



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

**TEMA:**

**Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por  
enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico.**

**AUTORAS:**

**Cedeño Vargas, Romina Dominick**

**Cuzco Toro, Nohelia Samantha**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciada en  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTORA:**

**Psi. Cl. Velázquez Arbaiza, Ileana de Fátima, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**06 de febrero del 2023**



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 **Cedeño Vargas, Romina Dominick y Cuzco Toro, Nohelia Samantha** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**.

**TUTORA**

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

**Psi. Ci. Velázquez Arbaiza, Ileana de Fátima, Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

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

**Psi. Ci. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.**

**Guayaquil, a los 06 del mes de febrero del año 2023**



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Cedeño Vargas, Romina Dominick**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico**, previo a la obtención del título de **Licenciada en psicología clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 06 del mes de febrero del año 2023**

**AUTORA**

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

**Cedeño Vargas, Romina Dominick**



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Cuzco Toro, Nohelia Samantha**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico**, previo a la obtención del título de **Licenciada en psicología clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 06 del mes de febrero del año 2023**

**AUTORA**

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

**Cuzco Toro, Nohelia Samantha**



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

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Cedeño Vargas, Romina Dominick**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 06 del mes de febrero del año 2023**

**AUTORA**

Romina Cedeño V.

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

**Cedeño Vargas, Romina Dominick**



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

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Cuzco Toro, Nohelia Samantha**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 06 del mes de febrero del año 2023**

**AUTORA**

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

**Cuzco Toro, Nohelia Samantha**

# INFORME URKUND



## Document Information

Analyzed document	Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico. Cedeño Romina - Cuzco Nohelia.docx (D156285147)
Submitted	2023-01-19 02:49:00
Submitted by	
Submitter email	ileanavelazarb@hotmail.com
Similarity	0%
Analysis address	ileana.velazquez.ucsg@analysis.orkund.com

**TEMA:** Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico.

**ESTUDIANTES:** Cedeño Vargas, Romina Dominick  
Cuzco Toro, Nohelia Samantha

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME ELABORADO POR:**

A blue rectangular box containing a handwritten signature in blue ink, which appears to be "Ileana de Fátima Velázquez Arbaiza".

**Psi. CI. Velázquez Arbaiza, Ileana de Fátima, Mgs.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios principalmente por darme sabiduría e inteligencia para tomar buenas decisiones y por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. A mí, por no rendirme y perseverar por mis sueños.

A mi madre, Martha Vargas, por ser mi pilar fundamental, por demostrarme su inmenso amor, por creer en mí y apoyarme incondicionalmente en cada una de mis metas.

A mis hermanos, Carlos, Gabriel, Ma. Paz, mis compañeros de vida. Su presencia, respaldo y cariño, me motivan a ser quien soy.  
A Steeven, por su valioso e incondicional apoyo en cada uno de los pasos que doy en mi vida.

A mi compañera de tesis, Samantha, por ser un pilar importante en la elaboración de este trabajo y por lograr alcanzar esta meta juntas.

A nuestra querida tutora de tesis, Psic. Cl. Ileana Velázquez, Mgs, gracias por confiar en nosotras, por su paciencia y dedicación y por ser nuestra guía para culminar este trabajo con éxito. Sin duda es, una gran mentora.

Mención especial a mi tutora de prácticas pre profesionales, Psic. Hellen Franco, un ser humano excepcional, gracias por todos los aprendizajes adquiridos, me llevo conmigo los mejores recuerdos de esta experiencia.

A mis grandes amigas y futuras colegas, Daniela, Vanessa, Ariana y Ma. Paulina por su apoyo constante, sin ustedes esta experiencia no hubiera sido igual.

**Romina Dominick Cedeño Vargas**



## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mi madre, quien ha sido mi principal inspiración para convertirme en la mujer que soy ahora, sin ti no hubiera sido posible este logro.

A mi padre Homero y a mi abuelita Violeta, mis dos ángeles en el cielo, a pesar de no poder compartir este logro físicamente con ustedes, sé con certeza lo orgullosos que estarían de mí.

A mis fieles mascotas, por acompañarme en mis noches de estudio.

**Romina Dominick Cedeño Vargas**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco principalmente a Dios por haberme cuidado y guiado en cada paso y  
decisión que tome a lo largo de mis estudios.

A mis padres Juan y Mónica por brindarme su apoyo incondicional en absolutamente  
todo, confiar en mí, darme todo su amor y sabiduría para llenarme de fuerzas y  
seguir adelante; los amo demasiado.

A Romina, mi compañera de tesis y futura colega por haber sido un apoyo clave en  
la realización de nuestro trabajo final de carrera académica, le deseo el mejor de los  
éxitos en su carrera profesional.

A nuestra apreciada y respetada Psic. Cl. Ileana Velázquez, Mgs, gracias por su  
enseñanza, dedicación y paciencia en la realización de este trabajo; fue un honor para  
nosotras tener a una tutora como Ud.

**Nohelia Samantha Cuzco Toro**

## **DEDICATORIA**

Dedico este logro a mi familia completa, y a cada uno de los seres humanos leales que me rodearon y conocieron mi travesía para poder estar hoy aquí.

**Nohelia Samantha Cuzco Toro**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

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

**PSIC. MARIANA ESTACIO C, MGS.**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

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

**PSIC. ALVARO RENDÓN CH, MGS.**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

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

**PSIC. RODOLFO ROJAS B, MGS.**  
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

**CALIFICACIÓN**

**NOTA:** \_\_\_\_\_

## Índice

<b>Resumen</b> .....	XVI
<b>Abstract</b> .....	XVII
<b>Introducción</b> .....	2
<b>Justificación</b> .....	3
<b>Planteamiento del problema</b> .....	5
<b>Formulación del problema</b> .....	6
<b>Objetivo general:</b> .....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	6
<b>Marco teórico</b> .....	7
ANTECEDENTES .....	7
<b>Capítulo 1</b> .....	10
<b>Conceptualización de enfermedad crónica desde el enfoque médico y la teoría psicoanalítica</b> .....	10
LA ENFERMEDAD CRÓNICA DESDE EL ENFOQUE MÉDICO .....	10
TIPOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL ECUADOR .....	11
FACTORES ESTRESORES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS .....	13
PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN .....	13
LA ENFERMEDAD CRÓNICA DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA .....	14
ENFERMEDAD CRÓNICA COMO UN HECHO TRAUMATIZANTE .....	16
¿QUÉ REPRESENTA EL SIGNIFICANTE ‘HOSPITALIZACIÓN’ PARA EL SUJETO? .....	17
MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS PRODUCTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA Y LA HOSPITALIZACIÓN .....	19
<b>Capítulo 2</b> .....	21
<b>Las alteraciones psicológicas que se producen en los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas</b> .....	21
DEFINICIÓN DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA .....	21
TIPOS DE ALTERACIONES PSICOLÓGICAS .....	22
<i>Depresión</i> .....	22
<i>Ansiedad</i> .....	23
<i>Estrés</i> .....	25
FORMAS DE MANIFESTACIÓN DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS .....	26
<b>Capítulo 3</b> .....	32

<b>Modalidades de intervención del psicólogo clínico para atender las alteraciones psicológicas de los pacientes hospitalizados por enfermedades crónicas .....</b>	<b>32</b>
CASO E.....	37
CASO S .....	40
<b>Capítulo 4.....</b>	<b>44</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>44</b>
EL ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	44
PARADIGMA INTERPRETATIVO .....	44
MÉTODOS.....	45
<i>Método explicativo.....</i>	<i>45</i>
<i>Método de estudio de casos .....</i>	<i>45</i>
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	45
<i>Revisión documental.....</i>	<i>45</i>
<i>Entrevistas semiestructuradas .....</i>	<i>46</i>
POBLACIÓN.....	46
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	46
<b>Capítulo 5.....</b>	<b>48</b>
<b>Presentación y discusión de resultados.....</b>	<b>48</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>50</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>53</b>

## Resumen

En este trabajo de investigación se abordará las manifestaciones psicológicas que presenta el adulto hospitalizado por enfermedades crónicas. En el cual, se desarrolla un recorrido bibliográfico con enfoque teórico trabajado desde dos disciplinas, médica y psicoanalítica, que dan cuenta de las alteraciones psicológicas y los factores estresores que atraviesan los pacientes con enfermedades crónicas y como ello repercute de manera significativa en su vida. Determinando que, la depresión, ansiedad y estrés establece en el individuo una afección real de su diagnóstico y tratamiento. A partir de esto, se plantea el objetivo de analizar las alteraciones psicológicas que se manifiestan en los pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas, desde el enfoque teórico del psicoanálisis, para determinar las formas de intervención del psicólogo clínico. La investigación es de enfoque cualitativo, bajo el paradigma interpretativo, donde se utilizó el método explicativo y estudio de casos, además la técnica de revisión documental y entrevistas semiestructuradas para recabar información de los casos trabajados en las prácticas pre profesionales en una institución de salud pública. El resultado que se obtuvo fue identificar que las manifestaciones psicológicas más presentes son la ansiedad, depresión y estrés, distinguiendo los factores estresores que se desencadenan en cada paciente desde una variable diferente, en cuanto a su enfermedad u hospitalización. Y cómo las posibles modalidades de intervención que se determinan, permiten al paciente elaborar herramientas que le facilitan tramitar su malestar frente a su diagnóstico.

**Palabras claves:** Alteraciones psicológicas, hospitalización, enfermedades crónicas, estrés, ansiedad, depresión, intervención psicológica.



## **Abstract**

This research work will address the psychological manifestations presented by adults hospitalized for chronic diseases. In which, a bibliographic tour is developed with a theoretical approach worked from two disciplines, medical and psychoanalytic, which accounts for the psychological alterations and stressors that patients with chronic diseases go through and how this has a significant impact on their lives. Determining that depression, anxiety and stress establish in the individual a real affection of their diagnosis and treatment. From this, the objective is to analyze the psychological alterations that manifest themselves in adult patients hospitalized for chronic diseases, from the theoretical approach of psychoanalysis, to determine the forms of intervention of the clinical psychologist. The research is of qualitative approach, under the interpretative paradigm, where the explanatory method and case study were used, in addition to the technique of documentary review and semi-directed interviews to collect information from the cases worked in the pre-professional practices in a public health institution. The result obtained was to identify that the psychological manifestations most present are anxiety, depression and stress, distinguishing the stressors that are triggered in each patient from a different variable, in terms of their illness or hospitalization. And how the possible modalities of intervention that are determined, allow the patient to develop tools that facilitate the processing of their discomfort in the face of their diagnosis.

**Keywords:** Psychological disorders, hospitalization, chronic diseases, stress, anxiety, depression, psychological intervention.

# **Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico**

## **Introducción**

En el siguiente trabajo de investigación se abordan las alteraciones psicológicas que se manifiestan en los pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. En el cual se ha tomado en cuenta el enfoque médico y el enfoque psicoanalítico, para llevar a cabo un desarrollo teórico fundamentado; además, de destacar la importancia de la intervención psicológica en el ámbito hospitalario. Las enfermedades crónicas causan un gran impacto físico, psicológico y emocional en la vida del paciente, sobre todo en el aspecto psicológico se presentan alteraciones como, depresión, estrés, ansiedad, angustia; que están relacionadas a factores estresores producto de las variables enfermedad y/u hospitalización. Entre ellas las que más se manifiestan relacionadas a la enfermedad son: el manejo del dolor, la incertidumbre, miedo ante lo desconocido, imposibilidad de movilización, adherencia al tratamiento, pérdida de autonomía, entre otras. Respecto a la hospitalización los indicadores son: abandono familiar, desvinculación del mundo externo, pérdida de costumbres, falta de privacidad, entre otras.

Se planteó como objetivo analizar las alteraciones psicológicas que se manifiestan en los pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados. En el primer capítulo, se expone la conceptualización de la enfermedad crónica desde el enfoque médico y la teoría psicoanalítica, con el fin de abordar conceptos claves que puedan contribuir y respaldar el presente trabajo. En el segundo capítulo, se presenta desde la teoría psicoanalítica, aspectos relevantes relacionados a las alteraciones psicológicas, además de introducir fragmentos del discurso de algunos pacientes para ejemplificar las diferentes formas de manifestación. En el tercer capítulo, se plantea las modalidades de intervención del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario, se abarca cómo fue nuestra experiencia en las prácticas preprofesionales y se escoge dos casos trabajados.

La metodología que se emplea en esta investigación tiene un enfoque cualitativo con un paradigma interpretativo, se utilizaron dos métodos: el método explicativo y el estudio de casos. La recolección de información se llevó a cabo por

medio de la revisión documental o bibliográfica, además de las entrevistas semiestructuradas que se les realizó a los pacientes. La población con la que se trabajó fueron pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados de una institución donde se realizaron las prácticas. Se utilizó una muestra no probabilística-intencional, dado que, se seleccionó ciertos casos como muestra de los atendidos durante las prácticas, que dieron cuenta de alteraciones psicológicas, como: ansiedad, depresión y estrés.

A partir de lo introducido, se determinó que las repercusiones psicológicas se exteriorizan en el paciente debido a que están expuestos a factores estresores, producto de la enfermedad y hospitalización. Lo cual, permitió establecer posibles modalidades de intervención psicológica y trabajarlas con el paciente, con la finalidad de poder hacer más tramitado su malestar.

### **Justificación**

Las enfermedades crónicas se asocian significativamente a un deterioro grave de salud, por lo general son de larga duración y de progresión lenta. Representan una problemática que integran múltiples factores entorno a la vida de la persona. Provocan cambios en las capacidades físicas, generan gran sufrimiento a nivel físico y psicológico, implican cambios y rupturas en el estilo de vida del paciente.

En la actualidad, las enfermedades crónicas originan una alteración significativa en la vida cotidiana del paciente. Se conoce que, por estas enfermedades, en muchas ocasiones, se llega a manifestar estrés crónico e inevitable que condicionan la vida del sujeto. En cuanto a ello, también, se observa la existencia real de factores asociados al proceso de hospitalización, que repercuten además del estrés, en ansiedad, riesgo de muerte y la pérdida de control sobre su entorno personal, familiar y social. Lo cual se puede convertir en una dificultad mayor si no es sobrellevado de una manera apropiada, con la intervención profesional que se requiere en la problemática.

Es justamente que, el solo hecho de ingresar a un nuevo ambiente, puede generar alteraciones psicológicas y cronificarse al igual que la enfermedad que padecen. Estas alteraciones psicológicas son la manifestación de signos y síntomas que presenta el paciente ante situaciones en donde se encuentra vulnerable su integridad, provocando un desequilibrio en el pensamiento, comportamientos y estado de ánimo. Además, es un problema que trasciende a nivel de la salud mental y que dentro del ámbito hospitalario tiende a ser bastante desatendido, puesto que, el enfoque

principal radica en cuidar y preservar la salud de un cuerpo, mas no el estado psicológico del paciente.

Ante ello, el interés de esta investigación contempla constatar lo que las alteraciones psicológicas conllevan en el enfermo crónico y su desconocimiento de cómo esto afecta en su proceso de recuperación. De aquello, parte que, por medio de la indagación bibliográfica, entrevistas, y análisis de casos se evidencie la intervención que cumple y aborda el psicólogo clínico en pacientes adultos que están hospitalizados con enfermedades crónicas. Ya que, debido a la alta incidencia de estos pacientes, es necesario que se formulen las formas de intervención del psicólogo en el campo clínico y de la salud en el ámbito hospitalario, para que a partir de ello se logre brindar una atención integral a los pacientes y a su entorno, garantizando la salud física y también mental a través de la disminución de los efectos de las alteraciones psicológicas que provoca el proceso de hospitalización.

Ante esto surgen varias preguntas, ¿Cuáles son las alteraciones psicológicas que produce la hospitalización por enfermedades crónicas? ¿Es posible con la intervención del psicólogo dar respuesta a la demanda que crea el paciente y que influye en el proceso de su enfermedad? Son preguntas que se desarrollarán a lo largo de este trabajo.

