nuestra condición humana, de nuestra naturaleza, deuda de nuestra estirpe atada al tiempo y a lo fugaz. Considerar la muerte de una persona querida como un tipo de pérdida, más que verla como algo único y totalmente diferente, nos va a permitir integrar en un modelo más amplio de las reacciones humanas. (Cabodevilla, 2007, p. 164)

### **Tipos de pérdidas**

Con la información ya definida sobre lo que es un duelo podemos ya considerar que este es producido por cualquier tipo de pérdida y que este no se presenta solamente por el fallecimiento de una persona. Es por esto que el proceso de duelo se ve presente ante una pérdida meramente significativa, siempre que se dé la pérdida de algo a lo que se haya puesto un grado de valor, real o simbólico, consciente o no para quien lo pierda. “La pérdida no está forzosamente ligada a la muerte que, sin embargo, constituye el paradigma del duelo. La muerte imprime al duelo un carácter particular en razón de su radicalidad, de su irreversibilidad, de su universalidad y de su implacabilidad. Una separación no mortal deja siempre abierta la esperanza del reencuentro” (Gómez, 1998, p. 29)

Se pueden ubicar diferentes tipos de pérdidas, las cuales pueden ser organizadas de la siguiente manera (Cabodevilla, 2007, p. 164):

- **Pérdida de la vida:** Es la presencia de un tipo de pérdida total, ya sea de la representación de la vida propia, cómo se da en caso de enfermedades catastróficas dónde la persona se enfrente a su posible muerte o la pérdida de la vida de otra persona.

- Pérdidas de aspectos de sí mismo: Estas pérdidas se ven involucradas con la salud del individuo. Aquí se presentan pérdidas tanto físicas, referidas a partes del cuerpo, incluyendo las capacidades cognitivas, sensoriales, motoras, como psicológicas, siendo posible la pérdida de autoestima, ideales, ilusiones, etc.
- Pérdidas de objetos externos: En este tipo podemos encontrar pérdidas que no tienen nada que ver directamente con la persona propiamente dicha, sino que se trata de pérdidas materiales. A lo que se refiere con esto es como, por ejemplo: al trabajo, pertenencias, situación económica, objetos de valor, etc.
- Pérdidas emocionales: Aquí se encuentran las rupturas de lazos sentimentales, como por ejemplo el término de relación entre una pareja o una amistad importante.
- Pérdidas ligadas con el desarrollo: Cuando se habla de este tipo se refiere a pérdidas relacionadas a las etapas de la vida, como es el paso de infancia a adolescencia, entrar a la juventud adulta o la llegada de menopausia o vejez, etapas que representan el dejar atrás lo ya vivido.

Todo este tipo de pérdidas que acarrear un duelo traen consigo distintas propiedades, así como nos comparte Freud “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía” (Freud, 1914-1916, p. 2)

En efecto, el proceso de duelo es una experiencia llena de dolor, aflicción, lástima o resentimiento que se presenta de diferentes formas, con la presencia de la pérdida de algo o de alguien a quien se le ha agregado un valor altamente significativo. Por lo tanto, se debe afirmar que este proceso es algo totalmente normal, una experiencia humana por la cual todo

individuo debe atravesar al momento de la pérdida de algo querido. Así que desde luego que no se debe pensar que se trata de algún suceso patológico, sino más bien el duelo representa un indicador de carga afectiva ante lo perdido. No hay amor, cariño, sentimientos si no se pasa por el duelo ante la pérdida.

La manera en la que se llegue a comprender el proceso que acarrea el duelo está relacionada a la forma con la que la presencia de la muerte es manejada en el medio social y cultural en la que se desenvuelve el individuo, esta ha ido evolucionando con el transcurso de las distintas épocas y etapas por las que ha atravesado la humanidad.

Como señala F. Torralba, en todo ser humano se vive el abismo de la fragilidad y vulnerabilidad. Afirmar que el ser humano es vulnerable significa decir que es frágil, que es finito, que está sujeto a la enfermedad y al dolor, al envejecimiento y a la muerte. La tesis de que el ser humano es vulnerable, constituye una evidencia fáctica, no precisamente de carácter intelectual, sino existencial. La enfermedad constituye una de las manifestaciones más plásticas de la vulnerabilidad humana. (Torralba, 1999, p. 287)

El ser humano es un individuo de carácter vulnerable, cualquier acontecimiento que suceda se verá reflejado con afectaciones en cada una de sus dimensiones o facetas. La vulnerabilidad está sujeta a su ser, a su actuar y a su expresar. “Decir que es vulnerable, significa afirmar que no es eterno, que no es omnipotente, que puede acabar en cualquier momento. Significa afirmar que lo que hace puede ser indebido, que lo que dice con sus palabras o sus silencios pueden ser equívocos.” (Cabodevilla, 2007, p. 166):

Lo que nos pone en contacto con nuestra parte vulnerable es el sufrimiento que nos revela. Este sufrimiento es causado por la pérdida y constituye, en bastantes casos, una profunda experiencia que alcanza hasta lo más profundo del ser, siendo notorio que a veces muy pocas razones logran

hacerlo. Depende del individuo el asimilar el sufrimiento que provoca las pérdidas ya que si no se da un buen proceso de duelo este puede degenerar en enfermedades mentales y de igual manera físicas, siendo esto capaz de desmoronar el equilibrio vital.

El sufrimiento recepta movimientos de quien lo sufre, este puede enfrentarse a él, darle inesperados giros, incluso intentar lograr entender su significado, las conexiones que estén tras él. Nadie puede quitar este sufrimiento, pero la lucidez y capacidad de observarlo cara a cara es un buen comienzo para adentrarse al camino de la superación. Se debe trabajar en el poder expresar lo que se siente, poder decir que el propio sufrimiento es un gran paso hacia la completa superación.

Es preciso mencionar diferentes autores que brindan información precisando sobre lo que es un proceso de duelo, tenemos nuevamente a Freud quien creó un modelo de duelo muy directamente inspirado por la depresión, la melancolía, y en el cual las relaciones con los demás, con los "objetos", "son el elemento fundamental de la pérdida que se experimenta con el duelo, es decir, cuando se pierde afectivamente algo o a alguien significativo, se pierde una parte del yo, del mundo interno, de la estructura personal." (1900, p.122).

Mencionando otros autores dentro de los modelos psicoanalíticos, Melanie Klein insistió en que cada duelo reaviva la ambivalencia residual, nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio. El duelo, para Melanie Klein, supone alteraciones más profundas de nuestra relación con nuestros recuerdos, con nuestras representaciones mentales conscientes e inconscientes que nos vinculan con la madre, el padre, la familia original.



## **Fases del proceso de duelo**

“Diversos autores como Bolwy, Parkes, Engel y Sanders, han definido distintas fases o etapas del duelo que con algunos matices se pueden apreciar elementos comunes. Estas fases son un proceso y no secuencias o etapas fijas, de tal manera que no reproduce un corte claro entre una y otra fase, y existen fluctuaciones entre ellas.” (Cabodevilla, 2007, p. 167):

- Fase de aturdimiento o etapa de shock: Es como un sentimiento de incredulidad; hay un gran desconcierto. La persona puede funcionar como si nada hubiera sucedido. Otros, en cambio, se paralizan y permanecen inmóviles e inaccesibles. En esta fase se experimenta sobre todo pena y dolor. El shock es un mecanismo protector, da a las personas tiempo y oportunidad de abordar la información recibida, es una especie de evitación de la realidad.
- Fase de anhelo y búsqueda: Marcada por la urgencia de encontrar, recobrar y reunirse con la persona difunta, en la medida en que se va tomando conciencia de la pérdida, se va produciendo la asimilación de la nueva situación. La persona puede aparecer inquieta e irritable. Esa agresividad a veces se puede volver hacia uno mismo en forma de autorreproches, pérdida de la seguridad y autoestima.
- Fase de desorganización y desesperación: En este periodo que se atraviesa son marcados los sentimientos depresivos y la falta de ilusión por la vida. La persona afectada por la pérdida va tomando conciencia de que el ser querido no volverá. Se experimenta una tristeza profunda, que puede ir acompañada de accesos de llanto incontrolado. La persona se siente vacía y con una gran soledad. Se experimenta apatía, tristeza y desinterés.
- Fase de reorganización: Se van adaptando nuevos patrones de vida sin el fallecido, y se van poniendo en funcionamiento todos los

recursos de la persona. El duelo comienza a establecer nuevos vínculos.

Es importante recalcar que, aunque se hable sobre el fallecimiento de algo no solo se habla sobre una persona sino, como ya se ha mencionado con anterioridad, que también existen otros tipos de pérdida.

De manera general, en todos los duelos existirán muchas características parecidas, ya que parten de una información básica que trasciende con relación a un íntimo sentido de supervivencia. Mas, sin embargo, el aprendizaje, la experiencia, la personalidad, y diferentes series de factores externos, como pueden llegar a ser el tener otros vínculos afectivos, moldearán de manera individual la respuesta de duelo en cada persona. “Las emociones son parte del legado genético de nuestra especie, que permanecen en nuestras células. Y aunque somos un todo interdependiente, podemos distinguir distintas dimensiones de nuestro ser que se verán afectadas de diferente manera ante la experiencia de duelo.” (Cabodevilla, 2007, p. 164)

### **Dimensiones del proceso de duelo**

Todas las manifestaciones que se señalarán a continuación, deberán ser matizadas por el hecho de que el expresar del duelo no es a modo universal, ni homogéneo, ni uniforme, este posee diferentes matices, ritos, expresiones y comprensiones desde distintas variables socioculturalmente hablando. Lizarraga nos habla sobre las dimensiones en las cuales se presentan las características del duelo (2005, p. 696):

- **Dimensión física:** Se refiere a las molestias físicas que pueden aparecer a la persona en duelo. Sequedad de boca, dolor o sensación de vacío en el estómago, alteraciones del hábito intestinal, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, inquietud, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, pérdida de peso, mareos. Algunas investigaciones han demostrado que las situaciones de estrés están

íntimamente relacionadas con la inmunodepresión y, por tanto, el organismo humano es más vulnerable a enfermar. Y obviamente la muerte de un ser querido es una de las experiencias más estresantes.

- Dimensión emocional: Aquí señalamos los sentimientos que el deudo percibe en su interior. Los estados de ánimo pueden variar y manifestarse con distintas intensidades. Los más habituales son: sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza.
- Cuando el sentimiento predominante es la rabia, deberemos entender que se trata de un mecanismo de compensación del dolor sentido. La mejor herramienta es canalizar y expresar la rabia. La actividad física con gran esfuerzo suele ser un buen remedio para calmar esa rabia que nos oprime, así como el romper papeles, golpear un cojín o quizás gritar en un lugar seguro.
- Dimensión cognitiva: Se refiere a lo mental. Dificultad para concentrarse, confusión, desgaste mental, falta de interés por las cosas, ideas repetitivas, generalmente relacionadas con el difunto, sensaciones de presencia, olvidos frecuentes.
- Dimensión conductual: Se refiere a cambios que se perciben en la forma de comportarse con respecto al patrón previo. Aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, llanto, aumento del consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos u otras drogas.
- Dimensión social: Resentimiento hacia los demás, aislamiento social.

- Dimensión espiritual: Se replantean las propias creencias y la idea de trascendencia. Se formulan preguntas sobre el sentido de la muerte y de la vida.