Es así, que la relevancia de esta investigación para la carrera de Psicología Clínica, consiste en su aporte al estudio de casos, porque nos ha permitido, por medio de la práctica clínica y experiencia recogida, poder establecer contacto con la realidad de la hospitalización, y en este sentido, conocer y abordar los efectos psicológicos que esta produce en los pacientes con enfermedades crónicas. Contribuyendo a la formación profesional de los futuros practicantes.

Del mismo modo, la pertinencia de nuestra investigación se evidencia por su relación con la línea de investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, *los problemas del sujeto y su relación en distintos entornos*, que está contemplada en el *Dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad*. (UCSG, 2021, p. 34). Puesto que, en ella se evidencia inicialmente los procesos de identidad y generación de la subjetividad del sujeto, que implica diversas dimensiones de carácter biopsicosocial, en donde se incluyen la educación, comunicación y subjetividad. Por ende, la investigación va acorde a esta línea debido a que se aborda al adulto que padece una enfermedad crónica y frente a ello se manifiestan alteraciones psicológicas que causan malestar durante el proceso hospitalario. Dominio que se vincula con el

objetivo 3 planteado en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en septiembre del 2015: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades* (ONU, 2015).

Vinculando esta investigación al *Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, en el eje social, Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad* (Secretaría Nacional de Planificación, 2021). Debido a que en el estudio se aborda el tema de la salud, el cual señala el interés en el estado íntegro de la calidad de vida y bienestar del sujeto que contemple de manera macro lo físico, mental y social.

### **Planteamiento del Problema**

Estar ingresado en una institución hospitalaria por una enfermedad crónica, provoca un fuerte impacto psicológico, dado que resulta para la mayor cantidad de pacientes un proceso difícil de sobrellevar, sobre todo el abandonar y dejar de lado la cotidianidad de su vida, al estar ingresado pasando por procesos dolorosos y en un ambiente desconocido. En el caso de que a un paciente se le detecte una enfermedad crónica, aumenta la probabilidad de desarrollar una afectación a nivel de la salud mental, ya que este se encuentra en un estado vulnerable y preocupado, tanto por su salud como por su futuro.

Esta problemática genera conflictos en los pacientes, y se presenta sintomatologías de ansiedad, depresión, estrés, sentimientos de impotencia, frustración, emociones negativas, que son propias en pacientes con enfermedades crónicas, que pueden tener consecuencias considerables sobre la enfermedad y en el manejo de la misma. Por lo tanto, surge una demanda que involucra directamente las funciones que realiza el profesional clínico mediante el apoyo psicológico, siendo necesaria su intervención. Esto permite dar seguimiento a los casos, además de posibilitarle un espacio de escucha donde el paciente sienta el acompañamiento en las diferentes etapas que presenta su enfermedad y trabajar estas alteraciones psicológicas, dado que, son situaciones amenazantes que le resulta difícil de manejar debido a su falta de recursos.

Finalmente, por la misma particularidad de ser enfermedades crónicas y que tengan que sobrellevar un tratamiento en una institución hospitalaria, generan en los pacientes manifestaciones que repercuten en su estado emocional, trayendo consigo alteraciones psicológicas que se ponen en evidencia durante la estancia en la misma y

que de alguna u otra forma, complican el proceso de tratamiento y enfermedad al que deben acogerse desde el momento en que son diagnosticados.

### **Formulación del Problema**

#### ***Pregunta General***

¿Cuáles son las alteraciones psicológicas que presentan los pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados y cómo interviene el psicólogo clínico?

#### ***Preguntas Específicas***

¿Cuáles son los factores estresores que más influyen en el proceso de hospitalización de pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados?

¿Cuáles son las alteraciones psicológicas que se producen en los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas?

¿Cuáles son las formas de intervención del psicólogo clínico para abordar las alteraciones psicológicas de los pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados?

#### **Objetivo General:**

Analizar las alteraciones psicológicas que se manifiestan en los pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas, desde el enfoque teórico del psicoanálisis, para determinar las formas de intervención del psicólogo clínico.

#### **Objetivos específicos:**

Identificar los factores estresores que se presentan en los pacientes adultos, con enfermedades crónicas, durante el proceso de hospitalización, mediante una revisión y análisis bibliográfico desde el enfoque médico y la teoría psicoanalítica.

Explicar las alteraciones psicológicas que se producen en los pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados, a través de entrevistas semiestructuradas, desde el enfoque de la teoría psicoanalítica.

Determinar las formas de intervención del psicólogo clínico para atender las alteraciones psicológicas de los pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados, mediante el estudio de casos trabajados en la práctica preprofesional.

## MARCO TEÓRICO

### Antecedentes

Benítez, Barceló & Gelves (2016), llevaron a cabo una investigación con el tema *Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico*. Cuyo objetivo fue detectar las principales alteraciones psicológicas que sufren estos pacientes, y diseñar un protocolo para su manejo. En esta investigación se realizó un estudio descriptivo, guiado por el paradigma empírico analítico, corte cuantitativo, diseño no experimental, con una población total de 50 pacientes y una muestra de 15, muestreo no probabilístico, de tipo intencional, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión propios de la investigación. Llegando a la conclusión que la larga estancia hospitalaria se relaciona generalmente con el desprendimiento del individuo de su medio natural, que puede generarle estados de tristeza, ansiedad y desencadenar efectos negativos como la baja expresión emocional (p.391).

Este estudio presenta cierto grado de similitud con nuestro tema de investigación, puesto que, enfatiza el impacto que causan las alteraciones psicológicas en los pacientes con larga estancia hospitalaria, siendo los factores estresores una de las principales implicaciones psicológicas del sujeto enfermo. Además de aportar formas de intervención y manejo del paciente.

Cardona & Cristancho (2018), y su estudio *Sujetos del Hospital: Una aproximación psicoanalítica del cuerpo en niños con enfermedades crónicas*. Este trabajo de grado tuvo como objetivo analizar los contenidos de las emisiones verbales y las dinámicas sociales derivadas de estas, con respecto al cuerpo y la enfermedad crónica en niños y adolescentes dentro del contexto hospitalario desde una mirada psicoanalítica. Utilizando metodología cualitativa desde un enfoque fenomenológico-hermenéutico, que permitió contrastar la experiencia de una vivencia junto con la interpretación del discurso del paciente. Como conclusión determinaron que, los impactos que enfrentan los pacientes en relación con su cuerpo, como por ejemplo las situaciones desconocidas que vivirá con este, los nuevos vínculos que aparecerán con su cuerpo, pero también dentro del contexto hospitalario.

Tiene como aporte a nuestra investigación, dado que, el análisis que se realiza desde el enfoque psicoanalítico permite explicar cómo se altera el contexto del paciente en relación a su cuerpo, su imaginario y real por el padecimiento de su

enfermedad. Además del vínculo que se establece entre médico y el paciente, por ende, la propuesta de intervención que se da en el contexto hospitalario.

Pino, Murillo & Suárez (2019), presentaron *Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia*. Esta investigación tiene como objetivo apuntar al bienestar y calidad de vida del paciente terminal, reconocer el papel del psicólogo en procesos de atención al enfermo crónico o terminal, y tener presente las principales funciones que debe desempeñar. La metodología parte de un enfoque cualitativo, la cual les permitió realizar una interpretación del actuar humano ante una situación imprevista, como lo es el diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal, y el impacto multidimensional que le causa el evento directamente a la persona. Concluyendo que, una enfermedad progresiva e incurable, trae consigo dificultades en el paciente, deteriorando así su estado físico, psicológico, emocional y social. A la vez, busca suministrar los recursos psicológicos necesarios para la identificación y atención de necesidades.

Este antecedente aporta a nuestra investigación, porque resalta la función de asistencia e intervención del psicólogo en los pacientes con enfermedades crónicas o terminales, así como los fenómenos que se presentan en su padecimiento. Brindándole estrategias y herramientas al paciente con el fin de reducir el malestar subjetivo, que son provocadas por las alteraciones psicológicas, emocionales y sociales.

Joel Martínez & Víctor Ramos (2022), y su investigación *Perfil anímico en pacientes con enfermedades crónicas: su relación con variables sociodemográficas y clínicas*. El objetivo del presente estudio es documentar el perfil anímico e índices de perturbación emocional en pacientes adultos con cáncer, insuficiencia renal, diabetes y enfermedad cardiovascular. Trabajando con un enfoque cuantitativo y cualitativo, con antecedentes sociodemográficos. Concluyendo que los hallazgos presentados en la investigación constituyen un llamado de atención importante para la atención a la salud mental de la población con enfermedades crónicas, buscando con ello proporcionar una mayor adherencia terapéutica, mejor calidad de vida y una adaptación saludable de las personas hacia su enfermedad.

Este estudio permite tomar en consideración la incidencia en los aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo la relevancia del abordaje psicológico y las alteraciones emocionales que suelen experimentar este tipo de pacientes, que tienen que ver con diferentes pérdidas, incertidumbre y el estrés ante los tratamientos a los que se exponen.



Los antecedentes previamente mencionados permitieron hacer un recorrido investigativo y referencial, que contribuyó de manera significativa, posibilitando conocer las distintas perspectivas sobre la problemática a tratar. En efecto, lo que se quiere aportar con esta investigación, es que se pueda obtener un contexto más amplio sobre los factores psicológicos ante los cuales se exponen los enfermos crónicos hospitalizados, determinando modalidades de intervención del psicólogo clínico, rigiéndose a una teoría psicoanalítica, la cual permite abordar los diferentes significantes que, a modo de respuesta, a partir de su enfermedad, construye el sujeto.

## Capítulo 1

### Conceptualización de Enfermedad Crónica desde el Enfoque Médico y la Teoría Psicoanalítica

#### La Enfermedad Crónica desde el Enfoque Médico

El Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina (2012), define enfermedad crónica como "enfermedad de curso lento, prolongado y con frecuencia progresiva" (p. 572). La descripción que hace Shuman (1996) como se cita en Rodríguez (2013), posibilita comprender aspectos que la caracterizan:

Una enfermedad crónica es aquella en la que los síntomas de la persona se prolongan a largo plazo de manera que perjudican su capacidad para seguir con actividades significativas y rutinas normales. Su tratamiento médico suele tener una eficacia limitada, y contribuye a veces al malestar físico y psicológico de las personas y sus familias. La enfermedad crónica hace impacto típicamente en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su orientación en el tiempo y el espacio, su capacidad para predecir el curso y los acontecimientos de la vida, su autoestima, y sus sentimientos de motivación y dominio personal (p. 21).

Desde esta perspectiva, el solo término enfermar genera en el sujeto un sin número de experiencias traumáticas, que limitan la posibilidad de continuar con una vida cotidiana; produciendo cambios radicales caracterizados por sufrimiento y dolor, donde se ha comprobado que el enfermo crónico se expone a un padecimiento psíquico de bastante peso, sin dejar de lado las propias exigencias que representa la enfermedad.

Los diferentes aspectos de la enfermedad crónica hacen que quienes reciben esta clase de diagnóstico se sientan abatidos y sin esperanza, respuesta del psiquismo, ante la incertidumbre que se genera. Tener presente el componente subjetivo permite comprender la evolución de los múltiples padecimientos que este tipo de enfermedades ocasiona (Ortiz & Ruiz, 1997, como se cita en Rodríguez, 2013, párr. 8).

Se recalca que, a nivel mundial, las enfermedades crónicas son causantes de un alto porcentaje de mortalidad, lo que acarrea un alto grado de alerta en instituciones que se ocupan de la salud y bienestar de las personas.

No obstante, como señala Lizama (2016):

La muerte no es la única consecuencia preocupante de las ECNT, sino también su repercusión en las capacidades fisiológicas, la comorbilidad asociada y el deterioro de la calidad de vida de las personas que las padecen; así también significan una carga económica y un creciente desgaste emocional para ellas y sus familias. Por otra parte, impactan negativamente a nivel estructural, esto es, implican elevados y permanentes costos económicos para los sistemas de salud pública, así también para el sistema laboral, debido al efecto ausentismo que producen. (párr.3)

Ante ello se prevén modalidades de tratamiento que abarque los factores ante los cuales el enfermo se enfrenta. Además, se hace mención a las enfermedades crónicas principales que involucran asistencia y tratamiento; entre ellas están: las enfermedades cardiovasculares, los procesos oncológicos, las enfermedades respiratorias, las enfermedades renales y la diabetes.

### **Tipos de enfermedades crónicas en el Ecuador**

Las razones que motivaron la elección de estas enfermedades son esencialmente dos. Una de ellas, porque son las patologías más reincidentes en el área de hospitalización y se ven presentes en los casos de nuestras prácticas preprofesional. Lo cual se puede evidenciar en el siguiente informe del IESS (2022): “De enero a octubre de 2022, el Servicio de Endocrinología del hospital registró más de 17.000 atenciones a través de Consulta Externa y Hospitalización; 7.000 fueron por diabetes mellitus” (párr. 7), siendo además las afectaciones más frecuentes a la salud de la población ecuatoriana. Como es el caso de las enfermedades respiratorias como la neumonía, que son muy comunes, en gran parte, por los cambios estacionales del país. Por lo tanto, existe una gran variedad de enfermedades crónicas en el Ecuador, las más destacadas y con mayor tasa de mortalidad son:

**Cáncer.** Es una enfermedad que se manifiesta cuando un grupo de células anormales se propagan sin control irrumpiendo otros tejidos u órganos. El cáncer se puede producir en cualquier parte del cuerpo. Existen distintos tipos y se clasifican dependiendo de la parte del cuerpo en dónde se originan.

El cáncer no se origina por una sola causa, existen múltiples factores que incrementan el riesgo de desarrollarlo. La presencia de algunos tipos de cáncer puede ser atribuida a factores genéticos hereditarios, como también se puede originar por la exposición a factores de riesgo, relacionados con el estilo de vida y el ambiente. Entre ellos: consumo de tabaco, alimentación no saludable, obesidad, consumo de alcohol,

exposición solar ultravioleta, exposición a sustancias carcinógenas en el ambiente laboral, y algunas infecciones, como las causadas por virus como el del papiloma humano (VPH), el de la inmunodeficiencia humana (VIH), etc. (Instituto nacional de cancerología, 2013).

**Diabetes.** Es una enfermedad que se caracteriza por un elevado nivel de glucosa en la sangre o, en otras palabras, azúcar en la sangre, esto se origina debido a que el páncreas no produce la cantidad de insulina que el cuerpo necesita o el organismo no es capaz de utilizar la insulina de forma apropiada.

Los estudios epidemiológicos realizados en las últimas décadas han permitido corroborar un aumento considerable de la prevalencia de la diabetes en todo el mundo. Entre las causas de este gran aumento se encuentran la pérdida de los estilos de vida saludables como la adopción de malos hábitos en la alimentación y en el ejercicio, dando como consecuencia el incremento de la obesidad y el sedentarismo (Funes, 2012).

**Enfermedades cardiovasculares.** Las enfermedades cardiovasculares, consideradas por la OMS como un grupo de alteraciones del corazón y los vasos sanguíneos, son la principal causa de discapacidad y muerte prematura en el mundo y afectan de forma similar a ambos géneros (Cantero, 2011) (World Health Organization, 2008).

Los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares son de carácter biológico o por un mal hábito en el estilo de vida. Entre ellos abarcan: antecedentes familiares, tabaquismo, hipertensión, diabetes, alimentación no saludable, sedentarismo. Al cumplir con algunos de estos precedentes existe una probabilidad más alta de desarrollar la enfermedad.

**Enfermedades respiratorias crónicas.** Es el conjunto de enfermedades que afectan al pulmón y obstruyen las vías respiratorias, causando dificultad en la respiración. Dentro de las más graves se encuentran: el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la tuberculosis, fibrosis quística y las infecciones del tracto respiratorio.

Cientos de millones de personas sufren a diario las consecuencias de una enfermedad respiratoria crónica. Según datos recientes de la OMS (2004), se considera que 235 millones de personas padecen asma y 64 millones tienen EPOC. La misma fuente de investigación revela que fallecen anualmente en el mundo alrededor de 4

millones de personas como resultado de las ERC, siendo la EPOC la principal causante (Mendoza, 2014).

### **Factores estresores de las enfermedades crónicas**

Entre las principales características que produce la enfermedad crónica está el padecer psíquico. Enlazando aquello a los factores estresores que se adjudican al paciente, siendo estos un motor desestabilizante en la vida del sujeto hospitalizado.