### **Tipos de proceso de duelo**

La presencia o no de duelo patológico se va a caracterizar, fundamentalmente, por la intensidad y la duración de la reacción emocional. Por lo tanto, sí es posible señalar que hay un duelo “normal” y otro “patológico”, de acuerdo con la intensidad del mismo y su duración. Parece que las personas que en su niñez más temprana no han sido estimuladas y apoyadas a ser personas individuales, con su identidad separada, posteriormente tienen dificultades para desprenderse, tienden a aferrarse, y por eso les resulta tan difícil elaborar el duelo. Esto nos lleva a identificar distintos tipos de duelos (Cabodevilla, 2007, p. 170)

- Duelo anticipatorio: Es un tipo de duelo en el que el afectado ya ha empezado la elaboración del dolor de la pérdida sin que esta haya ocurrido todavía. Es una forma de anticipar la pérdida que irremediablemente ocurrirá en un corto periodo de tiempo. Este tipo de duelo es relativamente frecuente cuando el ser querido se encuentra en una situación de terminalidad, aunque no haya fallecido. Es una forma de adaptación a lo que va a llegar.
- Duelo crónico: El afectado se queda como pegado en el dolor, pudiendo arrastrar durante años, unido muchas veces a un fuerte sentimiento de desesperación. La persona es incapaz de rehacer su vida, se muestra absorbida por constantes recuerdos y toda su vida gira en torno a la persona fallecida, considerando como una ofensa hacia el difunto restablecer cierta normalidad.
- Duelo congelado o retardado: Se le conoce también como duelo inhibido o pospuesto. Se presenta en personas que, en las fases iniciales del duelo no dan signos de afectación o dolor por el

fallecimiento de su ser querido. Se instaura en el afectado una especie de prolongación del embotamiento afectivo, con la dificultad para la expresión de emociones. En el duelo congelado, a los afectados les cuesta reaccionar a la pérdida.

- **Duelo enmascarado:** La persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conductas que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido. En este tipo de duelo, el afectado acude frecuentemente a los médicos aquejados de diferentes disfunciones orgánicas, pero calla el hecho de su pérdida reciente, ya que no lo relaciona con ello.
  
- **Duelo exagerado:** También llamado eufórico. Este tipo de duelo puede adquirir tres formas diferentes:
  - Caracterizado por una intensa reacción de duelo. En este caso habrá que estar atentos a las manifestaciones culturales para no confundirlas con ellas.
  - Negando la realidad de la muerte y manteniendo, por lo tanto, la sensación de que la persona muerta continúa viva.
  - Reconociendo que la persona sí falleció, pero con la certeza exagerada de que esto ocurrió para beneficio del afectado.
  
- **Duelo ambiguo:** La pérdida ambigua es la que más ansiedad provoca ya que permanece sin aclarar. Existen dos tipos de pérdida ambigua. En el primero, los afectados perciben a determinada persona como ausente físicamente, pero presente psicológicamente, puesto que no es seguro si está viva o muerta, ya que no se ha localizado el cuerpo. Esta forma de duelo ambiguo aparece muy frecuentemente en catástrofes y desaparecidos por distinta índole. En el segundo tipo de pérdida ambigua, el afectado percibe a la persona como presente físicamente, pero ausente psicológicamente. Muy común en personas con demencias muy avanzadas o que han sufrido daño cerebral y se encuentran en estado vegetativo persistente.

- Duelo normal: Este duelo es el más común, o al menos el más esperado, y se caracteriza por lo siguiente:
  - Aturdimiento y perplejidad ante la pérdida.
  - Dolor y malestar.
  - Sensación de debilidad.
  - Pérdida de apetito, peso, sueño.
  - Dificultad para concentrarse.
  - Culpa, rabia.
  - Momentos de negación.
  - Ilusiones y alucinaciones con respecto al fallecido.
  - Identificación con el fallecido.

### **Duelo en psicoanálisis**

El duelo es el conjunto de sucesos y acontecimientos psíquicos que configuran un proceso que se produce como consecuencia de la pérdida de un objeto importante y significativo para una persona. Por objeto entiendo tanto una persona como un ideal; un algo concreto o una abstracción; un valor intrínseco o simbólico; en fin, un “algo” que tenga importancia, valor y significación para un sujeto dado (Aslan, p.706, 2003).

Para el psicoanálisis el duelo es algo que llega sin que el sujeto se lo espere ni un poco, es algo que desestabiliza por completo la psiquis del paciente y de la cual la principal causa viene siendo la pérdida de un ser querido, pero no significa que solamente sea atribuido un proceso de duelo a la muerte de alguien. Como ya hemos hablado con anterioridad se pueden vivir procesos de duelo por diferentes tipos de situaciones, por pérdidas físicas o por cosas que ni siquiera pueden ser identificadas a simple vista.

El proceso de duelo no es voluntario, es decir no es algo de lo cual se pueda escapar por el mero hecho de no querer “sufrir” y la cantidad de tiempo que tomará el proceso de duelo para llegar a un momento de estabilidad

emocional se verá implicada con la carga que ha sido atribuida al objeto perdido. Por un lado, tenemos a Freud que comenta que este debe durar de uno a dos años, Engel nos menciona que de seis a dieciocho meses y hasta los judíos tienen establecido que debe ser un periodo de doce meses y un día, ni más ni menos. Con esto se quiere dar a entender que no existe algo establecido para la cantidad de tiempo que debe tomar superar la pérdida y de la misma manera este no puede ser acelerado o interrumpido por situaciones internas o ajenas ya que pueden encontrarse, en un futuro, con duelos patológicos.

Como dice Freud, el proceso del duelo es algo automático:

Acaso se deba a que la tramitación de un conflicto mediante la formación de síntomas es un proceso automático que no puede estar a la altura de las exigencias de la vida, y en el cual el hombre ha renunciado al empleo de sus mejores y más elevadas fuerzas. De existir una opción debería preferirse sucumbir en una honrosa lucha con el destino (Freud, 1917,p.84)

Con esto podemos entender que cada proceso es un caso individual y diferente para cada individuo, este se presentará a través de los diversos y múltiples ropajes psíquicos, “En tanto la subjetividad y la escena cultural en su funcionamiento dialéctico se articulan y determinan los modos contemporáneos de presentación del síntoma están estrechamente vinculados con la forma en que en nuestra época «pervive» la pulsión: la (s) forclusión (s), el rechazo de la castración etc.” (Bower, 2007,p.59), ya que dependerá de la manera en que haya sido vivida la vida de cada uno y el contexto psicosocial en el que esté situado en ese momento determinado.

Desde el psicoanálisis existen distintas maneras de responder ante una pérdida y su respectivo procedimiento de duelo, para Lacan el acting out es lo que prevalece como respuesta inmediata ante este desequilibrio, ya que se presenta el encuentro con la mera angustia y para esto se dará la necesidad de los rituales y del respectivo tiempo de duelo.

La angustia deberá transmutar en dolor y en duelo, lo que hará posible algún camino hacia la subjetivación en los mismos. Convirtiendo la angustia en dolor que permitirá al sujeto: Encontrar una significación sobre su lugar en relación al objeto perdido. Esto podrá dar lugar al síntoma, a las formaciones del inconsciente, a las identificaciones (como efectos de significación), o al acto sostenido desde el fantasma. Pero frecuentemente en los caminos del duelo, el sujeto transitará por los bordes de la tentación a ofrecerse él mismo a fin de evitar el encuentro con el desamparo que supone el reconocimiento de la muerte del prójimo, por lo que es común, durante los duelos, la muerte del deudo. (Elmiger, 2010, p.17-18,)

Aquí es cuando damos mayor cuenta del difícil tránsito que representa el pasaje de un proceso de duelo y lo que simboliza para la subjetivación del sujeto en cuestión. El esperado fin al cual se supone se debe llegar con este proceso de duelo es a que el deudo pueda reconocer, después de establecer correctamente este pasaje, las marcas de la falta que han quedado en él y restablecer la conexión con la memoria del objeto en falta.

Del recorrido expuesto se desprende el otro problema derivado en relación al tema: la desubjetivación del duelo y sus consecuencias en la subjetividad del deudo y en el tejido social, ya que las consecuencias de tal desubjetivación devastan la condición humana. El frágil límite entre lo significable y lo irrepresentable, lo imposible de significarse, se rompe, lo que no puede ser sin consecuencias para la sociedad. (Elmiger,2010, p.18)

Es por esto que Lacan también comenta que se debe reconocer y ocuparse de tratar la cuestión de que en el proceso de duelo no solo se pierde al objeto sino de igual manera indagar lo que se ha extraviado de lo propio del sujeto en cuestión. “Sólo estamos de duelo por alguien de quien podemos decirnos Yo era su falta” (Lacan, 1963, p.155,). Con esto se trata de dar a entender que solo es posible realizar un proceso de duelo por aquello cuya falta fuimos en su respectivo momento, cuyo deseo fue causado.



En resumen, Lacan da a entender que parte de vital importancia es la subjetividad del duelante, las respuestas que existan por el impacto en este son de mera importancia ya que no solo se pierde al ser querido (u objeto con carga afectiva), sino que un pedazo del individuo se pierde en sí con este duelo. Es por esto que quien se encuentra en este proceso sufre siempre un colapso traumatizante y queda sobreexpuesto a lo real que lo rodea. La trama significativa se fractura y no hay presencia de respuestas inmediatas que partan desde lo imaginario-simbólico. Es por eso que el sujeto en duelo presenta distintas respuestas ante este dolor, muchas veces no solo se demuestra sin palabras que expresar, sino que queda en un completo vacío.

## CAPÍTULO 3

### Caracterización de la insuficiencia renal

Parece prudente comenzar indicando que la enfermedad denominada como insuficiencia renal está indicada como una enfermedad catastrófica. Como menciona Tobar:

Hay un conjunto limitado de enfermedades que no solo matan o incapacitan a quienes las padecen, sino que además empobrecen a estas personas y sus familias. Por eso, las denominadas “enfermedades catastróficas” configuran un problema que no es solo médico, ni siquiera sólo sanitario, sino que configura un complejo desafío económico y social que requiere su consideración y tratamiento desde las políticas públicas. (Tobar, 2014 p.13)

Para poder comenzar de manera acertada este capítulo debemos explicar el significado de la enfermedad catalogada como insuficiencia renal, Torres nos comenta que “la insuficiencia renal crónica se define como la pérdida progresiva, generalmente irreversible, de la tasa de filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida” (Torres, 2003, p. 3). Por lo tanto, significa la pérdida del proceso de filtración de impurezas en la sangre.

Son múltiples las causas de insuficiencia renal crónica, por lo que más que una enumeración de las causas que la originan, es pertinente destacar que las principales causas han ido cambiando con el tiempo. Anteriormente la glomerulonefritis (inflamación de los filtros pequeños de los riñones) era considerada la causa más frecuente de insuficiencia renal, sin embargo, la nefropatía diabética (alteraciones en el riñón que se producen en personas con diabetes cuando su control de la glucosa en sangre y otros factores asociados no ha sido adecuado) ha llegado a ocupar el primer lugar, sobre todo en los países desarrollados.

Hay razones que explican estos cambios, así la diabetes mellitus se ha convertido en una enfermedad pandémica que continúa en fase de crecimiento. Por otro lado, los constantes adelantos en el manejo adecuado de la glomerulonefritis están impidiendo que la enfermedad se haga crónica y por lo tanto su importancia en la génesis de la insuficiencia renal ha ido disminuyendo.