El estrés es un estado emocional ocasionado por un estímulo ambiental o un cambio en este, que la persona percibe como amenaza o desafío a su equilibrio dinámico, y que puede ser real o percibido a su capacidad de enfrentar las demandas que plantea la nueva situación. El estrés por tanto como resultado del desequilibrio, lo que busca es volver a su estado centro o de equilibrio dinámico. “Tiene una naturaleza variable, una misma situación o estímulo ambiental no afectará del mismo modo a una persona de otra, así cada una responderá al estímulo de forma individual” (Silva et al, 2020, p.70).

Hoy en día es muy común que el hecho de ingresar a un hospital produzca en el sujeto cierto grado de estrés o ansiedad. Esto se ve incrementado al diagnosticarse con una enfermedad que imposibilita seguir la cotidianidad del paciente involucrado. Ante ello, el estrés que se genera es prolongado y continuo, por ende, la adaptación y recuperación que tenga al tratamiento se verá afectada, ocasionando malestar y empeorando el cuadro de enfermedad.

En consecuencia, el paciente en estado crítico sometido a un alto nivel de estrés puede ver perjudicada la prontitud de su recuperación, así como un incremento en el desarrollo de eventos adversos y de alteraciones psicoemocionales, que podrían continuar incluso después del alta de la unidad. (Cañón, 2014, como se cita en Palacio, 2020, pp. 1-5)

Los factores desencadenantes por el estrés tanto en el paciente hospitalizado como en la familia, se relacionan con la manera en que estos perduren y la intensidad con la que se presentan en los pacientes crónicos; dado que, son vías que conducen a provocar alteraciones psicológicas en donde se destaca la ansiedad, depresión, miedo, y de por sí, un estrés postraumático.

### **Proceso de hospitalización**

La hospitalización es un proceso mediante el cual una persona enferma o herida ingresa a una institución médica y permanece dentro de un determinado tiempo, mientras se le realizan los estudios pertinentes, se establece un diagnóstico y recibe el

tratamiento, finalmente cuando el paciente se recupere, se le podrá dar el alta médica. El tiempo que el paciente permanezca en el hospital, dependerá de la evolución de su enfermedad y su adherencia al tratamiento.

La atención médica se puede desempeñar de forma rápida como también de forma prolongada. Es importante brindarle información detallada y oportuna de lo que va a acontecer, esto puede ayudar al paciente a afrontar y participar activamente en su cuidado durante su estancia. Una mayor comprensión de lo que se realiza en los hospitales y por qué se hace, contribuye a que el paciente no se sienta intimidado por los profesionales que lo atienden, y a sentirse seguro con respecto a su salud cuando sea dado de alta.

Los profesionales de salud son los responsables de garantizar el bienestar del paciente a lo largo del proceso de hospitalización. El personal de salud debe saber escuchar y comprender al paciente. La comunicación juega un papel importante en la calidad de vida y la satisfacción de las personas en general, sobre todo en los enfermos y en su entorno familiar (Funes & Coro, 2013). Los profesionales del hospital deberán comprobar en sus pacientes las actitudes y conductas para la motivación en la toma de conciencia, el conocimiento y la información durante el proceso de hospitalización, con la finalidad de que se logre el autocuidado y la adherencia al tratamiento (Uribe, Muñoz, Restrepo & Zapata, 2010, p. 132).

### **La Enfermedad Crónica desde la Teoría Psicoanalítica**

Se conoce que, desde la clínica psicoanalítica hay una marca distintiva que se hace entre un organismo y un cuerpo, es decir, a partir de ello se puede realizar una introducción de lo que se complementaría como enfermedad en un ser viviente dentro del psicoanálisis. Referirse al término enfermedad, es enlazarlo directamente a un malestar que padece el sujeto y que lo afecta de manera colateral, ubicándolo en situaciones que son inevitables escapar desde el momento en que es detectada la enfermedad. Esto debido a que, vista desde el psicoanálisis, se adentra a una perspectiva que va más allá de lo orgánico, donde se intenta comprender y de alguna manera reparar este cuerpo invadido.

De hecho, como menciona Gallo (2002): “La palabra crónico se relaciona, en consecuencia, con un malestar que dura mucho tiempo, un cuerpo que lo resiste, una queja que se prolonga, una pulsión que goza, un sujeto que es forcluido y un chantaje que no para” (p. 122).

La enfermedad crónica provoca en el sujeto una sensibilidad acentuada con un impacto deteriorador. Va más allá del poder contener un cuerpo enfermo, es un contacto real del dolor con la enfermedad del cual nunca estarán bien. “El enfermo crónico, tal como Freud lo enseña, sobre inviste la representación psíquica de la zona lesionada y dolorosa, él no dice que el enfermo se enamora de su organismo, sino de la representación mental del lugar del cual se queja” (Gallo, 2002, p. 126).

Se conoce bien que, en estos sujetos enfermos persiste un sufrimiento corporal, hay una queja, un dolor inminente. Consideraciones subjetivas que permiten introducirse en la clínica del cuerpo, sin dejar de lado la órgano-enfermedad. Si bien no es visible en este cuerpo, el sujeto siente algo extraño en él, que lo invade de significantes ligados a una cuestión de imagen más allá de la biología. “El hombre nace enfermo y esta enfermedad constituye su razón de ser” (Sauret, 1995, como se cita en Ramos & Mahé, 2012, p. 269).

Es ahí que, desde una práctica clínica, el cuerpo del sujeto se arma como un incógnito de disfunción, sin embargo, es un cuerpo donde está alojado un ser hablante. Es donde interviene el lenguaje y desde la práctica, se ve constituido un cuerpo moldeado por aquel, que está sujeto al deseo y goce. Lacan entonces propone que “es el cuerpo del lenguaje el que hace existir al otro cuerpo, el que se produce por efecto de la marca del significante sobre el organismo” (Lacan, 1984, como se cita en Maya, 2009, p. 14).

Por consiguiente, Gonzáles (2013) indica que:

El cuerpo en Lacan es el resultado de una relación con el saber, con la lógica y el sentido, pues la imagen con la que se identifica el sujeto en el espejo debe estar a la vez hecha de palabras, es a través del efecto del signo lingüístico, del significante, que el sujeto sabe que tiene un cuerpo con un respectivo funcionamiento orgánico, es decir, por medio del lenguaje es que el sujeto puede representarse sus órganos, hablar de ellos y en general de su cuerpo desde lo propio, él no sería sin poder hablar de su organismo, por ende, la palabra deja el cuerpo marcado, es una relación con el lenguaje que trasciende hasta lo viviente del cuerpo, pues se le sigue atribuyendo un significado aún después de muerto. (Gonzáles, 2013, como se cita en Cardona & Cristancho, 2018, p. 46)

Lo que posibilita en el sujeto poder dar sentido y representar al organismo en un cuerpo es el lenguaje, esto le permite ubicarse en un orden biopsicosocial. El

enfoque que se da a este cuerpo real, va marcado con la percepción e identificación que tiene el sujeto para enfrentarse de forma directa a esta realidad dificultosa de hacer oír, ver y sentir su cuerpo ante la condición de vivencia de la enfermedad. Si bien es cierto, la imagen del sujeto está construida por significados, con concepciones simbólicas, donde el lenguaje está involucrado. Aquí aparece la mortificación del sujeto, en donde desde el análisis aparece que la enfermedad crónica está ligada a una imagen corporal, que se ve alterada y afecta a la percepción física y psicológica del sujeto.

Existe la pérdida de la construcción de la imagen corporal que se construye a partir del Otro, una elaboración que se consolida por años y se ve truncada en el poco tiempo en el que es detectada la enfermedad. Nadie se anticipa a la pérdida y la consecuencia que esto trae consigo, quedar escaso de significantes de un imaginario corporal que se encarga de anudar la apariencia, las huellas, los deseos y sensaciones perceptivas que hacen actuar al sujeto. “Al cuerpo entonces se le conoce a través de la imagen, no implica entonces al ser, sino al tener, se le aprecia desde el narcisismo, desde un cuerpo aparente, del cual, su forma de funcionar, el sujeto conoce poco” (Lora, 2017, como se cita en Cardona & Cristancho, 2018, p. 46)

### **Enfermedad crónica como un hecho traumatizante**

El trauma es un evento singular para cada sujeto. Una misma vivencia puede significar o ser experimentada como un trauma para una persona, pero no necesariamente va a tener el mismo efecto para la otra. El evento traumático desencadena un mecanismo de defensa: la represión. Las personas reprimen sus recuerdos inconscientemente cuando estos son dolorosos, desagradables y han causado un daño emocional grave. Cuando no es factible acceder a un recuerdo nocivo, no se debe hablar de olvido, sino más bien del hecho de no recordar el pasado, puesto que, la información siempre permanece en nuestro interior, no se pierde, sin embargo, se encuentra oculta.

El inconsciente, ante el deseo de proteger al sujeto frente a cualquier acontecimiento traumático que haya sucedido en su vida, bloquea el acceso a los recuerdos para prevenir el malestar de revivir el dolor. Esto permite comprender el por qué ciertas personas se les hace difícil y no logran recordar un evento o una anécdota de su vida pasada, sea de su infancia o adolescencia. Sin embargo, a pesar de que se reprimen estos recuerdos, no se eliminan los efectos negativos que estos producen en la psique. El dolor, la tristeza, el miedo o el enojo siguen persistentes en la vida del



sujeto. Esto se puede ver reflejado en el cuerpo, en los sentimientos, las emociones, sin embargo, no logra comprender su causa, su procedencia porque es algo incierto y extraño para el sujeto (Soler, 2020).

Freud denomina al trauma o al instante traumático, como:

Una cantidad pulsional excesiva para el aparato psíquico, algo que sobrepasa cierto límite y, en tanto tal experiencia no puede ser simbolizada. El trauma, pulsión de muerte, tiende a repetirse dolorosa e indefinidamente como una compulsión, un eterno retorno de lo mismo. (Freud, 1984, como se cita en Merlín, 2018, p. 104-105)

La disposición para que algo sea traumático es que esa vivencia o acontecimiento no pudiera ser simbolizado, puesto que el trauma representa lo no simbolizado. Existe el trauma porque no hay un lenguaje para manifestar una particular experiencia en el cuerpo por su elevada magnitud o porque ocurre en un instante en que el sujeto no cuenta con las capacidades para gestionarlo. La teoría del trauma en Lacan “(...) no se limita a acontecimientos que puedan llamarse traumáticos en sentido general. El trauma para Lacan no está causado por un hecho traumático en sí, sino por la ausencia de un saber para metabolizarlo” (Lacan, como se cita en García, 2018, párr. 17)

La enfermedad podría descomponer el aparato psíquico, y no únicamente porque esta involucra el funcionamiento corporal, sino porque, además viene anexada de impresiones que pueden ser traumatizantes. Bouquinet E. y et al. (2008) destaca que el dolor físico se relaciona íntimamente con el sufrimiento psíquico. “Tener dolor significa que hay una lesión. La aparición de fenómenos dolorosos severos puede marcar irreparablemente al cuerpo y a la psiquis como una cicatriz inalterable, aunque el dolor haya pasado” (Bouquinet y et al., 2018, como se cita en Costa, s.f., p. 3)

Por lo que, el trauma, se lo consideraría como un suceso súbito e inconsciente, que se aloja en función de un síntoma y el goce que se originan en el cuerpo del sujeto. Además, Neves (2020) lo señala como: “El sentimiento de extrañeza, la ausencia de significación, la angustia, las pesadillas que surgen de ello, llevan al sujeto a perder la noción de lo que sucede en la realidad” (párr. 5).

### **¿Qué representa el significante ‘Hospitalización’ para el sujeto?**

Descrito por Freud: “El hospital es uno de los instrumentos creados por la cultura para hacer frente al malestar de la civilización”. Una vez que a un paciente lo diagnostican con una enfermedad crónica, inmediatamente se hace propio de él, un

arrebató tajante de su ámbito cotidiano, de su autonomía, de sus costumbres y contexto en general. Es partícipe de un confinamiento llamado comúnmente *hospitalización* donde todo a su alrededor se torna diferente. Donde su organismo-cuerpo se somete a la medicación, a procedimientos e intervenciones, que ocasionan alteraciones psicológicas inmediatas en el sujeto, que no sabe qué hacer con su nueva realidad.

El sujeto se ve atado e interrumpido por una situación de hospitalización producto de su enfermedad, donde el vínculo social no es posibilitado, donde la cadena significativa es suspendida. El paciente ya no puede hablar de sus asuntos, se ve en parte restringido por la norma hospitalaria que hace de él un precipicio de dificultades y alteraciones que imposibilitan seguir un tratamiento adecuado. La hospitalización representa en el paciente una gran parte de pérdida de su subjetividad. Pierde su vestimenta, pierde su espacio, u otros prestigios que tenía fuera de la institución. Un sinnúmero de significantes, que de a poco vacían la particularidad de un sujeto que está dividido.

De ello es consecuente que el hecho de hospitalización también se relaciona al hecho escalofriante de morir. Es ahí donde surgen los cuestionamientos del paciente del ¿por qué a mí? Dentro del hospital se acentúa esta idea infinita de muerte, que invade el imaginario del que está sujeto a la enfermedad, y por ende su familia. Aparece una angustia insaciable de la forma más real y cruda que hace develar lo insoportable que esto puede ser para el sujeto. Este lugar es donde el paciente pierde sus recursos y depende del Otro, quien es el que tramita su padecer, dependiente de él para encontrar nuevos significados.

Junto a ello, en el contexto de hospitalización aparecen dimensiones llenas de conflictos dolorosos, que amenazan a un sujeto vulnerable, escaso de recursos; donde el miedo y el trauma se apoderan de una imagen caída que se refleja solo en un lecho de muerte. En este contexto, hacer referencia a lo que representa el dolor en el paciente hospitalizado es llevarlo más allá del cuerpo, a lo entrañable del inconsciente y que persiste anímicamente. Trunca una subjetividad en quienes lo padecen por la propia condición de hospitalización frente a esta enfermedad y las lesiones externas e internas que se provocan.

El dolor es esa experiencia sensorial y emocional, que en sí, genera sufrimiento, representado en ansiedad, miedo, tristeza, aún más cuando se trata de un sujeto con enfermedad crónica, donde esa sensación dolorosa es percibida como un deterioro progresivo, que conlleva desespero y miedo del

propio cuerpo y sus nervios, pasa a ser el paciente crónico un símbolo de sufrimiento, una concepción que no solo está sujeta a los factores psicológicos y afectivos del paciente, sino a los socioculturales, que posibilitan esta experiencia particular e impactan en el entorno del sujeto (Acevedo, 1998 como se cita en Cardona & Cristancho 2018, p. 26).

### **Manifestaciones psicológicas producto de la enfermedad crónica y la hospitalización.**

El proceso de enfermedad y hospitalización genera un impacto psicológico en el sujeto y en su entorno familiar. El individuo se ve expuesto a presentar estrés al ser hospitalizado debido a la pérdida de cotidianidad, incertidumbre, soledad, abandono. El solo hecho de ingresar a un hospital produce cierto nivel de angustia al enfrentarse a un ambiente tenso y desconocido. Existen algunas causas que interfieren en las reacciones que pueda manifestar un sujeto durante la hospitalización, entre las cuales predominan: la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad que padece, su entorno familiar y social, el carisma y el trato de los profesionales de salud que lo atienden. A diferencia de su hogar, un hospital es un ambiente impersonal en el que se desprende de sus ropas, donde frecuentemente debe compartir habitación con otros pacientes y donde tiene que acoplarse a una nueva rutina, adaptarse a nuevos horarios en torno a comidas, sueño, visitas, e incluso a estar aislado como es el caso de enfermedades infecciosas que tengan un alto riesgo de contagio (Benítez, Barceló & Gelves, 2016).

En relación a la enfermedad, uno de los mayores temores que surgen en el sujeto es la incertidumbre, más aún si se trata de una enfermedad crónica, puesto que se está a la espera de un diagnóstico, puede existir un riesgo de muerte o los procedimientos pueden ser muy dolorosos. Además, padecer una dolencia implica un rotundo cambio del estilo de vida, como, por ejemplo, dejar de hacer actividades cotidianas por la incapacidad médica, en torno a lo laboral, familiar, social; también, implica grandes gastos para cubrir los medicamentos o servicios del tratamiento, por lo que puede generar una desestabilidad económica. La enfermedad no solo puede generar fatiga o agotamiento físico, sino que además se puede ver afectada la salud mental por lo tedioso que puede llegar a ser.