En relación con los mecanismos de progresión de la insuficiencia renal crónica se debe mencionar que una vez que la causa primaria ha ocasionado destrucción de un número de nefronas (la unidad estructural y funcional básica del riñón, responsable de la purificación de la sangre) se pondrán en marcha mecanismos que tratarán de reemplazar la función de las nefronas destruidas, como consecuencia se produce hipertrofia e hiperfiltración de los glomérulos restantes que si no se corrige terminarán por destruirlos progresivamente.

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollados. Como consecuencia cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención. Otra particularidad es que la edad de los pacientes que son admitidos a programa de hemodiálisis se va incrementando. Por ejemplo, en Japón dos tercios del total de pacientes en diálisis están por encima de los 60 años y la mitad son mayores de 65 años.

De los dos tipos de diálisis, la más utilizada es la hemodiálisis (HD) alcanzando un 80 a 90%. La diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) se utiliza en un 10 a 20%, con algunas excepciones. Los estudios individuales y multicéntricos realizados en HD y DPCA muestran que no existen diferencias significativas entre ambas técnicas en cuanto a resultados se refiere. En la elección del tipo de diálisis usualmente se toman en cuenta factores como enfermedades coexistentes, situaciones vitales y

sociales de cada paciente y también información de la comunidad nefrológica de las diferentes técnicas. Otros factores a considerar son preferencia del paciente y de la familia, capacidad de efectuar el procedimiento técnico en términos de seguridad y eficacia, costos, limitaciones anatómicas como hernias, lesiones vertebrales y limitaciones fisiológicas como el transporte peritoneal.

Como ya se mencionó la hemodiálisis es el procedimiento más utilizado. Se considera una diálisis adecuada cuando el porcentaje de urea sérica (residuo de la descomposición de las proteínas) extraída supera el 70% de la cifra de urea sérica prediálisis. Recientemente, en vías de experimentación, se están realizando hemodiálisis diaria con excelentes resultados: mejor hematocrito, mejor control de la presión arterial, de la nutrición, del estado mental, función social, menor morbilidad y por lo tanto menor necesidad de hospitalización.

El trasplante renal desde un comienzo se ha considerado el tratamiento de elección, por diferentes razones todas ellas válidas. La donación puede ser de una persona viva o de un cadáver. La elección depende de factores culturales, socioeconómicos, legales, religiosos. Entre países siguen existiendo grandes diferencias en el tipo y frecuencia de trasplantes. La tendencia es a una mayor frecuencia de trasplantes en países como España, EEUU, Suecia y Nueva Zelanda. La frecuencia es menor en Japón, Alemania, Francia e Italia. Sin embargo, debe enfatizarse que aun en los países con mayor frecuencia de trasplantes, todavía el número de donaciones no es suficiente para compensar la situación generada en las listas de espera de trasplante renal. En la mayoría de los países el trasplante renal se hace de donantes cadáveres, en España y Francia el 100% de trasplantes son de donantes cadáveres.

## Estadísticas de casos de Insuficiencia Renal Crónica

Según la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología comenta que “La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial.”

“Según datos de la SLANH, en América Latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvo acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones ya no pueden realizar: hemodiálisis (realizada por una máquina), diálisis peritoneal (utilizando fluidos en el abdomen a través de un catéter) y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200.” (OPS, p.1, 2015)

Según el INEC la 8va causa principal de defunciones en el Ecuador pertenece a las enfermedades del sistema urinario, donde por supuesto entra la Enfermedad Crónica Renal:



Según la revista Edición Médica cerca de 10.000 personas necesitan diálisis en el Ecuador. En este artículo nos encontramos con el último reporte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), este nos informa que hasta el 2014 en el país se contabilizaban 6.611 personas con insuficiencia renal crónica. No obstante Julio Moscoso, gerente general del Centro de diálisis Nefrology, explicó que las estadísticas han crecido “no porque aumentó la prevalencia de la enfermedad sino porque hay más acceso a la salud” y por ende ha mejorado el diagnóstico temprano.

Eleyne Cabezas del servicio de nefrología, diálisis y trasplante renal del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, ha indicado que:

Las estadísticas sobre insuficiencia renal tienen una tendencia al incremento por varios factores. De acuerdo con su labor diaria, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades propias del riñón y sobre todo el actual estilo de vida de la gente, han hecho que existan más personas jóvenes diagnosticadas con esta patología. (Redacción Médica, 2022, p.1,)

Vanessa Villavicencio Cerón, presidenta de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología (SEN), manifiesta la preocupación de los especialistas por el aumento de la incidencia sobre la Enfermedad Renal Crónica. Villavicencio comenta “que los casos aumentan en población de entre 29 y 50 años, tanto por su actividad laboral (trabajadores del agro por altos niveles de deshidratación) como a consecuencias de la diabetes o la hipertensión.” (Redacción Médica, 2022, p.1)

### **Impacto de un diagnóstico de enfermedad catastrófica**

Como se comentó al inicio de este capítulo la enfermedad de Insuficiencia Renal Crónica es catalogada como una enfermedad catastrófica, al ligarla con este término nos referimos a que esta se ve relativa a la condición física, espiritual, psicológica y socioeconómica de la persona que la padece. Una enfermedad catastrófica presenta un cambio significativo en todos los

ámbitos de la vida en el paciente, tanto personales como familiares. Ya que la Insuficiencia Renal Crónica es catalogada como una Enfermedad Médico-Quirúrgica Catastrófica (EMQ-C) es indispensable comentar los efectos secundarios que puede tener, además de lo físico y orgánico, una enfermedad de esta magnitud en una persona.

Por esto es que desde 1994 es ofrecida en los hospitales la Sección de Psiquiatría y Psicología (SPP) para evaluación y cuidado de los aspectos médico-psicológicos, logrando así indagar las repercusiones hay o habrá en la vida del paciente.

Para ello, la SPP se ha concentrado en atender las necesidades emocionales y cognitivas de pacientes con EMQ-C, mediante remisión directa en consulta externa y mediante interconsulta con pacientes hospitalizados. Además, en hospitalización se ofrece tratamiento para el manejo de las complicaciones complejas, como ansiedad, depresión, psicosis, estados confusionales (delirio), síndromes de abstinencia o disfunciones de pareja o familia. La gravedad de las complicaciones puede requerir manejo conjunto por parte del equipo especializado en salud mental, junto con los especialistas clínicos, los cirujanos y demás personal del equipo de medicina del dolor y de cuidado intermedio o intensivo. (G.Rincón, 2006,p.5)

La familia forma parte esencial en cuanto a las afectaciones presentadas en una enfermedad catastrófica. Para esto se presentan distintas situaciones en cuanto a lo familiar, por un lado, se encuentra la familia inexistente, ya sea porque el paciente vive solo, sencillamente no tiene familia o en casos extremos la familia no demuestra interés alguno. En el otro lado se encuentran las familias que desean ser parte de todas las circunstancias que atraviesa el paciente o el tipo de familia que demuestra tener diferencias en cuanto a las opiniones o relaciones del paciente, lo cual genera una gran cantidad de estrés grave en el paciente y hasta en el equipo médico. “En el intermedio hay diversas aproximaciones de las familias a la problemática del

paciente y diferentes maneras de adaptarse. En todos los casos, es importante destacar el papel que la familia cumple como apoyo en la adherencia y cumplimiento de los tratamientos.” (Rincón, 2006, p.6)

Adicionalmente, la enfermedad puede tener un gran impacto en algunos de los miembros de la familia, lo cual amplía el espectro de los efectos humanos de la EMQ-C y el tratamiento. En algunos estudios se ha observado que los miembros de la familia presentan enfermedades, como estrés postraumático, ansiedad y depresión, que inician después del diagnóstico y que continúan en forma paralela a la EMQ-C del paciente. Las consecuencias de estos fenómenos pueden ser tan graves como llevar a la disolución de la pareja, a crisis familiares, a problemas en la sexualidad y en lo laboral, al igual que a la desmembración del grupo familiar (G.Rincón, 2006, p.6).

En cuanto a referirnos precisamente en la afectación del comienzo de la enfermedad Insuficiencia Renal Crónica es preciso comentar que se debe trabajar la aceptación de la enfermedad desde el día uno de la presencia de esta, ya que representa un cambio drástico en la individualidad del paciente. Para esto se requiere un proceso de luto “Para los pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis, esta capacidad de realizar el luto supone mucho más que tolerar ser conectados a la máquina como principal factor para aliviar sus dificultades.” (Pérez, 2010, p.70) A su vez esto también supone trabajar, si hubiere, en conflictos antiguos para así lograr comprometerse con la nueva imagen corporal que se presentará a partir de ahora. Como de igual manera se puede presentar el alejamiento de familiares y el hogar, amigos y de su trabajo, para así poder asumir una nueva identidad.

En el caso específico de la IRC, los factores psicosociales tienen que ver con problemáticas familiares y económicas asociadas en la mayoría de los casos, ya que el enfermo portador de IRC debe dializarse hasta tres veces por semana con un costo alto para sí



mismo y la familia. Y en la medida en que esta enfermedad avanza, el problema de la persona se complica mucho más tomando en cuenta el impacto que le genera desde el punto de vista laboral y de disponibilidad de recursos propios (Pérez, 2010, p.71).

### **Urgencia subjetiva**

Sigmund Freud (Sotelo, p 23, 2013) entiende a la urgencia subjetiva como un instante de ruptura, ya sea de la homeostasis con el que la vida transcurría, de las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo o con los lazos amorosos y/o familiares. Esta ruptura guía al sujeto por diversos caminos: desde la inhibición, el mutismo o aislamiento hasta la impulsividad. Senderos estos que pueden conducirlo hacia actos desesperados que en ocasiones podrían poner en riesgo su vida o la de otros.

Bertran “plantea que, en la urgencia, el equilibrio pulsional del sujeto se quiebra porque hay una caída de la cadena significativa. Los elementos simbólicos e imaginarios que le brindaban al sujeto un lazo con el Otro ya no son suficientes”. (p. 45, 2004)

Belaga (2006) denomina urgencias subjetivas a “situaciones que pueden ser tomadas como desbordantes. El autor sostiene que “remiten a las epidemias contemporáneas tales como trastornos de pánico, conductas impulsivas, trastornos adaptativos, y otras” (p.1).

Seldes ( 2008) “indica que la urgencia subjetiva es como el trauma, como aquello que agujerea el funcionamiento. Se establece un contacto con lo real, es decir, hay un acontecimiento que rompe con un sentido que permitía decidir para el sujeto”(p,80). Sotelo y otros (2013) “postulan que en la demanda de una urgencia podríamos ubicar coordenadas subjetivas, lo cual da la posibilidad de implicar al sujeto con eso de lo que padece, que en un primer momento parece como ajeno y extraño” (p.85).

Sotelo, Fazio Miari (2014) describen a esa primera demanda de este modo: “Se presenta de forma variada y suele manifestarse como irrupción sintomática, como exceso de sufrimiento insoportable para el paciente y que requiere resolución” (p.143).

### **Sufrimiento psíquico**

El dolor psíquico, quizás mejor denominarlo Dolor Mental (aparece cuando se produce una herida narcisista, percibida como daño. Una experiencia en la que se mezcla lo psíquico y lo somático, cercana al Miedo, y a la Muerte; este Dolor Mental provoca que la persona busque ayuda, aunque no pueda reconocerlo, porque la sensación de daño es profunda, es una herida del self (no un “sentimiento doloroso” del Yo). Muchos autores coinciden en subrayar el carácter de estado emocional difuso de sobrecogimiento, malestar y displacer, de límites borrosos entre lo psicológico y lo biológico. (Weiss, 1934; Spiegel, 1966; Khan, p.12, 1934)

Pontalis (1975) “lo describe como la ruptura de la barrera protectora del Yo, donde se hace presente la ausencia del objeto, y fallan las funciones contenedoras del self, que tiende a la disgregación o desintegración” (p.77)

“La persona en la que inferimos el Dolor Mental, sin embargo, se mantiene “Ausente” del sufrimiento, aunque hable difusamente de él. La persona está, sin estar. Existe, pero sin dejar apenas huella”. (Anzieu, p.23, 1985).