Debido a ello, se considera importante indicar que las manifestaciones psicológicas de muchos pacientes están expuestas a diversos contextos, donde la enfermedad se suele intensificar; como se lo ha podido mencionar, existen factores

internos y externos que bordean al paciente ante este malestar permanente. Por lo tanto, es necesario considerar estas manifestaciones como parte crucial del proceso al cual se enfrentan, donde se requiere implementar estrategias y recursos que permitan identificar el tipo de alteración psicológica; por ende, cómo poder intervenir ante esta. Proponer una asistencia psicológica que recoja y atienda aquella demanda generada por la propia enfermedad crónica y por el proceso de hospitalización que atraviesan los pacientes.

Con relación a esto, es necesario crear espacios clínicos adecuados, a fin de que cada manifestación psicológica sea escuchada y atendida desde su singularidad; que el paciente pueda ir encontrando respuestas a sus interrogantes, a partir de un análisis clínico sostenido por una estructura teórica fundamentada.

## Capítulo 2

### **Las alteraciones psicológicas que se producen en los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas**

#### **Definición de las alteraciones psicológicas desde la teoría psicoanalítica**

Los pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados presentan una serie de alteraciones psicológicas que se ven reflejadas en los signos y síntomas que desarrollan en el transcurso de la misma. Estas alteraciones habitualmente causan una desorganización de los contenidos de sus pensamientos, de sus conductas y su percepción. Considerando que, las alteraciones psicológicas tienen como consecuencia, en muchos de los casos el agravamiento de la enfermedad y su adaptación a ella.

Desde el psicoanálisis, una alteración se ubica desde una alteración del yo, como lo define Laplanche & Pontalis (1996) “Conjunto de limitaciones y actitudes anacrónicas adquiridas por el yo durante las etapas del conflicto defensivo, y que repercuten desfavorablemente sobre sus posibilidades de adaptación” (p. 19). Siendo así que el yo desde las primeras etapas de vida ha tenido que lidiar por una constante lucha entre el ello y el mundo exterior. En consecuencia, se trata de estas modificaciones o alteraciones que existen en el sujeto que apuntan al campo psíquico provocando un cambio en los pacientes. Así mismo, podría enlazarse a un *vacío* que deja huella, y crea situaciones que movilizan bruscamente al sujeto. A modo que, la construcción psíquica que ha de realizar se vea incentivada a buscar cómo defenderse de esas amenazas que se provocan por diversos factores a los cuales se expone.

Las alteraciones psicológicas implican en el sujeto hospitalizado con enfermedad crónica, que se vea atado a secuelas permanentes y que quedan fijadas como cicatrices que han invadido su mente y su cuerpo. ¿Qué es lo que sucede con el yo ante la enfermedad? En el caso de los sujetos que se enfrentan a un diagnóstico crónico, se diría entonces, que el yo es el que se encuentra confrontado ante una realidad angustiante, que actúa frente a sus vasallajes, a lo que está en el mundo exterior, que existe, que irrumpe y que se ve invadido por el no saber qué hacer; provocando un caos que repercute en lo psíquico del paciente, activando mecanismos de defensa que de algún modo aminoren esta angustiada realidad.

Es necesario recalcar que al momento que estas alteraciones producen angustia en el sujeto, rebasan el límite de realidad, llegando a producir pérdidas, que superan el mundo donde el sujeto está habitando mental y físicamente, donde se identifica al yo, se transforma en un vacío que se empobrece cada vez más y cuando el sujeto se queda sin posibilidades de atarse a referentes simbólicos, hay un desbordamiento donde se refleja a un sujeto teniendo un encuentro con un real incierto.

### **Tipos de alteraciones psicológicas**

Determinar el conflicto psicológico que se genera en el sujeto es ubicarlo desde un plano donde este se encuentra expuesto a una experiencia nueva, que se genera en relación a su propia existencia, provocando gran impacto físico, psicológico y emocional. Es hablar de una pérdida, de un ideal de vida, de la salud y de un completo simbólico de lo que señala su cuerpo. Los sujetos que sufren pérdidas significativas por una enfermedad atraviesan diversas alteraciones psicológicas, que se convierten además en estados simbólicos; una vez ubicadas las alteraciones desde el psicoanálisis como alteraciones del yo, procedemos a hacer una lectura de agrupaciones de las mismas que para la psicología son:

#### ***Depresión***

Es una de las principales alteraciones que se presentan en estos pacientes, desde el psicoanálisis se hace referencia a esta como:

Un conjunto de afectos del sujeto: tristeza, inhibición, abatimiento, desgano, crisis de llanto, angustia, frustración, aislamiento, dolor, desesperanza, decepción, desamor. Los afectos están presentes y tienen un lugar destacado en la vivencia del sujeto. Un psicoanálisis no comienza sin afecto: el sufrimiento que afecta, el dolor, el “no va más”, un imposible de soportar, lo real. (Bertholet, R. 2012, p. 90)

Desde este punto, se retoma este sujeto como sujeto atravesado por el lenguaje, un ser-hablante que emite de manera particular cómo se ve afectado. Lo mismo sucede en la estancia hospitalaria con una enfermedad crónica, cada paciente tendrá una forma de afección distintiva, particular en cuanto a su estructura orgánica demande.

Este tipo de depresión se presenta como un anudamiento relacionado a un afecto penoso, que involucra un duelo, un dolor, y en lo posible simbolizan la pérdida de un objeto, ya sea real o imaginario, que es atravesado por una investidura libidinal que compromete al sujeto. Solo el hecho de enfermar, figura un enfrentamiento ante lo que se desconoce y es negado. Por lo que Freud (1985) consideraría a esto, como

una consecuencia del duelo del yo, una respuesta deprimente, que contiene un duelo y que se originaría por una pérdida de la libido.

Para el sujeto la pérdida de una parte de su cuerpo, de un ideal de vida, de un proyecto a futuro representan este duelo que atraviesa desde el principio de su enfermedad. Su mundo se ve abatido, escaso, alterado. La depresión ya no solo se enfrasca en estos sentimientos de tristeza, sino en combates que ordenan al sujeto a estar en constante alerta, que desgastan su energía frente a lo real que se enfrenta, que agotan la esperanza a la cual se aferra; dando paso al abandono de sus deseos y apertura a un conflicto, referente a saber si tendrá la capacidad del poder hacerse cargo de lo incierto de su enfermedad, una falta inminente que lo mantiene preso.

Como menciona Echeverría (2004) “Como padecimiento psíquico, la depresión apunta a un abandono del sujeto, de lo que antes lo sostenía en la vida en relación a lo que él acostumbraba a hacer, ser o soportar frente a los otros” (párr. 3). Siendo así que, para el sujeto en estado depresivo toda energía se retira, y es que, en cuanto a padecer una enfermedad crónica y estar hospitalizado, en el discurso de los pacientes se marca la ausencia de significantes y la angustia constante.

La depresión catalogada como un tipo de alteración psicológica, demuestra que los pacientes con enfermedad crónica llegan a presentar más dificultad para adaptarse a un tratamiento o al mismo proceso significativo que conlleva la enfermedad. Con una evidente exposición al agravamiento de síntomas somáticos asociados al malestar, el paciente que atraviesa este estado depresivo potencia el riesgo de permanecer en un cuadro clínico alterado por esta y otras manifestaciones psicológicas que incrementan en el transcurso de su enfermedad.

### ***Ansiedad***

La ansiedad y la depresión son resultantes de instintos reprimidos. Freud señala a, “la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprehensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica” (Freud, 1971, como se cita en Sierra et al., 2003, párr. 12).

Además, Freud (1971) como se cita en Sierra et al., (2003, párr. 13), identifica tres teorías sobre la ansiedad:

**Ansiedad real.** Aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea.

**Ansiedad neurótica.** Resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo esta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro.

**Ansiedad moral.** Es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el superego amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

Al encontrarse los pacientes con enfermedades crónicas en una lucha constante de impulsos de vida y muerte, la ansiedad persiste a lo largo de su proceso de hospitalización. Es una fuente en donde provienen amenazas que alteran directamente al yo, al instinto que está ligado a los peligros que cree el sujeto se tiene que enfrentar en su diario vivir. La ansiedad opera como un miedo, como un ataque que abrumba y lo persigue en todo a lo que su cuerpo corresponde. Por ende, es necesario mencionar que lo que estos pacientes experimentan en el transcurso de su enfermedad, también son considerados por ellos como un peligro atenuante que se disputa entre factores internos dependientes de su cuerpo, y externos al organismo lo que produce una intensificación de malestar.

En el plano psíquico se elaboran alteraciones que producen una deformación del sentido de realidad, y llegan a expandirse y reflejarse en el entorno social y sus relaciones en la autonomía del sujeto, simbolizando conflictos psicológicos permanentes. Además, que existen impulsos persistentes en el sujeto que apuntan a una destrucción, a disipar los vínculos establecidos y dejar en reposo lo que se está viviendo. “La ansiedad es provocada por el peligro que amenaza al organismo proveniente del instinto de muerte; y sugerí que esta es la causa primaria de ansiedad” (Klein, 1948, p. 4).

De esta forma los tipos de ansiedad más comunes que se manifiestan en los pacientes que atraviesan las enfermedades crónicas podrían ir en el tipo de ansiedad real y neurótica. Donde se afirma que, aquellas se presentan como un precedente que se manifiesta a la adaptación que tiene que realizar desde el momento que recibe el diagnóstico. Siendo aquello una respuesta normal que adopta el sujeto ante las nuevas funcionalidades en las que se tendrá que desenvolver, permitiéndole identificar y enfrentarse a los estresores que advienen en la enfermedad. Ocupando un cierto grado



de función protectora ante las amenazas y las situaciones que lo ubican como un sujeto vulnerable y escaso de recursos.

### *Estrés*

El origen del estrés se produce en mucho de los casos de acuerdo al contexto del paciente, como se lo ha ido mencionando en otras tipologías de alteración psicológica. Ahora, el estrés se lo puede considerar como una respuesta de comportamiento, que hace una variación en el estilo de vida del sujeto, el afrontamiento directo que tiene una persona que atraviesa una enfermedad crónica y su adaptación a la misma. Producto de ello, la manifestación de estrés aumenta la cronicidad y deterioro de la calidad de vida, haciendo visibles las alteraciones físicas, emocionales y cognitivas del paciente.

“El estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas” (Lazarus & Folkman, 1984 como se cita en Sierra et al., 2003 párr. 24).

A partir de ello, existen en esta alteración experiencias estresantes, de la cual se desprenden factores que se pueden ver reflejados en los pensamientos, en el cuerpo y el entorno del paciente. Ubicándolo en el ámbito hospitalario las restricciones que se le imponen al paciente crónico, en su hábito alimenticio, horarios de sueño, dificultades de atención, entre otras, originarían un estrés relacionado a una causa que afecta al organismo. Además, se producen amenazas recurrentes donde se siente invadido y sin un espacio propio, no hay una adaptación y esto le produce un estrés constante; de igual forma, el hecho de permanecer atado a un compromiso de tratamiento para poder sobrevivir, repercutiendo de manera negativa en la integridad y autoestima como individuo.

Como lo menciona Corral (2017) “Las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica degenerativa no transmisible, se pueden percibir más vulnerables en sus diferentes contextos donde se desarrollan, presentando como consecuencia un aumento de estrés, ansiedad y depresión” (p. 3).

La intervención que hace el estrés en la persona, va enlazado al pensamiento que determina el examinar la situación que amenaza o lo ubica en peligro, es decir, indaga en su entorno, evaluando las alternativas que se encuentran a su alcance, a lo

cual obtiene una respuesta que involucra a los factores estresores, en los cuales se establece si la situación a la que se enfrenta puede llegar a ser aguda o crónica.

Desde la psicología “el estrés se conceptualizó como un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo, este se considera como una respuesta negativa e intrínseca, ignorando su carácter adaptativo capaz de aportarle recursos al sujeto” (McGrath, 1970 como se cita en Sierra et al. 2003, párr. 42)

Por lo tanto, se conoce que todo individuo cuando llega a experimentar una enfermedad crónica se expone a una cadena de significantes psicológicos y emocionales que se deben considerar. Pues ante esto, se ven involucrados no solo el paciente que está siendo intervenido, sino también, se toma en cuenta los agentes que atraviesan con la enfermedad, desde su singularidad, el tipo de enfermedad, su entorno familiar, la institución hospitalaria y el personal profesional que lo atienden.

### **Formas de manifestación de las alteraciones psicológicas en los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas.**

Es relevante indicar que el paciente hospitalizado con enfermedad crónica se enfrenta a una situación difícil y decisiva de su vida. Cada individuo reacciona de una manera particular e influye significativamente la estructura psíquica que posee. A pesar de ser personas mentalmente sanas, la combinación de la larga estancia hospitalaria y la enfermedad producen un impacto disruptivo en el psiquismo, que se ve reflejado en el malestar psicológico del paciente.

Por lo tanto, ante un evento particularmente estresante o abrumador, cualquier persona es propensa a desarrollar alteraciones psicológicas, entre las cuales se pueden manifestar datos clínicos de depresión, tales como: sentimiento de tristeza, llanto, pérdida de interés, dificultad para conciliar el sueño e irritabilidad; así como, de tipo ansioso, tales como: hiperventilación, aumento del ritmo cardiaco, opresión en el pecho, desesperación, miedo, nerviosismo; de igual manera, se puede presentar signos de estrés, como: preocupación excesiva, insomnio o falta de sueño, falta de energía o concentración, tensión, cambios de conducta, entre otros. Estos signos mencionados anteriormente se han podido observar e identificar en las intervenciones y entrevistas con los pacientes, lo cual va a depender de la circunstancia en que se encuentra expuesto cada uno de ellos.

Campo, Molinillo y Escallón (1997), determinan tres tipos de reacciones a la enfermedad que se dan regularmente: 1) Sensación de amenaza o incertidumbre ante

la sospecha o diagnóstico de una patología, en la cual se evidencia el miedo, la negación y la ansiedad; 2) Entender la enfermedad como pérdida real o simbólica y sentimiento de abatimiento que puede llegar a desencadenar un trastorno depresivo y 3) Obtener beneficios ante los resultados esperados en torno a la adherencia al tratamiento o la enfermedad (Campo, Molinillo y Escallón, 1997, como se cita en López, 2011, p. 45).

Se podría pensar en subjetivar la enfermedad crónica como el resultado de una conducta impetuosa en la que el paciente exterioriza un sentimiento cargado de odio, puesto que percibe de cerca su propia muerte. Es común escuchar expresiones en los pacientes como: *¿Por qué me sucede esto a mí?; ¿Qué hice para merecerme todo esto?; No es justo soportar tanto dolor; La enfermedad es un castigo divino; Hay tanta gente mala que está sana, y a mí me tocó padecer esta enfermedad.*

La propia muerte ataca las aspiraciones narcisistas omnipotentes, y este hecho genera respuestas violentas, dado que el narcisismo es el bastión más importante de la subjetividad. La violencia, a su vez, sirve de defensa ante el sentimiento de humillación, la impotencia, la envidia hacia los sobrevivientes, la angustia de abandono y soledad (desamparo). (Pecznick, 2012, p. 66)

Existe una alta probabilidad de muerte al tratarse de una enfermedad crónica, y esta idea representa algo abominable para la persona, puesto que se enfrenta al peligro de su extinción. Esto se ve reflejado en algunos casos en donde se manifiesta el narcisismo del ser muriente. Según Pecznick (2012) considera respecto a esto que: “En el narcisismo y su injuria: es su yo amado el que perecerá” (p. 77). Un ejemplo que se puede destacar es el caso de una paciente joven de 24 años que se vio amenazada por un diagnóstico inesperado de Insuficiencia renal crónica. El conocimiento que ella tiene referente a la enfermedad es que es una patología degenerativa y mortal. En su discurso, la paciente refiere: *Me da miedo que en cualquier momento puedo morirme. Tengo un miedo intenso a morir porque no sé lo que pueda pasar después.* Ella ha presentado una resistencia a ver a su familia, porque señala que su presencia le hace recordar los momentos vividos con ellos y teme el hecho de no volverlos a ver. En este contexto, se puede observar esta idea que persiste de la muerte y las consecuencias que le ha llevado a plantearse, agudizando aún más su miedo.