Esto se podría expresar como ansiedad por la pérdida de la gratificación del objeto (interpersonal, internalizado) o como consecuencia de la influencia ambiental (interpersonal). La cuestión del origen de la ansiedad pasa entonces a ser de la máxima relevancia, ya que no tiene las mismas implicaciones que la persona reaccione con ansiedad ante la imposibilidad de satisfacer sus impulsos o que la ansiedad provenga del ambiente y el sujeto se haga persona como resonancia de la adaptación a la ansiedad percibida en los vínculos y que los otros le depositan. La persona que sufre

nos transmite su experiencia, percibimos la resonancia de los estados dolorosos que atraviesa. Percibimos que “vive” su sufrimiento.

Villegas “ha revisado brillantemente la evolución de las ideas sobre Dolor y Sufrimiento. Señala este pensador que la experiencia humana del dolor se transforma fácilmente en sufrimiento a causa de la conciencia de temporalidad, que se marca, así como uno de los signos distintivos de la especie humana. Esto es válido para la experiencia sensible que provoca dolor, pues son aspectos centrales la duración del dolor, la preocupación por su duración y la previsión de su aparición a través de la anticipación ansiosa dirigida a su evitación” (p.42, 2006)

Para Freud (1895) el primer dolor vivido por la especie humana es la indefensión resultante de la separación de la madre. La radical indefensión de la privación del otro desencadena un estado negativo que provoca el inicio de la organización psíquica. Sobre este primer “aparato” psíquico, que no tiene capacidad de elaborar el Dolor Mental, las fluctuaciones de la presencia y disponibilidad del otro abre la dialéctica de la tolerancia / intolerancia a la frustración. Si predomina la tolerancia se instala la función simbólica; si fracasa, la integración del pensamiento queda alterada” (p. 130-146).

Freud (1926) propone entonces una definición para cada concepto: “El Dolor es la reacción actual a la pérdida del objeto, mientras que la ansiedad es la reacción al peligro que implica dicha pérdida, y mediante un desplazamiento, una reacción al peligro de la pérdida del objeto mismo” (p.21)

Recuperando la propuesta de Weiss, se trata de la experiencia del dolor / herida irremplazable de lo perdido, la que promueve la integración de ese núcleo no-yo como pensamiento (Bion, p34, 1963). La pérdida-frustración-dolor que necesita ser elaborada, a través de integrar representaciones que permitan la transformación de la experiencia no-integrada en pensamiento. Para Bion, este proceso depende de numerosos factores inter determinados: disposiciones innatas (temperamento); calidad y predominio relativo de los

vínculos self-objeto (principalmente calidad del vínculo con la figura materna); y de las funciones principales de integración de la personalidad.

Fleming (2005) propone diferenciar entre Dolor Mental y Sufrimiento Psíquico mediante las siguientes afirmaciones (p.201):

- El Sufrimiento Psíquico se refiere al Self (Yo sufro), se expresa en palabras y comunicaciones verbales cuya producción puede ser placentera en alguna medida y es susceptible de ser elaborado a través del trabajo del duelo.
- El Dolor Mental no se refiere al self ni al objeto, no es pensable, ni representable ni puede ser comunicado; tampoco da opción a su elaboración. Es absurdo, estremecedor, extravagante. Reside en la frontera entre soma y psique. Como una constelación de sensaciones de anhelo, desesperanza y malestar que no pueden ser pensadas, representadas o comunicadas. Para Bion la persona siente el dolor de la ausencia de completamiento de sus deseos, lo que experimenta como una “no-cosa” y la emoción suscitada por la “no-cosa” se siente como indistinguible de la “no-cosa” (Bion, p.23, 1970), algo que se siente, pero no se puede nombrar, y los esfuerzos están dirigidos a evitarlo, a no pensarlo, porque la sensación indescriptible aumenta. Tal vez queda recogida impregnando palabras sueltas, signos, pictogramas

Fleming (2005) nos propone una interesante metáfora para pensar la relación y el proceso entre Dolor Mental y Sufrimiento Psíquico: la mente como una película fotográfica convencional, que con la exposición a la luz recoge una imagen latente que no está accesible, que se integra plenamente mediante un proceso de revelado, y que posteriormente es trasladada mediante otros procesos de transformación (agentes químicos, retocado) a un papel fotográfico donde la imagen cobra su forma definitiva y es compartida con el observador. (p.255).

“El dolor mental tiene frecuentemente origen traumático, primero obturado, negado, que reaparece más pronto o más tarde como dolor mental. Distinguiremos los traumas originarios y constitutivos, los diferenciados o de “impacto”, los acumulativos, y finalmente, los micro-traumas” (Avila Espada, p 2008).

Los traumas originarios están marcados por la cultura propia de una especie y su evolución en un universo socio-cultural definido, en nuestro caso la cultura occidental judeo-cristiana, cuyas principales determinaciones no abordaremos hoy. Los traumas constitutivos devienen de las limitaciones biológicas impuestas al ser individual por los determinantes genéticos y ambientales precoces o en las primeras etapas del desarrollo. Muchos de los estados psíquicos que solemos describir como psicosis o trastornos límites graves pueden asociarse con traumas constitutivos que no acceden a la representación más que a través del proceso delirante o alucinatorio (Ávila Espada, p.585, 2009)

### **Fuentes del sufrimiento psíquico**

Primero mencionaremos la fuente “social”. Es decir, el sufrimiento provocado por la inscripción del individuo en lo social, y su eventual aislamiento (no voluntario) de sus figuras e instituciones (sociales) y también la elección del retraimiento individual como solución “liberadora” del sufrimiento que causa lo social.

1. La frustración, represión y manipulación sistemática de los deseos humanos
2. La provisión de una cadena sin fin de gratificaciones emascaradas sustitutivas, ideales e ilusiones, que se alternan y con decepciones inevitables; de tal forma que el individuo sufre de una variedad de ilusiones y malestar que representan el precio de la civilización para el individuo

## **Angustia en los pacientes**

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) afecta a las condiciones físicas de los pacientes y repercute en el estado emocional de quienes la padecen. La ansiedad y la depresión son los trastornos psicológicos que se han asociado con mayor frecuencia a las enfermedades renales crónicas (ERC).

La depresión es un trastorno afectivo que se asocia con la emergencia de un sentimiento de pérdida que experimentan muchos pacientes con fallo renal al constatar que pierden autonomía, que padecen un deterioro en el desempeño físico y ven como se altera su rol familiar y laboral. Y, a pesar de ser el problema psicológico más común entre las personas con ERC, no se ha estudiado en profundidad en relación con las distintas etapas de la progresión de la enfermedad.

El segundo perfil psicológico más asociado a la ERC, la ansiedad, se configura como una respuesta de alerta del organismo a situaciones que implican peligro, amenaza o novedad. Sin embargo, cuando la ansiedad se mantiene en ausencia del peligro, o no se puede hacer frente a éste, la ansiedad se convierte en patológica. Entonces se distorsiona la conducta del paciente, se desajusta su relación con el personal sanitario y con la familia, e incluso se altera el cumplimiento de las prescripciones médicas.

Además, padecer alguno de estos dos trastornos psicológicos en las primeras etapas de la ERC predice un elevado riesgo de mortalidad en los pacientes en estadios más avanzados del trastorno renal. Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los pacientes con ERC, la presencia de depresión y ansiedad aumenta los riesgos de suicidios.

Para el primer objetivo de nuestro estudio, calculamos las prevalencias de ansiedad y depresión para los pacientes con PQRAD. Así, las cifras de prevalencia de estos dos problemas psicológicos de las personas con PQRAD en hemodiálisis son menores que las encontradas en personas sin PQRAD en el mismo tratamiento (55,9% de pacientes con depresión y

46,72% de pacientes con ansiedad). En cambio, las cifras de depresión estimadas para los pacientes que no están aún en HD se asemejan a las encontradas por Hedayati et al. Pero no podemos establecer comparaciones con la prevalencia de ansiedad de los pacientes que no están en HD debido a que no existen estudios que abarquen este tema.

Para el segundo objetivo, relacionar los síntomas concretos de estos dos trastornos psicológicos con dos variables clínicas (tiempo en HD y tiempo desde el diagnóstico), las previsiones eran más inciertas, ya que no hay estudios concretos que aborden este tema.

Un análisis pormenorizado de los ítems y de estas variables clínicas para explorar la relación de las puntuaciones en la escala HAD con estar o no en HD y con respecto al tiempo en HD y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico desveló algunas diferencias significativas.

Concretamente, encontramos que estar o no en HD influía en la sensación de lentitud e inquietud. Parece que el tiempo de permanencia en diálisis juega un papel importante en varios ítems del cuestionario. Así, como demuestran Watnick et al., los síntomas depresivos y ansiosos son más comunes al comienzo de la entrada en diálisis.

### **El espacio de escucha y palabra en el tratamiento psicológico en paciente con insuficiencia renal**

Para tomar contacto y abrir un “espacio de trabajo” con el dolor mental, es necesario establecer límites que definan su umbral de sensibilización (desde qué nivel, cuando, cuanto se “dispara” el dolor mental), más ofrecer un espacio de contención donde trabajar las experiencias de tolerancia e intolerancia del dolor, de los límites entre lo somático y lo psíquico.

La transformación del dolor mental en sufrimiento psíquico requiere el uso del vínculo donde el otro (interno e interpersonal) ha de estar presente para construir un nivel tolerable, representable y pensable de la experiencia. Sin la ayuda del otro, la única vía que le queda al dolor mental es la derivación

somática, la expresión en el cuerpo, entre la angustia indefinida y sin apenas objeto y la enfermedad somática resultante de una afectación sistémica.

En la configuración y presencia de ese otro estamos implicados como cuidadores. La ayuda que podemos prestar ante el dolor mental de las personas nos hace presentes como sujetos de nuestro propio dolor mental no conocido y las formas de sufrimiento que hemos construido. También está nuestra capacidad para transformar el sufrimiento en experiencia de creación y encuentro. O de recurrir a sus derivaciones patológicas: la melancolía, el duelo enquistado, la angustia generalizada, el masoquismo físico y moral

Porque el dolor mental es inasible, pero mueve al sujeto a escapar del mismo, y la metáfora del cambio, su transformación en sufrimiento abre la puerta a un espacio desconocido, y el miedo al cambio se dispara. No es realmente miedo a cambiar sino miedo a ser, un ser que se intuye fallido y que no puede figurarse completo porque le lleva a pensarse primero incompleto. Se teme más dolor, un nuevo dolor más intenso que el anterior. Solo la capacidad de ese otro que puede ser el cuidador para albergarlo, tolerar el pasaje de la transformación, nos da opción a recorrerlo. Una mano tendida, simbólica o real, para que el otro no se sienta solo y pueda avanzar en sus transformaciones.