En efecto, la persona hospitalizada también puede llegar a experimentar sentimientos de desvalimiento, de pérdida, de incertidumbre y de falta de control de

la situación. El paciente al estar incapacitado físicamente por su enfermedad y no sentir el apoyo o la empatía de sus familiares, puede sentirse abandonado. Esto lo podemos destacar en los siguientes fragmentos extraídos de los discursos de algunos pacientes: *Me siento solo/a; Nadie me entiende; Mis familiares no me vienen a visitar. No comprenden mi dolor porque no están en mis zapatos.* Por otro lado, el individuo puede verse abocado a diferentes tipos de pérdidas, no solo existe la pérdida de la vida, sino también, la pérdida de aspectos de sí mismo en cuanto a su salud, tanto pérdidas físicas referente a alguna parte del cuerpo incluyendo las habilidades y capacidades del ser humano; como pérdidas psicológicas: autoestima, autonomía, identidad, aspiraciones, etc. Por ejemplo: Una paciente que sufrió un accidente que la dejó parapléjica, afirma: *Estar en esta cama, me trunca todo*, en este caso se pueden detectar dos pérdidas, en relación al aspecto físico (pérdida de la movilidad y sensibilidad de ambas piernas) y la pérdida de autonomía, puesto que esta condición le incapacita seguir con su estilo de vida. También pueden ocurrir pérdidas del objeto externo, como lo laboral, social, económico, etc. Una paciente manifestó lo siguiente: *No tengo vida social, vida laboral, ni vida en casa, lo he perdido todo.* Todas estas alteraciones psíquicas, de las cuales una o varias de ellas pueden manifestarse en cualquier paciente, son frecuentes en los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas.

A lo largo de la estancia hospitalaria, el enfermo puede sufrir ansiedad si percibe un entorno desfavorable o amenazante, además de que estos síntomas se agravan por el hecho de estar alejado de sus seres queridos y porque se ve interrumpida su vida cotidiana. La ansiedad puede delimitar a la persona para enfrentar su patología, y puede repercutir en el diagnóstico y el tratamiento (Hernández, et al., 2005; Ballenger, et al., 2001, como se cita en Anguiano et al., 2017). La depresión puede influir en el deterioro y agudizar una enfermedad preexistente, puesto que, los pacientes se sienten desanimados, apáticos y no quieren cooperar con los profesionales de salud.

Clarke & Currie (2009) llevaron a cabo un estudio epidemiológico sobre la contingencia de ansiedad y depresión en diferentes enfermedades crónicas, descubriendo lo siguiente: el predominio de depresión fue considerable y más consistente en las personas con enfermedades del corazón, diabetes mellitus, artritis reumatoide, osteoporosis que en el resto de la sociedad en general. “En pacientes con cáncer, la prevalencia de la depresión se ha estimado en hasta cuatro veces mayor que

en la población general. Esto varía según el momento de recibir el diagnóstico y a través de las etapas de la enfermedad” (Clarke & Currie, 2009, como se cita en Anguiano et al., 2017, p. 26).

El paciente crítico está propenso a desencadenar estrés, que puede propiciarse por factores relacionados al ambiente hospitalario o por factores característicos a la enfermedad que padece. El ambiente hospitalario en el que se encuentra un paciente influye significativamente en su estado psíquico, puesto que, debe enfrentarse a la estructura y organización de la institución. Lo cual abarca la falta de privacidad, interrupción del sueño, interacción con el ruido, los tiempos de espera, la incertidumbre de la enfermedad, la pérdida de costumbres o cotidianidad, pérdida de autonomía, abandono familiar. Además, la ausencia de actividades recreativas, en conjunto con la desvinculación del mundo externo, lo aíslan del aspecto social, incrementando el sentimiento de distanciamiento de sus familiares, amigos y personas que lo rodean. Este acontecimiento comprueba que los factores estresores causados por el ambiente hospitalario dan lugar a repercusiones psicológicas, emocionales y sociales, ocasionando en el paciente más susceptibilidad a su sufrimiento.

Se puede evidenciar el malestar de los pacientes con respecto a su entorno en las siguientes frases de sus discursos: *No puedo dormir porque prenden y apagan las luces o entran y salen las enfermeras; No me gusta la comida del hospital; En mi casa si podía descansar; Quisiera salir a caminar y no estar solo postrado en esta cama; Quiero irme a casa, estar en el hospital es aburrido; No he podido ver a mi familia desde que ingresé al hospital; No tengo con quien conversar; Aquí encerrado me estoy muriendo más; Necesito salir, necesito aire para respirar; El ambiente que estoy en estos momentos no colabora; Estoy sola, estoy abandonada; Estar en esta cama me trunca todo.*

En cuanto a la enfermedad, existen diversos procesos que el paciente crónico debe de transitar que pueden generarle estrés, entre ellos está: la complejidad de los tratamientos y lo doloroso que pueden resultar muchas veces, la responsabilidad en cuanto a su enfermedad (lo que debe hacer y lo que no, según las prescripciones del médico), imposibilidad de movilización, permanecer en la misma posición, dificultades en el manejo del dolor, la adaptación a la enfermedad, desconocimiento e incertidumbre de la patología o el tratamiento. Se puede constatar el malestar de los pacientes en relación a su enfermedad en los siguientes dichos: *Temo a que el proceso de recuperación sea doloroso y muy lento; No quiero hacerme la hemodiálisis porque*

*no quiero depender de una máquina; Me preocupa y me genera incertidumbre el no tener un diagnóstico; No esperaba que fuera tan grave; El dolor es muy intenso, no me deja dormir; Tengo miedo, lloro porque puedo tener cáncer a los huesos o infección a la sangre; Quiero ver a mis hijos crecer; Estoy desesperado, angustiada, ansioso con ganas de sacarme las vías por la lentitud del proceso; Estoy mal, estoy viendo la muerte; No quiero ser una carga; Tenía pánico por las diálisis; Ya no aguanto más.*

Juárez, De la Cruz & Baena indican que, las causas que pueden dar lugar al estrés en una persona enferma son: “Las repercusiones que el tratamiento tiene en la esfera social del individuo, el estigma de estar enfermo y considerarse diferente a los demás y tener que luchar con el desconocimiento y las ideas erróneas de la población general sobre la enfermedad que padece” (2017, p. 198).

A continuación, se presenta un caso de las prácticas pre profesionales de una paciente hospitalizada por una enfermedad crónica. Le diagnosticaron artrosis de cadera, la pérdida de movilidad de sus piernas le impide caminar y le causa un dolor intenso. La enfermedad como tal ha sido un factor estresor, puesto que se siente incapacitada físicamente por su condición médica, le ha generado incertidumbre ante las posibles complicaciones futuras y sentimientos de frustración ante la evolución desfavorable de la enfermedad. La paciente refiere: *Me ha afectado dejar de caminar porque antes tenía una vida activa; Me siento frustrada, desesperada por no poder hacer nada; Tengo mucho miedo de no volver a caminar.* Los tratamientos o procesos que le han realizado han sido muy dolorosos para ella, el día que le sacaron la sonda, la paciente lo describe como un día *traumante* por tener que soportar un nivel intenso de dolor.

En cuanto a la hospitalización, ha sido otro factor estresor para la paciente, debido que se siente alejada de su familia, especialmente de sus hijos que no pueden ir a visitar al hospital. Ella refiere: *Lo que más me duele es estar lejos de mis hijos, el no poderlos ver me causa tristeza.* Ante lo observado y por medio del discurso de la paciente durante las intervenciones, se pudo evidenciar las alteraciones psicológicas presentes en el sujeto, tales como: ansiedad, depresión y estrés, puesto que presentaba episodios de llanto, tristeza, nerviosismo y preocupación.

Por lo tanto, el sólo hecho de pasar por un proceso de hospitalización ya supone una carga de ansiedad, tanto para el paciente como para los familiares implicados, sumándole los problemas propios que cada uno tiene. Todo ello, tomando en cuenta

también el estado de salud del paciente, el nivel de gravedad de la enfermedad o la complejidad de los tratamientos, esto dificulta aún más su situación. El exceso de todos estos factores estresores da como consecuencia la presencia de las alteraciones psicológicas, por ello, es fundamental conocer todas las implicaciones psicológicas que puede conllevar la hospitalización y la enfermedad y el impacto que puede generar en los pacientes.

## Capítulo 3

### **Modalidades de intervención del psicólogo clínico para atender las alteraciones psicológicas de los pacientes hospitalizados por enfermedades crónicas**

A partir de la experiencia clínica que se ha adquirido durante nuestras prácticas preprofesionales, se ha podido constatar las alteraciones psicológicas a las que se ven expuestos los pacientes hospitalizados por enfermedades crónicas. A partir de ello, se pudo identificar las posibles modalidades de intervención en el estudio de casos descritos más adelante. Los pacientes que se atendieron fueron de una institución pública de salud de la ciudad de Guayaquil, donde nos encontramos con diversos tipos de pacientes con enfermedades crónicas en estado de urgencia, ya sea por una larga estancia hospitalaria, o pacientes que iban de manera ambulatoria para recibir su tratamiento. Debido a esto se fueron identificando las alteraciones psicológicas, que se relacionaban a los indicadores asociados a su enfermedad, o debido al ámbito hospitalario.

Es significativo y enriquecedor comprender el contexto de estar en una institución hospitalaria, ya que, desde nuestra experiencia nos enfrentamos a diversos factores que influyen en una atención psicológica. Como, por ejemplo: el discurso institucional, el espacio donde se debe realizar la intervención, que compete a ubicarse en una habitación donde la mayoría de las veces es compartida por más pacientes, únicamente separados por una cortina, interrupciones por ser un ambiente de constantes movimientos de personas, el tiempo limitado, resistencia al psicólogo. Por otro lado, la demanda que es realizada por parte de otros profesionales de salud que trabajan en el lugar, las dificultades para poder realizar una correcta intervención ante la queja del paciente, las limitaciones por parte del paciente referente a su tratamiento, entre otras.

Los tipos de patologías que se han detectado en los pacientes con los que se han intervenido son: Cáncer, Diabetes, Hipertensión, Insuficiencia Renal crónica, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Respiratorias crónicas, Lupus, Artrosis de cadera, Psoriasis, Alzheimer y Demencia Senil, Parkinson.

Ha sido importante instruirse y conocer sobre las enfermedades que presentaban los pacientes en el hospital y los tratamientos que estos conllevan,



principalmente los farmacológicos y sus efectos secundarios, para contribuir en la atención con información acertada ante las diversas situaciones que se daban con los pacientes. Un caso de las prácticas pre profesionales que consideramos relevante destacar para corroborar la importancia de lo anteriormente dicho es de, un paciente con insuficiencia renal crónica que fue interconsultado para brindarle soporte psicológico porque iba a empezar un tratamiento dialítico. Al principio, el paciente no accedía a que los profesionales de salud inicien con la hemodiálisis porque indicaba que lo estaban forzando y se sintió intimidado. El paciente refirió que quería que le realicen el tratamiento directamente en el brazo, porque él ha podido observar que así lo hacían en otros pacientes con esta misma afección; sin embargo, él desconocía que es un proceso que tiene que pasar por algunas fases, y primero se empieza en la zona del cuello.

Se vio reflejado notablemente el miedo, la incertidumbre y la ansiedad en el paciente ante lo desconocido. Por lo que posteriormente, se optó por explicarle de forma detallada la función y todo lo relacionado al tratamiento. El paciente indicó: *Desconocía completamente las fases de la hemodiálisis y todo eso me hubiera gustado saber antes; Nadie me explicó eso.* Al finalizar la sesión, refirió que gracias a la información dada y la manera en que se le explicó, él va acceder a empezar el tratamiento de hemodiálisis.

La intervención que se realizó ocupaba un lugar frente a una resistencia que se manifiesta en el paciente y esta se vinculaba a ese desconocimiento que tenía sobre la enfermedad. Nuestra función como psicólogas fue aportar significantes que le permitieron conocer lo que él estaba atravesando, a partir de una explicación concisa que se limitaba a aclarar en qué consistía su enfermedad y tratamiento. Él, al tomar esos significantes que no los tenía, se pudo dar cuenta de eso que estaba ocurriendo en su cuerpo, de la ayuda que él necesitaba en el orden médico y de alguna manera atender eso que estaba pasando. El momento en que el paciente decidió verbalizar y poner en palabras eso que le generaba malestar, fue notorio como la resistencia que presentaba fue disminuyendo. En consecuencia, se consiguió que las alteraciones disminuyan y ya no opte por una actitud de rechazo u oposición, cuando le realicen el tratamiento porque ahora que el paciente ya tiene conocimiento de aquello, que ya puede saber sobre sí mismo y decir qué es lo que le van hacer o para qué se lo van a hacer; él decide acceder al tratamiento.

Desde esta perspectiva, lo desconocido es ese significante que no hay para dar cuenta de eso, el paciente al decir: *Me hubiera gustado saberlo antes*, se refiere a tener esos significantes que le puedan nombrar: ¿Qué es lo que está pasando?, ¿Qué me van a hacer?, ¿Por qué me lo van a hacer?, ¿De qué me va a servir? Por eso, es fundamental explicarles a todos los pacientes, desde el bebé que no habla, el niño que creemos que no entiende hasta el adulto mayor, el propósito y la acción de cada procedimiento a realizar en su cuerpo, porque si no se estaría hablando de una agresión, puesto que, al no tener un consentimiento, el paciente puede llegar a sentirse invadido.

En vista de que, cada paciente es distinto, a cada uno le va a preocupar una cosa diferente y cada uno va a presentar un malestar particular; esto se debe principalmente a la singularidad de cada sujeto. Desde ahí, partiendo de su singularidad, se abordó en la sesión esto que al paciente le angustiaba y se trabajó con él sobre eso. En este caso, lo que al paciente le preocupaba era el desconocimiento. Poco a poco, se fue permitiendo que el paciente fuera manejando la información que él necesitaba saber para bajar sus niveles de angustia.

Frecuentemente, suele existir alguna duda de por qué no tiene el mismo efecto que, otras personas o profesionales de salud expresen alguna información o establezcan una conversación con el paciente, a diferencia de cómo lo hace el psicólogo. Esto se puede comprender porque los psicólogos no imponen información, la contextualizan de otra manera y permiten que el paciente la vaya incorporando. El psicólogo escucha, no juzga, no cuestiona, valida las emociones, y le posibilita entender a cada paciente que está bien sentirse de esa manera, está bien que se angustie, que tenga miedo, o que quiera saber qué le van a hacer; puesto que, es una reacción natural y necesaria, que se manifiesta cuando alguien se siente amenazado o en peligro. Se puede corroborar este argumento con el siguiente fragmento extraído del discurso de uno de los pacientes, durante las intervenciones psicológicas de nuestras prácticas pre profesionales: *Me siento más tranquilo, más aliviado porque se lo comenté a usted*. Lo que llevamos a cabo como psicólogas fue manejar esa angustia o miedo, puesto que no van a desaparecer por completo, pero sí podemos ayudar a reducir esos niveles, provocando un efecto de bienestar en el paciente.

En muchos de los casos, se puede observar esto en los pacientes nuevos que llegan a las instalaciones de salud pública, un notorio desconocimiento global de lo que es su enfermedad, de lo que padece y en sí del tratamiento que debe tomar. Lo cual conlleva a que otros factores se desarrollen por un mismo motivo, como la

resistencia, el ausentismo, deterioro general de la enfermedad, entre otros. Debido a esto, es conveniente mencionar que no todos los pacientes requerirán una misma modalidad de intervención psicológica, puesto que, se trata de buscar y ajustarse a la queja que trae el paciente que presenta la enfermedad, identificando en lo posible los recursos disponibles que se tengan al alcance.