Más aún, la percepción que la persona tiene (en la resonancia empática) de nuestro dolor mental y nuestra capacidad para transformarlo en sufrimiento resulta decisiva para ese difícil tránsito que tiene que abordar. Está “con”, pero con alguien “en contacto consigo mismo”, en sintonía con sus estados mentales y abierto a los estados mentales del otro, sin invadirlos o neutralizarlos. Como señala Masud Khan (1981): “(un espacio y vínculo para) tener su dolor, un dolor que (es) incapaz de registrar psíquicamente, aunque ahora (puede) arriesgarse a que el otro sea testigo del mismo, sin explicaciones intrusivas, ni la apremiante necesidad de tener que mitigar ese dolor” (p. 220)



La asociación libre, no es libre, lo que plantea la paradoja que el psicoanálisis está orientado por un imposible:

Lo que permite la asociación libre es no guiarse por el sentido esférico, cerrado de la expresión de la significación habitual que porta el sujeto, es decir que se produce un corte en la comunicación cotidiana, donde lo que no se entiende es ruido, perturba la transparencia del mensaje, algo que se trata de evitar, para poder hacer más claro el contenido de lo que se quiere expresar. En la clínica psicoanalítica, el ruido, los equívocos, lapsus etc., todo lo que implica un tropiezo en la transmisión de lo que se quiere expresar, es un material fundamental para la dinámica analítica y son los puntos referenciales para las intervenciones del analista, son acontecimientos en la clínica que se deben colocar en el plano central del análisis.

## **CAPÍTULO 4**

### **Metodología**

#### **Enfoque**

Esta investigación fue hecha desde el enfoque cualitativo ya que este enfoque “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández, 2003, p.7).

#### **Paradigma**

El paradigma en el que se asentó la investigación fue el interpretativo-hermenéutico, ya que de acuerdo con Rivera (2010) “no concibe la medición de la realidad, sino su percepción e interpretación, y lo hace como una realidad cambiante, dinámica, dialéctica, que lleva en sí sus propias contradicciones” (p. 6).

#### **Método**

Para realizar un recorrido teórico que permita dar sustento a la investigación se usó el método descriptivo el cual consiste en “describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan” (Hernández, 2003, p. 92).

#### **Técnica de recolección de información**

La técnica que se seleccionó para realizar la recolección de información fue la entrevista semidirigida ya que según Canales (2006) refiere que la entrevista semidirigida permite que “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (p. 163).

#### **Instrumento**

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario con preguntas semiabiertas las cuales fueron extraídas considerando el marco teórico trabajado y los

objetivos establecidos ya que “El cuestionario es, por definición, el instrumento estandarizado que empleamos para la recogida de datos durante el trabajo de campo de algunas investigaciones” (Meneses y Rodríguez, 2011, p. 9).

### **Población**

La población con la que se trabajó esta investigación estuvo compuesta por dos profesionales que atienden a pacientes con insuficiencia renal crónica y 5 pacientes de una fundación que atiende pacientes con dicha enfermedad crónica.

### **Procedimientos necesarios para la organización, sistematización y análisis de datos.**

Variables de la investigación

Variable Independiente: Espacio de Escucha y palabra

Variable Dependiente: Proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal

## **CAPÍTULO 5**

### **Presentación y Análisis de resultados**

#### **Presentación de Resultados**

La recogida de datos se la hizo por medio de entrevistas semidirigidas s especialistas (E) y pacientes (P) de una fundación que atiende a personas con insuficiencia renal crónica. Las entrevistas estuvieron compuestas por seis preguntas cada una, las mismas que fueron extraídas de la correspondiente operalización de variables.

Los especialistas fueron convocados de forma presencial y las entrevistas no pasaron de un tiempo aproximado de 20 minutos cada uno. Los participantes se vieron comprometidos y dispuestos con el proceso de entrevistas siendo sus respuestas pertinentes e importantes para la investigación.

#### **Presentación de Resultados**

##### **Entrevista a Pacientes**

###### **1. ¿Cómo ha incidido en usted el diagnóstico de insuficiencia renal?**

###### **Explique.**

Fue una noticia bastante fuerte ya que me dieron esta noticia siendo tan mayor y llena de tantas enfermedades a que dentro de mi diagnostico decía que no tenía opción a operación por mi problema de corazón y me edad.  
P(1)

Mas que sobre mi esto, afecto mucho más a mi familia por lo que tengo 2 niños pequeños y como soy del tipo de padre que es bien apegado a ellos fue bastante difícil adaptarse al hecho de que ya no estaré tan seguido en casa y lo otro que podía decir que tuvo influencia fue en mi alimentación. A mí me gusta comer y mucho y más cuando cocino. P(2)

Una de las mayores incidencias fue en mi alimentación y consumo de líquido, yo toda mi vida estuve acostumbrado a comer comida de casa y a la cerveza y muchas veces abusaba de ellas y de hecho creo que ellas fueron las causantes de esta enfermedad por lo que me toco reeducarme para mejorar mi alimentación y consumo de líquidos. P(3)

Mas que en mí, incidió en mi trabajo, mi trabajo demanda una alta carga horaria y de estrés por lo que tener que estar en diálisis 3 horas, 3 veces a la semana me quita bastante tiempo. Al principio de la diálisis si estuve bastante preocupado porque en mi familia si hay antecedentes de esta enfermedad, mi abuelo y mi tío murieron de esto por lo que mi estado emocional se vio afectado cuando recibí la noticia. P(4)

Al principio me afectó bastante, recibí la noticia junto a mi esposa y como en mi caso, me lo diagnosticaron gracias a una hospitalización previa pensando que era una indigestión, pero en realidad era esta enfermedad. Estuve bastante asustado los primeros meses hasta poder llegar a este centro donde me explicaron que con el debido tratamiento y seguimiento podía continuar mi vida con normalidad. P(5)

## **2. ¿Qué reacciones ha tenido frente a su diagnóstico y cómo ha influenciado en su estado emocional?**

Muy mal, yo he sufrido bastante en mi vida de diferentes maneras cuando me dieron este diagnóstico caí de nuevo en la ansiedad, la preocupación y en largas noches de melancolía y llanto. P(1)

Bueno a mí la verdad no me afecto mucho, ósea sí, me sorprendí al principio porque el doctor que me lo diagnostico me lo describió de manera tan fea y como si fura terminal y me hizo entender como si esta enfermedad fuera igual o peor al cáncer, pero una vez estando en el tratamiento no fue tan malo. P(2)

Cuando me dieron este diagnóstico la verdad me cogió desprevenido ya que estaba pasando por jubilarme de mi antiguo empleo, precisamente por mi condición física y edad, entonces cuando me dieron la noticia, todo como quien dice me cuadro lo uno con lo otro. Mi estado emocional no cambio a diferencia del de mi esposa que si se vio afectado y eso si me causo una especie de baja emocional. P(3)

Antes de recibir el diagnostico yo estuve considerando la posibilidad de tener esta enfermedad por herencia sin embargo no me daba tan fuerte como a mi tío, cuando me dieron el diagnostico mi mundo se vino abajo y caí en un estado de depresión y ansiedad lo que agravo la enfermedad, luego empecé con la diálisis y me sentí mejor físicamente y utilicé el trabajo como medio de escape para el estado mental P(4)

Como lo mencioné anteriormente, antes de entender bien lo que era la enfermedad, el diagnóstico me produjo bastante ansiedad y preocupación al punto de no poder dormir ni comer y así mismo me sentía bastante preocupado todo el tiempo. P(5)

**3. ¿Qué tipo de pérdidas, sean físicas o emocionales ha sufrido usted en relación con el diagnóstico de insuficiencia renal? Explique**

La primera perdida que tuve fueron ciertas funciones naturales como orinar y sudar lo cual me provoco una gran tristeza porque era una de las pocas cosas que podía hacer sola y hacerla bien, luego ya no podía y mi condición para caminar empeoro y me toco usar bastón y como a mí no me gusta que me vieran con eso no lo utilizaba por me hacía sentir más vieja e inútil. P(1)

Tuve una perdida familiar, un tío hace un par años murió a manos de esta enfermedad, pero en su caso fue porque se la diagnosticaron tarde por lo que cuando llego al tratamiento no puedo estar más de 5 u 8 meses antes de que su cuerpo no de más. Esta enfermedad me ha producido una perdida extra como quien dice, a diferencia de las perdidas normales del sudor y del orinar, en mi caso yo sí puedo orinar, pero no sudar, pero esta enfermedad

m ha producido la pérdida de la audición en mi oído derecho y ahora está afectando el izquierdo. P(2)

Perdidas emocionales no tuve de hecho mi relación se volvió más cercana y afectiva, luego de que mi esposa se enterara de la noticia se volvió más afectiva, cariñosa y cercana por lo que empezamos a realizar y pasar más tiempo juntos. En las pérdidas físicas, perdí la función urinaria eso si me afecto, llegué considerarme menos hombre por el hecho de no poder orinar solo ni tener esa pequeña erección antes de orinar, pero luego de un par de semanas entendí que efecto secundario de la enfermedad. P(3)

Como lo mencione anteriormente, una de mis pérdidas fueron mi abuelo y mi tío que fallecieron a causa de esta enfermedad, mi abuelo sin saber la causa y en el caso de mi tío descubrió su enfermedad en sus últimas semanas de vida. Yo aun puedo orinar poco, pero puedo al igual que sudar a nivel emocional yo más bien diría que fue al principio en donde sentí que mi vida se iba a descontrolar y que no iba a poder tener control de ella, pero luego de que me concentre en mi trabajo las cosas pasaron y mejoraron. P(4)

En mi caso junto con el diagnóstico me sacaron uno de los riñones así que podría decir que esa fue mi primera pérdida y la segunda fue la de poder orinar eso y bueno mi ánimo si ha cambiado un poco por lo que es cansado y algo frustrante el tratamiento de la diálisis. P(5)

#### **4. ¿Han sido atendidos sus problemas emocionales durante el tratamiento? ¿Cómo?**

Nunca, sé que hay una psicóloga aquí pero solo me llama una vez a la semana y eso no me gusta por lo que no le contesto. A veces la veo pasar por aquí, pero es una o dos veces al mes, pero nunca pasa por mi lado. P(1)  
Como le mencioné a nivel emocional si estoy bien, esta enfermedad es como cualquier otra, se vive con ella, sigo mi tratamiento y trato de seguir la dieta que me mandan a pesar de que no puedo. P(2)

No tuve una necesidad emocional mayor y cuando tuve esa necesidad mi esposa se encargó de ella, si hablamos de la institución, si, la psicóloga pasó un par de veces por mi camilla, luego se pasó a las llamadas por la pandemia y luego estuvieron ustedes los practicantes (3)

Nunca he sido de las personas que se abren con facilidad ni mucho menos que deja ingresar a las personas a su mundo así por así precisamente respondiente este tipo de preguntas me cuesta un poco porque para mí son algo invasivas. La psicóloga ha intentado hablar conmigo en varias ocasiones sin embargo no le he dado esa apertura porque en las primeras semanas de diálisis lo único que hacía era preguntar sobre mi estado físico y preguntas que eran como que generales por lo que no me dio confianza de poder hablar más allá de responderle a sus preguntas con un sí o un no. P(4)

Si, más a menos, la psicóloga se comunica con nosotros 1 vez a la semana, pero nos hace las mismas preguntas de siempre, además no me agrada tanto conversar por teléfono, pero si nos pregunta cómo hemos estado y nos escucha. P(5)

**5. ¿Considera usted que es importante contar con un espacio de escucha durante el tratamiento? ¿Por qué?**

Si y mucho porque yo necesito expresarme y que me escuche, pero mis hijos esta cansados de mi por lo que no me presta atención y solo aparece cuando estoy grave o me he caído y eso me sirve. P(1)