Por lo tanto, Schejter (2014) define a la intervención psicológica como:

Entender y modificar el sentido que las personas dan a sus prácticas, desde una aproximación clínica, simultáneamente intersubjetiva y singular. Este proceso se da en una interacción en torno a interrogantes compartidos entre personas distintas, que pone en juego la alteridad, en el seno de una relación simétrica, pero desde posiciones y lógicas diferentes. (p. 1)

Es decir, el profesional clínico, hace uso de los recursos o elementos que puedan potenciar las debilidades que vea presente, favoreciendo el autorreconocimiento del problema, así no sea considerado por el paciente como existente dicho malestar en ese momento del proceso. Lo que se trata es que se apropie de ello, y se trabaje junto con él las dudas y alteraciones que en su entorno se provocan.

La forma de intervención del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario se basa principalmente en la escucha activa, es decir, escuchar qué puede decir el paciente sobre su enfermedad, porque sea la patología que tenga, hay un deseo instaurado en el sujeto. Por lo general, en la primera entrevista lo que se hace es hablar de su diagnóstico médico, pero cuando se abordan las vivencias del paciente, se suele encontrar otros motivos que causan su malestar.

Un ejemplo, es el caso de un paciente crítico con un diagnóstico de Sida y problemas hepáticos, muy pronto a un desenlace mortal. Por momentos, el paciente tenía un comportamiento muy agresivo, muy molesto y poco colaborador; sin embargo, no le angustiaba su diagnóstico médico. Cuando el psicólogo intervino con esa lupa de la escucha, pudo hallar algo más. Se encontró que el paciente nunca le dijo a su padre que él era homosexual, y su padre murió hace algunos años atrás sin saberlo, entonces había una cuestión de culpa que daba paso a las alteraciones psicológicas y un sentimiento de frustración que se ve reflejado en su comportamiento agresivo. Frente a la escucha, que no fue solamente una escucha del área médica, se pudo encontrar otra cosa que lo angustiaba y no lo dejaba estar tranquilo, y a partir de ello, el paciente pudo trabajar sobre su malestar.

Nuestra función como psicólogos es acoger el sufrimiento, muchas veces con la presencia o con la escucha. El poder adecuar un espacio para dar paso a la palabra del paciente es una vía factible para alojar el malestar que lo invade, posibilitando así, que por medio del lenguaje de alguna u otra forma disminuya los niveles de ansiedad, estrés o depresión que manifiesta. Por lo tanto, la función como psicólogo en este contexto es de suma importancia, el vínculo que se establece con el paciente e inclusive con sus familiares debe acoger el lugar al llamado y demanda que realizan, por lo que poderles brindar un espacio de escucha hace que se sitúen en un lugar como sujeto de la palabra y de deseo.

Por otro lado, el psicólogo en las intervenciones debe evitar caer en lo que se denomina furor curandi, que Rubiales (2018) lo define como:

Deseo de curar, ayudar. A veces los psicólogos damos tantas facilidades al paciente (horario, periodicidad de las sesiones, disculpas de ausencias más o menos justificadas, olvido de las prescripciones... etc.) que este tiende desde el inicio a adoptar una inconsciente actitud pasiva en la terapia en la que, en verdad, es el sujeto protagonista y no el objeto pasivo de la intervención. (párr. 1)

En la clínica, el psicólogo debe limitar ese querer curar a todos porque no se puede, puesto que no puede hacer desaparecer por completo el malestar del paciente, pero si puede trabajar en conjunto sobre eso y dar la asistencia psicológica necesaria. De esta forma, puede disminuir el nivel de las alteraciones psicológicas del paciente, viabilizar el paso por la enfermedad y contribuir favorablemente en la adherencia al tratamiento. Dado que, hay pacientes que se encuentran en urgencia subjetiva, en un estado desbordado de depresión donde no hay cuerpo para poder hablar, se suele decir: *está tan depresivo*, que se necesita primero estabilizarlo farmacológicamente para poder realizar una intervención psicológica, ya que influye de manera significativa la predisposición y voluntad que tenga el paciente.

El psicólogo puede tener la disponibilidad de ayudar y brindar los significantes en el momento de urgencia que atraviesa el individuo, sin embargo, no siempre se encuentra un paciente que esté consciente de lo que está atravesando su cuerpo y pueda manifestar: *esto me pasa*; en vista de que, existe un total desánimo para todo, habitan pensamientos suicidas e intentos autolíticos y un real de la muerte muy presente. Ante esto, es importante identificar las modalidades de intervención psicológica que demandan los pacientes hospitalizados por enfermedades crónicas, que desencadenan

diversas alteraciones psicológicas en el transcurso de su enfermedad que abarca el diagnóstico y/o tratamiento.

A continuación, se presentarán dos casos recogidos de las prácticas preprofesionales realizados en el contexto hospitalario, identificando las alteraciones psicológicas y las posibles modalidades de intervención en los pacientes con enfermedades crónicas.

### **Caso E**

E es una paciente de 39 años que ingresa al área de medicina interna por Psoriasis. Es casada y tiene dos hijos de su primer compromiso. Fue derivada a psicología por presentar episodios de angustia, tristeza y llanto.

Al momento de intervenir con la paciente, se le preguntó la razón de su estancia en el hospital, ella refirió que le diagnosticaron Psoriasis hace 18 años. Los factores que la desencadenaron fueron el estrés por demasiada carga laboral, problemas personales y familiares. Se indaga acerca de su enfermedad, y ella mencionó que le causó un gran impacto emocional cuando empezó a desarrollarse la Psoriasis.

“La Psoriasis (del griego ψώρα sarna) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, no contagiosa, que produce lesiones escamosas, engrosadas e inflamadas, con una amplia variedad clínica y evolutiva” (Menter et al., 2009, como se cita en Pompa y Meza, 2014, p. 130).

Esta enfermedad no solo produce lesiones en la piel, sino que además se ven perjudicadas las uñas, el cuero cabelludo y en algunos casos las articulaciones. Usualmente estas lesiones se identifican en los pacientes cuando presentan áreas rojas, escamosas, ardor, mucho picor y se puede distribuir en cualquier zona del cuerpo. Además, usualmente en esta enfermedad se presentan problemas ligados a la imagen corporal, vergüenza, estrés, depresión, ansiedad, baja autoestima e ideas suicidas.

E comenta que el primer brote de esta enfermedad se distribuyó en ciertas zonas de los brazos y piernas, refiriendo que en un primer momento *podía fácilmente ocultarlo con su ropa*. Además, menciona que tuvo una repercusión emocional y psicológica muy fuerte cuando empezó a ver las primeras manchas en su piel, indica haber pasado por momentos de depresión y ansiedad. Estas alteraciones se agudizaron por un ambiente familiar no favorable, mencionando: *En la adolescencia de mis hijos hubo problemas, discutíamos, no había apego. Incluso hubo un evento en que mi hija se escapó de la casa y mi hijo se fue a vivir con el papá*. Ella refiere que anteriormente la relación con sus hijos era conflictiva, esto se debió a la forma de ser de la paciente,

puesto que indica que se irritaba fácilmente, no tenía paciencia con ellos y era muy estricta. También, considera que su exesposo (el papá de sus hijos) influyó en gran parte en el comportamiento de ellos en la adolescencia, debido que indica: *él siempre me llevaba la contraria frente a mis hijos y era una persona inmadura*. Actualmente, E manifiesta que la relación con sus hijos ha mejorado, puesto que, hay más comunicación, más confianza entre ellos y acepta y pide perdón cuando comete algún error.

De igual forma, en su trabajo se enfrentaba a un estrés constante por la cantidad excesiva de actividades que tenía que cumplir, que involucraban su estado físico y mental. En su discurso destacaba que había veces que se ausentaba del trabajo por presentar signos de estrés como: pérdida de sueño, poca concentración, preocupación excesiva, dolores de cabeza y cansancio. Referente a esto, E señaló que: *el cuerpo se comienza a atacar así mismo cuando colapsa por mucho estrés*.

Esta enfermedad se ha ido manifestando de forma intermitente, actualmente es su tercer episodio y el más grave, debido a que se extendió por todo el cuerpo incluyendo su cara y tiene dificultad para moverse. Ante esto, E expresó con lágrimas en los ojos, *No quiero verme al espejo*. En su discurso, la paciente manifestó tener una personalidad vanidosa y considera muy importante su parte física. Ella expresó que frecuentemente le dan temblores cuando alguien viene a verla, al preguntarle el por qué, respondió, *Por vergüenza*. A partir de estos dichos se hace evidente cómo la enfermedad ha ido afectando su imagen corporal.

Conocemos que la imagen corporal es singular en cada ser humano, le ayuda a sostenerse y es una construcción propia que realiza. Al verse afectada por la enfermedad, aquello representa una marca muy significativa en su aspecto físico. Para E, el enfrentarse a una pérdida real de su imagen resulta ser un acontecimiento que afecta su subjetividad, así como vivir constantemente con sentimientos de vergüenza o rechazo. En algunas ocasiones, se suele proyectar en otras personas u objetos externos las preocupaciones, expectativas, defectos o virtudes acerca del propio cuerpo. Como sucede en el caso de E, ella ha estado preocupada y más pendiente del aspecto físico de su hija. Le sugiere que lleve una alimentación equilibrada, que haga ejercicios para que tenga un cuerpo sano y que cuide la apariencia de su rostro.

Se realiza la intervención, explicándole y validando el que pueda expresar sus emociones, sentimientos y conflictos reprimidos, en un espacio donde no se sienta juzgada por el otro. De esta forma, se la lleva a cuestionar acerca de lo que trae en su

discurso sobre *el cuerpo colapsa por estrés*, referente a esto se enfatiza el poder por medio de la palabra liberar de a poco la angustia que la sostiene.

Es importante destacar en este caso la mirada que tiene el otro, en E esta mirada, la mayoría de las veces, es considerada como un juez omnipotente que desborda al sujeto en cualquier lugar y en cualquier momento. Desde la infancia, la mirada cumple una función importante en la estructura psíquica, que le permite concebir una identidad y una imagen corporal. Por lo tanto, es considerable determinar que, no solo la capacidad de verse a sí mismo efectúa un papel fundamental, sino también la mirada del otro.

Se conoce que la piel es el órgano más expuesto a la mirada del otro y va a marcar algo más allá del cuerpo. Ulnik (2004) cuando hace referencia a los pacientes con psoriasis, señala que: “La enfermedad provee sensaciones tan fuertes que apagan a las demás, y que despierta sensaciones (miedo, horror, vergüenza) en el entorno” (p.128). Sensaciones que, si bien se alojan en el paciente, se producen a partir de la mirada del otro que lo significa.

En el caso de E, en el último brote que tuvo se hizo evidente la vergüenza que siente, ante el otro que la mire. No obstante, es propio mencionarle que aquello que atraviesa es parte de ese miedo ante la mirada, que llega a tomar una significación de sentimientos hacia ella mismo, elaborando un modo de defensa, una proyección. Por ello, la modalidad de intervención que se realiza en este caso es el permitirle crear a la paciente un espacio donde no tenga miedo a sentirse juzgada o cuestionada, por todos los problemas que ha ido conllevando su enfermedad.

La modalidad de intervención a la que se apuntó es hacerle conocer al paciente que la enfermedad sobre todo es un proceso de integración y personalización que implica promover su identidad subjetiva. Posibilitando que por medio del reconocimiento que haga pueda sostener los significantes que entran en juego ante la mirada del otro. Se abordó y se propuso que por medio de la verbalización piense, sienta y actúe, aprendiendo a usar los canales de expresión por medio del lenguaje. Manifestando lo que le aqueja. Donde se pudo identificar que la psoriasis es una enfermedad tan real visible y tangible cuya magnitud solo ella puede dar su testimonio.

Es probable que por ello la intervención que se realiza en el caso de E, también tuvo que ver en estas palabras que ella evoca en su discurso y como el profesional clínico las acoge y las trabaja en un espacio que se le brinda a la paciente; en donde se produce un encuentro entre lo psíquico y somático como el sujeto singular que es. E

trae una historia compleja de sensaciones, que la movilizan en un entorno social, familiar y objetual del cómo se mira y cómo la miran. De tal forma que, ante este cuerpo marcado, pudo obtener los significantes que le ayudan a sostener las alteraciones psicológicas que se producen de forma angustiante como la vergüenza y el miedo, por tanto, permite ser más tolerante y aceptarlas como parte de su proceso. Existiendo la significación que la paciente le da a su enfermedad no solo como algo que se mira, sino que aparece y se manifiestan en lo que no se puede decir o explicar y aparecen como brotes en determinados momentos de su vida, relacionados de alguno u otra forma a un lugar específico en su cuerpo.

### **Caso S**

S es una paciente de 34 años que ingresa al área de medicina interna por Artrosis de Cadera. Es profesora desde hace 8 años. La paciente está casada y tiene tres hijos. Fue derivada a psicología por presentar episodios de llanto y dificultad para conciliar el sueño.

Al iniciar la entrevista y brindarle un espacio de escucha, la paciente se desbordó. S refirió: *Me siento frustrada, desesperada*, alegando que ya no soporta seguir postrada en una cama pasando por procedimientos dolorosos y no obtener alguna recuperación. Le diagnosticaron esta enfermedad hace un mes y medio, y perdió la movilidad de las piernas hace cuatro meses. Ingresó al hospital debido a que sentía un dolor intenso en sus piernas y caderas que le impedían moverse. S refirió: *me ha afectado dejar de caminar porque antes tenía un estilo de vida activo*. Era independiente, trabajaba, realizaba los quehaceres cotidianos del hogar y le dedicaba tiempo a sus hijos y esposo.

Durante toda la intervención, se pudo observar en ella sentimientos de tristeza y tendencia al llanto. Seguidamente, S expresó: *Estoy lejos de mis hijos, no he podido verlos desde que ingresé al hospital*. La paciente indica que sus hijos no han podido ir a visitarla al hospital porque aún son pequeños y señala que, a pesar de hacer video llamadas con ellos, considera que no es lo mismo. S refiere: *Mis hijos me impulsan a seguir adelante*. Se puede observar que lo único que la sostiene es el hecho de ser madre y de no desamparar a sus hijos, a pesar de lo doloroso y desgastante de la enfermedad, aún existe en ella una pulsión de vida. Ella refiere que está preocupada por sus hijos porque esta situación también les ha afectado. Su segundo hijo está teniendo bajo rendimiento escolar, y con respecto a su hijo mayor, alega que es más reservado y se resiste a hablar con la madre. A través del discurso de S, podemos



inferir que es una madre que ejerce la función materna, puesto que está pendiente de las necesidades de sus hijos y no deja de cumplir su rol de madre, a pesar de encontrarse en graves condiciones médicas. De acuerdo con Winnicott (1945), cuando habla de: “Una madre suficientemente buena, tiene que ver con una madre capaz de desarrollar las funciones maternas” (como se cita en Aranda et. al., 2013, p. 1016). Y más adelante señala que, “La función de cuidado materno tiene que ver con cubrir sus necesidades fisiológicas, así como también preocuparse por lo que siente y espera, es decir estar en empatía con el infante” (p. 1016).

S presenta signos de ansiedad tales como: inquietud, sensación de nerviosismo e hiperventilación. Ella está preocupada porque posiblemente le van a realizar una operación en las caderas, en su discurso expresa: *Me angustio con lo que pueda pasar, temo lo peor*. Constantemente, la paciente manifiesta: *Tengo mucho miedo de no volver a caminar*.

Ulnik (2004) hace énfasis sobre lo que sucede en ciertos pacientes que padecen enfermedades en la que se ve comprometida algunas partes del cuerpo, y refiere que, en vez de sentir la locura de su sensación de fragmentación y despersonalización, el paciente proyecta sobre sus lesiones las distintas "partes" en las que se siente dividido. Según la localización, dirá: "esta parte es más rebelde", "el problema está en las manos", "estoy bien de aquí hasta acá, pero a partir de acá estoy mal. (p. 120)

Como acontece en el caso de S, ella señala que de las caderas para abajo se encuentran en mal estado, puesto que, esas partes de su cuerpo le causan mucho dolor, y ha perdido movilidad. Tiene un enfrentamiento con lo real de su diagnóstico, que le genera malestar, esta incertidumbre y poca aceptación referente al deterioro y pérdida de la movilidad de sus piernas y la asimilación de su nueva imagen corporal, se desmorona con este afrontamiento.