Yo creería que sí, he visto a bastantes personas que les afecta esto de manera drásticas, generalmente a las personas mayores las he visto llorar y tener crisis de ansiedad. P(2)

Lo que yo considero es que se debería mejorar la atención hacia ciertas necesidades que tenemos durante la diálisis, muchas veces necesito ayuda



para moverme o un vaso con agua o que me evalúen rápido para poderme ir a casa. P(3)

Para mí eso no es tan importante, no sé si para el resto lo será, aunque siendo sinceros yo creería que si, al menos en mi turno de diálisis todos son gente mayor que buscan hablar y conversar con el personal médico y ellos están más para prepararnos para entrar y salir de la diálisis. P(4)

No me interesa mucho ese ámbito, pero si fuera por mí sí, no me gustaría sincerarme frente al psicólogo y que todo el mundo me esté viendo y escuchando. P(5)

**6. ¿Considera usted que es importante que el profesional que atiende a pacientes con insuficiencia renal disponga de un espacio de escucha? ¿Por qué?**

Eso deberían tener todos los hospitales porque a mi edad nos gustan que nos atiendan y presten atención cuando les hablamos de algo ya que la mayoría de nuestros conocidos y familiares están muriendo o ya no están. P(1)

Por supuesto después de todo a todo el mundo le gusta ser escuchado y más aún en esta etapa de la vida que representa una gran carga emocional y más aún cuando la mayoría de las personas que les da esta enfermedad son personas mayores que no tienen opción a operación por ser considerados de alto riesgo. P(2)

Eso si me gustaría muchas veces necesito hablar de algo o de cosas que no quisiera que el demás personal o el personal se enteren, por eso a veces me cohibo y no cuento todo o trato de disimularlo o decirlo en voz baja para poderlo contar, pero si siente algo incomodo haciendo eso. P(3)

Yo consideraría que si, como lo mencione anteriormente la gente mayor busca con quien hablar y desahogarse verbalmente y como la mayoría de sus conocidos o amistades están enfermos o fallecidos buscan un lugar o a

una persona con la cual poderse desahogar conversando y bueno después de todo hasta yo accedería si se tuviese un espacio privado del cual hablar de mis asuntos personales no hacerlo en cuarto con eco y con más de 8 personas alrededor sin contar al personal médico. P(4)

Claro, los doctores no pueden estar dando su diagnóstico así abiertamente para que todos escuchen y se enteren de la vida de uno por eso me gusta ser reservado. P(5)

### **Entrevista a Especialistas**

#### **1. ¿Cuál es la incidencia del diagnóstico de insuficiencia renal en un paciente? Explique**

En el paciente con este diagnóstico se da la negación, también se presentan estados depresivos como la tristeza, sentimientos de culpa, llanto. E(1)

La incidencia primordial es que el estilo de vida del paciente cambia debido a su diagnóstico, deberá adquirir nuevos hábitos, su rutina se verá se verá afectada. Se verá obligado a aprender sobre una enfermedad y conocer las formas en las que debe cuidarse para poder continuar con su vida. E(2)

#### **2. ¿Desde su punto de vista cuáles han sido las reacciones de los pacientes con insuficiencia renal que se han podido evidenciar frente a su diagnóstico y su influencia en su estado emocional?**

"La primera reacción por lo general en los pacientes cuando la enfermedad está en grado 3 y que aún puede ser un poco controlada por el médico especialista, es de preocupación y de aceptar el proceso médico pre-diálisis. Sin embargo, se presentan estados depresivos e irritabilidad porque hay cambios alimenticios a los que no estaban acostumbrados.

"Cuando está en grado avanzado 4 o 5 que le comunican la gravedad de la enfermedad y la necesidad de ya realizarse las hemodíalisis, en muchas ocasiones el paciente cae en negación, o adjudica su estado a otras

situaciones que le son factibles de manejarlas, suele dejar de ir a las consultas médicas y en ocasiones acude a naturistas o empíricos. Es en este momento que ya está sintiendo ciertos síntomas el paciente, por lo cual pierde el sueño, siente cansancio, presenta hinchazón en piernas, piensa mucho en lo que va a pasar con su trabajo o con su libertad, se deprime piensa en la muerte, llora se entristece

En este sentido llega muy pronto la crisis por síntomas orgánicos, por lo que es internado de emergencia, colocándole catéteres para ser hemodializados rápidamente con consentimiento de la familia.” E(1)

Se ha podido evidenciar que los pacientes sienten temor e incertidumbre luego de recibir el diagnóstico de su enfermedad renal debido al desconocimiento que poseen sobre la enfermedad, el tratamiento y los cambios que se generarán en su vida debido a esto. Se ha podido observar que pueden padecer, en su mayoría trastornos ansiosos o depresivos ante su nueva condición de salud. E(2)

### **3. ¿Considera usted que el paciente con insuficiencia renal atraviesa un proceso de pérdida? ¿Cómo?**

Si se da en el paciente un proceso de pérdida ya que esta enfermedad produce limitaciones y cambios en muchos aspectos de su vida, en lo laboral piensan que son excluidos porque les cambian muchas veces sus funciones o lo envían a otro puesto de trabajo, en sus hábitos alimenticios ya que tienen que dejar sus costumbres o formas anteriores de alimentarse y de ingerir los líquidos que eran de su gusto, sienten que pierden su libertad ya que la enfermedad los retiene en casa porque tienen que descansar y tomar medicinas a ciertos horarios. Pierde su autonomía ya que depende de otras personas. Su sexualidad se ve menoscabada por la enfermedad debido a condiciones previas como la diabetes y la hipertensión arterial, lo cual produce malestar, preocupación y sufrimiento” E(1)

Absolutamente, atraviesan la pérdida su salud física y debido a su tratamiento algunos sienten que están limitados, o que simplemente no

pueden retomar su vida como era antes de la enfermedad, en cierta medida consideran que pierden la libertad, pues deben cambiar o acomodar su estilo de vida, enfocándose principalmente en su enfermedad, incluso en algunos casos los pacientes pierden sus empleos a causa del deterioro de su salud lo que implica” E(2)

#### **4. ¿Cómo se trabaja con un paciente que se presenta emocionalmente angustiado?**

“La psicóloga se pronuncia como un pilar de contención para el paciente ya que trabaja con una escucha activa, en donde él es la persona importante para atender. En este caso inclusive se programa sesiones más continuas” E(1)

“Si bien es importante permitirles a los pacientes expresar su sentir, es necesario ayudarle identificar sus emociones, proporcionarles herramientas para poder manejar algunas de estas como la angustia, miedo, ansiedad, enojo, tristeza, etc. Trabajar con un paciente ansioso o angustiado es un reto, considero que la empatía es clave para lograr tener éxito en estas situaciones” E(2)

#### **5. ¿A partir de su práctica profesional considera usted que el paciente con insuficiencia renal requiere de un espacio de escucha y palabra? ¿Por qué?**

“Indiscutible es muy necesario dar al paciente con esta enfermedad crónica un espacio de escucha y de palabra. Es aquí en donde va a tener la posibilidad de hablar de su sufrimiento por todo lo que pasa en su cuerpo, y en sus dimensiones psicológica y social.” E(1)

“Considero que es fundamental para el paciente ser tomado en cuenta, el sentirse escuchados, el validar sus emociones y opiniones porque esto nos permitirá conocer sus necesidades y las herramientas con las que cuenta

para poder satisfacerlas, además podría ser la clave para que exista una mejor adherencia al tratamiento. "E(2)

**6. ¿Considera usted que es importante que el profesional que atiende a pacientes con insuficiencia renal disponga de un espacio de escucha? ¿Por qué?**

"Si lo considero necesario. El profesional que atiende a pacientes con enfermedades crónicas y específicamente con la enfermedad renal crónica avanzada debe abrir un espacio donde poder ser escuchado por dos motivos por la demanda que hace el equipo médico a la psicóloga para que el paciente acceda a ciertos requerimientos médicos y por la demanda del paciente. La demanda del paciente va por el lado de sus pérdidas y el sufrimiento que esto le acarrea y también por el lado del peso que le ocasiona la demanda médica debido a los procedimientos que al final tiene que hacer que son la diálisis peritoneal o la hemodiálisis" E(1)

"Indistintamente del diagnóstico del paciente, todos los profesionales que trabajan con el dolor de otros, ya sean médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, etc. requieren de un espacio de escucha que les permita liberar todas las emociones que se acumulan durante el acompañamiento o atención de los pacientes" E(2)

## **Análisis de Resultados**

### **Entrevista a Pacientes**

Los pacientes en relación a la pregunta ¿Cómo ha incidido en usted el diagnóstico de insuficiencia renal? Dan cuenta que fue una noticia fuerte para ellos y su familia: "Fue una noticia bastante fuerte" P(1), afecto mucho más a mi familia" P(2) "mi estado emocional se vio afectado cuando recibí la noticia" P(4) "me afectó bastante, estuve bastante asustado" P(5). Así también dieron cuenta que afecto en su modo de alimentarse: lo otro que podía decir que tuvo influencia fue en mi alimentación. "A mí me gusta comer

y mucho y más cuando cocino” P(2) “Una de las mayores incidencias fue en mi alimentación y consumo de líquido, yo toda mi vida estuve acostumbrado a comer comida de casa y a la cerveza y muchas veces abusaba de ellas” P(3).

En relación a la pregunta ¿Qué reacciones ha tenido frente a su diagnóstico y cómo ha influenciado en su estado emocional? Los pacientes dieron cuenta que; “yo he sufrido bastante en mi vida de diferentes maneras cuando me dieron este diagnóstico caí de nuevo en la ansiedad, la preocupación y en largas noches de melancolía y llanto” P(1), “Mi estado emocional no camio a diferencia del de mi esposa que si se vio afectado y eso si me causo una especie de baja emocional” P(3), “Mi estado emocional no camio a diferencia del de mi esposa que si se vio afectado y eso si me causo una especie de baja emocional” P(3), “el diagnóstico me produjo bastante ansiedad y preocupación al punto de no poder dormir ni comer y así mismo me sentía bastante preocupado todo el tiempo” P(5)

En la pregunta: ¿Qué tipo de pérdidas, sean físicas o emocionales ha sufrido usted en relación al diagnóstico de insuficiencia renal? Los pacientes manifestaron que las pérdidas que han tenido lo relacionan con pérdidas en relación al funcionamiento fisiológico y físicas: “mi condición para caminar empeoro y me toco usar bastón y como a mí no me gusta que me vieran con eso no lo utilizaba por me hacía sentir más vieja e inútil” P(1) “Esta enfermedad me ha producido una perdida extra como quien dice, a diferencia de las perdidas normales del sudor y del orinar, en mi caso yo sí puedo orinar pero no sudar pero esta enfermedad m ha producido la perdida de la audición en mi oído derecho y ahora está afectando el izquierdo” P(2), “En las perdidas físicas, perdí la función urinaria eso si me afecto, llegue considerarme menos hombre por el hecho de no poder orinar solo ni tener esa pequeña erección antes de orinar pero luego de un par de semanas entendí que efecto secundario de la enfermedad” P(3) Yo aun puedo orinar poco pero puedo al igual que sudar a nivel emocional yo más bien diría que fue al principio en donde sentí que mi vida se iba a descontrolar y que no iba a poder tener control de ella pero luego de que me concentre en mi trabajo

las cosas pasaron y mejoraron” P(4) “En mi caso junto con el diagnóstico me sacaron uno de los riñones así que podría decir que esa fue mi primera perdida y la segunda fue la de poder orinar eso y bueno mi ánimo si ha cambiado un poco por lo que es cansado y algo frustrante el tratamiento de la diálisis” P(5)

En cuanto a la pregunta: ¿Han sido atendidos sus problemas emocionales durante el tratamiento? Hubo pacientes que dieron cuenta que nunca han recibido atención psicológica: “Nunca, sé que hay una psicóloga aquí pero solo me llama una vez a la semana y eso no me gusta por lo que no le contesto” P(1), otros pacientes dan cuenta de su imposibilidad subjetiva de hablar de su condición de salud: “Como le mencioné a nivel emocional si estoy bien, esta enfermedad es como cualquier otra, se vive con ella, sigo mi tratamiento y trato de seguir la dieta que me mandan a pesar de que no puedo” P(2), “No tuve una necesidad emocional mayor y cuando tuve esa necesidad mi esposa se encargó de ella, si hablamos de la institución” P(3), “Nunca he sido de las personas que se abren con facilidad ni mucho menos que deja ingresar a las personas a su mundo así por así precisamente respondiente este tipo de preguntas me cuesta un poco porque para mí son algo invasivas” P(4).