Entendemos que la imagen corporal es una representación mental de cómo el sujeto percibe su propio cuerpo, por ende, ante una alteración de la imagen corporal va a dar lugar a que se produzca un impacto psicológico. Minear y Lucente indican que “la pérdida de una parte del cuerpo, de sus funciones, tanto en la estructura como de la imagen corporal llevará a una reacción de aflicción” (Minear y Lucente, s.f., como se cita en Lozano et. al., 2011, p. 158).

Con el pasar de las sesiones se hace notable que, S se ve confrontada por una enfermedad crónica, que se apropia de la inmovilidad de una parte de su cuerpo, de lo

que siente referente a esto y de cómo afecta su entorno en este caso, su familia. La paciente menciona: *Tengo miedo de que el proceso sea doloroso y lento y no sepa qué más hacer.*

Durante las entrevistas S admite no estar preparada para afrontar esta enfermedad que llegó de imprevisto, causando mucho dolor físico y mental. La ansiedad que siente es algo real, una angustia ante la idea de no poder movilizarse y realizar su vida con normalidad. Al ser un acontecimiento inesperado para ella y su familia, se vuelve algo traumático, que la ubica en un estado constante de depresión y ansiedad, solo el pensar el tener que estar hospitalizada, no poder tener a su red de apoyo presente en el hospital, hace notorio cómo va perdiendo su autonomía total.

Se aborda en sesión estos aspectos que la desequilibran y la mantienen con un constante miedo. Poco a poco se permitió que la paciente vaya dando cuenta de la posición en la que se sostenía frente a su enfermedad, frente a sus miedos e instaurando este lugar de escucha donde se acoge el malestar, brindando un apoyo ante el afrontamiento del proceso y las posibles alteraciones que se suscitan como indicadores estresores, que van en este caso relacionados a factores por hospitalización y enfermedad.

Es importante recalcar la intervención del psicólogo clínico en estos casos, donde se abordan aspectos que le angustian al paciente y que por medio de las intervenciones se logra hacer que aquello vaya cesando, instaurando un espacio de escucha activa, donde se permite llorar y no juzgar, donde se tramita y analiza lo que ha ido perdiendo, de tal forma, que por medio de las interrogaciones de lo que trae en su discurso se vaya tramitando el conflicto.

En el caso S se abre paso al miedo que la desborda y el malestar que causa en ella estar separada de su familia, se la ayuda a pasar de un escenario a otro, tratando de sustituir la queja, aligerando la carga de ansiedad y depresión que le causa la enfermedad. Se hace evidente que al permitirle poner en palabras todo lo que siente, se identifica una herramienta útil para ir aceptando lo que trae consigo su diagnóstico, el cambio de su rutina de vida y el cómo ir sobrellevando el tratamiento. Además de reconocer que su red de apoyo es muy importante para la orientación que se maneje en el transcurso de su vida. Esta modalidad de intervención fue de mucha ayuda, ya que, al ser un dispositivo clínico posibilitó dar lugar a la queja que traía, y que le brindó a S poder encontrar un lugar que la logró sostener, de tal forma, que esta crisis

emocional que se generaba por una enfermedad crónica desarrolló otras respuestas adaptativas que se evidenciaban en su discurso, en cada sesión que se trabajó.

Por lo tanto, ha sido beneficioso en la práctica clínica ir determinando e identificando las modalidades de intervención que se pueden implementar en los casos de pacientes que presentan alteraciones psicológicas por enfermedades crónicas que se encuentran hospitalizados. Ya que, estas afecciones que son tanto físicas como psicológicas condicionan la vida del paciente una vez que es diagnosticado con una enfermedad crónica. Por lo que, es común escuchar al paciente decir que se encuentra en un estado de depresión, estrés o ansiedad, que se genera por los factores de enfermedad u hospitalización a los que se ve expuesto.

Debido a esto ha sido importante en el proceso terapéutico poder habilitar un espacio de escucha y soporte, donde el paciente pueda poner en palabras lo que le causa malestar, distinguiéndose como un lugar de escucha singular desde donde pueda sostener ese deseo que lo restituya como sujeto.

## Capítulo 4

### Metodología

#### El enfoque de investigación

La metodología que se utilizó en la investigación tiene un *enfoque cualitativo*, ya que este permite ampliar, contextualizar el fenómeno, agregar ideas interpretativas, por medio de la descripción de datos, el discurso verbal y la conducta del sujeto en estudio. Según Torres (2014): “El enfoque cualitativo utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (p. 7).

Teniendo en cuenta que, en esta investigación se abordó la particularidad de cada paciente, se hizo referencia a las alteraciones psicológicas que se presentaban en cada uno de ellos y como se fue elaborando el proceso de recolección de información de lo que conlleva estar en un ámbito hospitalario. Por lo tanto, este enfoque permitió profundizar la comprensión de la realidad, obteniendo un significado y un sentido frente a los pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados; además de cómo se logró identificar las alteraciones psicológicas producidas, pudiendo establecer posibles modalidades de intervención por parte del psicólogo clínico. Para conseguir esta finalidad, se ha empleado en la investigación el estudio de casos a partir de la práctica preprofesional realizada, revisión y análisis bibliográfica, investigación documental, y entrevistas semiestructuradas.

#### Paradigma Interpretativo

El paradigma que sustentó esta investigación es el *paradigma interpretativo*. Para Ayala (2021): “El paradigma interpretativo en investigación es el modelo que se basa en la comprensión y descripción de lo investigado y surge como reacción al concepto de explicación y predicción típico del paradigma positivista” (p. 1). Es a partir de este paradigma que se facilitó la interpretación de la vivencia de los pacientes crónicos, donde se pudo comprender mediante su discurso y observación la realidad de la enfermedad; como esta altera la parte psicológica, dando relieve a la investigación mediante la interacción e intervención del investigador y los sujetos en estudio, por medio de los casos clínicos, entrevistas que se desarrollaron en los capítulos del trabajo.

## **Métodos**

### ***Método Explicativo***

Según Sabino (1992) hace mención del tipo de *investigación explicativa* que son aquellos trabajos donde nuestra preocupación se centra en determinar los orígenes o causas de un determinado conjunto de fenómenos. Su objetivo, por lo tanto, es conocer por qué suceden ciertos hechos, analizando las relaciones causales existentes o, al menos, las condiciones en que ellos se producen.

Por lo tanto, con la ayuda de la información obtenida en las prácticas preprofesionales, considerando el contexto particular de cada caso, se pretendió explicar las alteraciones psicológicas que se producen en los pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados, apoyados en el discurso del paciente y en lo que pudo reflejar y expresar a través de su malestar.

### ***Método de Estudio de Casos***

El estudio de casos es el método que se empleó en la investigación. Mediante los casos clínicos que se presentaron en las prácticas preprofesionales, en conjunto con la revisión documental, y las teorías desde diferentes enfoques, se planteó la interrogante de cuáles son estas alteraciones psicológicas que se manifiestan en los enfermos crónicos, en consecuencia, con sus factores estresores que afectan directamente su cuerpo y su organismo. De esta forma, se pudo determinar mediante este estudio las posibles modalidades de intervención con aquellos pacientes que padecen estas enfermedades.

Según Ocampo (2021), “Se puede comprender que el estudio de caso se enfoca en analizar de manera profunda la naturaleza de una determinada situación o caso, sobre la base de diversas técnicas de investigación, por ejemplo, la entrevista, la observación, entre otros” (párr. 6).

### **Técnicas de recolección de información**

A partir del objetivo planteado se han utilizado técnicas para el desarrollo de esta investigación, las cuales serán nombradas y desarrolladas a continuación:

#### ***Revisión documental***

La revisión de la literatura implica detectar, consultar y obtener la bibliografía (referencias) y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante y necesaria para enmarcar nuestro problema de investigación (Hernández, 2014, p. 61).

Para poder recabar información relevante y veraz, se empleó la técnica Revisión documental, que sirvió de base para detallar y describir algunos aspectos de

la presente investigación. Se consultaron diversas fuentes, entre ellas, libros, revistas, artículos, entrevistas y otros trabajos académicos. Esta técnica nos permitió tener una perspectiva más clara del tema a tratar y todo lo relacionado a ello.

### ***Entrevistas semiestructuradas***

En 2014, Hernández argumenta que: “las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p. 403).

Las entrevistas semiestructuradas consisten principalmente en un diálogo entre dos personas sobre un tema en concreto, en la cual el investigador pretende extraer cierta información por medio de las respuestas dadas, que pueden servir para comprender los objetivos de la investigación. Se aplicó esta entrevista a pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados. Las preguntas establecidas se plantearon en relación a las temáticas que iba manifestando el paciente durante las sesiones.

### **Población**

La población con la que se trabajó fueron pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados; con una *muestra no probabilística-intencional*. “En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (Johnson, 2014, Hernández et al., 2013 y Battaglia, 2008b, como se cita en Sampieri, 2014).

Los casos seleccionados como *muestra* de los atendidos durante las prácticas preprofesionales fueron aquellos pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados que, durante el proceso realizado dieron cuenta de alteraciones psicológicas, como: ansiedad, depresión y estrés.

### **Análisis de la información**

Rodríguez (1999) define el análisis de datos como un conjunto de manipulaciones, transformaciones operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante con relación a un problema de investigación. Rodríguez expresa que analizar datos supondrá examinar sistemáticamente un conjunto de elementos informativos para delimitar partes y descubrir las relaciones entre las mismas y las relaciones con el todo.

Para el análisis de toda la información recopilada a lo largo de los casos trabajados se determinaron variables referentes a la interrogante planteada del tema de investigación: Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. En cuanto a las entrevistas semidirigidas, nos permitió analizar e identificar las alteraciones psicológicas, determinar los factores estresores que se producen y el modo de afrontamiento ante la enfermedad que realiza el paciente, por medio de su discurso.

Considerando que, los factores estresores se distinguieron y agruparon en dos aspectos; el primero referente a estresores sociales y producto de la hospitalización que mantiene la persona, donde se evidenció por medio del discurso del paciente la relación entre las alteraciones psicológicas que presentaban como el estrés, depresión y ansiedad; señalando que se originaban por el abandono familiar, ya que, en un ambiente hospitalario no permiten ingresar a toda la familia, la pérdida de autonomía debido a estar postrado en una camilla y el no poder llevar a cabo su vivencia cotidiana sujetándolos a una pérdida de espacio social. La información del segundo grupo de factores fue vinculado a estresores relacionados a la enfermedad del paciente, en los casos de enfermedades crónicas se presentaron dificultades en el manejo del dolor, cuando una paciente refirió *No es justo soportar tanto dolor; no sé cómo voy a vivir con esta enfermedad*; aquello también se relaciona a un indicador de la adaptación que se tenga frente a esta, así mismo, el desconocimiento sobre la enfermedad crónica y la falta de información sobre el tratamiento que debía llevar el paciente se manifestó en cada uno de ellos, considerándolos factores estresores que desencadenaron las alteraciones psicológicas concerniente a la enfermedad.

## Capítulo 5

### Presentación y discusión de resultados

Se ha hecho evidente como la ansiedad, depresión y estrés en los pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados, causan un gran impacto físico, psicológico y emocional en la vida cotidiana de la persona cuando recibe su diagnóstico, que muchas de las veces viene de forma inesperada. El paciente manifiesta su malestar en estas alteraciones psicológicas que se ven desencadenadas por diversos factores que involucra la enfermedad y hospitalización. El notable dolor que causa, la ansiedad y angustia del no saber qué va a suceder, ni el qué hacer, el abandono familiar, la pérdida de autonomía, entre otras; van repercutiendo desfavorablemente en la integración y adaptación al diagnóstico de su enfermedad y tratamiento. Es decir, afecta la singularidad que caracteriza a cada paciente, donde se van limitando a un entorno ajeno, el cual le resulta difícil adaptarse.

En el caso trabajado con E se recogió a través de su discurso que las alteraciones psicológicas que ella presentaba eran producto de su enfermedad. Extrayendo frases que trajo a sesión como: *El cuerpo colapsa por estrés, no quiero verme al espejo*. Esto debido a que las marcas que le dejaron la psoriasis le producían vergüenza y miedo al rechazo. Comenzó a evitar el contacto con su círculo social más cercano, alegando que: *Me dan temblores cuando vienen a verme*. Al preguntar la razón de esto, respondió *por vergüenza*. Ella consideraba importante su aspecto físico, tanto así que proyectó en su hija sus propias carencias o defectos por tener su rostro marcado y otras zonas del cuerpo como ella mencionaba. Esto se hace notable en su discurso: *Yo le digo a ella que se cuide más en su aspecto físico, que se arregle, que se alimente sano porque a ella no le gusta hacerlo*. Haciendo un llamado de atención a este aspecto de belleza y vanidad que la caracteriza a E. Es allí donde se cuestiona que tan involucrada y plasmada está la mirada del otro para que, de alguna u otra forma, provoque un desencadenamiento de manifestaciones psicológicas que la movilizan y desregulan su identidad.

Por otro lado, en el caso S, se contempló que las alteraciones psicológicas que llegó a manifestar se produjeron por dos variables: la hospitalización y la enfermedad, lo cual resultó ser algo más difícil de sobrellevar, señalando en su discurso: *Me ha*



*afectado dejar de caminar porque antes tenía un estilo de vida activo; Tengo mucho miedo de no volver a caminar; Me angustio con lo que pueda pasar, temo lo peor.* Esto da cuenta de los efectos que ha causado la enfermedad, que a su vez se agudizaron por el contexto hospitalario. Indicando que, esto provocó estar alejada de sus familiares, y que sus actividades cotidianas se vieron interrumpidas; lo expresa en la siguiente frase: *Estoy lejos de mis hijos, no he podido verlos desde que ingresé al hospital.* Esto determina que las manifestaciones que trae el paciente son secuelas de lo real que lo invade y desborda.

La experiencia que se fue dando en las prácticas preprofesionales resultó enriquecedora y beneficiosa para la construcción de una base de conocimientos y aplicación a la clínica; no obstante, se pueden presentar obstáculos, ante los cuales se tuvo que buscar alternativas para afrontarlos. Por ejemplo: el no tener un espacio adecuado donde no haya interrupciones y se le dé privacidad al paciente, el escaso tiempo de las sesiones, la predisposición del paciente ya sea por efectos secundarios de los medicamentos o la resistencia que mostraba ante el psicólogo. Frente a esto, se trató en lo posible de crear un espacio donde el paciente sienta la confianza de poder verbalizar su malestar, sin otro que esté invadiendo este lugar; para ello se pidió al familiar y profesionales que regresaran en otro momento, mientras terminaba la sesión. Además, cuando los pacientes no querían en su momento hablar, se brindaba un acompañamiento psicológico haciendo notar nuestra presencia por medio de nuestra breve intervención.

Las formas de intervención psicológica hospitalaria que pudimos implementar en los pacientes adultos con enfermedades crónicas fueron dar soporte y acompañamiento psicológico al paciente y sus familiares según el caso atendido, crear un espacio de escucha singular, brindar asesoramiento en cuanto a su enfermedad o tratamiento, lo cual provocaba mucha incertidumbre y temor. Los resultados que se obtuvieron en los pacientes fueron favorables, puesto que, se hizo evidente el alivio que sentían ante el poder expresar su malestar por vía de la palabra, teniendo en cuenta que se iban abordando más problemáticas que condicionaban la adherencia al tratamiento. Esto permitía que se identifiquen los sufrimientos que eran propios en cada sujeto; de la misma forma, se logró que las modalidades de intervención realizadas movilicen al paciente y pueda realizar una construcción de su posición ante la enfermedad.

## Conclusiones

El haber podido realizar un trabajo de investigación desde un enfoque psicoanalítico en el contexto hospitalario, ha permitido elaborar un desarrollo teórico centrado en el análisis de las alteraciones psicológicas que manifiestan los pacientes adultos hospitalizados. Donde se ha podido ir dando cuenta, el cómo se ven involucrados varios factores estresores que causan un gran impacto en la vida del paciente. Alteraciones físicas, psicológicas y emocionales, que repercuten en su subjetividad, así mismo, en el afrontamiento y adaptación a su enfermedad y/o tratamiento. Se considera que las alteraciones psicológicas son una serie de signos y síntomas que aparecen frente a situaciones amenazantes, donde se ve transgredida la salud mental del individuo. Es así como, se logró determinar cómo lo real en cada sujeto resultaba ser algo tan angustiante e invasivo, y que frente a esto no hallaba recursos simbólicos en donde podía sostener ese malestar, que provocaba manifestaciones de estrés, depresión y ansiedad.

Como se conoce, el estrés es la respuesta ante una situación que la persona identifica como un desafío o demanda, que causa un desequilibrio orgánico e inestabilidad emocional; la ansiedad es esa sensación y señal de alerta ante determinadas situaciones que involucran un peligro inminente en el entorno de la persona, y la depresión es una alteración psicológica caracterizada por sentimientos de tristeza persistentes, vacíos profundos, cambios en el comportamiento, disminución de interés, entre otras; que se recogen en una esfera global de síntomas afectivos. De esta manera, desde una dualidad de enfoque médico y psicoanalítico se pudo conceptualizar y ahondar más en el abordaje que se realiza en las diferentes enfermedades crónicas que se presentan en un ámbito hospitalario, lo cual resulto ser más factible comprender a través del estudio de casos que se realizó. Donde, se exponen las afecciones psicológicas a las que el paciente es vinculado desde el momento en el que es dado el diagnóstico.

En el presente trabajo de investigación se plantearon preguntas específicas las cuales se fueron desarrollando a medida que se iban elaborando los capítulos; en tanto que, nos permitió identificar los factores estresores que se manifestaban en los pacientes adultos con enfermedades crónicas hospitalizados, por medio de una revisión documental; además de realizar un análisis teórico y práctico de las

alteraciones psicológicas a partir de las entrevistas semiestructuradas que se efectuaban con el paciente, y determinar las modalidades de intervención que se podían implementar en el abordaje terapéutico, mediante el estudio de casos, englobando todo esto se pudo dar respuesta a estas preguntas.

Es importante, destacar la experiencia de intervención psicológica dentro del ámbito hospitalario, dado que, se evidenciaron muchos acontecimientos de malestar, sufrimiento, incertidumbre, vacíos significativos, pérdidas, desamparo, precariedad de lazos sociales, entre otras; que son producto de dos aristas: la enfermedad y la hospitalización, y que vale destacar que en cada individuo se identificaron de manera diferente. Por lo que, fue relevante poder establecer un espacio de escucha singular, donde se le permitía al paciente, hablar sin censura, donde no había un juzgamiento, dando lugar a la palabra, a su historia, su vivencia, a su queja. Ofreciéndole que por medio de la dimensión del lenguaje se llegue a verbalizar y a ubicarse en un lugar que no hallaba, y que mediante su discurso lograba significar lo que le resultaba insoportable.

Como practicantes preprofesionales de la carrera en el área de Hospitalización, es necesario enfatizar las finalidades de la investigación llevada a cabo. Una de ellas fue, percibir la manera cómo el paciente afronta su enfermedad crónica o incluso su propia muerte y otorgarle herramientas para que pueda manejar los sentimientos y emociones que se producen durante el proceso de hospitalización. Dentro del ámbito hospitalario, la presencia de una red de apoyo emocional simboliza un factor clave en situaciones de crisis, por ende, el psicólogo clínico es el encargado de brindar este soporte tanto para el paciente como para los familiares y tendrá como objetivo reducir los factores causantes de las alteraciones psicológicas tales como: ansiedad, angustia, estrés, depresión. Además, es necesario, comprender la importancia de la intervención psicológica en el contexto hospitalario, puesto que el psicólogo actúa como coadyuvante, en vista de que contribuye de manera significativa en la adherencia al tratamiento o la mejoría del paciente. Así mismo, el profesional al involucrarse de forma proactiva durante el proceso de recuperación, puede permitir que la estancia en el hospital sea más llevadera.

Consideramos que el aporte que se realiza con nuestro trabajo de investigación enfocado a la clínica en una institución hospitalaria, es hacer conocer y determinar que pese a la carencia de herramientas psicológicas que existen en estas instituciones de salud, existen estrategias, recursos y modalidades de intervención, que se pueden ir

implementando acorde al paciente o al espacio que se crea; dado que, es posible, trabajar desde la particularidad de cada sujeto con su discurso e ir identificando ese malestar que invade su cuerpo, la unidad imaginaria, la representación que tiene de sí mismo o de la enfermedad. Realizando, además un aporte metodológico a los futuros pasantes sobre la experiencia en la práctica hospitalaria, haciendo evidente que por medio de las entrevistas semiestructuradas y el estudio de casos de pacientes adultos con enfermedades crónicas se puede lograr una restitución subjetiva de él frente a la enfermedad y/o tratamiento, basado en el dispositivo analítico que se crea en el acto de la práctica clínica.

## Referencias bibliográficas

- Anguiano, et. al. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka*. Asunción (Paraguay) 14(1):24-38.  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf>
- Aranda, B., Ochoa, F. & Lezama, E. (2013). Función materna, subjetividad y maltrato infantil. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16, (3), pp. 1014-1035.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi133p.pdf>
- Ayala, M. (2021). Paradigma Interpretativo. *Lifeder*, 1.
- Benítez, J., Barceló, E. & Gelves, M. (2016). *Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico*. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 391-398.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922016000400012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012&lng=es&tlng=es).
- Bertholet, R (2012). La depresión, una lectura desde el psicoanálisis. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-072/725>
- Cantero, R. (2011). Control del riesgo cardiovascular en el anciano. *REVISTA CLINICA ESPAÑOLA*, 2-7.
- Cardona, D. & Cristancho, F. (2018). *Sujetos del Hospital: Una aproximación psicoanalítica del cuerpo den niños con enfermedades crónicas*. Trabajo de Grado. Corporación universitaria minuto de dios uniminuto.  
[https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/6991/1/TP\\_CardonaFerrerDannaMelisa\\_2018.pdf](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/6991/1/TP_CardonaFerrerDannaMelisa_2018.pdf)
- Corral, P. (2017). *Eficacia de la intervención Mindfulness para el control de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, asociados a las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el adulto*. (Tesis de Licenciatura). Repositorio de Datos de Investigación Universidad Autónoma de Madrid.  
<https://repositorio.uam.es/handle/10486/680308>

- Costa, R. (s.f.). *La etapa de la adolescencia, enfermedad crónica, trauma y subjetividad*. pp. 1-11. <https://aapipna.es/Revista-4/Articulo-Rosana-A-Costa-Garino.pdf>
- Echeverría, C. (2004). Melancolía: un obstáculo al deseo. *Metaphora*, (3), 39-54. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2072-06962004000100006&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-06962004000100006&lng=pt&tlng=es).
- Funes, J. (2012). *Diabetes y trabajo. Análisis de la influencia del control de la enfermedad y de las condiciones de trabajo en el absentismo laboral de las personas diabéticas*. Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Department de Pediatria, d' Obstetricia i ginecologia i de Medicina Preventiva, Bellaterra.
- Gallo, H. (2002). Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica. *Desde el jardín de Freud. Revista Psicoanálisis*. Universidad Nacional de Colombia, n2. pp. 120-127.
- García, B. (2018). *¿Qué es lo traumático en psicoanálisis?* <https://beatrizgarcia.org/que-es-lo-traumatico-en-psicoanalisis/>
- Hernández, R. F. (2014). *Metodología de la investigación*. McGrawHill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- IEES (2022). *En el Hospital Los Ceibos se realizó simposio sobre la diabetes*. [https://www.iess.gob.ec/es/web/mobile/home/-/asset\\_publisher/0hbG/content/en-el-hospital-los-ceibos-se-realizo-simposio-sobre-la-diabetes/10174?redirect](https://www.iess.gob.ec/es/web/mobile/home/-/asset_publisher/0hbG/content/en-el-hospital-los-ceibos-se-realizo-simposio-sobre-la-diabetes/10174?redirect)
- Instituto Nacional de Cancerología (2013). Conozca sobre el cáncer. <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/2-2013>
- Juárez, M., De la Cruz, J. & Baena, A. (2017). El estrés y las enfermedades crónicas. *Med fam Andal* Vol. 18, Nº.2, p. 198-203. [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n2\\_12\\_artEspecial.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n2_12_artEspecial.pdf)
- Klein, M. (1948) *Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa*. Buenos Aires. Paídos.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Ediciones Paidós Ibérica SA.
- Lizama, A. (2016). Multidisciplinariedad en el manejo de enfermedades crónicas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(3), 263-267. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832016000300011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000300011&lng=es&tlng=es).

- López, I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis psicoevolutivo*. Granada: Universidad de Granada. pp. 1-285.
- Lozano, A., Cupil, A., Alvarado, S. & Granados, M. (2011). Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer. *GAMO* (Gaceta mexicana de oncología) vol. 10 Núm. 3, mayo-junio: pp. 156-161.
- Martínez, J. & Ramos, V. (2022). *Perfil anímico en pacientes con enfermedades crónicas: su relación con variables sociodemográficas y clínicas*. *Revista De Psicología*, 40(1), 329-367. <https://doi.org/10.18800/psico.202201.011>
- Maya, B. (2009). *Los Incorporales del lenguaje*. <http://www.carlosbermejo.net/anudamientos6/LOS%20INCORPORALES%20ODEL%20LENGUAJE%20DEFINITIVO>
- Mendoza (2014). *Enfermedades respiratorias crónicas*. Ministerio de salud. <https://www.mendoza.gov.ar/salud/temas-de-salud/enfermedades-respiratorias-cronicas-2/>
- Merlín, N. (2018). Trauma y Memoria. *Revista Scielo: Curitiba, Brasil*, v.34, n.70, pp.101-116. <https://www.scielo.br/j/er/a/3QD7SmTYGyczW64TrgfckyJ/?lang=es>
- Neves, M. (2020). *¿Qué es lo traumático?* Lacan XXI, *Revista Fapol online*, v.1. <http://www.lacan21.com/sitio/2020/05/26/que-es-lo-traumatico/>
- Ocampo, D. (2021). El estudio de caso. *Investigalia*. <https://investigaliacr.com/investigacion/el-estudio-de-caso/>
- Palacio, M. (2020). *El estrés en el paciente crítico: realidad y cuidados de enfermería*. Una revisión sistemática. *Conocimiento Enfermero* 7: 49-61.
- Pecznic, A. (2012). *El sujeto ante su muerte: violencia y terminalidad terapéutica*. 1a ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. pp. 7-139.
- Pino, K., Murillo, M. & Suárez, L. (2019). *Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia*. *Poiésis*, (36), 126-146. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.3194>
- Pompa, E. & Meza, C. (2014). El Lenguaje de la Piel: Psoriasis Desde la Perspectiva Psicoanalítica. *Daena: International Journal of Good Conscience*. 9(1)129-141
- Ramos, C., & Mahé, L. (2012). Enfermedad, cuerpo y síntoma. *Desde el Jardín de Freud. Revista de Psicoanálisis*; Universidad Nacional de Colombia. n12, pp.267-269.

- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). *Diccionario de términos médicos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la Investigación cualitativa*. Capítulo XI Aljibe Granada.
- Rodríguez, D. (2013). *Enfermedad crónica avanzada, padecimiento psíquico y sistema general de seguridad social en salud (sgsss)*. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 5 (1),75-92.
- Rubiales, C. (2018). *Furor Curandi*. [https://www.lavozdelsur.es/opinion/furor-curandi\\_30585\\_102.html](https://www.lavozdelsur.es/opinion/furor-curandi_30585_102.html)
- Sabino, C. (1992). *El Proceso de Investigación*. Ed. Panapo, Caracas, 1992, 216 p. ISBN: 975-9124-32-6.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ed). McGraw Hill.
- Secretaria Nacional de Planificación. (2021). *Plan de creación de oportunidades 2021-2025*.
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es).
- Silva Jiménez, D. S., Méndez Celis, P. B., Herrera Latorre, H. G., & Bravo Vidal, C. P. (2020). Factores estresores que afectan a los estudiantes de enfermería en sus prácticas clínicas. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(S1), 69-76.
- Soler, R. (2020). *Recuerdos bloqueados: cuando no nos atrevemos a recordar*. [https://www.cuerpomente.com/blogs/ramon-soler/recuerdos-bloqueados-proteccion-frente-trauma\\_1509](https://www.cuerpomente.com/blogs/ramon-soler/recuerdos-bloqueados-proteccion-frente-trauma_1509).
- Schejter, V. (2014). La intervención psicológica desde la perspectiva institucional. *Facultad de Psicología*. [http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/144\\_psico\\_institu1/menuExtra/producciones/articulos/La\\_intervencion\\_psicologica\\_desde\\_la\\_perspectiva\\_institucional.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/144_psico_institu1/menuExtra/producciones/articulos/La_intervencion_psicologica_desde_la_perspectiva_institucional.pdf).
- Torres, A. H. (2014). *Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo sus similitudes y diferencias*. INE, 7.
- UCSG, V. D. (2021). *Dominios institucionales de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*. Guayaquil: UCSG.



Ulnik, J. (2004). El psicoanálisis y la piel. España: Síntesis.

Uribe, M., Muñoz, C., Restrepo, J. & Zapata, A. (2010). *Percepción del paciente hospitalizado por falla cardiaca*. Institución de salud 2009. Medicina U.P.B., 29(2), 124-134.

World Health Organization. (2008). PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE. Guía de bolsillo para la estimación, 32.



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



senescyt  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cedeño Vargas, Romina Dominick**, con C.C: **1204970451**, autora del trabajo de titulación: **Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Romina Cedeño V.

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

**Nombre: Cedeño Vargas, Romina Dominick**

**C.C: 1204970451**

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cuzco Toro, Nohelia Samantha**, con C.C:**0706156999**, autora del trabajo de titulación: **Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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



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

**Nombre: Cuzco Toro, Nohelia Samantha**

**C.C: 0706156999**

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

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

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Alteraciones psicológicas en pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas. Modalidades de intervención del psicólogo clínico.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Cedeño Vargas, Romina Dominick Cuzco Toro, Nohelia Samantha		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Psi. Cl. Velázquez Arbaiza, Ileana de Fátima, Mgs.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
<b>CARRERA:</b>	Psicología Clínica		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en Psicología Clínica		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	06 de febrero del 2023	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	56
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ciencias médicas, psicología clínica, psicoanálisis, salud mental		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Alteraciones psicológicas, hospitalización, enfermedades crónicas, estrés, ansiedad, depresión, intervención psicológica		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras):			
<p>En este trabajo de investigación se abordará las manifestaciones psicológicas que presenta el adulto hospitalizado por enfermedades crónicas. En el cual, se desarrolla un recorrido bibliográfico con enfoque teórico trabajado desde dos disciplinas, médica y psicoanalítica, que dan cuenta de las alteraciones psicológicas y los factores estresores que atraviesan los pacientes con enfermedades crónicas y como ello repercute de manera significativa en su vida. Determinando que, la depresión, ansiedad y estrés establece en el individuo una afeción real de su diagnóstico y tratamiento. A partir de esto, se plantea el objetivo de analizar las alteraciones psicológicas que se manifiestan en los pacientes adultos hospitalizados por enfermedades crónicas, desde el enfoque teórico del psicoanálisis, para determinar las formas de intervención del psicólogo clínico. La investigación es de enfoque cualitativo, bajo el paradigma interpretativo, donde se utilizó el método explicativo y estudio de casos, además la técnica de revisión documental y entrevistas semiestructuradas para recabar información de los casos trabajados en las prácticas pre profesionales en una institución de salud pública. El resultado que se obtuvo fue identificar que las manifestaciones psicológicas más presentes son la ansiedad, depresión y estrés, distinguiendo los factores estresores que se desencadenan en cada paciente desde una variable diferente, en cuanto a su enfermedad u hospitalización. Y cómo las posibles modalidades de intervención que se determinan, permiten al paciente elaborar herramientas que le facilitan tramitar su malestar frente a su diagnóstico.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593986580986 +593982300859	<b>E-mail:</b> romina.cedeno@cu.ucsg.edu.ec Nohelia.cuzco@cu.ucsg.edu.ec	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	<b>E-mail:</b> francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
<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>			