Es importante también identificar el abordaje que realizan los profesionales en psicología ya que los pacientes comenten: “La psicóloga ha intentado hablar conmigo en varias ocasiones sin embargo no le he dado esa apertura porque en las primeras semanas de diálisis lo único que hacía era preguntar sobre mi estado físico y preguntas que eran como que generales por lo que no me dio confianza de poder hablar más allá de responderle a sus preguntas con un sí o un no” P(4) “Si, más o menos, la psicóloga se comunica con nosotros 1 vez a la semana pero nos hace las mismas preguntas de siempre, además no me agrada tanto conversar por teléfono pero si nos pregunta cómo hemos estado y nos escucha” P(5)

Con la pregunta ¿Considera usted que es importante contar con un espacio de escucha durante el tratamiento? Todos los pacientes dieron cuenta que

es importante contar con un espacio de escucha y palabra, cabe recalcar que al hacer esta pregunta se les explicó que este espacio le permitirá hablar libremente y aquello que le causa malestar. Es así como todos respondieron: “Si y mucho porque yo necesito expresarme y que me escuche pero mis hijos esta cansados de mi por lo que no me presta atención y solo aparece cuando estoy grave o me he caído y eso me sirve” P(1) “Yo creería que sí, he visto a bastantes personas que les afecta esto de manera drásticas, generalmente a las personas mayores las he visto llorar y tener crisis de ansiedad” P(2), “para mí eso no es tan importante, no sé si para el resto lo será aunque siendo sinceros yo crearía que si, al menos en mi turno de diálisis todos son gente mayor que buscan hablar y conversar con el personal médico y ellos están más para prepararnos para entrar y salir de la diálisis” P(4) “no me interesa mucho ese ámbito, pero si fuera por mí sí, no me gustaría sincerarme frente al psicólogo y que todo el mundo me esté viendo y escuchando” P(5),

Lo mismo se reflejó en la pregunta ¿Considera usted que es importante que el profesional que atiende a pacientes con insuficiencia renal disponga de un espacio de escucha? Donde todos los pacientes dieron cuenta que es importante que el profesional que atiende a pacientes con insuficiencia renal disponga de un espacio de escucha: “Eso deberían tener todos los hospitales porque a mi edad nos gustan que nos atiendan y presten atención cuando les hablamos de algo ya que la mayoría de nuestros conocidos y familiares están muriendo o ya no están” P(1) “Por supuesto después de todo a todo el mundo le gusta ser escuchado y más aún en esta etapa de la vida que representa una gran carga emocional y más aún cuando la mayoría de las personas que les da esta enfermedad son personas mayores que no tienen opción a operación por ser considerados de alto riesgo” P(2) “Eso si me gustaría muchas veces necesito hablar de algo o de cosas que no quisiera que las demás personal o el personal se enteren, por eso a veces me cohíbo y no cuento todo o trato de disimularlo o decirlo en voz baja para poderlo contar pero si siente algo incomodo haciendo eso” P(3), Yo consideraría que si, como lo mencione anteriormente la gente mayor busca con quien hablar y desahogarse verbalmente y como la mayoría de sus



conocidos o amistades están enfermos o fallecidos buscan un lugar o a una persona con la cual poderse desahogar conversando” P(4) “Claro, los doctores no pueden estar dando sus diagnóstico así abiertamente para que todos escuchen y se enteren de la vida de uno por eso me gusta ser reservado” P(5)

### **Entrevista a Especialistas**

En la pregunta ¿Cuál es la incidencia del diagnóstico de insuficiencia renal en un paciente? Los especialistas dan cuenta que los pacientes entran en un estado de negación y el cambio en su estilo de vida: “En el paciente con este diagnóstico se da la negación, también se presentan estados depresivos como la tristeza, sentimientos de culpa, llanto” E(1), “la incidencia primordial es que el estilo de vida del paciente cambia debido a su diagnóstico, deberá adquirir nuevos hábitos, su rutina se verá se verá afectada. Se verá obligado a aprender sobre una enfermedad y conocer las formas en las que debe cuidarse para poder continuar con su vida” E(2)

En cuanto a la pregunta ¿Desde su punto de vista cuáles han sido las reacciones de los pacientes con insuficiencia renal que se han podido evidenciar frente a su diagnóstico y su influencia en su estado emocional? Dan cuenta que presentan estados depresivos, sentimientos de negación, manifestación psicósomáticas: “presentan estados depresivos e irritabilidad porque hay cambios alimenticios a los que no estaban acostumbrados, Es en este momento que ya está sintiendo ciertos síntomas el paciente, por lo cual pierde el sueño, siente cansancio, presenta hinchazón en piernas, piensa mucho en lo que va a pasar con su trabajo o con su libertad, se deprime piensa en la muerte, llora se entristece” P(1) “Se ha podido evidenciar que los pacientes sienten temor e incertidumbre luego de recibir el diagnóstico de su enfermedad renal debido al desconocimiento que poseen sobre la enfermedad, el tratamiento y los cambios que se generarán en su vida debido a esto. Se ha podido observar que pueden padecer, en su mayoría trastornos ansiosos o depresivos ante su nueva condición de salud” E(2)

Al preguntarles ¿Considera usted que el paciente con insuficiencia renal atraviesa un proceso de pérdida? Los especialistas dan cuenta que presentan pérdidas de diferentes formas: “produce limitaciones y cambios en muchos aspectos de su vida, en lo laboral piensan que son excluidos porque les cambian muchas veces sus funciones o lo envían a otro puesto de trabajo, en sus hábitos alimenticios ya que tienen que dejar sus costumbres o formas anteriores de alimentarse y de ingerir los líquidos que eran de su gusto, sienten que pierden su libertad ya que la enfermedad los retiene en casa porque tienen que descansar y tomar medicinas a ciertos horarios. Pierde su autonomía ya que depende de otras personas. Su sexualidad se ve menoscabada por la enfermedad debido a condiciones previas como la diabetes y la hipertensión arterial, lo cual produce malestar, preocupación y sufrimiento” E(1), Absolutamente, atraviesan la pérdida su salud física y debido a su tratamiento algunos sienten que están limitados, o que simplemente no pueden retomar su vida como era antes de la enfermedad, en cierta medida consideran que pierden la libertad, pues deben cambiar o acomodar su estilo de vida, enfocándose principalmente en su enfermedad, incluso en algunos casos los pacientes pierden sus empleos a causa del deterioro de su salud lo que implica” E(2)

Al preguntarle a los especialistas ¿Cómo se trabaja con un paciente que se presenta emocionalmente angustiado? Dicen que debe ofrecerle un espacio de contención por medio de la escucha activa, que identifiquen sus emociones, proporcionales herramientas para manejar la angustia, miedo y ansiedad.: "La psicóloga se pronuncia como un pilar de contención para el paciente ya que trabaja con una escucha activa, en donde él es la persona importante a ser atendida y escuchada. En este caso inclusive se programa sesiones más continuas” E(1), “Si bien es importante permitirles a los pacientes expresar su sentir, es necesario ayudarle identificar sus emociones, proporcionarles herramientas para poder manejar algunas de estas como la angustia, miedo, ansiedad, enojo, tristeza, etc. Trabajar con un paciente ansioso o angustiado es un reto, considero que la empatía es clave para lograr tener éxito en estas situaciones” E(2)

En relación a la pregunta ¿A partir de su práctica profesional considera usted que el paciente con insuficiencia renal requiere de un espacio de escucha y palabra? los profesionales dan cuenta que el paciente requiere un espacio de escucha y palabra: “Indiscutible es muy necesario dar al paciente con esta enfermedad crónica un espacio de escucha y de palabra. Es aquí en donde va a tener la posibilidad de hablar de su sufrimiento por todo lo que pasa en su cuerpo, y en sus dimensiones psicológica y social.” E(1), “Considero que es fundamental para el paciente ser tomado en cuenta, el sentirse escuchados, el validar sus emociones y opiniones porque esto nos permitirá conocer sus necesidades y las herramientas con las que cuenta para poder satisfacerlas, además podría ser la clave para que exista una mejor adherencia al tratamiento.” E(2)

Cuando se les realizó la pregunta ¿Considera usted que es importante que el profesional que atiende a pacientes con insuficiencia renal disponga de un espacio de escucha? Los especialistas manifestaron que es necesario ya que existe una demanda que hace el equipo médico para que el paciente acceda a requerimientos médicos, por la demanda del paciente y para procesar emociones que se acumulan durante el acompañamiento o atención de los pacientes: "Si lo considero necesario. El profesional que atiende a pacientes con enfermedades crónicas y específicamente con la enfermedad renal crónica avanzada debe abrir un espacio donde poder ser escuchado por dos motivos por la demanda que hace el equipo médico a la psicóloga para que el paciente acceda a ciertos requerimientos médicos y por la demanda del paciente. La demanda del paciente va por el lado de sus pérdidas y el sufrimiento que esto le acarrea y también por el lado del peso que le ocasiona la demanda médica debido a los procedimientos que al final tiene que hacer que son la diálisis peritoneal o la hemodiálisis” E(1), “Indistintamente del diagnóstico del paciente, todos los profesionales que trabajan con el dolor de otros, ya sean médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, etc. requieren de un espacio de escucha que les permita liberar todas las emociones que se acumulan durante el acompañamiento o atención de los pacientes” E(2)

## Correlación del análisis de resultados

A partir de una tabla se realizó un análisis que permitió realizar una comparación de los resultados obtenidos tanto de pacientes como de especialistas que trabajan en una Fundación que atienden pacientes con insuficiencia renal crónica. El análisis se realizó a partir de categoría extraídas a partir de las preguntas que se realizaron.

**Tabla 1**

**Correlación de resultados**

<b>Categorías</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Especialistas</b>	<b>Análisis Comparativo</b>
Incidencia del diagnóstico	Dan cuenta que fue una noticia fuerte, que afectó emocionalmente y en su estilo de alimentación	Los especialistas dan cuenta que los pacientes entran en un estado de negación y el cambio en su estilo de vida	Coinciden en que el diagnóstico enfrenta al sujeto a una urgencia subjetiva, también a un cambio de estilo de vida y de alimentación.
<b>Influencia en estado emocional</b>	Los pacientes dieron cuenta que han sufrido mucho, el estado de ánimo ha cambiado, han presentado ansiedad, miedo, y problemas	Dan cuenta que presentan estados depresivos, sentimientos de negación, manifestaciones psicósomáticas	Coinciden que existe una influencia en su estado emocional entrando en estados depresivos y manifestaciones psicósomáticas.

	psicosomáticos.		
Tipo de pérdidas	Los pacientes manifestaron que las pérdidas que han tenido lo relacionan con pérdidas en relación al funcionamiento fisiológico y físicas	Los especialistas dan cuenta que presentan pérdidas de diferentes formas: produce limitaciones y cambios en muchos aspectos de su vida, en lo laboral piensan que son excluidos porque les cambian muchas veces sus funciones o lo envían a otro puesto de trabajo, en sus hábitos alimenticios.	Los pacientes se enfocaron en las pérdidas a nivel de funciones fisiológicas y físicas, mientras que los especialistas dan cuentas que en efecto existen pérdidas de todo tipo como el cambio de estilo de vida, en lo laboral, en lo físico y fisiológico, hábitos alimenticios, Es importante analizar que los pacientes ni los especialistas hablan de pérdidas a nivel emocional.
<b>Atención a problemas emocionales</b>	Hubo pacientes que dieron cuenta que nunca han recibido atención psicológica, otros pacientes dan cuenta de	Refieren que debe ofrecerle un espacio de contención por medio de la escucha activa, que identifiquen sus emociones, proporcionales	Los pacientes manifiestan que han recibido atención psicológica pero no consideran que el abordaje apunta al estado físico. Los especialistas refieren de un

	<p>su imposibilidad subjetiva de hablar de su condición de salud. También hablan de la forma que abordan los especialistas donde manifiestan que: “solo hacia era preguntar sobre mi estado físico”, “se comunica con nosotros 1 vez a la semana, pero nos hace las mismas preguntas de siempre”</p>	<p>herramientas para manejar la angustia, miedo y ansiedad</p>	<p>espacio de contención y de proporcionales herramientas para la angustia, miedo y ansiedad.</p> <p>Se pudo identificar que el abordaje de los especialistas apunta a momentos de urgencias subjetivas mientras que los pacientes refieren a un abordaje a su malestar.</p>
<p><b>Importancia de espacio de escucha y palabra</b></p>	<p>Todos los pacientes dieron cuenta que es importante contar con un espacio de escucha y palabra: yo necesito expresarme y</p>	<p>Indiscutible es muy necesario dar al paciente con esta enfermedad crónica un espacio de escucha y de palabra</p>	<p>Tanto pacientes como especialistas manifiestan que es importante un espacio de escucha y palabra para el paciente con insuficiencia renal para que pueda expresar su malestar.</p>

	que me escuche, generalmente a las personas mayores las he visto llorar y tener crisis de ansiedad,		
<b>Importancia de espacio de escucha y palabra para especialista</b>	Los pacientes respondieron en relación con un espacio de escucha para ellos, y no hablaron de la necesidad de este espacio para los especialistas.	Los especialistas manifestaron que es necesario ya que existe una demanda que hace el equipo médico para que el paciente acceda a requerimientos médicos, por la demanda del paciente y para procesar emociones que se acumulan durante el acompañamiento o atención de los pacientes	Los pacientes dieron cuenta de la importancia, pero en relación a ellos como pacientes, no respondieron en torno a los especialistas.  Los especialistas manifestaron la importancia de un espacio de escucha por la demanda del equipo médico y del acompañamiento a los pacientes.  Es importante quizás identificar la respuesta de los pacientes como una forma de dar cuenta de la necesidad que tienen de poder contar con un espacio de escucha y palabra.

## **CONCLUSIONES**

Existen muchas etapas por las cuales atraviesa un paciente con insuficiencia renal crónica, se considera que una de las más importantes son las pérdidas que pueden llegar a tener, tanto físicas, fisiológicas y emocionales por lo que es de suma importancia recibir el apoyo necesario para poder llevar a cabo con buenos resultados un proceso de duelo, a que nuestro objetivo general fue analizar la importancia de espacio de escucha y palabra en el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal.

El espacio de escucha y palabra permite otorgar al paciente un espacio en donde se pueda expresar, traer sus problemas emocionales y sobre todo permite al paciente trabajar su malestar subjetivo.

Para concluir el trabajo podemos mencionar que la salud mental influye de maneras drásticas en el cuerpo y con sus afecciones. Más aún si son crónicas o degenerativas, ya que estas muchas veces son el desencadenante de las angustias en los pacientes que a su vez traen consigo consecuencias en la salud mental, tales como, los trastornos, las ansiedades, la depresión, incluso el estrés por lo que es un cambio drástico y fuerte al cual se es sometido tanto el cuerpo como la mente por lo que es importante privilegiar la enfermedad del cuerpo como con la salud mental para así poder prevenir todas las consecuencias previamente mencionadas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aslan, C. M. (2003). Psicoanálisis del duelo. *Revista de psicoanálisis*, 60, 705-725.
- Bertran, G. (comp.) (2004). *Hospital de Día: particularidades de la clínica*. Buenos Aires: Minerva.
- Bower, L. (2007). Los ropajes del síntoma. En XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Bowlby J. *La pérdida afectiva*, Paidós, Barcelona, 1993.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Codina, A. C. J. (2004, 3 septiembre). Saber escuchar. Un intangible valioso. Recuperado 24 enero, 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/549/54900303.pdf>
- Codina, J. (2004). Saber escuchar, un intangible valioso. *Intangible Capital*, 4(0), 1-26
- Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva, B. M. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Elmiger, M. E. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. *Revista Subjetividades*, 10(1), 13-333.
- García-Rincón, César *Educación la mirada: arquitectura de una mente solidaria*. Narcea Ediciones, 2006.
- Glasserman, D. (2017). Fragmentos sobre la escucha. *Psicoanálisis*, 39(1-2), 135-143.

- Gómez-Sancho M. La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones, 2004.
- González, Sonia Habilidades de comunicación y escucha: Empatía + alto nivel + resultados. Thomas Nelson Inc, 2011
- Guitier, M., & Marucco, N. (1984). Asociación libre y atención flotante. Puntualizaciones, reflexiones.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis.
- Lacan, J. (2006). Seminario X: La Angustia. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Originalmente dictado en 1963).
- Lacan, J. (2006). Seminario X: La Angustia. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Originalmente dictado en 1963).
- Loriente, F. (2018). Estudio bibliográfico sobre el concepto de atención flotante en Freud. In X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.
- Melanie Klein. Obras completas, Paidós, Barcelona, 1978.
- Méndez, A. (2018). Terapia psicoanalítica. El habla y la escucha en el proceso psicoanalítico, En Blog Eleia.
- Mora, O. (2016). Conocimientos, habilidades y actitudes de los docentes constructores de paz. Mundo Fesc 11, 72-79
- Navarro, P. F. N. (2017, 5 octubre). Escucha activa: técnicas prácticas para convertirte en un experto. Recuperado 24 enero, 2019, de
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal ya mejorar el acceso al tratamiento. OMS.

- Pérez, G. C. (2010). Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de psicología*, 6, 69-76.
- Perinot, D. W. W. LA ATENCIÓN FLOTANTE COMO SHIBBOLET (): Cambio o permanencia?
- Pontalis, J.-B. (1975). *A partir du contre-transfert: le mort et le vif entrelaces In Entre le Rêve et la Douleur Paris: Gallimard 1977*
- Rincón-Hoyos, H. G., Castillo, A., Reyes, C., Toro, C. E., Rivas, J. C., Pérez, Á., ... & Ocampo, A. (2006). Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica (Atinar). *Revista colombiana de psiquiatría*, 35, 44-71.
- Seldes, R. (2008). La urgencia del psicoanálisis aplicado. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*, 18, 1-2.
- Sigmund, F. (1914-1916). Duelo y melancolía. En *Obras completas*, tomo XIV. Argentina: Amorrortu.
- Sotelo, M.I., Rojas, M.A. y Santimaria, L. (2013). Conclusiones sobre la consulta de urgencia en salud mental en 4 hospitales generales del Mercosur. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Tizón J.L. Pérdida, pena, duelo. Paidós, Barcelona, 2004.
- Tobar, F., Drago, M. T. B., Hamilton, G., Lifschitz, E., & Yjiloff, R. D. (2014). *Respuestas a las enfermedades catastróficas*. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.
- Torralla F. Futilidad y vulnerabilidad, en *La medicina paliativa, una necesidad sociosanitaria*. Hospital San Juan de Dios. Santurce. 1999, 283-298.
- Torres Zamudio, C. (2003). Insuficiencia renal crónica. *Revista médica herediana*, 14(1), 1-4.

Veletanga, J. (2016). En Ecuador cerca de 10 mil personas necesitan diálisis. Redacción médica, 1-2.

Weiss, E. (1934). Bodily pain and mental pain. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15, 1-13.

Wortley, A. C., Alvo, C., Egea, M., Sabagh, A. R., Frizza, C., & Zandivarez, P. F. (2019). Los Espacios de Escucha y Acompañamiento Emocional como un dispositivo de salud en una escuela primaria. In XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Moyano Zambrano María Gabriela** con C.C: # **0932488521** y **Ramírez Zambrano Alex Andrés** con C.C: # **0950498840** autores del trabajo de titulación: **La importancia de un espacio de escucha y palabra para el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal crónica** previo a la obtención del título de **Licenciatura 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 de 2022**

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

**Moyano Zambrano María Gabriela**

**C.C: 0932488521**

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

**Ramírez Zambrano Alex Andrés**

**C.C: 0950498840**



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

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

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	La importancia de un espacio de escucha y palabra para el proceso de duelo en pacientes con insuficiencia renal crónica.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Moyano Zambrano María Gabriela Ramírez Zambrano Alex Andrés		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Tatiana Aracely Torres Gallardo		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Psicología Clínica		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciados en Psicología Clínica		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	12 de septiembre de 2022	<b>No. PÁGINAS:</b>	DE 72
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Insuficiencia Renal, espacio de escucha, Método Clínico		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Insuficiencia Renal Crónica; Enfermedades Catastróficas; Pérdidas; Duelo; Espacio De Escucha Y Palabra; Método Psicoanalítico		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>Este trabajo tuvo como tema esencial establecer la importancia de la existencia de un espacio de escucha y palabra para el proceso de duelo en pacientes con la enfermedad de insuficiencia renal crónica. Se eligió este tema ya que se ha identificado la falta de atención en este ámbito al momento de comenzar un proceso psicoterapéutico en pacientes con dicha enfermedad. Los objetivos planteados para este proyecto fueron caracterizar el espacio de escucha y palabra por medio de fuentes bibliográficas, identificar qué es el proceso de duelo con sus respectivas características y establecer la importancia del espacio de escucha y palabra en pacientes con insuficiencia renal crónica. Esto se logró mediante una ardua investigación y lectura de diferentes autores, acompañado de la experiencia recibida en antiguas prácticas preprofesionales y la información recogida mediante entrevistas a especialistas y pacientes de una fundación en la ciudad de Guayaquil. Como resultado de todo lo anterior mencionado se pudo concluir que existen muchas etapas por las cuales atraviesa un paciente con insuficiencia renal crónica, consideramos que una de las más importantes son las pérdidas que pueden llegar a tener, tanto físicas como sociales, y que es de suma importancia recibir el apoyo necesario para poder llevar a cabo con buenos resultados un proceso de duelo.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0986711528-0982759750	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:gabriela_moyano_1202@outlook.com">gabriela_moyano_1202@outlook.com</a> <a href="mailto:alexandres19@hotmail.com">alexandres19@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.</b>		
	<b>Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 – 1419</b>		
	<b>E-mail: <a href="mailto:francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec">francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec</a></b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			